KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Ministerstwo Zdrowia

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Człowiek - najlepsza inwestycja

Badanie ewaluacyjne „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”.

Raport z badania

Zamawiający:
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00 -952 Warszawa
www.mz.gov.pl

Wykonawca:
IBC GROUP Central Europe Holding S.A.
ul. Mokotowska 1, 00-640 Warszawa
www.ibc-group.pl

IBC GROUP

Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Streszczenie

Badanie „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej” zostało zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez firmę IBC Group w okresie od września do grudnia 2012 r. Celem badania było dokonanie oceny wpływu dotychczas podjętych działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej UE na lata 2014 – 2020.

Analizą zostały objęte następujące projekty realizowane w ramach Działania 2.3 Priorytet II PO KL:

- „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”;
- „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”;
- „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”;
- „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”;
- „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”;
- „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”;
- „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”;
- „Akademia NFZ”;
- „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”;
- "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych

finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ";

- „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”.

Koncepcja badania łączyła w sobie dwie perspektywy badawcze. Z jednej strony umożliwiała zidentyfikowanie oraz określenie efektów realizowanych projektów w ramach Działania 2.3. PO KL, z drugiej, dostarczyła wiedzy i danych, które będą mogły być wykorzystane przy projektowaniu przyszłej interwencji finansowej Unii Europejskiej.

Wszystkie projekty analizowane w ramach niniejszego badania są w pełni zgodne z celami określonymi dla Działania 2.3 Priorytet II PO KL, a także w bezpośredni sposób wpisują się w zapisy zawarte w uzasadnieniu dla ww. Działania, przedstawionym w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL.

Biorąc pod uwagę, że cele (ogólne i szczegółowe) wszystkich projektów objętych badaniem są całkowicie zgodne z celami określonymi dla Działania 2.3 Priorytet II PO KL (zgodnie z zapisami SzOP PO KL), a także uwzględniając, iż katalog celów Działania 2.3 jest całkowicie wyczerpany poprzez cele analizowanych projektów, należy uznać, że występuje całkowita zgodność analizowanych projektów z celami Działania 2.3 Priorytet II PO KL. Osiągnięcie wszystkich zakładanych celów, będzie zatem oznaczało pełną realizację celów całego Działania.

Analizowane w ramach przedmiotowego badania projekty zostały ocenione pod względem następujących kryteriów badawczych:

Kryterium	Ocena w ramach kryterium
Trafność	Wszystkie analizowane projekty w pełni wpisują się w cele Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki określone dla Działania 2.3 Priorytet II oraz są zgodne z uzasadnieniem Działania 2.3 PO KL. Pod względem trafności wszystkie analizowane projekty zostały ocenione jako **wysoce zadowalające**.
Skuteczność	Nie stwierdzono żadnych zagrożeń dla realizacji zakładanych rezultatów twardych i miękkich ocenianych projektów. W chwili obecnej nie ma żadnych podstaw, aby przypuszczać, że oceniane projekty nie osiągną wszystkich swoich zakładanych celów. Oceniane projekty w zakładanym (zarówno w dokumentach strategicznych, jak i we wnioskach o dofinansowanie) stopniu przyczynią się do osiągnięcia celów PO KL.

	Z powyższych względów wszystkie analizowane projekty pod względem kryterium skuteczności zostały ocenione jako **wysoce zadowalające**.
Użyteczność	Zasadnicza ocena, jaką w ramach przeprowadzonego badania wystawili projektom ich uczestnicy jest bardzo wysoka. Uczestnicy podkreślili, że wszystkie projekty w bardzo wysokim stopniu spełniły ich oczekiwania i zaspokoiły potrzeby. Wszystkie projekty spełniły potrzeby i oczekiwania swoich grup docelowych. Projekty w pełni są zgodne z założeniami Działania 2.3 PO KL. Ich rezultaty twarde i miękkie w pełni odpowiadają zapisom umieszczonym w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL. Oczekiwane pełne osiągnięcie celów poszczególnych projektów oznacza także całkowitą realizację założeń PO KL w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia. Zgodnie z deklaracjami uczestników projektów, udział w projekcie przyczynił się do zwiększenia motywacji 83% beneficjentów ostatecznych do kontynuowania kształcenia, zdobywania nowych kompetencji, kwalifikacji i umiejętności zawodowych. Pod względem kryterium użyteczności wszystkie analizowane projekty zostały ocenione jako **wysoce zadowalające**.
Trwałość	W przypadku projektów szkoleniowych trwałość rezultatów projektów jest zależna od stopnia, w jakim zdobyte w ramach szkolenia kompetencje spełniają potrzeby i oczekiwania osób szkolonych. W wypadku analizowanych tutaj projektów stopień spełnienia potrzeb i oczekiwań beneficjentów końcowych jest bardzo wysoki. Znaczna część analizowanych projektów szkoleniowych prowadzi do uzyskania konkretnych certyfikatów i uprawnień zawodowych. W tym wypadku trwałość rezultatów jest w pewien sposób zagwarantowana, gdyż beneficjenci w sposób trwały uzyskują uprawnienia związane z odbytym szkoleniem. W przypadku projektów badawczych trwałość rezultatów nie może sprowadzać się jedynie do faktu, że raz opracowane programy będą istniały w sposób trwały. Z opisanych wyżej powodów trwałość projektów IMP-profilaktyka i IMP-powroty została oceniona jako **zadowalajaca**, a pozostałych projektów, jako **wysoce zadowalajaca.**
Ocena ogólna według wszystkich kryteriów	Ogólna ocena wszystkich analizowanych kryteriów po uwzględnieniu wszystkich ocen cząstkowych w ramach poszczególnych kryteriów badawczych jest **wysoce zadowalajaca.**

Bardzo wysoki odsetek uczestników projektów (88%) deklaruje, że na skutek udziału w projekcie uzyskali nowe kompetencje/ umiejętności, przy czym opinię taką nieco w większym stopniu zgłaszają kobiety niż mężczyźni. Zdecydowana większość uczestników projektów uważa, że uzyskane w ramach projektu umiejętności i kompetencje są przydatne/ użyteczne na ich stanowisku pracy.

Większość (68%) uczestników projektów deklaruje, że ich pozycja zawodowa w porównaniu z okresem przed udziałem w projekcie nie uległa zmianie. Poprawę swojej pozycji zawodowej deklaruje 29% badanych. Opisując przejawy poprawy swojej sytuacji zawodowej będącej wynikiem udziału w projekcie wskazywano przede wszystkim na podwyżkę zarobków i/lub uzyskanie nowej, lepszej pracy.

Analizowane projekty w istotny sposób wpływają na doskonalenie zawodowe przedstawicieli zawodów medycznych, przyczyniając się do podnoszenia ich kwalifikacji i umiejętności. Udział w projektach wpłynął na wzrost wśród przedstawicieli zawodów medycznych poczucia potrzeby stałego doskonalenia swoich umiejętności i doszkalania się. Aż 83% uczestników projektów deklaruje, że udział w projekcie zachęcił ich do dalszego kształcenia się i podnoszenia swoich umiejętności. Objęci badaniem przedstawiciele zawodów medycznych dostrzegając konieczność stałego dokształcania się, aktualizacji swojej wiedzy i podnoszenia umiejętności; stwierdzają jednocześnie istotną rolę projektów współfinansowanych ze środków UE w tym procesie. Podkreślają, że bez wsparcia zewnętrznego ze względów finansowych często nie mogą pozwolić sobie na opłacenie specjalistycznych kursów, dodatkowych szkoleń i procesu stałego doskonalenia zawodowego. Jednocześnie wskazują na potrzebę ukierunkowania tego wsparcia na stymulację szkoleń specjalizacyjnych i kursów kwalifikacyjnych.

Zastosowane w analizowanych projektach formy wsparcia są bardzo wysoko oceniane przez uczestników projektów (aż 90% respondentów badania oceniło je wysoko i bardzo wysoko). Większość respondentów uważa, że zastosowanie dodatkowych form wsparcia mogłoby podnieść skuteczność i użyteczność wsparcia. Jako podstawowe dodatkowe formy wsparcia najczęściej wskazywano:

- staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach krajowych;
- edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych;

- wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych;
- realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki;

Zastosowane w projektach formy wsparcia zostały dobrane trafnie do celów projektu i oczekiwanych rezultatów, odzwierciedlają one specyfikę projektów oraz odpowiadają potrzebom i oczekiwaniom beneficjentów końcowych.

17% uczestników projektów zgłaszało bariery utrudniające im udział w projekcie. Do najczęściej zgłaszanych problemów należą:

- brak wsparcia ze strony pracodawcy: pracodawca nie udziela dni wolnych na szkolenia, nie wyraża zgody na szkolenia, występujące trudności z pogodzeniem dyżurów w pracy z terminami szkoleń;
- zmiany terminów i planu godzinowego szkoleń dokonywane w ostatniej chwili;
- częste zjazdy szkoleniowe (cotygodniowe) kolidujące z pracą zawodową i życiem rodzinnym;
- problemy komunikacyjne – zajęcia w miejscach odległych od miejsca zamieszkania.

Dla 14% uczestników projektów, zastosowana forma wsparcia powodowała wystąpienie utrudnień w wykonywaniu pracy zawodowej. Najczęściej zgłaszane utrudnienia to:

- terminy kolidujące z obowiązkami związanymi z pracą zawodową;
- udział w projekcie związany był z czasowym zmniejszeniem dochodów uczestnika;
- konieczność wykorzystywania własnego urlopu wypoczynkowego, aby uczestniczyć w projekcie.

W opinii osób objętych badaniem (respondenci badania CATI, a także uczestnicy wywiadów IDI i FGI) za najważniejsze obszary priorytetowe, określające kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020, należy uznać:

- poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy;
- zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu;
- poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia;
- rozwiązania skierowane na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy.

Jako optymalne dla potrzeb przedstawicieli sektora ochrony zdrowia rodzaje wsparcia wskazano:

- pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (wskazane przez 96% respondentów);
- dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (95% wskazań);
- stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe (94% wskazań);
- fundowane staże krajowe (91% wskazań);
- programy stypendialne dla naukowców (90% wskazań).

Uczestnicy badania za najbardziej odpowiadające potrzebom sektora ochrony zdrowia typy projektów uznali:

- wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju;
- projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe;
- programy profilaktyczne;
- programy szkoleniowe;
- realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem;
- finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych - np. tereny wiejskie, etc).

Summary

The study "Evaluation of the impact of educational activities implemented under Measure 2.3 Human Capital Operational Programme on the healthcare system in Poland and the attempt to identify potential areas of support in the future financial perspective" was conducted by IBC GROUP Central Europe Holding S.A. on the request of the Ministry of Health in the period from September to December 2012. The aim of this study was to assess the impact of educational actions taken under Measure 2.3 - 'Strengthening the health potential of working persons and quality improvement of the healthcare system functioning” of Human Capital Operational Programme (HCOP) on the healthcare system in Poland and the attempt to identify potential areas of support in the future EU financial perspective for the years 2014 to 2020.

The analysis included following projects under Measure 2.3 Priority II HCOP:

- „The development of comprehensive prevention programmes”;
- „Development of comprehensive programs focused on returning to work”;
- “The development and implementation of a prevention programme in the early detection of genitourinary cancer in working men aged 45 or more (45+) oriented at preventing their occupational deactivation (in particular persons exercising professions as to which there is a higher probability of exposure to genitourinary cancer) ";
- “Professional nursing in medical emergency system in Poland - support for postgraduate education”;
- „Education within the specialization of deficit physicians, i.e. oncologist, cardiologist and occupational physicians”;
- “Support for the medical – emergency system through the vocational training of physicians, paramedics and medical dispatchers”;
- “Vocational training of nurses and midwives as part of bridging studies”;
- „The NHF Academy”;
- „Modern management in healthcare facilities - training in cost accounting, management information and on consolidation tools of healthcare facilities”;
- „Trainings for managers of hospitals with a contract with NHF on health care services or providing healthcare services financed from public funds under other titles, and for administrators of public funds in the health sector such as the NHF managers”;
- „Support for the accreditation process of healthcare facilities”.

The concept of the study combined the two research perspectives. On the one hand, it was possible to identify and define the effects of the projects under Measure 2.3. HCOP, on the other hand, it provided the knowledge and assumptions, that can be used to design future EU financial intervention.

All the projects analyzed in this study are fully consistent with the objectives of the Measure 2.3 HCOP Priority II, as well as directly fit into the provisions contained in the explanatory memorandum for Measure 2.3. Priority II HCOP presented in the Detailed Description of the Priorities of HCOP.

Considering that the objectives (general and specific) of all the projects under the study are fully consistent with the objectives of the Measure 2.3 HCOP Priority II (in accordance with the provisions of the Detailed Description of the Priorities of Human Capital Operational Programme), and taking into account that the objectives of Measure 2.3 are completely exploited by objectives of the analysed projects, it is considered that there is a total compliance of the analyzed projects with the objectives of the Measure 2.3 HCOP Priority II. Achieving all its objectives, will therefore, mean full implementation of the objectives of the whole Measure

Project analyzed within the framework of the research were evaluated for the following criteria for research:

Criteria	Evaluation of the criterion
Accuracy	All the analyzed projects fully fit the objectives of the Human Capital Operational Programme set for Measure 2.3 Priority II and are consistent with the reasons for Measure 2.3 PO KL. In terms of the relevance all evaluated projects were rated as **highly satisfying**.
Efficacy	There were no risks to the expected hard and soft results of evaluated projects. At the moment, there is no reason to assume that evaluated projects would not reach their all objectives. Evaluated projects in assumed degree (both in policy documents, as well as in applications for funding) will contribute to the

	achievement of the objectives of the HCOP. For these reasons, all the analyzed projects have been assessed **as highly satisfactory** in terms of efficacy
Utility	The basic assessment that the study participants set their projects is very high. The participants stressed that all projects met their very high expectations. All projects met the needs and expectations of their target groups. The projects are fully consistent with the objectives of Measure 2.3 HCOP. The hard and soft results fully correspond to the Detailed Description of the Priorities of HCOP. Expected full achievement of the objectives of each project means also complete implementation of HCOP assumptions with regard to the health sector According to the declarations of the project participants, the participation in the project has contributed to the 83% increase in motivation to continue their education, acquire new skills, qualifications and abilities. In terms of usability, all the analyzed projects were rated as highly satisfactory.
Durability	In the case of training projects the sustainability of the results depends on the extent to which the acquired skills meet the needs and expectations of trainees. In the case of analyzed projects the degree of the projects meeting the needs and expectations of the final beneficiaries is very high. Much of the training projects leads to gaining a specific certifications and professional licenses. In this case, the sustainability of the results is in some way guaranteed, as beneficiaries obtain permissions associated with training. In the case of research projects the sustainability of the results can not be reduced merely to the fact that, once developed promgrammes will last in a sustainable manner. With the above mentioned reasons, the sustainability of

	projects Labour Medicine Institute -prevention and Labour Medicine Institute -return has been assessed as satisfactory, and other projects as highly satisfactory
Overall rating by all criteria	Overall rating of all analyzed criteria considering all the assessments within each sub-criteria is **highly satisfactory**.

A very high percentage of participants of the projects (88%) said that as a result of participation in the project they gained new competences / abilities, but such opinion is slightly more common among women than men. The vast majority of project participants believe that the skills and competences gained during the project are helpful / useful in their workplace.

The majority (68%) of all participants declare that their professional position in comparison with the period prior to participation in the project has not changed. Improvement in their professional position declared 29% of respondents. Describing the symptoms of the improvement in their work situation they point to the increase in earnings and / or to finding new and better jobs.

Analyzed projects have a significant impact on the vocational development of medical professions, helping to enhance their skills and qualifications. Participation in the project contributed to the increase of the need of continuous vocational training among medical profession. 83% of all participants declare that the project encouraged them to continue their learning and improving their skills. Representatives of the medical professions recognize the need for continuous training to update their knowledge and skills and important role of projects co-financed from EU funds. They point out that without the external financial support they often cannot afford to pay for professional courses, additional training and continuous professional development process. At the same time they indicate the need for targeted support to stimulate the specialization training and qualification courses.

Used in the analyzed projects forms of support are very much appreciated by the participants of the projects (90% of respondents rated them high and very high). The majority of respondents believe that the use of additional forms of support could improve the effectiveness and usefulness of the support. The most desirable basic additional forms of support were:

- internships and traineeships in leading national centres;
- education in the analysis of adverse events;

- support for innovative organizational solutions in medical facilities;
- projects to organize day care for the elderly and the development of existing forms of institutional care.

Form of assistance used in the projects have been selected appropriately for the objectives and the expected results of the project, they reflect the specificity of projects and meet the needs and expectations of the final beneficiaries. 17% of all participants reported barriers to their participation in the project. The most commonly reported problems include:

- lack of support from the employer: does not provide days off for training, do not agree for trainings, difficulties in reconciling work with the terms of training;
- changes in the dates and plans of training made at the last moment;
- frequent training runs (weekly) interfering with work and family life;
- communication problems - trainings in locations distant from the place of residence.

For the 14% of the project participants used form of support led to difficulties in performing their work. The most commonly reported barriers are:

- time limits interfering work duties;
- participation in project was associated with a temporary reduction in participants income;
- need to use their annual leave to participate in the project.

In the opinion of the respondents (CATI survey respondents and respondents of IDI interviews and FGI groups) key priority areas defining the directions of interventions within the health sector in the EU financial perspectives from 2014 to 2020 that should be considered are:

- improving public health awareness and detection of diseases adversely affecting the labor market resources;
- increasing the flexibility and efficiency of the health system through the implementation of measures raising the quality of services and reducing inequalities in health;
- improving the quality of management in the healthcare system;
- solutions for the needs of the elderly, as well as measures to promote the development of parenting and early childhood period.

Types of support indicated as optimal for needs of health sector representatives :

- creating so called cancer units - focused on care for suffering from cancer in a dedicated, multidisciplinary teams (indicated by 96% of respondents);
- subsidies for participation in the project;
- funded scholarships for persons improving their professional skills (94% of responses);
- funded national internship (91% of responses);
- scholarships for scientist (90% of respondents).

Study participants as the most suited to the needs of the health sector recognized following types of projects:

- support for specialized training and access to specialist services throughout the country;
- projects enhancing the system of care for cancer patients;
- prevention programmes;
- training programmes;
- implementation of projects for perinatal and care for mother and baby;
- financing of compensatory programmes (to increase funding for medical procedures on disadvantaged areas – i.e. rural areas, etc.).

Spis treści

Streszczenie I
Spis treści 1
Akronimy i skróty stosowane w tekście 2
I. Wprowadzenie 4
I.1. Przedmiot badania 4
I.2. Cele i zakres badania ewaluacyjnego 5
I.2.1. Cele badania i pytania badawcze 5
I.2.2. Zakres czasowy i terytorialny badania 7
I.2.3. Zakres przedmiotowy badania 7
II. Zastosowana metodologia oraz źródła danych wykorzystanych w badaniu 9
II.1. Kryteria ewaluacyjne 9
II.2. Koncepcja realizacji badania 9
II.3. Zastosowane metody i techniki badawcze 10
II.3.1 Analiza *Desk Research*. 10
II.3.2. Badania ilościowe (ankietowe) CATI 12
II.3.3. Badania jakościowe 14
III. Wyniki badania 18
III.1.Zgodność udzielonego wsparcia z dokumentami strategicznymi. 18
III.2.Charakterystyka badanych projektów. 20
III.3.Odpowiedzi na pytania badawcze. 49
III.3.1. Ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL 49
III.3.2. Diagnozy sektora ochrony zdrowia 99
III.3.2. Wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 115
IV. Wnioski i rekomendacje 151
IV.1. Wnioski. 151
IV.2. Rekomendacje. 157
V. Aneksy 161

Akronimy i skróty stosowane w tekście

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
SIWZ	Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia
OPZ	Opis Przedmiotu Zamówienia
UE	Unia Europejska
Zamawiający	Ministerstwo Zdrowia
Wykonawca	IBC GROUP Central Europe Holding S.A.
Desk Research	Analiza danych zastanych
IDI *(ang. Individual In-Depth Interview)*	Indywidualny wywiad pogłębiony
CATI (*ang. Computer Assisted Telephone Interview)*	Wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne
Metadane	Zbiór procedur metodologicznych będący konsekwencją procesu badawczego, nie stanowiący części danych poddawanych analizie merytorycznej a jedynie analizie metodologicznej
Fieldwork	Faza operacyjno-terenowa badania
Reguły heurystyczne	Wyznaczające poznawczą logikę procesu badawczego elementy procedury badawczej
Responsywność	Poziom jednostkowych zrealizowanych wywiadów zapewniający reprezentatywność próby badawczej
Operat badania	Zamknięty zakresowo zbiór kwalifikowanych badawczo podmiotów umożliwiający zastosowanie schematu doboru próby
NFZ-Akademia	Projekt „Akademia NFZ”
CKPPiP	Projekt „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”
CMJ	Projekt „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”
CMKP-ratownictwo	Projekt „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
CMKP-specjalizacje lekarskie	Projekt „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”
DPiP	Projekt „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”
DPZ	Projekt „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”
DUZ	Projekt „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”
IMP-powroty	Projekt „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”
IMP-profilaktyka	Projekt „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”
NFZ-JGP	Projekt "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ"

I. Wprowadzenie

I.1. Przedmiot badania

Zgodnie z Narodowymi Strategicznymi Ramami Odniesienia (NSRO) całość interwencji Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w Polsce na lata 2007–2013 została ujęta w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL).

Celem PO KL jest umożliwienie pełnego wykorzystania potencjału zasobów ludzkich poprzez wzrost zatrudnienia i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw i ich pracowników, podniesienie poziomu wykształcenia społeczeństwa, zmniejszenie obszarów wykluczenia społecznego oraz wsparcie budowy struktur administracyjnych państwa.

PO KL zakłada m. in. działania wspierające zasoby ludzkie w kontekście rozwoju opieki zdrowotnej, jako czynnika determinującego jakość zasobów pracy.

PO KL składa się z 9 Priorytetów, realizowanych równolegle na poziomie centralnym i regionalnym. Jednym z Priorytetów realizowanych centralnie jest: ***Priorytet II: Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących.***

W ramach Priorytetu II PO KL realizowane jest Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Celami działania są:

- Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów);
- Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego;
- Poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej[1].

Przedmiotem niniejszego badania ewaluacyjnego jest „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”.

[1] Na podstawie: *Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013.*

I.2. Cele i zakres badania ewaluacyjnego

I.2.1. Cele badania i pytania badawcze

Celem głównym niniejszego badania jest dokonanie oceny wpływu dotychczas podjętych działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej UE na lata 2014 – 2020.

Cel główny badania zostanie osiągnięty poprzez realizację celów szczegółowych badania i udzielenie odpowiedzi na związane z tymi celami pytania badawcze. Powiązanie pytań badawczych z celami szczegółowymi i celem głównym badania pokazuje poniższa Tabela.

Tabela 1.
Cele badania i pytania badawcze

Cel główny	Cele szczegółowe	Pytania badawcze
Dokonanie oceny wpływu dotychczas podjętych działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej UE na	**1.** Ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL.	**1.** Jakie są efekty realizacji poszczególnych projektów? Czym charakteryzują się osiągnięte efekty? W jakim stopniu wpływają one na realizację celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia? Jaka jest trwałość rezultatów powstałych na skutek realizacji poszczególnych projektów (tj. możliwość utrzymania po zakończeniu realizacji projektu trwałych zmian, które będą w długim okresie użyteczne)? Czy w związku z realizacją projektów pojawiły się niezaplanowane efekty wsparcia np. rezultaty niezałożone we wniosku o dofinansowanie? Jeśli tak, to należy wskazać na czym one polegały. **2.** Jak uczestnicy projektów oceniają użyteczność zdobytych kwalifikacji w stosunku do zajmowanego stanowiska pracy/użyteczność zdobytej wiedzy? W jaki sposób udział w projekcie wpłynął na sytuację zawodową/rozwój zawodowy uczestników projektów (sytuacja zawodowa poprawiła się/nie zmieniła się/pogorszyła się)? **3.** Czy projekty realizowane w ramach Działania

lata 2014 – 2020.		2.3 PO KL mają wpływ na proces kształcenia ustawicznego pracowników sektora ochrony zdrowia, tj. czy stymulują ten proces/ zachęcają do dalszego kształcenia/ułatwiają dostęp do kształcenia/ niwelują bariery, czy też mają charakter bardziej doraźny, bez wyraźnego wpływu? **4.** Jak oceniana jest jakość kształcenia w ramach poszczególnych projektów, które obejmowały prowadzenie działań szkoleniowych? Jak oceniana jest trafność zastosowanej w ramach poszczególnych projektów formy wsparcia? Czy forma wsparcia była dostosowana do specyfiki danego projektu? **5.** Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego w ramach Działania wsparcia? Co należałoby ewentualnie zmienić/ poprawić? **6.** Czy w ramach poszczególnych projektów można zidentyfikować tzw. „dobre praktyki”? Jeśli tak, na czym one polegają? Jakie rozwiązania mogłyby być zastosowane przy planowaniu przyszłych interwencji? **7.** Czy można zidentyfikować bariery, na które napotykali uczestnicy projektów? Jeśli tak, jakiego rodzaju były to bariery? Czy zastosowana forma wsparcia nie utrudniała uczestnikom projektu wykonywania pracy zawodowej?
	2. Wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020.	**1.** Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020, biorąc pod uwagę następujące cele: a) zwiększenie dostępu do usług medycznych; b) wyrównanie dostępu do usług medycznych; c) zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby będące najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce; d) zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego (w rozbiciu na

kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe);

e) poprawę jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia;

f) rozwój nauk medycznych;

g) zwiększenie potencjału sektora ochrony zdrowia jako istotnego elementu rynku pracy;

h) zgodność z krajowymi oraz europejskimi dokumentami strategicznymi i horyzontalnymi w części dotyczącej ochrony zdrowia.

2. Na czym mogłoby ewentualnie polegać wsparcie w ramach poszczególnych obszarów?

3. Jaki, w opinii respondentów badania, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc rezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?

4. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

5. Czy, a jeśli tak, to które z dotychczasowych projektów należałoby kontynuować w ramach perspektywy finansowej 2014 – 2020? Co ewentualnie należałoby zmodyfikować oraz w jaki sposób?

I.2.2. Zakres czasowy i terytorialny badania

Badanie zostało zrealizowane w dniach od 18 września do 21 grudnia 2012 r. Badanie objęło swym zasięgiem obszar całego kraju.

I.2.3. Zakres przedmiotowy badania

Zakres badania obejmował analizę następujących projektów realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL:

a) Poddziałanie 2.3.1

a. „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”;

b. „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”;
c. „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”;

b) Poddziałanie 2.3.2

a. „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”;
b. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”;
c. „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”;
d. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”;

c) Poddziałanie 2.3.3

a. „Akademia NFZ”;
b. „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”;
c. "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ";
d. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”.

II. Zastosowana metodologia oraz źródła danych wykorzystanych w badaniu

II.1. Kryteria ewaluacyjne

Proces badawczy, jak również odpowiedzi na wszystkie pytania zostały przeprowadzone w oparciu o następujące kryteria ewaluacyjne:

1. Skuteczność;
2. Użyteczność;
3. Trwałość;
4. Trafność.

II.2. Koncepcja realizacji badania

Koncepcja badania łączyła w sobie dwie perspektywy badawcze. Z jednej strony umożliwiała zidentyfikowanie oraz określenie efektów realizowanych projektów w ramach Działania 2.3. PO KL, z drugiej, dostarczyła wiedzy i danych, które będą mogły być wykorzystane przy projektowaniu przyszłej interwencji finansowej Unii Europejskiej.

Schemat 1.

Perspektywy badawcze.

EWALUACJA

OCENA WPŁYWU DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH DZIAŁANIA 2.3. PO KL NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA
- Efekty realizacji projektów (interwencji)
- Identyfikacja dobrych praktyk, słabych i mocnych stron, barier
- Ocena korzyści i przydatności zdobytych przez uczestników projektów kwalifikacji

WYTYPOWANIE KIERUNKÓW INTERWENCJI W RAMACH SEKTORA OCHRONY ZDROWIA KTÓRE POWINNY ZOSTAĆ OBJĘTE WSPARCIEM ZE ŚRODKÓW EFS W PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ 2014-2020
- Wybór i charakterystyka obszarów interwencji
- Identyfikacja typów projektów i rodzajów wsparcia
- Identyfikacja projektów, które należy kontynuować

Źródło: opracowanie IBC GROUP.

W badaniu zastosowano metodologię umożliwiającą dokonanie rzetelnej analizy i udzielenie możliwie pełnej, rzeczowej i opartej na wynikach badań odpowiedzi na pytania badawcze oraz sformułowanie użytecznych wniosków i rekomendacji. Wykonawca szeroko stosował w badaniu metody triangulacji technik badawczych i źródeł danych. W badaniu zintegrowano badania typu Desk Research, IDI i FGI z badaniami ilościowymi CATI.

II.3. Zastosowane metody i techniki badawcze

W badaniach wykorzystano następujące metody badawcze ze wskazaniem sposobu pozyskiwania, gromadzenia i analizy danych:

1. Analizy Desk Research.
2. Badania ilościowe:
   - Technika CATI.
3. Badania jakościowe:
   - Technika Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego - IDI,
   - Technika Zogniskowanego Wywiadu Grupowego - FGI.

Ramowy układ stosowanych technik badawczych, wykorzystywanych dla pozyskania danych pierwotnych, wraz z liczebnością podmiotów badania prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Zestawienie technik pozyskiwania danych pierwotnych z liczebnością podmiotów badania

Lp.	Technika badawcza	Próba
1.	Indywidualny Wywiad Pogłębiony - IDI	**49**
2.	Zogniskowany Wywiad Grupowy - FGI	**30**
3.	CATI	Łącznie 1100 +1020 = **2120**

Źródło: opracowanie IBC GROUP

II.3.1 Analiza *Desk Research*.

Desk research klasyfikowana jest jako niereaktywna metoda badań polegająca na analizie danych zastanych. Desk research stanowi uzupełnienie badań pierwotnych, dostarczając ramowych informacji analitycznych. W ramach niniejszego badania Wykonawca przeprowadził analizę następujących dokumentów:

a) Wnioski o dofinansowanie oraz wnioski o płatność dotyczące projektów podlegających badaniu – łącznie 11 wniosków o dofinansowanie oraz 11 wniosków o płatność.

b) Dokumenty horyzontalne UE :

   i. Komunikat Komisji EUROPA 2020 „Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”;

   ii. Inicjatywy Flagowe:

      – Unia Innowacji;

      – Mobilna młodzież;

      – Europejska Agenda Cyfrowa;

      – Europa efektywnie korzystająca z zasobów;

      – Polityka przemysłowa w erze globalizacji;

      – Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia;

      – Europejska platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym;

c) Strategie lub aktualne projekty tych dokumentów:

   i. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030;

   ii. Strategia Rozwoju Kraju 2020;

   iii. Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”;

   iv. Strategia Sprawne Państwo 2020;

   v. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego;

d) Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007 – 2013 oraz Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Kapitał Ludzki w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia;

e) Dokumenty/raporty/dane statystyczne w zakresie trendów i prognoz epidemiologicznych i demograficznych występujących w polskim społeczeństwie:

i. Raport GUS *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm.;

ii. Raport GUS *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.* http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2657_PLK_HTML.htm.;

f) Dostępne dokumenty/raporty dotyczące zasobów kadrowych w ochronie zdrowia oraz raporty z badan ewaluacyjnych/analiz o adekwatnej do przedmiotu badania tematyce:

i. raport pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”, www.zdrowie.gov.pl.,

ii. raport pn. „Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020”, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, http://www.izbapiel.org.pl/upload/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf

iii. prezentacja: *Zasoby kadrowe polskiego systemu ochrony zdrowia – prezentacja danych statystycznych w okresie 2000-2010, na podstawie danych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*, Instytut Zdrowia Publicznego, http://izp.cm-uj.krakow.pl/izp_files/20121004_hetmanp_kadrypolskiegosystemuo_623104.pdf

II.3.2. Badania ilościowe (ankietowe) CATI

Badaniem ankietowym zostały objęte 2 grupy respondentów:

a. uczestnicy projektów realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL;
b. potencjalni uczestnicy projektów/odbiorcy wsparcia.

DOBÓR PRÓBY

1) Uczestnicy projektów realizowanych w ramach Działania 2.3. PO KL

Zastosowana została technika CATI

Łącznie zrealizowano badania na próbie uczestników projektów **N = 1100 osób**

Dobór próby miał charakter losowo – warstwowy. Podział populacji na warstwy uwzględniał jako kryterium:

(a) projekty objęte badaniem

(b) płeć uczestników projektów

Określając liczebność próby w każdej warstwie przyjęto metodę proporcjonalności. Efektem tego jest sytuacja, że w niektórych warstwach (odpowiadających projektom) liczebność próby jest minimalna, a w niektórych przypadkach zerowa (mężczyźni, uczestnicy projektu „Akademia NFZ”).

Konstrukcję objętej badaniem próby uczestników projektów przedstawia poniższa Tabela 3.

Tabela 3.
Konstrukcja objętej badaniem próby uczestników projektów – badanie CATI.

Projekt	Uczestnicy*		Próba	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
„Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”	794	313	**19**	**8**
„Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”	332	119	**8**	**3**
„Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”	487	269	**12**	**7**
„Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”	2466	130	**60**	**3**
„Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”	1968	1776	**48**	**44**
„Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”	1377	4399	**34**	**108**
„Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”	24715	330	**606**	**8**
„Akademia NFZ”	205	6	**5**	**0**
„Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”	2404	775	**59**	**19**
"Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych	1000	592	**25**	**15**

finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ"				
„Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”	286	85	**7**	**2**
Ogółem	**36034**	**8794**	**883**	**217**

* - liczba uczestników projektów podana według informacji uzyskanej od Ministerstwa Zdrowia

2) Potencjalni uczestnicy projektów/ odbiorcy wsparcia (osoby, które nie korzystały ze wsparcia w ramach Działania 2.3 PO KL)

Zastosowana została technika CATI.

Łącznie w ramach tej części badania zostało przebadanych **N = 1020 osób,** w tym:

i. fizjoterapeuci – 100 osób;
ii. diagności laboratoryjni – 100 osób;
iii. farmaceuci – 100 osób;
iv. technicy farmaceutyczni – 100 osób;
v. technicy elektroradiologii – 100 osób;
vi. fizycy medyczni – 20 osób;
vii. terapeuci zajęciowi – 100 osób;
viii. terapeuci uzależnień – 100 osób;
ix. opiekunowie medyczni – 100 osób;
x. dietetycy – 100 osób;
xi. psycholodzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych – 100 osób.

Zamawiający określił w SIWZ zarówno liczebność, jak i warstwowanie próby objętej badaniem (tj. grupy zawodowe, które mają zostać objęte badaniem), a także określił wymaganą liczebność każdej warstwy. Wykonawca, w trakcie realizacji badania, docierając do wymaganej liczby przedstawicieli określonych grup zawodowych korzystał z informacji udostępnionych przez izby zawodowe, stowarzyszenia zawodowe oraz z ogólnodostępnych baz teleadresowych (w tym także z książek telefonicznych).

II.3.3. Badania jakościowe

Celem badań jakościowych w niniejszym projekcie było uzupełnienie badań ilościowych.

Zastosowano następujące metody i techniki badawcze:

- Indywidualne wywiady pogłębione (IDI),
- Zogniskowane wywiady grupowe (FGI).

i. Indywidualny wywiad pogłębiony

Łącznie w ramach badania przeprowadzono **49** indywidualnych wywiadów pogłębionych IDI z następującymi respondentami:

A. 6 IDI z potencjalnymi uczestnikami projektów/odbiorcami wsparcia – *fizycy medyczni*.

B. 14 IDI z przedstawicielami projektodawców oraz współpracujących z nimi wykonawców projektów:

i. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi (1 IDI);

ii. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (1 IDI);

iii. Departament Pielęgniarek i Położnych – Ministerstwo Zdrowia (1 IDI);

iv. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (1 IDI);

v. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (1 IDI);

vi. Narodowy Fundusz Zdrowia (1 IDI);

vii. Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie ze Szkołą Główną Handlowa (1 IDI);

viii. Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Onkologii Instytutem im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie (2 IDI);

ix. Przedstawiciele wykonawców projektów (Instytut Reumatologii – Konsultant Krajowy w Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii w Warszawie Klinika Nowotworów Układu Chłonnego, Wojskowy Instytut Medyczny – Centrum Kształcenia Podyplomowego, Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medium w Krakowie, Jarosław Gucwa – Medycyna Praktyczna w Krakowie (wykonawca kursów doskonalących dla ratowników med. i dyspozytorów med.) (5 IDI).

C. 11 IDI z przedstawicielami samorządów zawodowych, stowarzyszeń zawodowych i towarzystw naukowych właściwych dla zawodów medycznych:

i. Naczelna Izba Lekarska (2 IDI);

ii. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (1 IDI);

iii. Naczelna Izba Aptekarska (1 IDI);

iv. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych (1 IDI);

v. Polska Rada Ratowników Medycznych (1 IDI);

vi. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (1 IDI);

vii. Polskie Towarzystwo Psychologii Klinicznej (1 IDI);

viii. Polskie Stowarzyszenie Techników Elektroradiologii (1 IDI);

ix. Stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Terapii Zajęciowej (1 IDI);

x. Polskie Towarzystwo Fizyków Medycznych (1 IDI).

D. 15 IDI z ekspertami z zakresu ochrony zdrowia (kadra kierownicza, lub osoby wskazane przez kierownictwo tych instytucji):

i. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (1 IDI);

ii. Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia (1 IDI);

iii. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce (1 IDI);

iv. Rektorzy/prorektorzy wyższych uczelni medycznych (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Gdański Uniwersytet Medyczny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu – 11 IDI);

v. Ekspert z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia (profesor z Katedry Ekonomii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie) (1 IDI).

E. 3 IDI z przedstawicielami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.

ii. Zogniskowany wywiad grupowy

Łącznie w ramach badania przeprowadzono **30** zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) z następującymi respondentami:

A. 20 FGI z potencjalnymi uczestnikami projektów/odbiorcami wsparcia

Przeprowadzono po 2 FGI w każdej z poniższych grup zawodowych:

i. fizjoterapeuci;

ii. diagności laboratoryjni;

iii. farmaceuci;

iv. technicy farmaceutyczni;

v. technicy elektroradiologii;

vi. terapeuci zajęciowi;

vii. terapeuci uzależnień;

viii. opiekunowie medyczni;

ix. dietetycy;

x. psycholodzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych.

B. 10 FGI ze studentami kierunków: lekarski, pielęgniarstwo, analityka medyczna, farmacja, fizjoterapia (przeprowadzono po 2 FGI z przedstawicielami każdego ze wskazanych kierunków).

III. Wyniki badania

III.1. Zgodność udzielonego wsparcia z dokumentami strategicznymi.

Kluczowymi dokumentami strategicznymi dotyczącymi analizowanych projektów są:

- Program Operacyjny Kapitał Ludzki
- Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

Program Operacyjny Kapitał Ludzki (PO KL). Zagadnienia objęte projektami stanowiącymi przedmiot niniejszego badania uwzględnia w ramach Priorytetu II, Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących. Kwestiom bezpośrednio związanym z systemem ochrony zdrowia poświecone jest Działanie 2.3 PO KL „*Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia*”.

Działanie 2.3 PO KL zawiera zdefiniowane (w dokumencie **Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, SzOP PO KL**) następujące cele:

1. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów).

2. Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego.

3. Poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu dla Działania 2.3 PO KL podkreślono, że:

- Utrzymanie dobrego stanu zdrowia osób pracujących jest niezbędne, aby zapewnić właściwy rozwój gospodarczy kraju. Jednym z poważnych czynników o charakterze zdrowotnym hamującym rozwój gospodarki, jest występowanie chorób o podłożu zawodowym. W aspekcie ekonomicznym stanowią one znaczne obciążenie finansowe zarówno dla budżetu państwa jak i budżetów gospodarstw domowych. Natomiast w kontekście społecznym są często powodem przerywania aktywności zawodowej pracowników. Z tego powodu w ramach EFS opracowywane zostały kompleksowe programy kierowane do określonych grup zawodowych/pracowniczych, ukierunkowane zarówno na profilaktykę jak i wspieranie powrotu do pracy osób, u których wystąpiły choroby zawodowe oraz choroby pośrednio zależne od warunków pracy.

- Ze względu na zachodzące w Polsce procesy demograficzne (starzenie się społeczeństwa), uzasadnione jest inwestowanie w rozwój kwalifikacji osób

pracujących w służbie zdrowia w zakresie profilaktyki i leczenia dolegliwości zdrowotnych typowych dla osób starszych oraz zapewniania właściwej opieki zdrowotnej, co będzie mogło wpływać na wydłużenie ich aktywności zawodowej i społecznej.

- W zakresie oddziaływania na rynek pracy i zwiększania zdolności adaptacyjnych pracowników służby zdrowia, wsparcie kierowane jest przede wszystkim na podnoszenie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych (oraz wspieranie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy deficytowych specjalności tj. kardiologów, onkologów oraz lekarzy medycyny pracy).

- Ponieważ choroby o podłożu kardiologicznym i onkologicznym stanowią najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, zwiększanie możliwości podnoszenia specjalistycznych kwalifikacji zawodowych lekarzy zajmujących się tymi schorzeniami jest szczególnie uzasadnione. Poza kształceniem lekarzy w ramach procesu specjalizacji, wsparcie kierowane do lekarzy, dotyczy podnoszenia ich kwalifikacji w innych formach (np. szkolenia, kursy, studia podyplomowe), związanych tematycznie ze schorzeniami będącymi przyczyną opuszczenia rynku pracy przez osoby w wieku produkcyjnym oraz tematyką związaną ze starzeniem się społeczeństwa i kwestiami związanymi z zarządzaniem w ochronie zdrowia.

- W celu zwiększenia sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w szczególności w obliczu zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali, niezbędne jest prowadzenie działań ukierunkowanych na lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz na podnoszenie jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Zwiększenie racjonalności gospodarowania środkami finansowymi w ochronie zdrowia jest wspomagane w ramach EFS dzięki rozwijaniu umiejętności kadry zarządzającej szpitalami z zakresu efektywnego zarządzania oraz wiedzy o skutecznych i efektywnych technologiach medycznych. Szkolenia kierowane były również do dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia.

- Podwyższanie standardów i zwiększanie jakości usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej, w tym w szczególności przez szpitale odbywa się poprzez wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Projekty analizowane w ramach niniejszego badania są w pełni zgodne z celami określonymi dla Działania 2.3 Priorytet II PO KL, a także w bezpośredni sposób wpisują się w zapisy

zawarte w uzasadnieniu dla Działania 2.3., przedstawionym w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL[2].

Biorąc pod uwagę, że cele (ogólne i szczegółowe) wszystkich projektów objętych badaniem są całkowicie zgodne z celami określonymi dla Działania 2.3 PO KL (zgodnie z zapisami SzOP PO KL), a także uwzględniając, iż katalog celów Działania 2.3 jest całkowicie wyczerpany poprzez cele analizowanych projektów, należy uznać, że występuje całkowita zgodność analizowanych projektów z celami określonymi dla ww. Działania. Osiągnięcie wszystkich zakładanych celów, będzie zatem oznaczało pełną realizację celów Działania 2.3 PO KL.

III.2. Charakterystyka badanych projektów.

Badaniem zostały objęte projekty realizowane w ramach Działania 2.3 PO KL.

I. Poddziałanie 2.3.1

a. „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” – projekt realizowany przez Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi w partnerstwie z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

Celem projektu jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie 8 kompleksowych programów profilaktycznych dla 10 grup chorób zawodowych z zakresu: ochrony słuchu, chorób skóry, chorób alergicznych, chorób zakaźnych lub pasożytniczych, chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, chorób układu krążenia, zagrożeń psychospołecznych oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.

Okres realizacji projektu: 01.04.2008 – 28.02.2013.

Liczba osób objętych wsparciem: 1107 osób (794 kobiety, 313 mężczyzn) – wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 9 157 070,83 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Identyfikacja czynników zawodowych mających wpływ na ryzyko wystąpienia i rozwoju chorób zawodowych oraz identyfikacja grup ryzyka,
- Usprawnienie procedur wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy,

[2] Zob.: Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Warszawa, 1 lipca 2012, s. 77-79.

- Podniesienie świadomości zdrowotnej pracujących i wypracowanie odpowiednich zachowań prozdrowotnych w miejscu pracy,
- Podniesienie wiedzy i kwalifikacji zawodowych lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP w zakresie wczesnego diagnozowania i profilaktyki oraz minimalizacji zagrożeń,
- Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych.

Wskazane we wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 19.08.2011) rezultaty twarde (m.in. opracowanie 8 kompleksowych programów profilaktycznych, sporządzenie 8 raportów z badań i analiz, utworzenie Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego, opracowanie 14 elektronicznych materiałów informacyjnych i 8 edukacyjnych multimedialnych, etc.) odpowiadają produktom, które powinny powstać w wyniku realizacji projektu. Ewaluator uważa tutaj za niezbędne podkreślenie, że niewłaściwe zdefiniowanie produktów, rezultatów i oddziaływania projektu prowadzi w konsekwencji do istotnych problemów z odczytaniem istotnej misji projektu i określeniem, czemu dany projekt ma służyć. Produkty określają to, co powinno powstać bezpośrednio w wyniku działań realizowanych w ramach projektu (np.: liczbę przeszkolonych osób, liczbę opracowanych raportów, a w przypadku projektów infrastrukturalnych także np. ilość kilometrów wybudowanych dróg, kubaturę wyremontowanych budynków, etc.). Produkty nie powinny przekładać się bezpośrednio na cele projektu, gdyż celem projektu (głównym, ani szczegółowym) nie powinno być samo tylko wykonanie określonych działań, lecz uzyskanie dzięki tym działaniom konkretnych zmian rzeczywistości. Dopiero rezultaty pokazują, w jaki sposób produkty wytworzone w ramach projektu przyczyniają się do zmiany sytuacji w obszarze objętym projektem. W przypadku projektów szkoleniowych rezultatem może być np. odsetek osób przeszkolonych, które praktycznie wykorzystują nabyte w trakcie szkolenia umiejętności i/lub kompetencje, rezultatem może być także liczba raportów, które doprowadziły do podjęcia konkretnych, zaproponowanych w nich działań. Rezultaty powinny odnosić się do celów szczegółowych projektu. Kluczowe znaczenie ma jednak dopiero oddziaływanie projektu, tzn. to w jaki sposób projekt przyczynił się do zaistnienia długoterminowych zmian sytuacji będącej przyczyną wnioskowania o interwencję. Np. oddziaływaniem projektu szkoleniowego powinno być podniesienie ogólnego poziomu usług świadczonych

przez całą grupę docelową objętą wsparciem w ramach projektu. Oddziaływanie odnosi się do celu głównego interwencji. Brak prawidłowego określenia produktów, rezultatów i oddziaływania może niekiedy niesłusznie zostać odczytany jako brak pogłębionej myśli strategicznej w danym projekcie oraz wskazywać, że projekt w swoim ostatecznym, szerokim oddziaływaniu nie będzie miał istotnego wpływu na zmiany systemowe. Co gorsza, może to także zostać – niekiedy niesłusznie – zinterpretowane, że w intencji projektodawców nie leżało doprowadzenie do konkretnych zmian zastanej sytuacji, a ich jedynym celem była sama realizacja projektu. Tego typu analiza ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia i oceny celowości realizacji projektu oraz stopnia, w jakim przyczynia się on do realizacji strategicznych celów interwencji publicznej podejmowanej w odniesieniu do całego sektora. W odniesieniu do konkretnego, analizowanego tutaj projektu, obecny kształt zapisów we wniosku projektowym – zgodnie z informacjami uzyskanymi od przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i potwierdzonymi w rozmowach z projektodawcami, jest wynikiem długotrwałych negocjacji pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, a przedstawicielami Ministerstwa Rozwoju Regionalnego i Komisji Europejskiej, w trakcie których kluczowym elementem była kwestia objęcia wsparciem także szeroko rozumianego etapu wdrożenia opracowanych w ramach projektu kompleksowych programów profilaktycznych. Ta dyskusja w dużej mierze wpłynęła na omawiany kształt wniosku o dofinansowanie i zawarte w nim zapisy, a w szczególności istotne ograniczenie elementu wdrożeniowego. Tym niemniej jednak, powyższe uwagi odnoszące się do potrzeby uwzględniania we wniosku o dofinansowanie prawidłowej prezentacji produktów i oczekiwanych rezultatów i oddziaływań, a co za tym idzie także wskazanie oczekiwanego wpływu realizowanego projektu na zmiany w systemie ochrony zdrowia pozostają istotne.

Wskazane rezultaty miękkie (podniesienie poziomu wiedzy i kwalifikacji zawodowych lekarzy służb medycyny pracy, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP; zwiększenie świadomości pracodawców i pracowników w zakresie profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą) są prawidłowo określone. Niestety, o ile osiągnięcie zakładanego w projekcie poziomu rezultatów twardych jest proste w monitorowaniu, gdyż są one mierzalne i weryfikowalne, o tyle nie jest możliwe monitorowanie i ewaluacja osiągnięcia zakładanego poziomu rezultatów miękkich, gdyż nie towarzyszą im żadne mierzalne wskaźniki. Zgodnie z

informacją uzyskaną w Ministerstwie Zdrowia, taka sytuacja jest efektem wymogów narzucanych przez generator wniosków obowiązujący w chwili złożenia wniosku o dofinansowanie. Równie istotne w tym względzie – zgodnie z informacjami uzyskanymi od Ministerstwa Zdrowia – było podejście Ministerstwa Rozwoju Regionalnego oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, nakazujące aby we wniosku, w rubryce dotyczącej rezultatów wskazane zostały produkty projektu.

W okresie, kiedy przeprowadzano niniejsze badanie, realizacja projektu przebiegała zgodnie z przyjętym harmonogramem i realizowano wszystkie założone działania. W efekcie realizacji projektu powstają założone we wniosku produkty oraz osiągane są zakładane rezultaty. Oznacza to, że projekt w zakładanym stopniu przyczyni się do osiągnięcia celów Priorytetu II PO KL.

W opinii przedstawicieli beneficjenta nie ma potrzeby bezpośredniego kontynuowania w przyszłej perspektywie finansowej obecnego projektu. Wskazane jest jednak wsparcie dla podobnych działań ukierunkowanych na inne grupy chorób zawodowych oraz wsparcie polegające na wdrożeniu zaproponowanych rozwiązań.

b. „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy” – projekt realizowany przez Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi w partnerstwie z Instytutem Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu. W trakcie realizacji projektu partner – z powodu nie wywiązywania się z umowy partnerskiej – został wykluczony z projektu i poniósł związane z tym konsekwencje finansowe.

Celem projektu było umożliwienie podjęcia aktywności zawodowej osób ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi lub po długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy poprzez opracowanie 3 kompleksowych programów dla (1) chorób narządu głosu, (2) pylic i (3) chorób alergicznych oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.

Okres realizacji projektu: 01.04.2008 – 31.08.2011 (projekt zakończony).

Liczba osób objętych wsparciem: 451 osób (332 kobiety, 119 mężczyzn) zgodnie ze stanem realizacji projektu w chwili przeprowadzenia badania (wyniki ostateczne).

Wartość rozliczonych środków w projekcie: 2 049 520,93 PLN, wartości umowy 2 121 727,28 PLN (% wykonania wyniósł 96,60%).

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Rozpoznanie uwarunkowań zdrowotnych, psychicznych oraz socjologicznych uniemożliwiających lub utrudniających powrót do pracy.
- Rozpowszechnienie tej wiedzy wśród 150 pracowników służb medycyny pracy oraz 70 lekarzy orzeczników.
- Wzmocnienie i kształtowanie motywacji osób nieaktywnych zawodowo do podejmowania rehabilitacji umożliwiającej powrót do pracy.
- Przygotowanie procedur medycznych dla przeprowadzenia intensywnej rehabilitacji głosu.
- Przygotowanie wysoko wykwalifikowanej kadry 80 terapeutów głosu.
- Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 20.08.2010) wskazano, jakie są oczekiwane rezultaty twarde i miękkie projektu. Wskazane rezultaty twarde w przeważającej części są w istocie produktami projektu (tj. powstają bezpośrednio w trakcie wykonywania działań przewidzianych w projekcie), tj.: opracowanie 3 elektronicznych materiałów informacyjnych i edukacyjnych, przeszkolenie 80 lekarzy laryngologów, foniatrów i terapeutów głosu, przeszkolenie 120 nauczycieli, przeprowadzenie 2 turnusów rehabilitacyjnych dla 40 osób, przygotowanie multimedialnego materiału informacyjnego, etc. Jednocześnie wskazano jeden prawidłowo określony rezultat twardy: wdrożenie 3 programów. Prawidłowość określenia tego oczekiwanego rezultatu polega na położeniu nacisku nie na „opracowanie” lecz na „wdrożenie” programów opracowanych w ramach projektu. Rezultaty twarde określono w sposób umożliwiający ich monitorowanie zarówno w trakcie realizacji projektu, jak i po jego zakończeniu. Jako rezultaty miękkie wskazano dwie kwestie, z których jedna jest powtórzeniem jednego z celów szczegółowych projektu, tj.: (1) zwiększenie motywacji osób nieaktywnych zawodowo do podejmowania rehabilitacji umożliwiającej powrót do pracy oraz (2) podniesienie wiedzy i kwalifikacji zawodowych służb medycyny pracy, lekarzy specjalistów, lekarzy orzeczników. Rezultatom miękkim nie przyporządkowano żadnych wskaźników umożliwiających bieżące monitorowanie jak i końcową

ewaluację stopnia osiągnięcia tych celów[3]. Zgodnie z informacją uzyskaną w Ministerstwie Zdrowia, taka sytuacja jest efektem wymogów narzucanych przez generator wniosków obowiązujący w chwili złożenia wniosku o dofinansowanie. Dopiero kolejna wersja generatora wniosków wprowadziła tabelę do określania źródła weryfikacji osiągnięcia oczekiwanych rezultatów. Jednocześnie należy zauważyć, że rezultaty miękkie są badane poprzez ankiety wśród uczestników projektu

Jak wynika z przeprowadzonego badania (analiza dokumentów oraz wywiady IDI z przedstawicielami beneficjenta) projekt osiągną wszystkie swoje zakładane cele, zrealizowano wszystkie zaplanowane działania i uzyskano zakładane produkty i rezultaty określone we wniosku o dofinansowanie. Oznacza to, że projekt osiągnął swoje cele szczegółowe i cel główny, czyli w zakładanym w dokumentach projektowych stopniu przyczynił się do osiągnięcia celów Priorytetu II PO KL.

W opinii przedstawicieli beneficjenta w przyszłej perspektywie finansowej nie ma potrzeby bezpośredniej kontynuacji obecnego projektu. Natomiast wskazane byłoby jego poszerzenie na inne grupy chorób (opracowanie kolejnych kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy), a także wdrożenie zaproponowanych rozwiązań.

c. „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)” - projekt realizowany przez Departament Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Onkologii, Instytutem im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

[3] W raporcie pn. Weryfikacja zakładanych wskaźników do Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” znajduje się stwierdzenie, że dla projektów „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” i „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy” opracowano jeden wskaźnik produktu i jeden wskaźnik rezultatu. Niestety, w ramach niniejszego badania nie udało nam się potwierdzić tego stwierdzenia. Zob.: Weryfikacja zakładanych wskaźników do Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” , PSDB, s. 18.

Celem projektu jest zwiększenie stanu wiedzy oraz pozytywna zmiana zachowań mężczyzn w zakresie przyczyn i objawów chorób nowotworowych w obrębie układu moczowo-płciowego u aktywnych zawodowo mężczyzn po 45. roku życia

Okres realizacji projektu: 01.10.2010 – 31.12.2013.

Liczba osób objętych wsparciem: 756 osób (487 kobiet, 269 mężczyzn) - wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 24 310 195,40 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Wzrost świadomości mężczyzn i ich partnerek o chorobach nowotworowych układu moczowo-płciowego.
- Wzrost motywacji do zmiany zachowań mężczyzn, czyli m.in. do eliminowania czynników ryzyka, w tym przede wszystkim czynników zawodowych i prowadzenia zdrowego stylu życia, do corocznej kontroli urologicznej (w szczególności gruczołu krokowego).
- Wzrost stanu wiedzy lekarzy med. rodzinnej, lekarzy med. pracy oraz urologów dotyczącej zagadnień chorób układu moczowo-płciowego, w szczególności o wpływie czynników zawodowych na poziom zachorowalności.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 04.06.2012) wskazano oczekiwane rezultaty twarde i miękkie projektu. Znaczna część wskazanych oczekiwanych rezultatów twardych ma charakter produktów projektu (m.in.: 30 przeprowadzonych spotkań informacyjnych dla mężczyzn, utworzona platforma internetowa, 6000 przeszkolonych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny pracy, urologów w zakresie przyczyn zachorowalności, objawów, związków przyczynowo-skutkowych z czynnikami zawodowymi oraz wczesnych metod leczenia, jak również w zakresie procedur postępowania z objawami chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego, 4 badania świadomościowe, 1 raport, 1 opracowanie książkowe obejmujące ewaluację programu wraz z wnioskami na przyszłość). Określono także dwa rezultaty miękkie: (1) 70% wzrost świadomości wśród lekarzy POZ, urologów, medycyny pracy objętych szkoleniem w ramach projektu nt. konieczności kierowania pracowników w wieku 45+ na badania profilaktyczne w zakresie nowotworów ukł. moczowo-płciowego oraz (2) 60% wzrost poziomu świadomości pracowników wykonujących zawody związane z wyższym narażeniem na czynniki wywołujące choroby ukł. moczowo-płciowego

w wieku 45+ nt. przyczyn zachorowalności, konieczności prowadzenia badań okresowych, objawów, sposobów leczenia. Wszystkie wskazane we wniosku oczekiwane rezultaty projektu są zgodne z celami projektu oraz są mierzalne i weryfikowalne zarówno w ramach bieżącego monitoringu realizacji projektu, jak i w ramach końcowej ewaluacji.

Projekt ma charakter innowacyjny, jako że jest pierwszym tego rodzaju projektem o ogólnokrajowym zasięgu.

W początkowym okresie realizacji projektu – zgodnie z informacjami uzyskanymi od przedstawiciela beneficjenta – występowały problemy w realizacji projektu polegające na trudnościach z rekrutacją beneficjentów ostatecznych projektu. Dopiero po podjęciu odpowiednich działań korekcyjnych (wprowadzenie do szkoleń poszerzonego modułu praktycznego poprzez wprowadzenie zajęć na fantomie) pozwoliło na przezwyciężenie problemów realizacyjnych. W chwili obecnej realizacja projektu postępuje zgodnie z harmonogramem i nie ma istotnych zagrożeń dla prawidłowego przebiegu procesu wdrażania. W opinii beneficjenta zrealizowane zostaną wszystkie zaplanowane w ramach projektu działania, co spowoduje wytworzenie wszystkich zakładanych produktów i powstanie zaplanowanych rezultatów. Oznacza to, że projekt osiągnie wszystkie swoje cele szczegółowe i cel główny, co z kolei spowoduje, ze w zaplanowanym stopniu projekt przyczyni się do osiągnięcia celów Priorytetu II PO KL.

Przedstawiciel beneficjenta uważa, że objęcie szkoleniem 6000 lekarzy POZ w chwili obecnej stwarza wystarczające podstawy do prowadzenia prawidłowej wczesnej profilaktyki nowotworów układu moczowo-płciowego u mężczyzn w wieku 45+. Nie ma w chwili obecnej potrzeby zabiegania o bezpośrednią kontynuację projektu w jego dotychczasowej formie. Jednocześnie, wydaje się, że należałoby rozważyć możliwość objęcia w przyszłej perspektywie finansowej tego typu szkoleniem przedstawicieli innych zawodów medycznych, a w szczególności pielęgniarek (zwłaszcza pielęgniarek środowiskowych), ze względu na fakt, że najprawdopodobniej ich rola w procesie wzmocnienia działań profilaktycznych będzie rosła.

II. Poddziałanie 2.3.2

a. „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego” - projekt realizowany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Celem projektu jest podniesienie kwalifikacji i umiejętności z zakresu pielęgniarstwa ratunkowego przez 4060 pielęgniarek/pielęgniarzy w okresie realizacji projektu.

Okres realizacji projektu: 01.10.2009 – 30.06.2015.

Liczba osób objętych wsparciem: 2596 osób (2466 kobiet, 130 mężczyzn) – wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 20 284 744,58 PLN

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Ukończenie kursu kwalifikacyjnego z zakresu pielęgniarstwa ratunkowego przez 4060 pielęgniarek/pielęgniarzy w okresie realizacji projektu.
- Ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez 2367 pielęgniarek/pielęgniarzy w okresie realizacji projektu.
- Ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu „Wykonywanie konikopunkcji, odbarczania odmy prężnej oraz wykonywanie dojścia doszpikowego” przez 680 pielęgniarek/pielęgniarzy.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 22.06.2012) wskazano oczekiwane rezultaty twarde i miękkie projektu. Wszystkie wskazane we wniosku rezultaty twarde mają charakter produktów projektu (np.: 4060 pielęgniarek/pielęgniarzy, które/którzy ukończyły/li kurs kwalifikacyjny; 2367 osób, które ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej; 680 osób, które ukończyły kurs specjalistyczny z zakresu „Wykonywanie konikopunkcji, odbarczania odmy prężnej oraz wykonywanie dojścia doszpikowego”; 117 przeprowadzonych edycji kursu kwalifikacyjnego; 10 000 wyprodukowanych ulotek; 750 wyprodukowanych plakatów; 5 banerów; 5 jednodniowych warsztatów; elektroniczna baza danych, etc.). Część z tych oczekiwanych rezultatów jest bezpośrednim przepisaniem celów szczegółowych projektu. Wszystkie zapisane rezultaty twarde są mierzalne tak w trakcie realizacji projektu, jak i po jego zakończeniu. Wskazano także dwa cele miękkie: (1) wzrost kompetencji pielęgniarek/pielęgniarzy z zakresu ratownictwa medycznego (70% uczestników projektu – na podstawie opinii

uczestników wyrażanych w ankietach) oraz (2) wzrost satysfakcji z wykonywanej pracy (50% uczestników projektu – na podstawie opinii uczestników wyrażanych w ankietach). Wszystkie wskazane we wniosku oczekiwane rezultaty są zgodne z celami projektu, są mierzalne i weryfikowalne.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od przedstawiciela beneficjenta, projekt cieszy się dużym zainteresowaniem grupy docelowej i nie ma obecnie żadnych istotnych problemów z rekrutacją beneficjentów ostatecznych. Projekt jest obecnie w zaawansowanej fazie wdrażania, które przebiega zgodnie z założonym harmonogramem. W czasie realizacji badania, tj. w połowie okresu wdrażania projektu, zaawansowanie realizacji projektu i stopień osiągania zakładanych wskaźników pokazuje, że nie ma zagrożeń dla uzyskania zakładanych we wniosku o dofinansowanie produktów oraz oczekiwanych rezultatów. Oznacza to, że należy oczekiwać, iż – o ile nie wystąpią jakieś nadzwyczajne okoliczności w stopniu wysoce negatywnym oddziałujące na proces realizacji projektu – wytworzy on wszystkie zakładane produkty i osiągnie zaplanowane rezultaty, a tym samym w stopniu zakładanym w dokumentach projektowych przyczyni się do realizacji celów Priorytetu II PO KL.

Przedstawiciel beneficjenta oraz eksperci z zakresu systemu ochrony zdrowia wskazywali, że w przyszłej perspektywie finansowej wskazane byłoby, aby wsparcie dla kształcenia kadr systemu ratownictwa medycznego było kontynuowane. Nie wypowiadano się przy tym, czy wsparcie powinno być oferowane w dotychczasowej, czy też w innej formie.

b. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” – projekt realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Celem projektu jest wsparcie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy z kardiologii, onkologii i medycyny pracy, co przełoży się na wzrost liczby specjalistów, dostępność do świadczeń zdrowotnych i poprawy stanu zdrowia osób pracujących.

Okres realizacji projektu: 20.01.2007 – 30.06.2015.

Liczba osób objętych wsparciem: 3744 osób (1968 kobiety, 1776 mężczyzn) –wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 102 258 478,05 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Podniesienie jakości kursów specjalizacyjnych z kardiologii, onkologii, kardiologii dziecięcej i medycyny pracy.
- Wzrost dostępności kursów, dostosowując ich liczbę do potrzeb.
- Ukończenie pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych przez co najmniej: 404 lekarzy z kardiologii i 20 z kardiologii dziecięcej, 311 z onkologii i 362 z medycyny pracy.
- Opracowanie wysokiej jakości materiałów dydaktycznych dla uczestników kursów.
- Promocja specjalizacji z kardiologii i kardiologii dziecięcej, onkologii i medycyny pracy wśród lekarzy i studentów medycyny.
- Stworzenie bazy danych lekarzy uczestniczących w procesie kształcenia specjalizacyjnego w celu monitorowania ich ścieżki kariery.
- Organizacja dla kierowników specjalizacji z kariologii, onkologii i medycyny pracy, kursów aktualizujących wiedzę medyczną.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 02.07.2012) określono oczekiwane rezultaty twarde i miękkie projektu. Wskazano następujące oczekiwane rezultaty twarde:

- Ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych: 404 z kariologii, 311 z onkologii, 362 z medycyny pracy i 20 z kardiologii dziecięcej.
- Ukończenie przez 5601 lekarzy kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, kardiologii dziecięcej, onkologii, medycyny pracy oraz onkologicznych kursów z patomorfologii.
- Wsparcie finansowe 5281 lekarzy z tytułu poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach specjalizacyjnych z kardiologii i kardiologii dziecięcej, onkologii, medycyny pracy oraz w kursach onkologicznych z patomorfologii i kierowników specjalizacji z tytułu uczestnictwa w kursach doskonalących.
- Ukończenie przez 1000 kierowników specjalizacji z kardiologii, onkologii i medycyny pracy kursów aktualizujących wiedzę.

- Zorganizowanie 1893 kursów specjalizacyjnych z kariologii, kardiologii dziecięcej, onkologii, medycyny pracy i onkologicznych kursów z patomorfologii.
- Zorganizowanie 67 kursów aktualizujących wiedzę dla kierowników specjalizacji z kardiologii, onkologii oraz medycyny pracy.
- Opracowanie i przygotowanie 43655 materiałów dydaktycznych dla uczestników kursów.
- Uzyskanie tytułów specjalizacyjnych z kariologii, kariologii dziecięcej, onkologii i medycyny pracy przez 3020 lekarzy, którzy uczestniczyli w projekcie.
- Opracowanie aplikacji informatycznej służącej gromadzeniu danych i prowadzeniu ścieżki kariery uczestników.
- Zakup sprzętu dydaktycznego do kursów z onkologii i kardiologii.
- Opracowanie i wydruk 20 tytułów podręczników do kursów specjalizacyjnych.
- Organizacja 132 kursów kardiologicznych w formie otwartych sesji kardiologicznych i kardiologiczno-onkologicznych z transmisji wykonywanych zabiegów oraz kursów resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

Pierwszy z tych rezultatów jest bezpośrednim przepisaniem celu szczegółowego. Niektóre z tych rezultatów mają charakter produktów projektu (np.: opracowanie i przygotowanie 43655 materiałów dydaktycznych dla uczestników kursów, zakup sprzętu dydaktycznego). Wszystkie rezultaty twarde są zgodne z celami projektu, są mierzalne i weryfikowalne.

Wskazano następujące oczekiwane rezultaty miękkie projektu:

- Wzrost poziomu wiedzy 5601 lekarzy uczestniczących w kształceniu specjalistycznym z kardiologii, kardiologii dziecięcej, onkologii, medycyny pracy oraz kursach onkologicznych z patomorfologii.
- Wzrost szansy zdobycia tytułu specjalisty z kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny pracy, onkologii oraz patomorfologii.
- Wzrost poziomu nauczania na kursach specjalizacyjnych.
- Zaktualizowanie wiedzy medycznej 1000 kierowników specjalizacji dla lekarzy specjalizujących się w kardiologii, medycynie pracy oraz onkologii.

- Zharmonizowanie realizacji przez lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z kardiologii, kardiologii dziecięcej, onkologii i medycyny pracy.
- Wzrost liczby lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców.

Rezultaty miękkie zostały określone w sposób nie pozwalający na ich precyzyjną weryfikację oraz monitorowanie. Nie określono w jaki sposób będzie np. mierzony wzrost poziomu wiedzy lekarzy uczestniczących w kursach (na podstawie ankiet? Deklaracji uczestników? Pre- i post-testów?). Niektóre rezultaty miękkie (np. wzrost poziomu nauczania na kursach specjalizacyjnych) wydają się być konsekwencją działań podejmowanych w ramach projektu (np. zakup sprzętu dydaktycznego, opracowanie i druk podręczników), jednak te działania nie muszą prowadzić do powstania oczekiwanego rezultatu.

Informacje uzyskane od przedstawiciela beneficjenta oraz od przedstawicieli wykonawców projektu (uczelnie medyczne) wskazują, że realizacja projektu przebiega zgodnie z założonym harmonogramem. Wykonawcy podkreślają tutaj bardzo duże doświadczenie beneficjenta w realizacji tego typu działań. W czasie realizacji badania projekt był w fazie intensywnej realizacji, a liczba osób, które dotychczas uzyskały w ramach projektu wsparcie wskazuje, że nie występuje istotne zagrożenie, że projekt nie wytworzy oczekiwanych produktów. Biorąc pod uwagę pełną zgodność celów projektu i realizowanych w nim działań z zapisami SzOP PO KL należy oczekiwać, że projekt w zakładanym stopniu przyczyni się do realizacji celów Priorytetu II PO KL.

W opinii zarówno przedstawicieli beneficjenta, jak i wykonawców (uczelnie medyczne) oraz badanych ekspertów z zakresu systemu ochrony zdrowia, konieczne jest w przyszłej perspektywie wsparcia dla procesu kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. Jednak w kwestii tego, czy wsparcie powinno być oferowane w dotychczasowej formie, czy też w formie zmienionej występowały istotne rozbieżności opinii pomiędzy różnymi respondentami badania. Przede wszystkim kontrowersje wzbudzała kwestia możliwości sterowania zainteresowaniem kształceniem w zakresie specjalizacji deficytowych przy wykorzystaniu działań o charakterze projektów lojalnościowych. O ile studenci kierunków lekarskich – badani w ramach FGI – nie zgłaszali większych zastrzeżeń wobec wprowadzenia programów lojalnościowych (stypendia fundowane uzależnione od ukończenia studiów w terminie, kształcenie w określonej

specjalizacji oraz podjęcie pracy w miejscu wskazanym przez Ministerstwo Zdrowia), to wśród ekspertów oraz przedstawicieli uczelni medycznych pomysł ten wzbudzał niekiedy sprzeciw (jako argument przede wszystkim wskazywano tutaj, że nie można narzucać lekarzom miejsca wykonywania zawodu, a także nie powinno się w inny sposób nakłaniać ich decydowania się na kształcenie w specjalizacjach niekoniecznie zgodnych z ich własnymi zainteresowaniami i predyspozycjami).

c. „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych” – projekt realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

Celem ogólnym projektu jest wsparcie systemu ratownictwa medycznego w Polsce poprzez ukończenie pełnego cyklu obowiązkowych kursów specjalizacyjnych przez 200 lekarzy oraz kursu doskonalącego przez 8500 ratowników i 1920 dyspozytorów medycznych do końca realizacji projektu.

Okres realizacji projektu: 01.09.2009 – 30.06.2015.

Liczba osób objętych wsparciem: 5776 osób (1377 kobiet, 4399 mężczyzn) – wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 35 534 180,09 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Przeszkolenie w ramach obowiązkowych kursów specjalizacyjnych 919 lekarzy.
- Przeszkolenie w ramach kursów doskonalących 8500 ratowników.
- Przeszkolenie w ramach kursów doskonalących 1920 dyspozytorów medycznych.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. z dn. 17.04.2012) zostały odrębnie zdefiniowane produkty projektu oraz oczekiwane rezultaty twarde i miękkie. Wskazane produkty odnoszą się bezpośrednio do działań podejmowanych w trakcie realizacji projektu (282 przeprowadzonych kursów specjalizacyjnych dla lekarzy, 425 przeprowadzonych kursów doskonalących dla ratowników, 96 przeprowadzonych kursów doskonalących dla dyspozytorów, 20 przeprowadzonych seminariów dla ratowników, 5 przeprowadzonych seminariów dla dyspozytorów, utworzona baza danych uczestników projektów, utworzone Centrum Symulacji na bazie Ośrodka Nowoczesnych Metod Kształcenia CMKP).

Wskazane rezultaty twarde i miękkie odnoszą się do efektów podejmowanych w ramach projektu działań. Wskazane rezultaty twarde odnoszą się do konkretnych wyników wdrażania projektu (200 lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów z medycyny ratunkowej; 919 lekarzy, którzy otrzymali wsparcie finansowe z EFS; 8500 ratowników i 1920 dyspozytorów, którzy ukończyli kursy doskonalące; 400 ratowników i 100 dyspozytorów, którzy ukończyli seminarium), natomiast oczekiwane rezultaty miękkie dotyczą subiektywnych ocen i odczuć przedstawicieli grupy docelowej projektu – uczestników projektu (wzrost poziomu wiedzy 70% lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej, wzrost poziomu wiedzy 70% ratowników i 70% dyspozytorów, wzrost poziomu nauczania na kursach specjalizacyjnych i doskonalących w opinii 40% uczestników biorących udział w kursach, wzrost szansy zdobycia tytułu specjalisty z medycyny ratunkowej w opinii 20% lekarzy – uczestników kursów (na podstawie ankiet), zwiększenie dostępności do kursów doskonalących i specjalizacyjnych w całym kraju w opinii 70% ratowników, 70% dyspozytorów i 50% lekarzy – uczestników (na podstawie ankiet), zwiększenie dostępności do seminariów w opinii 50% uczestników (na podstawie ankiet).

Wszystkie oczekiwane rezultaty są sformułowane prawidłowo, są mierzalne (wskazany sposób dokonywania pomiaru) i weryfikowalne.

Przedstawiciele beneficjenta nie zidentyfikowali żadnych zagrożeń, które mogłyby stanowić ryzyko, że projekt nie osiągnie zakładanych we wniosku o dofinansowanie celów. Realizacja projektu przebiega zgodnie z przyjętym harmonogramem, a stopień zaawansowania realizacji oraz wytworzone produkty i osiągnięte dotychczas rezultaty odpowiadają etapowi, na którym znajduje się proces realizacji projektu. Obecnie nie widać zagrożeń dla pełnej i prawidłowej realizacji projektu. Oznacza to, ze należy oczekiwać, że w ramach projektu wytworzone zostaną wszystkie zakładane produkty i powstaną oczekiwane rezultaty, co z kolei spowoduje pełną realizację celów szczegółowych i celu ogólnego projektu. Biorąc pod uwagę, że projekt w pełni wpisuje się w założenia Priorytetu II PO KL, oznacza to także, że projekt w zakładanym stopniu powinien przyczynić się do osiągnięcia celów zaplanowanych dla Priorytetu II PO KL.

Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie systemu ratownictwa medycznego na lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych, przedstawiciel beneficjenta stwierdził, że wskazane byłoby kontynuowanie w przyszłej perspektywie

finansowej wsparcia dla tego systemu poprzez projekt podobny do obecnie realizowanego.

d. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” – projekt realizowany przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.

Celem głównym projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych, absolwentów liceów medycznych, dwuletnich, dwu i pół letnich oraz trzyletnich medycznych szkół zawodowych.

Okres realizacji projektu: 01.05.2008 – 30.06.2015.

Liczba osób objętych wsparciem: 25045 osób (24715 kobiety, 330 mężczyzn) – wg stanu z dnia 30.08.2012.

Wartość projektu: 179 607 929,82 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Uruchomienie studiów pomostowych dla 33 789 pielęgniarek i położnych w uczelniach prowadzących kształcenia na kierunku pielęgniarstwo/ położnictwo.
- Zwiększenie z 12 000 do 45 789 liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach projektu, w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych.
- Uzupełnienie kwalifikacji zawodowych do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa.
- Zwiększenie motywacji pielęgniarek i położnych do dalszego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i rozwoju kariery zawodowej.
- Podniesienie poziomu samooceny, poprzez uzyskanie kwalifikacji zawodowych na poziomie umożliwiającym automatyczne i bezwarunkowe uznanie w krajach UE.
- Zwiększenie prestiżu zawodowego i społecznego pielęgniarek i położnych.
- Zwiększenie jakości opieki pielęgniarskiej/ położniczej świadczonej na rzecz społeczeństwa.
- Promocja studiów pomostowych wśród pielęgniarek i położnych.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 12.04.2012) wskazano oczekiwane twarde i miękkie rezultaty projektu. Określone we wniosku projektowym rezultaty twarde mają w większości charakter produktów (tj. dotyczą

bezpośrednich wyników działań podejmowanych w ramach realizacji projektu), np.: zorganizowanie 11 konferencji informacyjno-szkoleniowych dla 910 osób z uczelni realizujących studia pomostowe oraz ewentualnych gości, przygotowanie 34 500 pakietów startowych dla studentów oraz dla celów informacyjno-promocyjnych, opracowanie 490 973 sztuk materiałów informacyjno-promocyjnych. Jeden zaproponowany rezultat twardy jest w istocie narzędziem mającym służyć sprawnej realizacji projektu (stworzenie systemu informacyjnego pozwalającego na monitorowanie stanu realizacji projektu), dwa zaproponowane rezultaty stanowią bezpośrednie przepisanie celów szczegółowych projektu (ukończenie studiów pomostowych przez 33 789 pielęgniarek i położnych oraz zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu II PO KL w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych z `12 000 do 45 789).

Oczekiwane rezultaty miękkie także w dużej mierze stanowią bezpośrednie przełożenie zapisów celów szczegółowych projektu (np.: zwiększenie motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji). Jeden z zaproponowanych rezultatów miękkich powinien zostać uznany za rezultat twardy (podniesienie kwalifikacji zawodowych 33 789 pielęgniarek i położnych do poziomu licencjata). Pozostałe zapisane we wniosku projektowym oczekiwane rezultaty miękkie odnoszą się do sfery świadomości środowiska pielęgniarek i położnych (np.: zwiększenie poziomu świadomości wpływu na jakość opieki świadczonej na rzecz społeczeństwa, podniesienie poziomu samooceny, upowszechnienie informacji o studiach pomostowych dofinansowywanych z EFS w ramach PO KL w środowisku zawodowym pielęgniarek i położnych).

O ile zapisane we wniosku oczekiwane rezultaty twarde zawierają informacje, które pozwalają na ich monitorowanie i ocenę, to oczekiwane rezultaty miękkie nie zawierają zapisów pozwalających na ich monitoring i ocenę stopnia ich osiągnięcia w wyniku realizacji projektu. Jednakże we wniosku znajduje się odesłanie do Szczegółowego Opisu Priorytetów PO KL, gdzie znajdują się te wskaźniki[4].

Studia pomostowe dla pielęgniarek organizowane są przez wyższe uczelnie, które wygrały procedurę przetargową na realizację tych studiów w ramach projektu współfinansowanego w ramach działania 2.3 PO KL. Zastosowana procedura

[4] We wniosku znajduje się następujące stwierdzenie: „Rezultaty będą zgodne z określonymi wskaźnikami przyjętymi do osiągnięcia w ramach Działania 2.3. Priorytet II PO KL.”

przetargowa nie zawierała preferencji dla uczelni wyżej klasyfikowanych pod względem poziomu kształcenia, a jedynym kryterium wyboru była cena świadczonej usługi. Takie podejście może w skrajnym przypadku doprowadzić do sytuacji, kiedy do realizacji projektu zostaną wybrane uczelnie nie oferujące usług edukacyjnych o najwyższym poziomie. Oczywiście, wszystkie szkoły wyższe ubiegające się o udział w projekcie muszą posiadać odpowiednią akredytację, pozwalającą na kształcenie w zawodzie medycznym. Jednak akredytacja określa jedynie pewien minimalny poziom, który musi spełniać szkoła wyższa, aby miała prawo kształcenia w danym zawodzie. Wprowadzenie do procedury przetargowej elementu promującego jakość kształcenia może być rozwiązane na wiele sposobów, np. (1) poprzez przyznawanie dodatkowych punktów za posiadanie przez daną szkołę wyższą określonego wyposażenia, dysponowanie kadrą wykraczającą poza minimum wymagane do uzyskania akredytacji, etc, lub (2) poprzez zbudowanie w Ministerstwie Zdrowia systemu rankingowego szkół wyższych kształcących w zawodach medycznych, a następnie przyznawanie w procedurze przetargowej dodatkowych punktów w zależności od miejsca zajmowanego przez daną szkołę na liście rankingowej.

Przedstawiciele beneficjenta nie stwierdzili występowania obecnie jakichkolwiek zagrożeń dla prawidłowej, pełnej i terminowej realizacji projektu. Oferowane wsparcie cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem grupy docelowej. Projekt wypracuje wszystkie założone we wniosku o dofinansowanie produkty oraz oczekiwane rezultaty, co oznacza, że osiągnie także wszystkie swoje zapisane we wniosku cele szczegółowe i cel główny. Biorąc pod uwagę, że projekt jest w pełni zgodny z zapisami SzOP PO KL, projekt ten w zakładanym stopniu przyczyni się do realizacji celów Priorytetu II PO KL.

Jednocześnie przedstawiciele beneficjenta zdecydowanie stwierdzali, że w przyszłej perspektywie finansowej nie ma potrzeby kontynuowania wsparcia w tej samej formie i dla tej samej grupy docelowej co obecnie. W tym kontekście istotne uwagi dotyczące wsparcia dla środowiska pielęgniarek i położnych w postaci finansowania studiów pomostowych zgłaszali niektórzy badani eksperci z zakresu systemu ochrony zdrowia. W opinii części ekspertów wsparcie w postaci finansowania studiów pomostowych jest nieadekwatne do potrzeb polskiego systemu ochrony zdrowia. Wsparcie to jest kierowane do osób, które zgodnie z polskimi regulacjami prawnymi posiadają pełne prawo wykonywania zawodu

pielęgniarki/ położnej. Tym niemniej pozostaje faktem, że pozycja tych osób na szeroko rozumianym europejskim (w ramach Unii Europejskiej) rynku usług medycznych była istotnie słabsza, niż pielęgniarek i położnych posiadających wyższe wykształcenie zawodowe. Dodatkowo – zarówno w opinii części ekspertów, jak i przedstawicieli tego środowiska zawodowego – ich dotychczasowe umiejętności i kwalifikacje nie są w pełni wykorzystywane, a studia pomostowe dostarczają im wiedzy (głównie teoretycznej, gdyż wiedzę praktyczną uczestnicy projektu, mający często wieloletnie doświadczenie zawodowo, posiadają), która nie zawsze znajduje pełne wykorzystanie w praktyce zawodowej. Podstawowym elementem, dla którego część osób decyduje się na podjęcie studiów pomostowych jest konkurencja młodych osób z wyższym wykształceniem oraz możliwość podjęcia po ukończeniu tych studiów pracy zawodowej we wszystkich państwach Unii Europejskiej bez żadnych dodatkowych warunków. W opinii części ekspertów tak ukierunkowane wsparcie nie przyczyniało się do wzmocnienia systemu ochrony zdrowia w Polsce w stopniu uzasadniającym ponoszone w ramach projektu wydatki. Z drugiej jednak strony, inna grupa ekspertów argumentowała, że podniesienie i aktualizacja wiedzy uczestników projektu przyczyniła się do podniesienia jakości świadczonych przez nich usług i w ten sposób miało to pozytywny wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce. Wydaje się, że obydwa przedstawione przez ekspertów poglądy mają swoje uzasadnienie. Przy czym trzeba brać pod uwagę fakt, że pielęgniarki i położne stanowią najliczniejszą grupę zawodową wśród zawodów medycznych. Z tego względu należy uznać, że podniesienie wiedzy i związane z tym podniesienie jakości usług medycznych świadczone przez liczną grupę pielęgniarek i położnych, które w ramach projektu uzyskały wyższe wykształcenie zawodowe w ramach studiów pomostowych było działaniem w pełni uzasadnionym i mającym pozytywny wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce. Jednak inną kwestię stanowi obecnie pytanie o możliwość i potrzebę kontynuowania w przyszłej perspektywie finansowej tego typu wsparcia i/lub rozszerzenie go na inne grupy zawodów medycznych (np. fizjoterapeuci) wykonujących swój zawód na terenie Polski w oparciu o kwalifikacje uzyskane w systemie szkół zawodowych, nie będących szkołami wyższymi. Wydaje się, że w chwili obecnej nie jest wskazane dalsze bezpośrednie kontynuowanie tego projektu w przyszłej perspektywie finansowej, ani rozszerzenie tego rodzaju wsparcia (finansowanie studiów pomostowych) na inne grupy zawodów medycznych.

III. Poddziałanie 2.3.3

a. „Akademia NFZ” – projekt realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Celem głównym projektu jest poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez poprawę polityki informacyjnej prowadzonej przez płatnika publicznego w stosunku do świadczeniodawców i świadczeniobiorców.

Okres realizacji projektu: 01.10.2010 – 31.12.2014.

Liczba osób objętych wsparciem: 211 osób (205 kobiet, 6 mężczyzn) -wg stanu z dnia 30.08.2012.

Wartość projektu: 4 995 203,92 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Wzrost poziomu wiedzy pracowników podmiotów świadczących usługi medyczne na temat: zasad udzielania informacji o świadczeniach zdrowotnych oraz prawach przysługujących pacjentom; zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych; zasad raportowania i sprawozdawczości z realizacji usług medycznych finansowanych ze środków publicznych; zasad prawidłowego przygotowania ofert w ramach konkursów na świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych.
- Wzrost poziomu wiedzy świadczeniobiorców (pacjentów) na temat zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz przysługujących im praw.
- Wzrost efektywności wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na usługi medyczne oraz wsparcie rozwoju systemu JGP.
- Wypracowanie narzędzia weryfikacji skuteczności przyjętych przez NFZ rozwiązań w zakresie funkcjonowania systemu JGP oraz przyjętego modelu polityki informacyjnej ze świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami.

We wniosku projektowym – jako w jedynym z analizowanych tutaj projektów – dokonano analizy zagrożeń i ryzyk dla realizacji celów projektu, podając jednocześnie, jakie działania należy podjąć, aby tych ryzyk i zagrożeń uniknąć lub zminimalizować ich oddziaływanie. Taki kształt wniosku o dofinansowanie wynika z obowiązującej wówczas wersji generatora wniosków: analiza ryzyk pojawiła się dopiero w wersji generatora wniosków, za pomocą której opracowywano wniosek o dofinansowanie projektu „Akademia NFZ”.

Dokonano starannego wyboru wskaźników realizacji celów projektu (np. podając oczekiwaną liczbę przeszkolonych osób i wskazując jaki ich procent w ankietach wskaże satysfakcję z udziału w projekcie, podano oczekiwaną liczbę – 120 000 – odwiedzin na stronie WWW projektu). Przeprowadzono analizę potencjalnego oddziaływania projektu oraz oceniono, w jaki sposób oczekiwane efekty realizacji projektu wpłyną na osiągnięcie jego celu głównego.

Projekt – w opinii przedstawiciela beneficjenta – ma pośredni wpływ na stan zdrowia społeczeństwa i poprzez podejmowane działania edukacyjne i informacyjne jest bardzo efektywny, gdyż *przekazuje wiedzę jak należy interpretować zagadnienia prawne z którymi większość z nas ma problem nie działając w tym na co dzień. Poprawia to jakoś obsługi pacjenta przede wszystkim*. Opinia ta jest w pełni zgodna z poglądami wielu uczestniczących w badaniu ekspertów oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, którzy za podstawowy problem obniżający efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce uznają słabość systemu zarządzania systemem ochrony zdrowia, a w tym także kwestie związane z przepływem informacji, systemem komunikowania się pomiędzy różnymi elementami tego systemu, a także w relacji systemu ze świadczeniobiorcami.

Projekt jest w początkowym etapie realizacji, jednak przedstawiciele beneficjenta, biorąc pod uwagę zainteresowanie grupy docelowej ofertą projektu, nie dostrzegają zagrożeń dla jego prawidłowej i terminowej realizacji. Należy oczekiwać, że projekt wytworzy wszystkie zaplanowane produkty oraz osiągnie oczekiwane rezultaty, co oznacza, że osiągnie także wszystkie swoje cele szczegółowe i cel główny. Biorąc pod uwagę, że projekt w pełni wpisuje się w założenia PO KL, należy oczekiwać, że osiągając wszystkie swoje cele projekt w zakładanym stopniu przyczyni się do realizacji celów Priorytetu II PO KL.

b. „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ” – projekt realizowany przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie.

Celem głównym projektu jest poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez podniesienie kompetencji 5955 pracowników ZOZ, w szczególności kadry

zarządzającej oraz 740 pracowników organów założycielskich w okresie realizacji projektu.

Okres realizacji projektu: 01.10.2009 – 31.12.2013.

Liczba osób objętych wsparciem: 3179 osób (2404 kobiet, 775 mężczyzn) - wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 8 701 069,98 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie możliwości wykorzystania narzędzi rachunkowości zarządczej wśród 5955 pracowników, w szczególności kadry zarządzającej ZOZ.
- Wzrost wiedzy w dziedzinie narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ, oraz w zakresie innowacyjnych modeli organizacji ochrony zdrowia wśród 6695 osób (5955 pracowników ZOZ oraz 740 pracowników organów założycielskich ZOZ).
- Wzrost świadomości i kompetencji w zakresie zbierania, przetwarzania i raportowania wewnętrznego informacji o kontach ZOZ finansowanych ze środków publicznych wśród 5955 pracowników ZOZ, w szczególności kadry zarządzającej.
- Wzrost świadomości co do korzyści wynikających z wdrożenia narzędzi zarządzania kontami, usprawniających proces zarządzania ZOZ, wśród 6695 osób (5955 pracowników ZOZ oraz 740 pracowników organów założycielskich ZOZ).

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 18.05.2012r.) zdefiniowano oczekiwane twarde i miękkie rezultaty realizacji projektu. Rezultaty twarde mają charakter opisu działań podejmowanych w ramach realizacji projektu: (1) 5955 pracowników ZOZ, w szczególności kadry zarządzającej przeszkolonych w ramach projektu, w tym 1191 przeszkolonych liderów; 740 przeszkolonych pracowników organów założycielskich ZOZ oraz (2) 600 ZOZ objętych badaniem posiadających umowę o udzielanie ŚOZ z oddziałami wojewódzkimi NFZ albo udzielających ŚOZ finansowanych ze środków publicznych z innych tytułów.

Zaproponowane oczekiwane rezultaty miękkie (1) wzrost świadomości kadry zarządzającej w zakresie konieczności stosowania nowoczesnych narzędzi rachunkowości zarządczej ZOZ – wskaźnik rezultatu 55%, (2) wzrost kompetencji kadry zarządzającej w zakresie możliwości i sposobów wykorzystania narzędzi

rachunkowości zarządczej – wskaźnik rezultatu 70%) zostały zdefiniowane w sposób prawidłowy. Podany we wniosku sposób monitorowania rezultatów pozwala na bieżącą ocenę postępów realizacji projektu, a także na dokonanie końcowej ewaluacji.

W opinii przedstawiciela beneficjenta, projekt po początkowych problemach (dotyczących formuły wsparcia i kwestii, czy ma on dotyczyć wszystkich placówek medycznych, a wprowadzenie nowego systemu rachunku kosztów ma się dokonać w drodze rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia, czy też ma on mieć charakter otwarty i zmierzający do zbudowania grupy placówek referencyjnych), a także po przeprowadzeniu konsultacji z przedstawicielami placówek medycznych, w wyniku których modyfikacji uległ proponowany system rachunku kosztów, obecnie jest realizowany zgodnie z harmonogramem. Przedstawiciel beneficjenta nie dostrzega obecnie większych problemów mogących stanowić zagrożenie dla pełnego i terminowego zrealizowania projektu. Należy oczekiwać, ze w ramach projektu zostaną zrealizowane wszystkie zaplanowane działania, powstaną wszystkie zaplanowane produkty i osiągnięte wszystkie oczekiwane rezultaty. Oznacza to, że projekt osiągnie wszystkie swoje cele szczegółowe i cel główny, co z kolei powinno spowodować, że w zaplanowanym stopniu projekt przyczyni się do realizacji celów Priorytetu II PO KL.

Warte podkreślenia jest, że projekt ten adresuje problemy, które w opinii większości ekspertów objętych badaniem, a także przedstawicieli zawodów medycznych oraz kierownictwa uczelni medycznych i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia stanowi podstawowy problem ograniczający obecnie efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce: słabość i niska efektywność zarządcza w poszczególnych placówkach medycznych oraz w całym systemie. Projekt ten powinien stworzyć podstawy do prawidłowego kształtowania polityki kosztowej prowadzonej przez płatnika systemu ochrony zdrowia, prawidłowego wyceniania poszczególnych procedur w oparciu o jednorodny i jasny system rachunku kosztów. Jednocześnie projekt ten daje kadrze zarządzającej placówkami medycznymi narzędzia służące lepszemu zarządzaniu placówką, także w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji placówki.

Projekt ten – w opinii przedstawiciela beneficjenta, a także w opinii większości badanych ekspertów – powinien być kontynuowany w przyszłej perspektywie finansowej. Jednocześnie wnioski z obecnie realizowanego projektu powinny być

wzięte pod uwagę przy kształtowaniu wsparcia, a także przy ewentualnych pracach nad reformą obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

c. "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ" – projekt realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Celem ogólnym projektu było przygotowanie kadry stosującej JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów) w zakresie użytkowania i wykorzystania systemu do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia.

Okres realizacji projektu: 01.07.2008 – 31.12.2010 (projekt zakończony).

Liczba osób objętych wsparciem: 1592 osób (1000 kobiet, 592 mężczyzn) – zgodnie z informacją o zatwierdzeniu końcowego wniosku o płatność.

Wartość rozliczonych środków w projekcie: 3 561 739,65 PLN, wartości umowy 3 717 966,60 PLN (% wykonania wyniósł 95,80%).

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Przeszkolenie 1 500 przedstawicieli kadry zarządzającej i dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia w zakresie zasad funkcjonowania, obsługi i stosowania systemu JGP.
- Przygotowanie narzędzi informatycznych wspierających edukację kadr w zakresie obsługi stosowania systemu JGP.
- Upowszechnienie zagadnień dotyczących systemu JGP jako narzędzia służącego do oceny produktywności szpitali, rozliczania i oceny jakości opieki szpitalnej w środowisku związanym z ochroną zdrowia.

We wniosku projektowym (wersja wniosku z dn. 03.09.2010 r.) określono oczekiwane twarde i miękkie rezultaty projektu.

Zaproponowane oczekiwane twarde rezultaty projektu zasadniczo przedstawiają działania podejmowane w ramach realizacji projektu (np. przeprowadzenie trzech konferencji – otwierającej, upowszechniającej i podsumowującej projekt, opracowanie i rozdystrybuowanie „przewodnika po JGP” w nakładzie łącznym 1 800 egzemplarzy, 200 dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia (tj. kadra zarządzająca NFZ) przeszkolonych w zakresie JGP, 1 300 świadczeniodawców (tj. kadra zarządzająca ZOZ, które posiadają umowę o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z OW NFZ albo udzielają tych świadczeń ze środków publicznych na podstawie innych tytułów) przeszkolonych w zakresie JGP, opracowanie programów szkoleniowych dotyczących JGP dla poszczególnych grup różniących się profilem i potrzebami szkoleniowymi, stworzenie internetowego narzędzia wymiany doświadczeń na temat wdrażania JGP w postaci strony internetowej). Nie określono, jakie narzędzie zostanie wykorzystane w celu monitorowania postępów w osiąganiu oczekiwanych rezultatów twardych projektu. Ta sytuacja jest także efektem obowiązującej wówczas wersji generatora wniosków o dofinansowanie (GWA – Generator Wniosków Aplikacyjnych), który nie dawał takiej możliwości. W analizowanym projekcie źródłem weryfikacji postępów w osiąganiu oczekiwanych rezultatów były protokoły odbioru, zaświadczenia ukończenia szkoleń, listy obecności, etc.

Oczekiwane rezultaty miękkie projektu pokazują, co beneficjent projektu spodziewa się uzyskać – w bardzo ogólnym sensie – po realizacji projektu i w jakim kierunku powinny iść oczekiwane zmiany postaw przedstawicieli grupy docelowej projektu w zakresie budowania i podnoszenia określonych kompetencji i umiejętności (np. zbudowanie kompetencji kadry zarządzającej NFZ w zakresie tworzenia i utrzymywania systemu JGP, wykorzystania systemu JGP dla oceny produktywności szpitali i rozliczania świadczeń; podniesienie wiedzy na temat zarządzania ZOZ oraz finansowania opieki zdrowotnej; wprowadzenie narzędzia monitorującego, które pozwoliłoby zweryfikować wpływ wprowadzenia JGP na efektywność wydatków środków publicznych na służbę zdrowia (pytanie z ankiecie ewaluacyjnej). Określeniu oczekiwanych rezultatów miękkich projektu nie towarzyszy zdefiniowanie wskaźników rezultatu, tj. jakich zmian – ilościowych, procentowych – należy oczekiwać w zakresie określonym przez definicję oczekiwanych rezultatów miękkich, po zakończeniu realizacji projektu.

Projekt osiągnął (a nawet nieco przekroczył) zakładane we wniosku o dofinansowanie wskaźniki produktu i rezultatu (np. zamiast przeszkolenia 1500 osób wsparciem objęto 1592 osoby) przy bardzo efektywnym wykorzystaniu dostępnych w ramach projektu środków finansowych (wskaźnik wykonania finansowego 95,8%). Projekt osiągną wszystkie swoje cele szczegółowe i cel ogólny. Biorąc pod uwagę, że projekt w pełni wpisywał się w założenia PO KL, projekt w zakładanym stopniu przyczynił się do realizacji celów Priorytetu II PO KL.

W opinii zarówno przedstawicieli beneficjenta, jak i biorących udział w badaniu ekspertów z zakresu systemu ochrony zdrowia oraz przedstawicieli środowisk medycznych (przedstawiciele uczelni medycznych, instytutów, lekarze) obecnie obowiązujący system JGP i wpisane w niego metody/ zasady kontraktacji oraz rozliczania i wyceny procedur medycznych wymagają podjęcia zdecydowanych, ciągłych modyfikacji z uwagi na rozwój medycyny jak i warunków rozliczania świadczeń. Rozwoju systemu JGP jest jednym z celów projektu „Akademia NFZ”. Projekt, który wspierałby takie działania powinien być jednym z priorytetów w przyszłej perspektywie finansowej, gdyż kwestia ta ma bardzo duże znaczenia dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Należy przy tym pamiętać, że system JGP podlega ciągłej modyfikacji i stałemu procesowi udoskonalania i dostosowywania go do zmieniających się potrzeb i oczekiwań systemu ochrony zdrowia w Polsce.

d. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” – projekt realizowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Celem projektu jest podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu akredytacji i doprowadzenie do zwiększenia liczby szpitali akredytowanych.

Okres realizacji projektu: 01.06.2008 – 31.08.2014.

Liczba osób objętych wsparciem: 371 osób (286 kobiet, 85 mężczyzn) – wg stanu na dzień 30.08.2012.

Wartość projektu: 8 206 884,14 PLN.

Dla projektu określono następujące cele szczegółowe:

- Opracowanie i przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. systemu akredytacji.
- Przeprowadzenie kursów dotyczących uzyskiwania certyfikatów akredytacyjnych.
- Przygotowanie i podjęcie działań wspomagających prowadzenie procedury akredytacyjnej.
- Przeprowadzenie wizyt akredytacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej, których efektem będzie uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego.

We wniosku projektowym zidentyfikowano oczekiwane twarde i miękkie rezultaty realizacji projektu.

Rezultaty twarde w dużej części dotyczą działań podejmowanych w ramach realizacji projektu, np.: 212 wizyt akredytacyjnych i 8 wdrożonych pilotaży standardów akredytacyjnych; opublikowany zestaw 210 standardów w 15 działach tematycznych; aplikacja informatyczna wspomagająca procedury akredytacyjne; 220 raportów z wizyt akredytacyjnych, w tym 8 pilotaży; 6 raportów rocznych nt. spełniania standardów przez szpitale; informator o akredytacji. Do niektórych z tych opisów produktów projektu dodano określenie oczekiwanego efektu podejmowanych działań (np.: jako efekt 212 wizyt akredytacyjnych i 8 wdrożonych pilotaży wskazano uzyskanie przez 188 szpitali certyfikatów akredytacji pełnej lub warunkowej). Dwa oczekiwane rezultaty projektu zostały zdefiniowane prawidłowo: (1) 360 przeszkolonych osób nt. uzyskiwania certyfikatów akredytacyjnych oraz (2) 40 przeszkolonych wizytatorów akredytacyjnych. Jako dodatkowe twarde rezultaty we wniosku projektowym zapisano szereg produktów powstających w trakcie realizacji projektu: wizualizacja, 2 programy radiowe/telewizyjne, broszura (2 500 egz., 50 punktów dystrybucyjnych), informator (2 000 egz.), 5 artykułów w prasie ogólnopolskiej, 3 dwudniowe szkolenia o akredytacji, etc.

Jako rezultat miękki zidentyfikowano jedynie „wzrost świadomości”.

Identyfikacja twardych i miękkich oczekiwanych rezultatów pokazuje na brak rozróżnienia pomiędzy produktami realizacji projektu, a jego rezultatami/ efektami. Dla wskaźnika miękkiego nie ma podanego wskaźnika osiągnięcia zamierzonego rezultatu.

Projekt jest realizowany zgodnie przyjętym harmonogramem i w chwili obecnej nie ma podstaw do obaw, że w jego wyniku nie zostaną wytworzone oczekiwane produkty, ani że nie osiągnie on zakładanych rezultatów.

Podsumowanie:

Projekty realizowane w ramach Działania 2.3 Priorytet II Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki zostały ocenione pod względem następujących kryteriów badawczych:

Kryterium	Ocena w ramach kryterium
Trafność	Wszystkie analizowane projekty w pełni wpisują się w cele Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki określone dla Działania 2.3 Priorytet II oraz są zgodne z uzasadnieniem

	Działania 2.3 PO KL. Przeprowadzone badanie potwierdziło, że projekty te – ich cele główne i szczegółowe oraz realizowane w ich ramach działania, a także oczekiwane rezultaty twarde i miękkie tych działań – są zgodne ze zidentyfikowanymi potrzebami i oczekiwaniami grup docelowych tych projektów. Pod względem trafności wszystkie analizowane projekty zostały ocenione jako **wysoce zadowalające**.
Skuteczność	Na obecnym etapie realizacji badanych projektów Ewaluator nie znalazł żadnych zagrożeń dla realizacji zakładanych rezultatów twardych i miękkich ocenianych projektów. Jednocześnie stwierdzono prawidłowe zaprogramowanie wsparcia realizowanego ramach tych projektów tak, że osiągnięcie zakładanych rezultatów w sposób bezpośredni przekłada się na realizację celów szczegółowych projektów, a te przyczyniają się do osiągania zakładanych postępów w osiąganiu celu głównego wsparcia realizowanego w ramach poszczególnych projektów. Jak to już zostało stwierdzone przy omawianiu kryterium trafności, cele ogólne wszystkich ocenianych tu projektów są w pełni i całkowicie zgodne z założeniami i celami PO KL w zakresie ochrony zdrowia. W chwili obecnej nie ma żadnych podstaw, aby przypuszczać, że oceniane projekty nie osiągną wszystkich swoich zakładanych celów. Zatem oceniane projekty w zakładanym (zarówno w dokumentach strategicznych, jak i we wnioskach o dofinansowanie) stopniu przyczynią się do osiągnięcia celów PO KL. Z powyższych względów wszystkie analizowane projekty pod względem kryterium skuteczności zostały ocenione jako **wysoce zadowalające**.
Użyteczność	Zasadnicza ocena, jaką w ramach przeprowadzonego badania wystawili projektom ich uczestnicy jest bardzo wysoka. Uczestnicy podkreślili, że wszystkie projekty w bardzo wysokim stopniu spełniły ich oczekiwania i zaspokoiły potrzeby. Jedynie bardzo niewielki odsetek respondentów stwierdził, że udzielone w ramach projektu wsparcie nie zaspokoiło ich potrzeb i oczekiwań. Generalnie należy więc podkreślić, że wszystkie projekty spełniły potrzeby i oczekiwania swoich grup docelowych. Projekty w pełni są zgodne z założeniami Działania 2.3 PO KL. Ich rezultaty twarde i miękkie w pełni odpowiadają zapisom umieszczonym w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL. Zatem spodziewane pełne osiągnięcie celów poszczególnych projektów oznacza także całkowitą realizację założeń PO KL w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia. W projektach wystąpiło bardzo mało nieplanowanych efektów. Za takie, generalnie należy uznać wykształcenie

	trwałych – bo zbudowanych w oparciu o etatowych pracowników projektodawców – zespołów projektowych dysponujących sporym doświadczeniem w realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Zespoły te powinny stanowić spory atut w rękach projektodawców w sytuacji, gdy będą się ubiegać o wsparcie w ramach nowej perspektywy finansowej. W ramach jednego z projektów (DPZ) wystąpił pewien niezaplanowany pozytywny efekt projektu: wprowadzenie w trakcie realizacji projektu szkoleń na fantomie, umożliwiającym realistyczne prowadzenie zajęć o charakterze praktycznym, co bardzo zwiększyło atrakcyjność szkoleń dla potencjalnych beneficjentów ostatecznych. W rezultacie, o ile przed wprowadzeniem zajęć na symulatorze w projekcie występował problem z rekrutacją beneficjentów końcowych, to po wprowadzeniu tych zajęć problem ten zniknął, a uczestnicy szkoleń szeroko upowszechniali wiedzę o projekcie w lokalnych środowiskach. Zgodnie z deklaracjami uczestników projektów, udział w projekcie przyczynił się do zwiększenia motywacji 83% beneficjentów ostatecznych do kontynuowania kształcenia, zdobywania nowych kompetencji, kwalifikacji i umiejętności zawodowych. Podsumowując, w opinii Ewaluatora pod względem kryterium użyteczności wszystkie analizowane projekty zostały ocenione jako **wysoce zadowalające**.
Trwałość	W przypadku projektów szkoleniowych trwałość rezultatów projektów jest zależna od stopnia, w jakim zdobyte w ramach szkolenia kompetencje spełniają potrzeby i oczekiwania osób szkolonych. W wypadku analizowanych tutaj projektów stopień spełnienia potrzeb i oczekiwań beneficjentów końcowych jest bardzo wysoki. Ponadto znaczna część analizowanych tutaj projektów szkoleniowych prowadzi do uzyskania konkretnych certyfikatów i uprawnień zawodowych. W tym wypadku trwałość rezultatów jest w pewien sposób zagwarantowana, gdyż beneficjenci w sposób trwały uzyskują uprawnienia związane z odbytym szkoleniem. W przypadku projektów badawczych trwałość rezultatów nie może sprowadzać się jedynie do faktu, że raz opracowane programy będą istniały w sposób trwały. Takie rozumienie trwałości nie jest właściwe. W przypadku analizowanych projektów badawczych (projekty IMP-profilaktyka i IMP-powroty) trwałość rezultatów jest uzależniona od tego, czy opracowane w ich ramach kompleksowe programy zostaną w pełni wdrożone we właściwym czasie (tj. możliwie szybko, a z pewnością zanim ulegną dezaktualizacji w związku ze zmianą otoczenia, np. w wyniku zmiany stanu prawnego). Z tego względu należy wysoko ocenić

	podejmowane przez beneficjenta – przy istotnym wsparciu ze strony Ministerstwa Zdrowia – wysiłki zmierzające do przynajmniej wstępnego uruchomienia procesu wdrożeniowego w tym zakresie, na jaki pozwalały zapisy wniosku o dofinansowanie, będące wynikiem dyskusji pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i beneficjentem z jednej strony, a Ministerstwem Rozwoju Regionalnego i Komisją Europejską z drugiej strony. Wysiłki te doprowadziły do przeprowadzenia szeregu szkoleń, opracowania materiałów dydaktycznych, filmów szkoleniowych i innych opracowań, które mogą stanowić podstawę do szybkiego i pełnego wdrożenia opracowanych w ramach tych projektów programów. Należy jednak podkreślić, że dopiero uruchomienie „drugiego etapu” realizacji działań zainicjowanych w ramach obu wskazanych projektów, a polegającego na pełnym ich wdrożeniu zapewni pełną trwałość rezultatów wsparcia. Jednak podjęcie tych działań będzie możliwe dopiero przy uzyskaniu dla nich zewnętrznego wsparcia, np. w postaci kolejnego projektu – tym razem o charakterze czysto „wdrożeniowym” – w ramach nowej perspektywy finansowej. Z opisanych wyżej powodów trwałość projektów IMP-profilaktyka i IMP-powroty została oceniona jako **zadowalajaca**, a pozostałych projektów, jako **wysoce zadowalajaca.**
Ocena ogólna według wszystkich kryteriów	Ogólna ocena wszystkich analizowanych kryteriów po uwzględnieniu wszystkich ocen cząstkowych w ramach poszczególnych kryteriów badawczych jest **wysoce zadowalajaca.**

III.3. Odpowiedzi na pytania badawcze.

Dążąc do realizacji celu głównego niniejszego badania, jakim jest *dokonanie oceny wpływu dotychczas podjętych działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej UE na lata 2014 – 2020*, Wykonawca udzielił odpowiedzi na pytania badawcze sformułowane w ramach obu celów szczegółowych określonych dla realizowanego badania.

III.3.1. Ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL

W ramach tego celu szczegółowego Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące postawione przez Zamawiającego pytania badawcze:

i. Jakie są efekty realizacji poszczególnych projektów? Czym charakteryzują się osiągnięte efekty? W jakim stopniu wpływają one na realizację celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia? Jaka jest trwałość rezultatów powstałych na skutek realizacji poszczególnych projektów (tj. możliwość utrzymania po zakończeniu realizacji projektu trwałych zmian, które będą w długim okresie użyteczne)? Czy w związku z realizacją projektów pojawiły się niezaplanowane efekty wsparcia np. rezultaty niezałożone we wniosku o dofinansowanie? Jeśli tak, to należy wskazać na czym one polegały.

Wszystkie analizowane projekty osiągają zakładane we wniosku o dofinansowanie rezultaty. W niektórych wypadkach zakładany w pierwotnym wniosku o dofinansowanie poziom produktów projektu został znacznie przekroczony i w związku z tym w kolejnej modyfikacji wniosku o dofinansowanie podniesiono oczekiwane wskaźniki rezultatu (w projekcie wspierającym studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych pierwotnie zakładano, że w ramach projektu studia pomostowe odbędzie ok. 24 tys. pielęgniarek i położnych, a w chwili obecnej przyjęto wskaźnik rezultatu na poziomie niemal 34 tysięcy). Należy przy tym podkreślić, że także w projektach, które w czasie kiedy było realizowane niniejsze badanie były na stosunkowo wczesnym etapie wdrażania (np. Akademia NFZ, „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”) nie występuje zagrożenie, że zaplanowane we wniosku o dofinansowanie efekty nie zostaną osiągnięte. Zarówno przedstawiciele wnioskodawców, jak i objęci badaniem przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia nie wskazywali żadnych zagrożeń, które mogłyby spowodować, że projekty te nie osiągną zakładanych we wnioskach o dofinansowanie rezultatów. Natomiast w projektach, które w czasie kiedy realizowano badanie były już zakończone („Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”, "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ") osiągnięto wszystkie zakładane cele i projekty te w zaplanowanym stopniu przyczyniły się do osiągnięcia celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia. W pozostałych projektach stopień zaawansowania procesu wdrażania i dotychczas osiągnięte rezultaty pozwalają przyjąć, że projekty te w pełni zrealizują zaplanowane działania i osiągną wszystkie swoje zaplanowane cele.

Wskazane we wnioskach o dofinansowanie rezultaty twarde mają przede wszystkim charakter produktów procesu realizacji projektu. Odnoszą się one przede wszystkim do liczby osób objętych szkoleniem, liczby osób, które ukończyły studia, uzyskały określone kwalifikacje, przeszły przeszkolenie, etc. W kilku wypadkach odnoszą się one do liczby opracowanych

raportów, zorganizowanych konferencji, seminariów, warsztatów i szkoleń. Pokazują, co w ramach projektu rzeczywiście wykonano. Niestety, zwykle wnioski projektowe nie pokazują (a projektodawcy nie badają) tego, czemu w istocie te produkty powinny służyć. Na przykład w projekcie dotyczącym programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku 45+ w planowaniu efektów projektu zatrzymano się na stwierdzeniu, że przeszkolonych zostanie 6000 lekarzy POZ. W rezultatach miękkich założono jedynie określony poziom wzrostu świadomości lekarzy, nie zajmując się jednak tym, co powinno być rzeczywistym efektem i oddziaływaniem długoterminowym projektu, a mianowicie np. zwiększeniem liczby (odsetka) nowotworów układu moczowo-płciowego wykrywanych przez lekarzy POZ (jako efekt/ rezultat) oraz zmniejszeniem umieralności wywołanych tym nowotworem wśród pracujących mężczyzn w wieku 45+ (jako oddziaływanie). Co prawda w projekcie tym przewidziano przeprowadzenie badania świadomościowego wśród populacji objętej wsparciem w ramach projektu, jednak jest to także badanie na poziomie rezultatów, nie zaś na poziomie oddziaływania (czyli wpływu projektu na podstawowe wskaźniki zdrowotne społeczeństwa). Należy przy tym pamiętać, że tego typu oddziaływanie ma charakter rzeczywiście długoterminowy, i pierwszych jego przejawów można oczekiwać dopiero w jakiś czas (2-3 lata) po zakończeniu wdrażania projektu, a pełne jego oddziaływanie może być widoczne dopiero w jeszcze dłuższej perspektywie czasu (np. ok. 5-10 lat). Podobne uwagi można skierować także do większości pozostałych projektów.

W chwili obecnej nie ma żadnych podstaw, aby przypuszczać, że założone we wnioskach o dofinansowanie poziomy rezultatów twardych nie zostaną osiągnięte. Co do rezultatów miękkich, odnoszących się w większości projektów do kwestii dotyczących zwiększenia świadomości, poziomu samooceny, poziomu wiedzy, etc., etc., Wykonawca nie ma podstaw do dokonania oceny, czy zakładane poziomy wskaźników zostaną osiągnięte, gdyż będzie to możliwe dopiero po zakończeniu procesu realizacji projektów, zebraniu kompletu ich dokumentacji projektowej i przeanalizowaniu ankiet wypełnianych przez beneficjentów ostatecznych projektów (ankiety skierowane do beneficjentów ostatecznych projektów w większości wypadków były podawane jako jedyna metoda monitorowania osiągnięcia rezultatów miękkich). Nie dysponując tymi dokumentami, Wykonawca nie może ocenić, czy zakładany poziom rezultatów miękkich zostanie osiągnięty, czy nie. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że w ramach wszystkich projektów proces wdrażania przebiega zgodnie z harmonogramem, osiągnięcie zamierzonych rezultatów twardych nie budzi wątpliwości, a w badaniu ankietowym CATI beneficjenci ostateczni generalnie stwierdzili, że wsparcie było dla nich wysoce użyteczne, można zakładać, że także rezultaty miękkie projektów zostaną osiągnięte.

Jak to już zostało wcześniej stwierdzone (zob. rozdz. III.2) wsparcie jest w pełni zgodne z założeniami i celami Działania 2.3 PO KL. W analizie wniosków projektowych badanych projektów pokazano uprzednio (zob. rozdz. III.1) w odniesieniu do każdego z projektów, że zakładane rezultaty spowodują osiągnięcie zakładanych dla projektu celów. W ocenie

Ewaluatora wszystkie projekty osiągną swoje zaplanowane rezultaty twarde, oraz z dużym prawdopodobieństwem także rezultaty miękkie, a ponieważ wykazano, że osiągnięcie zakładanych we wniosku projektowym rezultatów, spowoduje realizację celów szczegółowych i głównych analizowanych projektów i cele projektów w pełni odpowiadają celom i założeniom Działania 2.3 Priorytet II PO KL. Z powyższego wynika, że w opinii Ewaluatora, rezultaty analizowanych projektów przyczynią się do pełnego osiągnięcia celów Działania 2.3 Priorytet II PO KL.

Większość analizowanych projektów ma charakter projektów szkoleniowych. W takich projektach, szczególnie w tych, które kończą się przyznaniem certyfikatu lub zdaniem egzaminu, należy przyjąć, że trwałość rezultatów jest wysoka. Dotyczy to przede wszystkim następujących projektów: (i) „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”, (ii) „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”, (iii) „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”, (iv) „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, (v) „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”. W wypadku projektu „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”, w ramach którego zostanie przeszkolonych 6000 lekarzy POZ wydaje się, że mimo iż szkolenia nie kończą się żadnym egzaminem, ani przyznaniem certyfikatu, to ze względu na fakt, iż zdobyte umiejętności powinny być przez uczestników szkoleń wykorzystywane – na równi z wiedzą zdobytą w trakcie studiów medycznych – w codziennej praktyce zawodowej, to trwałość rezultatów powinna być wysoka.

Pewne wątpliwości, dotyczące faktu, że szkolenia nie zakończyły się zdaniem egzaminu, czy uzyskaniem weryfikowalnych kompetencji, można odnieść do trwałości następujących projektów: (i) „Akademia NFZ”, (ii) „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”, (iii) "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ". W tych projektach także uczestnicy otrzymują zaświadczenia o ukończeniu kursów/ szkoleń, jednak waga takiego zaświadczenia, szczególnie kiedy nie jest poparta formalnym testem nabycia przez uczestników konkretnych umiejętności, kompetencji i kwalifikacji jest znacznie mniejsza, niż formalny egzamin, potwierdzający określone kompetencje lub kwalifikacje. Pewnym krokiem w tym kierunku są planowane działania w

ramach projektu „Akademia NFZ”, gdzie szkolenia prowadzone na platformie e-learningowej będą kończyć się testem on-line, którego zaliczenie jest warunkiem uzyskania zaświadczenia o ukończeniu kursu. Jest to krok w kierunku objęcia takich szkoleń systemem zbliżonym do systemu studiów podyplomowych i wydaje się, że w przyszłości należy dążyć w tym kierunku we wszystkich projektach o charakterze szkoleniowym, które nie prowadzą do uzyskania określonych i weryfikowalnych oficjalnym egzaminem (upoważniającym do wykonywania określonych funkcji/ procedur/ czynności). Jednakże w odniesieniu do analizowanych projektów należy podkreślić fakt, że w projektach tych prowadzono szkolenia niezmiernie istotne dla uczestników szkoleń, bo dotyczące tematyki, z którą spotykają się w swojej codziennej pracy i oferującej nowe, efektywne sposoby rozwiązywania problemów istotnych dla uczestników szkoleń, można przyjąć, że trwałość tych projektów powinna także być duża, jednak ograniczona z jednej strony przez możliwość wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych, które np. zmienią zasady i warunki funkcjonowania placówek systemu ochrony zdrowia w Polsce, a z drugiej strony przez zdarzające się relatywnie często zmiany na stanowiskach kierowniczych/ zarządczych w placówkach systemu ochrony zdrowia (ZOZ, szpitale, NFZ, etc.).

Odrębne zagadnienie stanowią dwa projekty badawcze: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” oraz „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”. W tym wypadku, jeżeli chodzi o trwałość zapisanych we wniosku o dofinansowanie rezultatów (opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych i nastawionych na powroty do pracy), to opracowane programy będą istniały także po zakończeniu realizacji projektu. Jednak istotna trwałość rezultatów tych projektów będzie zależna od czynników całkowicie zewnętrznych wobec tych projektów, a mianowicie od tego, czy opracowane w ramach projektów programy zostaną wdrożone, co już wcześniej w niniejszym raporcie zostało dosyć szeroko omówione. W przeciwnym wypadku trwałość rezultatów w opinii Ewaluatora powinna zostać uznana za niezadowalającą. W obu wskazanych projektach wśród oczekiwanych rezultatów znajduje się wdrożenie opracowanych programów, które w wypadku projektu „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy” powinny już zostać wdrożone. W przypadku projektu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”, opracowane w ramach projektu kompleksowe programy profilaktyczne powinny obecnie być w końcowym etapie wdrażania. Jednak beneficjent w trakcie wywiadu poproszony o określenie rezultatów obu tych projektów nie wskazał w żadnym wypadku, że rezultatem było wdrożenie. Wskazano przede wszystkim opracowanie materiałów, podręczników, filmów (*„te programy zostały zakończone przy czy rezultatami twardymi były opracowane programy kompleksowe monografie, poradniki dla pracowników, pracodawców i lekarzy, ulotki, filmy i inne materiały informacyjne oraz szkolenie, konferencje, warsztaty”*). W odniesieniu do obu projektów w chwili obecnej – zgodnie z informacją uzyskaną od beneficjenta – nie można określić efektywności i rezultatów tych wdrożonych i wdrażanych programów. Jednocześnie beneficjent (Instytut Medycyny Pracy

im. Prof. J. Nofera w Łódzi) za podstawowy, najważniejszy rezultat uznał oddziaływanie miękkie projektu („*Przede wszystkim ocenialiśmy wzrost wiedzy i świadomości edukowanych osób, lekarzy, pacjentów, ponieważ na wszystkich szkoleniach i przed i po była wykonywana ankieta ewaluacyjna i uważamy, że ten właśnie, tak zwany rezultat, czyli wzrost wiedzy, świadomości osób uczestniczących w projekcie będzie jednym z najistotniejszych trwałych efektów programu”*). W trakcie wywiadu nie ustalono, czy opracowane w ramach obu projektów programy zostały wdrożone lub są w trakcie wdrażania. Stwierdzono jednakże występowanie pewnych elementów o charakterze wdrożeniowym, lecz mają one cechy przede wszystkim przygotowania do wdrożenia, nie są natomiast pełnym wdrożeniem opracowanych programów. Wynika to przede wszystkim z uzgodnionych zapisów wniosku o dofinansowanie – o czym już wcześniej w niniejszym raporcie była mowa – i wynikającego z nich istotnego ograniczenia zakresu tych projektów przede wszystkim do obszaru badawczego, przy minimalizowaniu jego zakresu wdrożeniowego.

W większości analizowanych projektów przedstawiciele projektodawcy nie potrafili zidentyfikować żadnych niezaplanowanych efektów wsparcia. Jednak w trakcie dyskusji z Ewaluatorem w kilku wypadkach udało się zidentyfikować takie nieplanowane pozytywne efekty, które w istocie stanowią wartość dodaną realizowanych projektów.

W kilku projektach, tam, gdzie projektodawca po raz pierwszy samodzielnie wdrażał projekt systemowy współfinansowany ze środków unijnych i gdzie wystąpiła w związku z tym konieczność stworzenia zespołu projektowego (np. w Departamencie Pielęgniarek i Położnych i w Departamencie Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia) stwierdzono, że zbudowanie takiego zespołu i zdobyte przez ten zespól doświadczenie stanowi rezultat dodatkowy realizacji projektu. W przypadku Departamentu Pielęgniarek i Położnych przyniosło to już realne korzyści dla projektodawcy, gdyż Departament obecnie realizuje także drugi projekt, którego realizacja – dzięki zdobytemu doświadczeniu i wiedzy – przebiega o wiele sprawniej i nie nastręcza dużych problemów. Podobnie w Narodowym Funduszu Zdrowia stwierdzono, że doświadczenie zdobyte przy realizacji projektu „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ" miały duży wpływ na kształt wniosku o dofinansowanie projektu „Akademia NFZ” oraz na sam proces wdrażania projektu.

Beneficjent projektu „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego” wskazał na dwie grupy takich dodatkowych efektów: (i) doświadczenie, jakie zdobyli organizatorzy kształcenia (w tym: ujednolicona dokumentacja kształcenia także w innych dziedzinach, umiejętność realizacji i rozliczania projektów UE, etc) oraz (ii) dla samego Centrum projekt spowodował podniesienie wiedzy wszystkich pracowników poprzez działania praktyczne realizowane w ramach projektu oraz poprzez mobilizację do ukończenia studiów podyplomowych.

W przypadku projektu dotyczącego studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych za efekt dodatkowy uznano bardzo duże zainteresowanie projektem, co spowodowało potrzebę modyfikacji wniosku projektowego i znaczne powiększenie planowanej liczby beneficjentów ostatecznych projektu.

W przypadku projektu „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)” za nieplanowany efekt realizacji projektu należy uznać dodatkową akcję promocyjną zrealizowaną w lokalnych środowiskach medycznych przez beneficjentów ostatecznych projektu. Osoby te po odbytych zajęciach zwracały się do przedstawicieli projektodawcy z prośbą o dodatkowe materiały informacyjne o projekcie oraz o możliwość uzyskania dodatkowego pakietu materiałów szkoleniowych dla kolegów z miejsca pracy, którzy nie brali udziału w projekcie, jednak pod wpływem informacji od uczestników szkoleń bardzo chcieliby się zapoznać choć z podstawami wiedzy dostarczonej w projekcie.

W pozostałych projektach beneficjenci nie zidentyfikowali żadnych dodatkowych, niezaplanowanych efektów.

Podsumowanie

- Wszystkie analizowane projekty osiągają zakładane we wniosku o dofinansowanie rezultaty. W niektórych wypadkach zakładany w pierwotnym wniosku o dofinansowanie poziom produktów projektu został znacznie przekroczony i w związku z tym w kolejnej modyfikacji wniosku o dofinansowanie podniesiono oczekiwane wskaźniki rezultatu.

- Wsparcie jest w pełni zgodne z założeniami i celami Działania 2.3 Priorytet II PO KL. Rezultaty analizowanych projektów przyczynią się do pełnego osiągnięcia celów zakładanych Działania 2.3 Priorytet II PO KL.

- Większość analizowanych projektów ma charakter projektów szkoleniowych. W tych projektach, które kończą się przyznaniem jakiegoś certyfikatu lub zdaniem egzaminu, należy przyjąć, że trwałość rezultatów jest wysoka. Dotyczy to przede wszystkim następujących projektów:

    - „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”,

    - „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”,

- „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”,
- „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”,
- „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”.

- W projektach, które nie zakończyły się zdaniem egzaminu, czy uzyskaniem weryfikowalnych kompetencji, trwałość rezultatów może budzić pewne wątpliwości, mimo, iż te projekty także kończą się uzyskaniem zaświadczenia o uczestnictwie w kursie/ szkoleniu. Jednak waga takiego zaświadczenia, szczególnie kiedy nie jest poparta formalnym testem nabycia przez uczestników konkretnych umiejętności, kompetencji i kwalifikacji jest znacznie mniejsza, niż formalny egzamin, potwierdzający określone kompetencje lub kwalifikacje. Krokiem w dobrym kierunku są planowane działania w ramach projektu „Akademia NFZ”, gdzie szkolenia prowadzone na platformie e-learningowej będą kończyć się testem on-line, którego zaliczenie jest warunkiem uzyskania zaświadczenia o ukończeniu kursu. w odniesieniu do analizowanych projektów należy podkreślić fakt, że w projektach tych prowadzono szkolenia niezmiernie istotne dla uczestników szkoleń, bo dotyczące tematyki, z którą spotykają się w swojej codziennej pracy i oferującej nowe, efektywne sposoby rozwiązywania problemów istotnych dla uczestników szkoleń, można przyjąć, że trwałość tych projektów powinna także być duża, jednak ograniczona z jednej strony przez możliwość wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych.

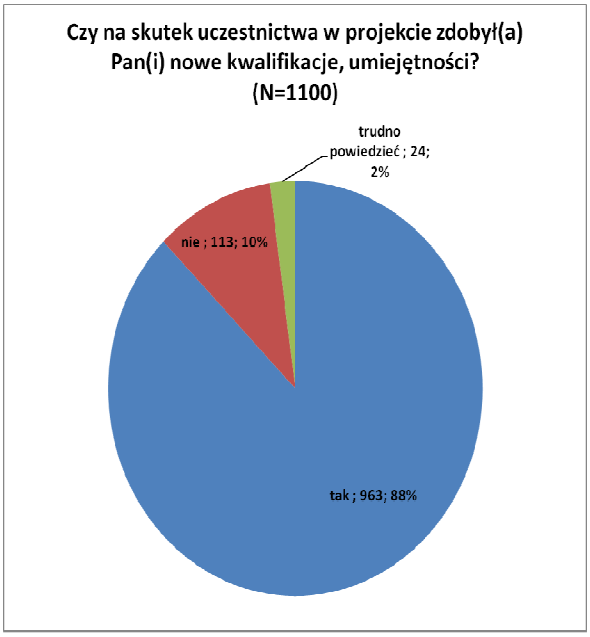
- Beneficjenci zidentyfikowali pewną ilość niezaplanowanych rezultatów realizowanych projektów. Można je podzielić na kilka grup:
  - Rezultaty dotyczące wprowadzenia w trakcie projektu bardziej efektywnych form szkolenia, kładących większy nacisk na stronę praktyczną;
  - Doświadczenie zdobyte przez beneficjentów w zakresie przygotowywania, wdrażania i rozliczania projektów współfinansowanych ze środków UE;
  - Zbudowanie w strukturach beneficjentów zespołów dysponujących doświadczeniem w zakresie realizacji projektów unijnych.

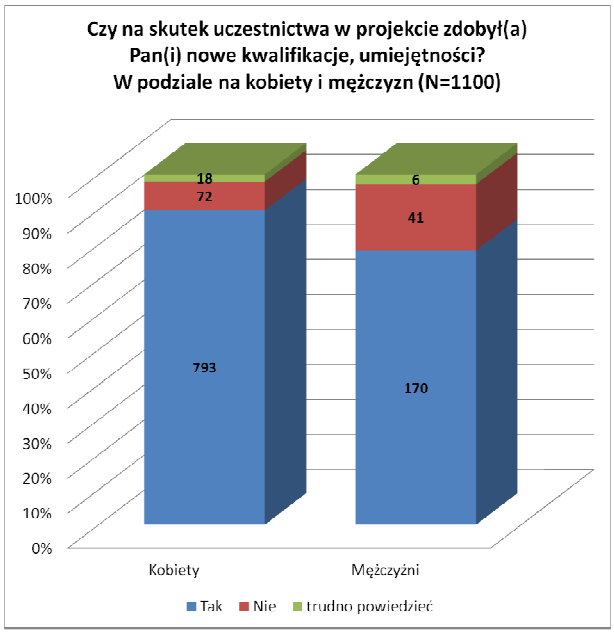
ii. Jak uczestnicy projektów oceniają użyteczność zdobytych kwalifikacji w stosunku do zajmowanego stanowiska pracy/użyteczność zdobytej wiedzy? W jaki sposób udział w projekcie wpłynął na sytuację zawodową/rozwój zawodowy uczestników projektów (sytuacja zawodowa poprawiła się/nie zmieniła się/pogorszyła się)?

Zdecydowana większość respondentów - uczestników wszystkich projektów biorących udział w badaniu - uważa, że udział w projekcie pozwolił im na zdobycie nowych kwalifikacji i

umiejętności. Zdecydowana większość respondentów, bo aż 88% stwierdziło, że dzięki udziałowi w projekcie zdobyło nowe kwalifikacje, umiejętności.

Wykresy 9 i 10.





Źródło: Opracowanie własne

Odpowiedzi udzielone przez respondentów na to samo pytanie w rozbiciu na kobiety i mężczyzn przedstawia wykres 10, który wyraźnie pokazuje, że znacznie większy odsetek mężczyzn (19%, 41 respondentów) niż kobiet (8%, 72 respondentów) stwierdził, że na skutek uczestnictwa w projekcie nie uzyskał nowych kwalifikacji i/lub umiejętności. Jednocześnie należy stwierdzić, że w obu grupach odsetek osób stwierdzających, że uzyskały nowe kwalifikacje, umiejętności jest bardzo wysoki (78% u mężczyzn i aż niemal 90% u kobiet). Trudno jest jednoznacznie wskazać możliwą przyczynę tej sytuacji, szczególnie, że w przypadku kobiet i mężczyzn maksymalny odsetek wskazań negatywnych (NIE uzyskano nowych kompetencji/ umiejętności) występuje w różnych projektach. W przypadku mężczyzn największe odsetki wskazań negatywnych występują w następujących projektach:

- DPiP – 38% (3 wskazania);
- CKPPiP – 33% (1 wskazanie).

W przypadku kobiet największy odsetek wskazań negatywnych występuje w następujących projektach:

- DPZ – 33% (4 wskazania);
- Akademia NFZ – 20% (1 wskazanie).

Największe odsetki wskazań przeczących występują w obu przypadkach w tych projektach, gdzie w dana płeć była reprezentowana przez nieliczną grupę respondentów, a zatem tam,

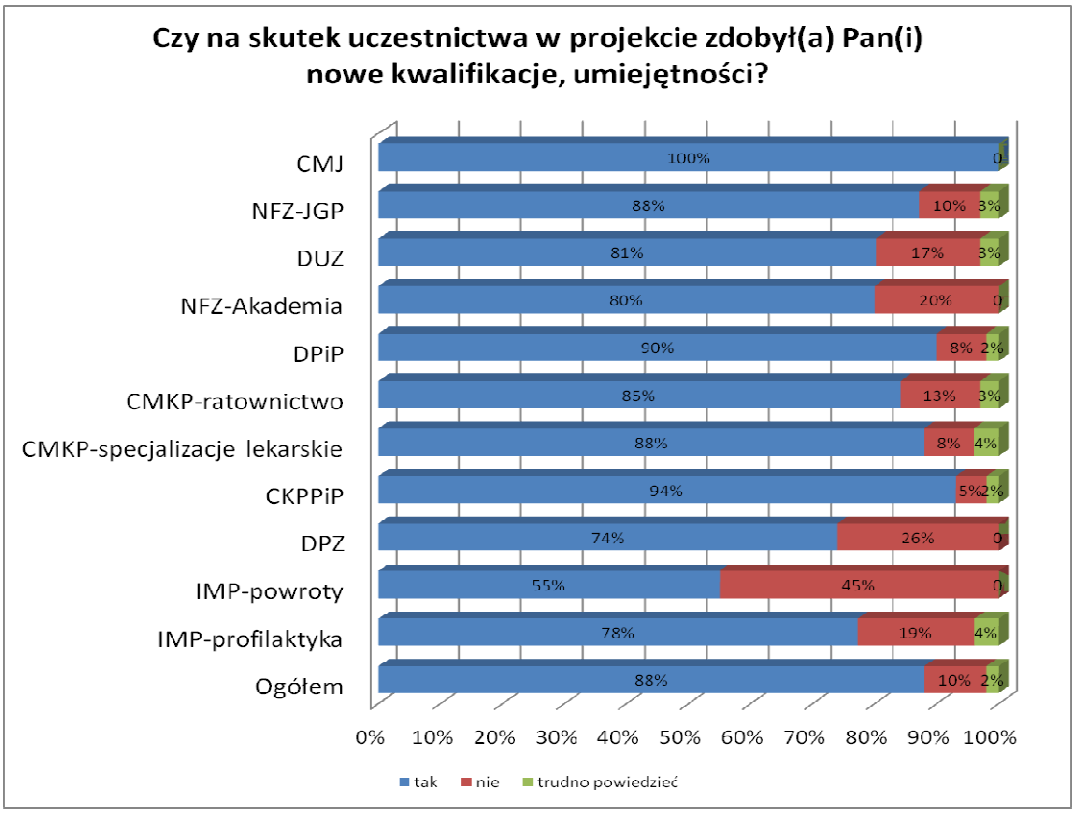
gdzie pojedyncze wskazania mogły w istotny sposób zaważyć na wynikach. Natomiast tam, gdzie dana płeć była reprezentowana licznie i gdzie wystąpiła największa liczba wskazań negatywnych, odsetek tych wskazań w stosunku do liczebności próby był niewielki:

- Dla kobiet: DPiP – 49 wskazań (8%);
- Dla mężczyzn: CMKP-ratownictwo – 16 wskazań (15%).

Wydaje się, że istotna różnica pomiędzy odsetkiem kobiet i mężczyzn stwierdzających, że na skutek udziału w projekcie nie zdobyli nowych kwalifikacji i/lub umiejętności jest wynikiem efektu statystycznego, gdzie na skutek relatywnie małej liczby mężczyzn w badanej próbie (wynikającej ze struktury grupy docelowej wsparcia) liczba wskazań w projekcie CMKP-ratownictwo wpłynęła na uśredniony wynik dla całej grupy mężczyzn.

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w poszczególnych analizowanych projektach. Przedstawia to kolejny Wykres 11.

Wykres 11.



Źródło: Opracowanie własne

Zdecydowanie najwyżej pod tym względem przez uczestników jest oceniany projekt „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” (CMJ), gdzie 100% respondentów, będących uczestnikami tego projektu stwierdziło, że w ramach projektu uzyskali nowe kwalifikacje, umiejętności. Także powyżej przeciętnego poziomu zostały przez uczestników ocenione następujące projekty:

- „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego” (CKPPiP) – 94% respondentów zadeklarowało uzyskanie nowych kwalifikacji/ umiejętności;
- „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” (DPiP) – 90% respondentów zadeklarowało uzyskanie nowych kwalifikacji/ umiejętności.

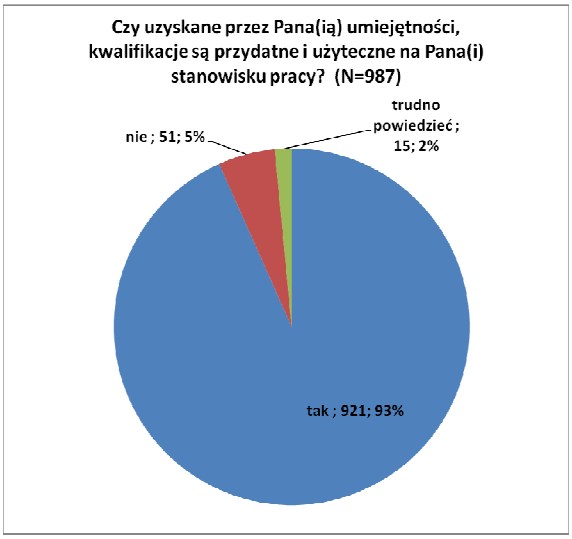
Dokładnie na poziomie odpowiadającym ocenie całego wsparcia został pod tym względem oceniony projekt NFZ-JGP (88%). Analizując jednak wyniki uzyskane od respondentów uczestniczących w poszczególnych projektach, trzeba pamiętać o niekiedy niewielkiej liczebności próby. W wypadku projektów, dla których liczebność próby (a przez to także jej udział w badanej populacji) jest niewielka (niekiedy mniejsza od 10 osób) nie można uzyskanych wyników przenosić bezpośrednio na ocenę wsparcia udzielonego w ramach danego projektu. Należy tutaj podkreślić – i uwaga ta odnosi się do całości prezentowanych tutaj wyników badania ilościowego uczestników projektów – że badana próba jest reprezentatywna dla całej populacji uczestników analizowanych projektów, natomiast w poszczególnych warstwach (odpowiadających poszczególnym projektom) już o takiej statystycznej reprezentatywności, a szczególnie o wiarygodności i precyzji uzyskanych wyników pomiaru nie można mówić.

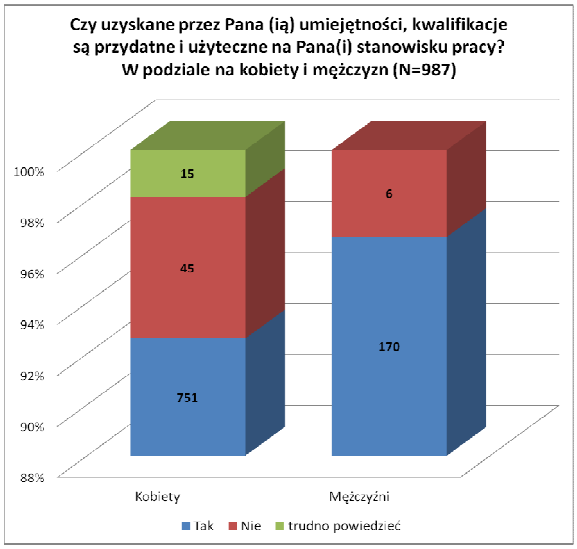
Natomiast do projektów, dla których uzyskano najmniejszy odsetek opinii pozytywnych należą projekty:

- IMP-powroty – 55% uczestników uzyskało nowe kwalifikacje/ umiejętności;
- DPZ – 74%;
- IMP-profilaktyka – 78%;
- NFZ-Akademia – 80%;
- DUZ – 81%.

Grupę liczącą 987 uczestników badania, którzy na poprzednie pytanie odpowiedzieli „tak” lub „trudno powiedzieć” zapytano, czy w ramach projektu zdobyte umiejętności i kwalifikacje są przydatne w ich miejscach pracy. Zdecydowana większość uczestników badania (93%) odpowiedziała twierdząco na to pytanie.

Wykres 12 i 13



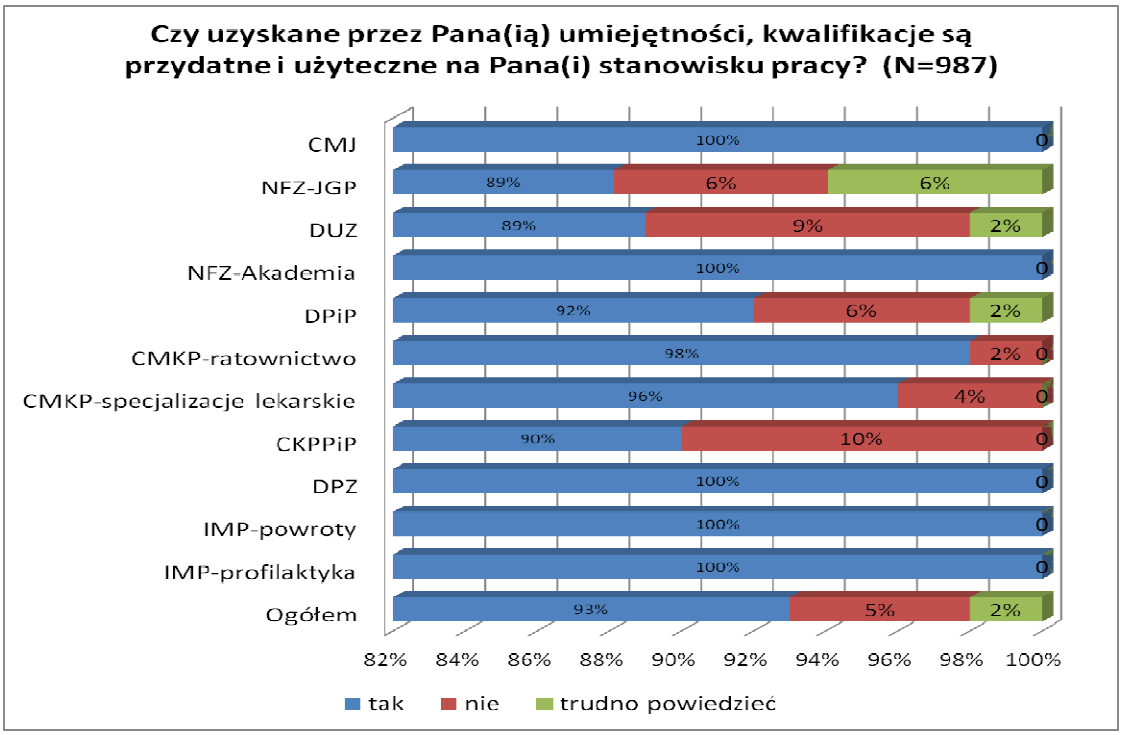


Źródło: Opracowanie własne

Spośród osób, które zadeklarowały, że na skutek udziału w projekcie uzyskały nowe kompetencje i/lub umiejętności, większy odsetek mężczyzn (97%) niż kobiet (92%) zadeklarował, że uzyskane kompetencje i/lub umiejętności są przydatne na jego miejscu pracy.

W ramach poszczególnych projektów kwestia ta wygląda następująco:

Wykres 14



Źródło: Opracowanie własne

W przypadku pięciu projektów wszyscy uczestnicy, którzy stwierdzili, że zdobyli nowe umiejętności uznali, że te umiejętności/ kompetencje są przydatne i użyteczne na ich stanowisku pracy. Dotyczy to następujących projektów:

- CMJ;
- NFZ-Akademia;
- DPZ;
- IMP-powroty;
- IMP-profilaktyka.

Niewiele mniejszy odsetek wskazał także na przydatność i użyteczność nowych kwalifikacji/ umiejętności zdobytych w następujących projektach:

- CMKP-ratownictwo – 98%;
- CMKP-specjalizacje lekarskie – 96%.

Natomiast najniżej oceniono użyteczność nowo nabytych kwalifikacji w projektach:

NFZ-JGP – 89%;

DUZ – 89%;

CKPPiP -90%.

Występuje tutaj ciekawe zjawisko, że w tych projektach, gdzie relatywnie duży odsetek uczestników stwierdzał, że w trakcie projektu zdobyli nowe umiejętności, jednocześnie w tych samych projektach niektóre (nieliczne) z tych osób stwierdzały, że użyteczność tych nowych umiejętności na ich stanowisku pracy jest bardzo mała lub żadna. Dotyczy to np. projektu CKPPiP. Występuje też zjawisko przeciwstawne: w projektach, gdzie stosunkowo mały odsetek uczestników stwierdzał, że uzyskali oni nowe umiejętności, osoby, które zadeklarowały, że uzyskały nowe umiejętności wszystkie stwierdzały, że umiejętności te są dla nich użyteczne zawodowo. Dotyczy to np. projektów IMP-powroty i IMP-profilaktyka oraz NFZ-Akademia i DPZ.

Natomiast w przypadku projektu CMJ trzeba podkreślić, że wszyscy badani uczestnicy uznali, że uzyskali nowe umiejętności i wszyscy też uznali, że te nowe umiejętności są dla nich użyteczne.

Kolejny wykres prezentuje odpowiedź na pytanie, czy uzyskane w ramach projektu kwalifikacje i umiejętności są przydatne na stanowisku pracy respondenta w podziale na grupy zawodowe wspierane w ramach poszczególnych projektów.

Wykres ten pokazuje, czy poszczególne projekty były dostosowane do oczekiwań i potrzeb przedstawicieli grupy docelowej. Widać, że w większości wypadków projekty były bardzo dobrze dopasowane do potrzeb wszystkich typów beneficjentów ostatecznych tworzących ich grupę docelową. Jednak są tutaj pewne wyjątki:

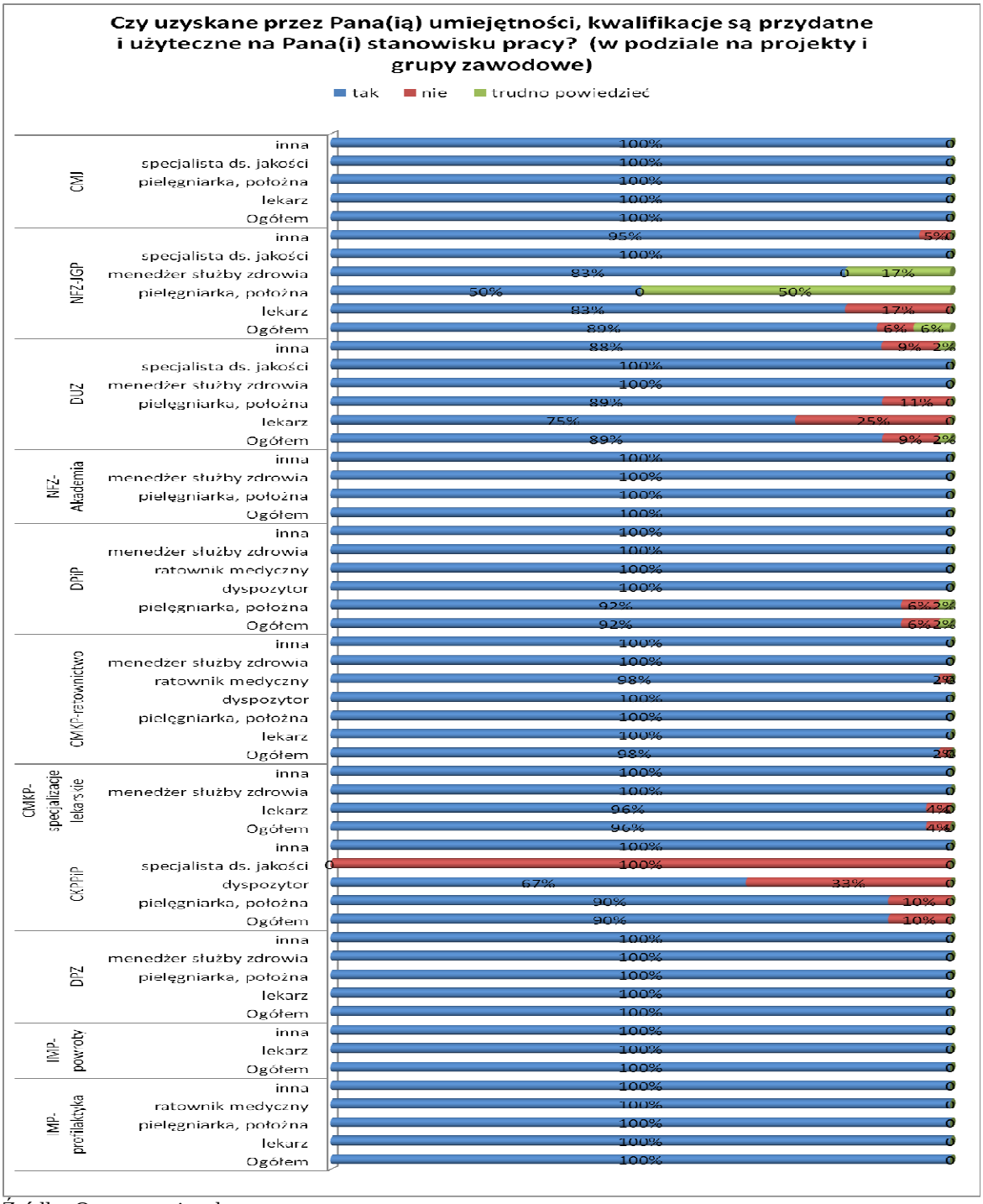
CKPPiP: specjaliści ds. jakości (100% - stwierdzeń, że uzyskane umiejętności były nieprzydatne i nieużyteczne na stanowisku pracy respondenta, dyspozytorzy (33% - nieużyteczne), pielęgniarka (10% - nieużyteczne). Uwagę zwraca tutaj fakt, że w tym projekcie wsparcie nie było kierowane do specjalistów ds. jakości, ani do dyspozytorów, a jednak respondenci w badaniu deklarowali, że pełnią taką funkcję. Może to wynikać z błędnego zadeklarowania przez osobę badaną, w jakim projekcie uczestniczyła, lub też może świadczyć o błędach popełnionych w procesie rekrutacji uczestników projektu.

NFZ-JGP: pielęgniarki/położne (w tej grupie 50% stwierdzeń „trudno powiedzieć”), pielęgniarka/położna (17% - nieużyteczne), specjaliści ds. jakości (17% - trudno powiedzieć), lekarze (6% - nieużyteczne i 6% - trudno powiedzieć);

DPiP: pielęgniarki/położne (6% - nieużyteczne, 2% - trudno powiedzieć)

Jak to wyżej zaznaczono, w projekcie CKPPiP wśród respondentów znalazły się osoby, które zadeklarowały, że uczestniczyły w tym projekcie, a jednocześnie należą do grup zawodowych, która nie powinna być objęta wsparciem w ramach tego projektu (tzn. specjaliści ds. jakości i dyspozytorzy) wsparcie nie było kierowane do tych grup). Jednocześnie te osoby zadeklarowały, że wsparcie było całkowicie nieprzydatne i nieużyteczne na ich stanowisku pracy. Należy zwrócić się do beneficjenta projektu CKPPiP z prośbą o zweryfikowanie informacji, czy przedstawiciele tych grup zawodowych (do których wsparcie w ramach tego projektu nie było kierowane) brały dział w projekcie, a jeżeli tak, to na jakich zasadach? Oczywiście taka sytuacja może także wynikać z faktu, że niektórzy respondenci już po udziale w projekcie zmienili stanowisko pracy, jednak ta kwestia wymaga wyjaśnienia ze strony beneficjenta projektu CKPPiP oraz organu kontrolnego w ramach Ministerstwa Zdrowia.

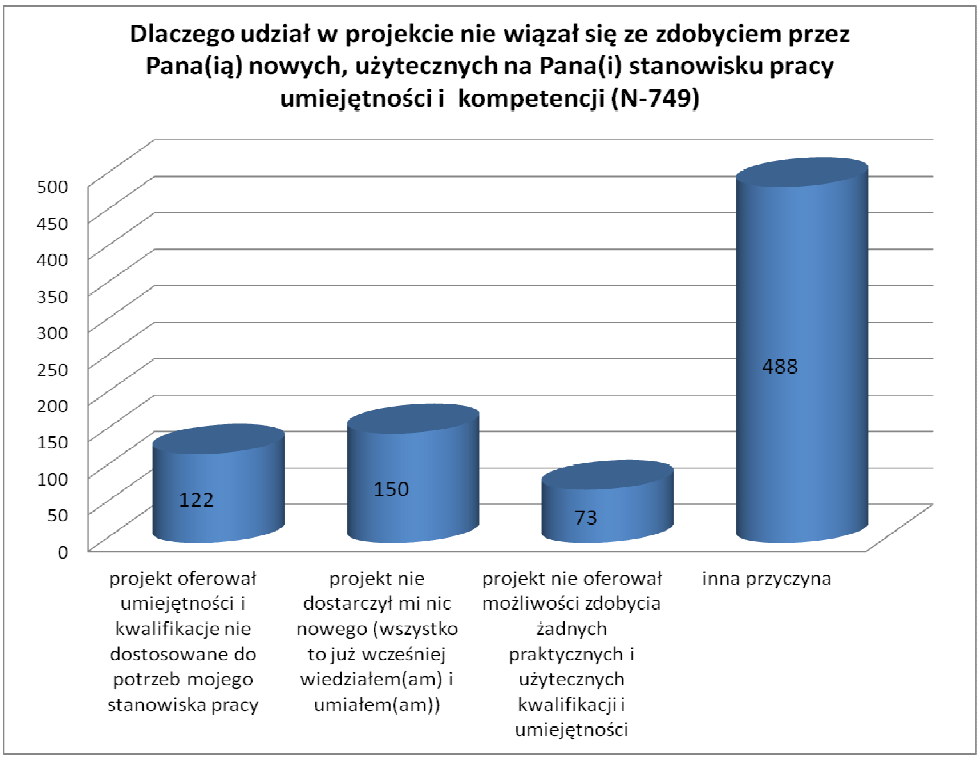
Wykres 15



Źródło: Opracowanie własne

Respondentów poproszono o podanie przyczyn, dla których udział w projekcie nie spowodował uzyskania przez nich nowych i użytecznych na ich stanowisku pracy kompetencji i umiejętności. Na to pytanie odpowiedzi udzieliło 749 respondentów, pozostali uczestnicy badania nie udzielili odpowiedzi na to pytania. Należy tutaj dodać, że pytanie to zadano wszystkim uczestnikom badania (także tym, którzy deklarowali, że w ramach projektu uzyskali nowe, użyteczne umiejętności i kompetencje). W tym wypadku ich odpowiedzi należy traktować, jako wskazanie, że oprócz uzyskania nowych kompetencji i umiejętności, znaczna część działań w ramach projektu nie przyniosła im nowej wiedzy i umiejętności.

Wykres 16

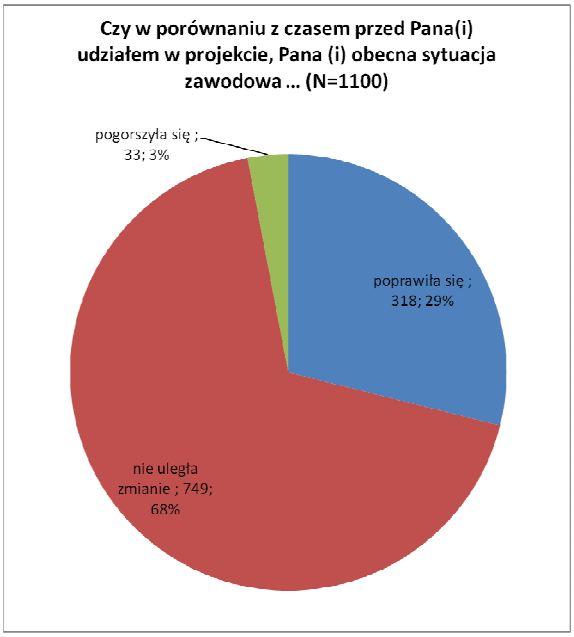


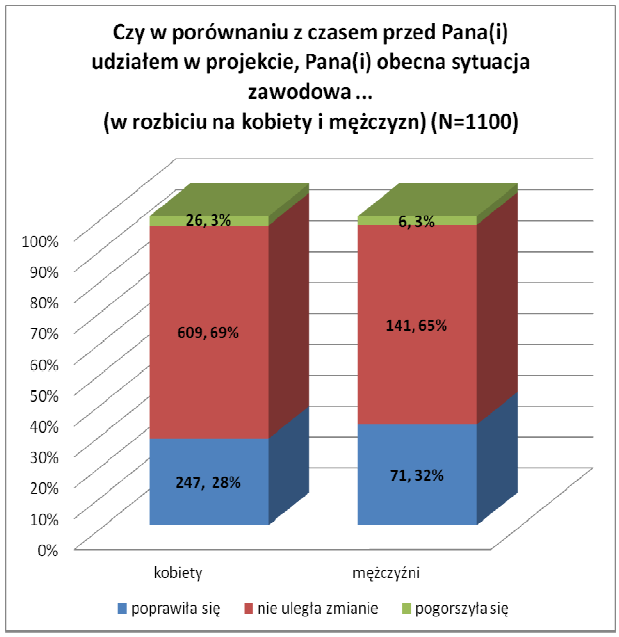
Źródło: Opracowanie własne

Pomijając najbardziej masową odpowiedź „inna przyczyna", najwięcej respondentów wybierało odpowiedź „projekt nie dostarczył mi nic nowego (wszystko to już wcześniej wiedziałem/-am i miałem/-am)" oraz „projekt oferował umiejętności i kwalifikacje nie dostosowane do potrzeb mojego stanowiska pracy". Szczególnie ta druga odpowiedź wskazuje na potrzebę starannego przeprowadzania selekcji uczestników projektów tak, aby unikać sytuacji, kiedy w szkoleniu biorą udział osoby, dla których uzyskanie oferowanych kompetencji i umiejętności nie jest istotne z punktu widzenia wykonywanej pracy. Z kolei pierwsza przyczyna pokazuje, że należy z większą starannością dopasowywać poziom oferowanych szkoleń do poziomu uczestników.

Osoby, które stwierdziły, że projekt nie dostarczył im użytecznych na ich stanowisku pracy umiejętności i kwalifikacji z „innych przyczyn" poproszone zostały o doprecyzowanie swojego stanowiska najczęściej stwierdzały, że o zakresie ich pracy i możliwości korzystania z nowych umiejętności decyduje kierownictwo placówki, a nie oni. Bardzo często takie wypowiedzi były także połączone ze stwierdzeniem, że projekt dostarczył im ciekawej wiedzy i poszerzył ich kompetencje, jednak z przyczyn od siebie niezależnych nie mogą ich wykorzystać. Często zwracano przy tym uwagę na złą sytuację finansową szpitali.

Wykresy 17 i 18.





Źródło: Opracowanie własne

Większość respondentów deklaruje, że w porównaniu z czasem przed udziałem w projekcie, ich obecna sytuacja zawodowa nie uległa zmianie. Jednak aż 29% uznaje, że ta sytuacja uległa poprawie, a tylko 3% deklaruje, że pogorszyła się. Należy przy tym zauważyć, że proporcje te w zasadzie nie są zależne od płci respondenta: minimalne różnice występują w odsetku osób deklarujących poprawę swojej pozycji zawodowej (kobiety 28%, mężczyźni 32%) oraz brak zmian w tym zakresie (kobiety 69%, mężczyźni 65%). Różnice mieszczą się w granicach błędu statystycznego.

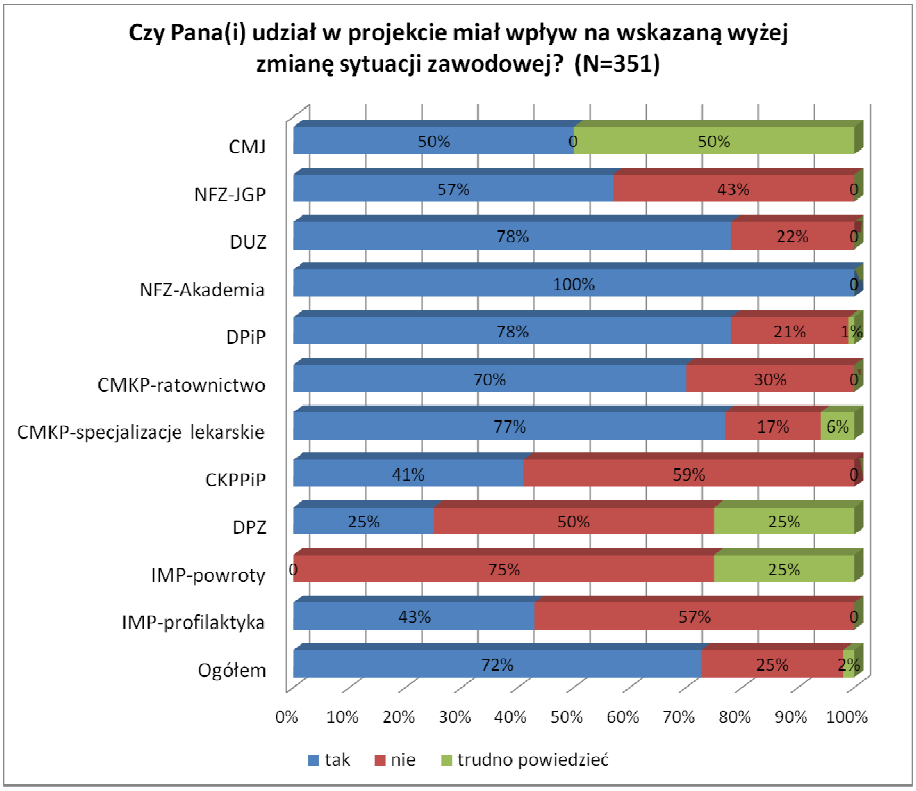
Grupę osób, które zadeklarowały zmianę swojej sytuacji zawodowej zapytano, czy ta zmiana miała związek z ich udziałem w projekcie.

Przedstawiciele grupy respondentów, która stwierdziła poprawę obecnej sytuacji zawodowej, jako podstawowy element oznaczający poprawę ich sytuacji zawodowej wskazywali podwyżkę zarobków i/lub uzyskanie nowej, lepszej pracy. Dosyć często obie te kwestie były ze sobą powiązane i stwierdzenia „dzięki udziałowi w projekcie uzyskałam/-em nową lepszą pracę związaną z podwyżką wynagrodzenia” są dosyć typowe. W grupie lekarzy częste było także podkreślanie faktu uzyskania specjalizacji oraz podniesienia kompetencji, co przyczyniało się do uzyskania lepszej pozycji zawodowej i prestiżu w środowisku. Niekiedy zwracano także uwagę na to, że dzięki nowym umiejętnościom/kompetencjom poszerzono grupę osób, do których skierowane są usługi świadczone przez danego lekarza.

Niestety, zdarzały się także – na szczęście bardzo rzadkie – stwierdzenia, że udział w projekcie spowodował pogorszenie się sytuacji zawodowej uczestnika projektu. Na uwagę zasługują tutaj takie stwierdzenia respondentów: „Straciłam pracę, bo powiedziano mi, że nie jestem dyspozycyjna, tylko jeżdżę na szkolenia. A ja podnosiłam swoje kompetencje…”,

„Mam wyższe kompetencje niż inne pielęgniarki na oddziale i jestem traktowana jako zagrożenie dla otoczenia”.

Wykres 19.



Źródło: Opracowanie własne

Największy wpływ na zmianę sytuacji zawodowej respondentów, miał udział w projekcie Akademia NFZ (wpływ udziału w projekcie na zmianę sytuacji zawodowej deklarowało 100% osób, u których nastąpiła jakaś zmiana w porównaniu z okresem przed udziałem w projekcie). Udział w projekcie na zmianę sytuacji zawodowej widoczny jest także w dużym stopniu w następujących projektach:

- DUZ (78%);
- DPiP (78%);
- CMKP-specjalizacje lekarskie (77%)

Najmniejszy wpływ udziału w projekcie na zmianę sytuacji zawodowej odnotowano w następujących projektach:

- IMP-powroty (75% deklaracji, że udział w projekcie nie miał wpływu na zmianę sytuacji zawodowej oraz 25% stwierdzeń, że trudno powiedzieć);
- CKPPiP (59% - nie miał wpływu);
- IMP-profilaktyka (57% - nie miał wpływu);
- DPZ (50% - nie miał wpływu i 25% - trudno powiedzieć);
- NFZ-JGP (43% - nie miał wpływu).

Interesująca sytuacja jest w przypadku projektu CMJ, gdzie 50% respondentów stwierdziło, że udział w projekcie miał wpływ na zmianę sytuacji zawodowej, oraz 50% - stwierdziło, że trudno powiedzieć. Ciekawe jest, że żaden z respondentów nie stwierdził, że udział w projekcie nie miał wpływu na zmianę ich sytuacji zawodowej.

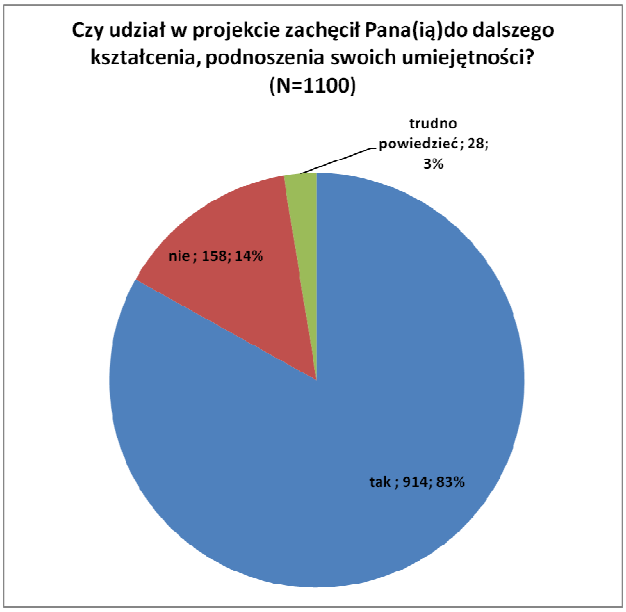
Podsumowanie:

- Bardzo wysoki odsetek uczestników projektów (88%) deklaruje, że na skutek udziału w projekcie uzyskali nowe kompetencje/ umiejętności, przy czym opinię taką nieco w większym stopniu zgłaszają kobiety niż mężczyźni.
- Zdecydowana większość uczestników projektów uważa, że uzyskane w ramach projektu umiejętności i kompetencje są przydatne/ użyteczne na ich stanowisku pracy.
- Większość (68%) uczestników projektów deklaruje, że ich pozycja zawodowa w porównaniu z okresem przed udziałem w projekcie nie zmieniła się. Poprawę swojej sytuacji zawodowej deklaruje 29% uczestników projektów. 3% deklaruje, że ich sytuacja zawodowa pogorszyła się.
- Opisując przejawy poprawy swojej sytuacji zawodowej będącej wynikiem udziału w projekcie wskazywano przede wszystkim na podwyżkę zarobków i/lub uzyskanie nowej, lepszej pracy. Wskazywano także na to, że dzięki nowym umiejętnościom/kompetencjom poszerzono grupę osób, do których skierowane są usługi świadczone przez danego lekarza.
- Osoby deklarujące pogorszenie swojej sytuacji zawodowej spowodowane udziałem w projekcie wskazywały przede wszystkim na przypadki utraty pracy ze względu na wynikające z udziału w szkoleniach obniżenie dyspozycyjności w miejscu pracy.

iii. Czy projekty realizowane w ramach Działania 2.3 PO KL mają wpływ na proces kształcenia ustawicznego pracowników sektora ochrony zdrowia, tj. czy stymulują ten proces/zachęcają do dalszego kształcenia/ułatwiają dostęp do kształcenia/niwelują bariery, czy też mają charakter bardziej doraźny, bez wyraźnego wpływu?

Zdecydowana większość respondentów deklaruje, że udział w projekcie zwiększył ich motywację do dalszego kształcenia się i stałego podnoszenia swojej wiedzy, umiejętności i kompetencji. Ilustruje to poniższy wykres:

Wykres 20.

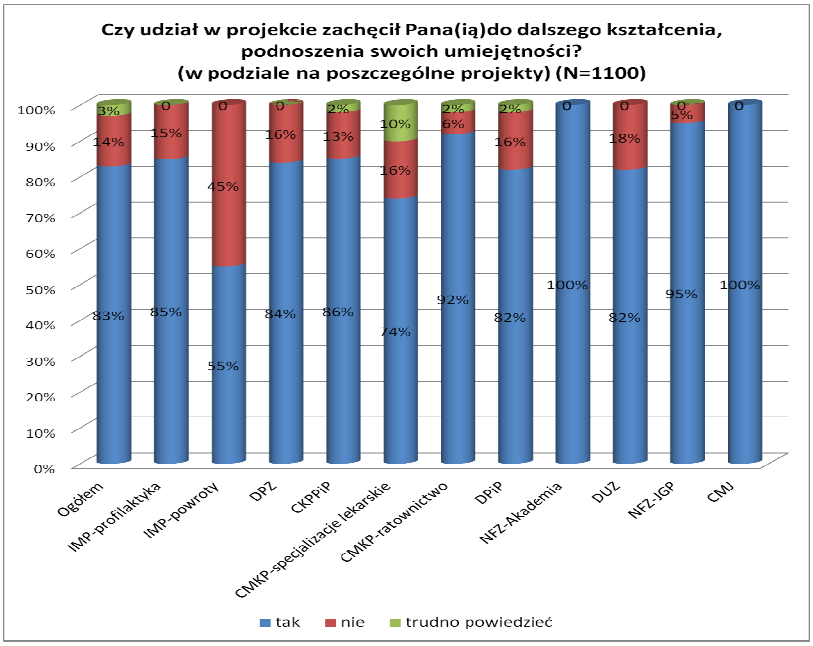


Źródło: Opracowanie własne

W trakcie rozmów z projektodawcami poszczególnych projektów padały często stwierdzenia, że są oni przekonani, że dany projekt przyczynia się do wzmocnienia procesu kształcenia ustawicznego w grupie beneficjentów, jednak nie podawano żadnych na to dowodów (wyników przeprowadzonych badań). Wydaje się jednak, że niniejsze badania świadczą, że intuicyjne odczucia projektodawców były trafne. Jednocześnie niektórzy beneficjenci wskazywali na napływające do nich sygnały od uczestników szkoleń w ramach analizowanych projektów, że wzrasta potrzeba dalszego kształcenia się i doskonalenia w wielu środowiskach medycznych. Przykładem tego jest środowisko pielęgniarskie, gdzie zgłaszane są postulaty organizowania w ramach projektów dofinansowywanych ze środków UE szkoleń specjalizacyjnych i kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek. Również w trakcie niniejszego badania przedstawiciele innych zawodów medycznych (m.in. fizjoterapeuci) wskazywali na to, że chcieliby być objęci takim samym programem studiów pomostowych jak pielęgniarki i położne. Przedstawiciele lekarzy wskazują na potrzebę wspierania szkoleń specjalizacyjnych. Przedstawiciele wszystkich badanych zawodów medycznych podkreślali, że ciągłe podnoszenie kwalifikacji, poznawanie nowych metod i technik leczenia, zapoznawanie się z nowym sprzętem diagnostycznym i leczniczym stanowi podstawę prawidłowego funkcjonowania w ich zawodzie. Wskazywano, że udział w analizowanych projektach w dużym stopniu wspomógł ich w procesie stałego doskonalenia swoich umiejętności i aktualizacji posiadanych kwalifikacji oraz zachęcił do dalszego, także samodzielnego dokształcania.

Wpływ udziału w projekcie na motywację do dalszego kształcenia się i podnoszenia swoich umiejętności w rozbiciu na odrębne projekty pokazuje kolejny wykres.

Wykres 21.



Źródło: Opracowanie własne

Zwraca uwagę, że w przypadku dwóch projektów (Akademia NFZ i CMJ) wszyscy respondenci deklarują, że udział w tych projektach pozytywnie wpłynął na ich proces kształcenia ustawicznego, tj. zachęcił ich do dalszego kształcenia i podnoszenia swoich umiejętności i kwalifikacji.

Wśród projektów, w przypadku których większy niż ogólnie w całej badanej próbie odsetek beneficjentów ostatecznych zadeklarował, że udział w projekcie zachęcił ich do dalszego kształcenia należy wymienić:

- NFZ-JGP (95% wskazań);
- CMKP-ratownictwo (92% wskazań);
- CKPPiP (86% wskazan);
- IMP-profilaktyka (85% wskazań);
- DPZ (84% wskazan).

Jednocześnie widoczna jest grupa projektów, w przypadku których wyraźnie mniejszy niż w całej grupie objętej badaniem odsetek respondentów stwierdził, że projekt zachęcił ich do dalszego kształcenia:

- IMP-powroty (55% wskazań);
- CMKP-specjalizacje lekarskie (74% wskazań).

W przypadku pozostałych projektów poziom motywacji do dalszego kształcenia związany z udziałem w projekcie jest na poziomie średnim dla całej analizowanej interwencji.

W tym kontekście zwraca uwagę sytuacja stwierdzona w projekcie IMP-powroty, gdzie relatywnie niski odsetek beneficjentów ostatecznych zadeklarował, że udział w projekcie

zachęcił ich do dalszego kształcenia się i podnoszenia swoich kwalifikacji. Należy jednak pamiętać, że głównym celem tego projektu nie było zachęcenie do kształcenia się uczestników. Wydaje się, że w świetle tego faktu to, że 55% uczestników projektu stwierdza, że udział w projekcie zachęcił ich do dalszego kształcenia się, należy uznać za wartość dodaną projektu.

W trakcie realizacji badania nie stwierdzono żadnych istotnych barier zewnętrznych, które mogłyby mieć wpływ na oddziaływanie projektów w obszarze motywowania uczestników do kontynuowania procesów z zakresu kształcenia ustawicznego. W opinii Ewaluatora różnice pomiędzy opiniami wyrażanymi przez respondentów odzwierciedlają różnice w sposobie realizacji poszczególnych projektów, przyjęte w nich metody i techniki działań szkoleniowych, a także dostosowanie zakresu treści szkoleń do potrzeb i oczekiwań uczestników projektów. Należy podkreślić, że zachęcenie uczestników projektu do dalszej edukacji jest wartością dodaną a nie celem głównym, czy szczegółowym wielu spośród analizowanych tutaj projektów, tak więc tak wysoki odsetek wskazań dot. udziału w innych szkoleniach należy uznać za sukces realizowanych projektów.

Podsumowanie:

- Analizowane projekty w istotny sposób wpływają na doskonalenie zawodowe przedstawicieli zawodów medycznych, przyczyniając się do podnoszenia ich kwalifikacji i umiejętności. Dzięki udziałowi projektach znacząca grupa przedstawicieli niektórych zawodów medycznych podniosła swoje kwalifikacje i umiejętności.

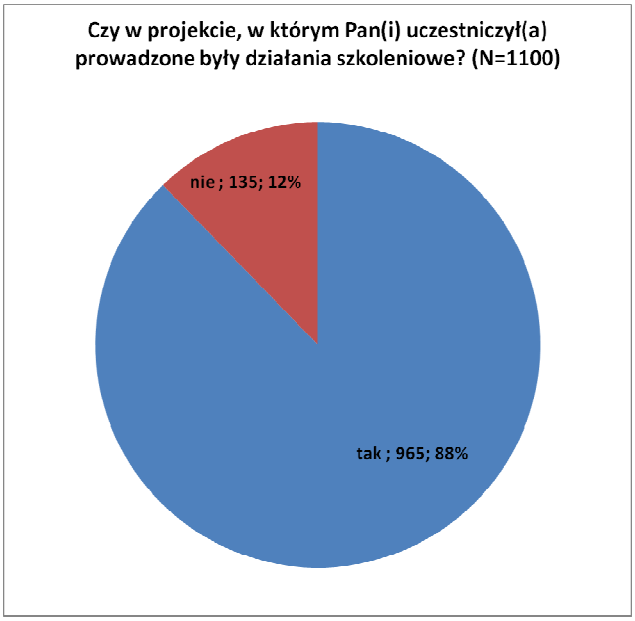
- Analizowane projekty mają wpływ na wzrost wśród przedstawicieli zawodów medycznych poczucia potrzeby stałego doskonalenia swoich umiejętności i doszkalania się. Aż 83% badanych uczestników projektów deklaruje, że udział w projekcie zachęcił ich do dalszego kształcenia się i podnoszenia swoich umiejętności.

- Objęci badaniem przedstawiciele zawodów medycznych dostrzegając konieczność stałego dokształcania się, aktualizacji swojej wiedzy i podnoszenia umiejętności stwierdzają jednocześnie istotną rolę projektów współfinansowanych ze środków UE w tym procesie. Podkreślają, że bez wsparcia zewnętrznego ze względów finansowych często nie mogą pozwolić sobie na opłacenie specjalistycznych kursów, dodatkowych szkoleń i procesu stałego doskonalenia zawodowego. Jednocześnie wskazują na potrzebę ukierunkowania tego wsparcia na stymulację szkoleń specjalizacyjnych i kursów kwalifikacyjnych.

iv. Jak oceniana jest jakość kształcenia w ramach poszczególnych projektów, które obejmowały prowadzenie działań szkoleniowych? Jak oceniana jest trafność zastosowanej w ramach poszczególnych projektów formy wsparcia? Czy forma wsparcia była dostosowana do specyfiki danego projektu?

Zdecydowana większość respondentów zadeklarowała, ze w ramach projektów, w których uczestniczyli prowadzona była działalność szkoleniowa. Taką deklarację złożyło aż 88% badanych, czyli 965 respondentów. Zaledwie 135 respondentów (12% badanych) uważa, że w ramach projektu, w którym uczestniczyli, nie były prowadzone działania szkoleniowe.

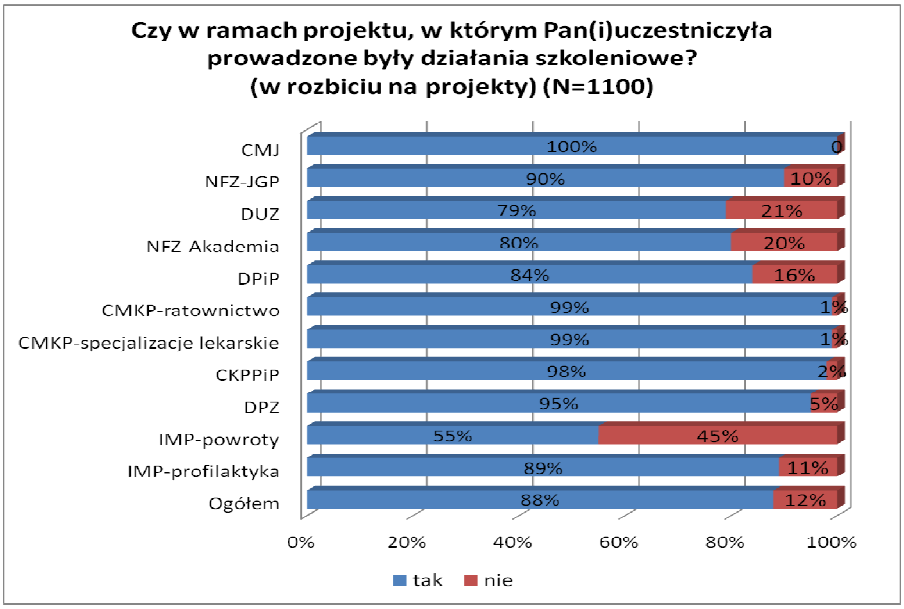
Wykres 22.



Źródło: Opracowanie własne

Rozkład odpowiedzi na to pytanie w rozbiciu na poszczególne projekty prezentuje kolejny wykres.

Wykres 23.



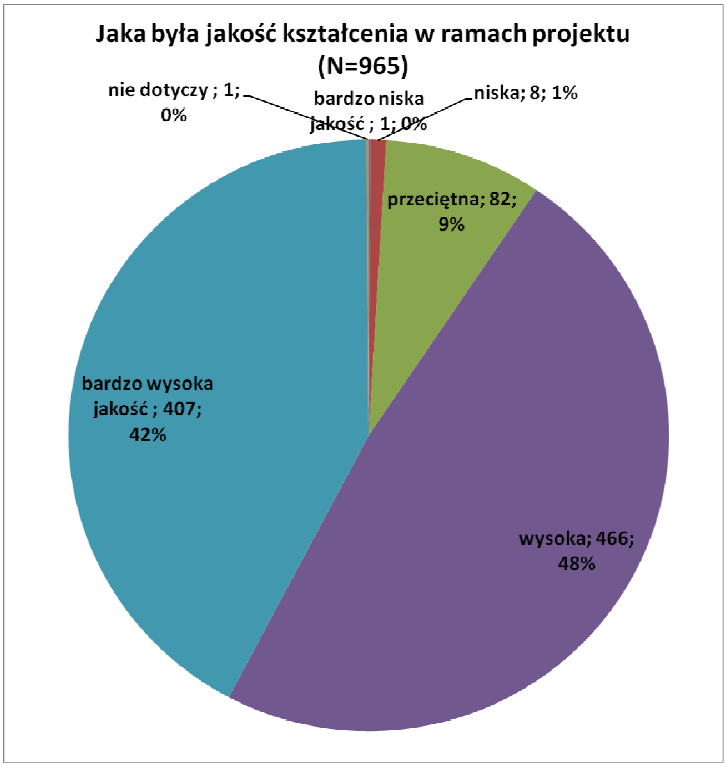
Źródło: Opracowanie własne

W opinii znacznego odsetka respondentów w następujących projektach nie były prowadzone działania szkoleniowe:

- IMP-powroty (45% wskazań);
- DUZ (21% wskazań);
- Akademia NFZ (20% wskazań);
- DPiP (16% wskazań);
- IMP-profilaktyka (11% wskazań);
- NFZ-JGP (10% wskazań).

Jakość kształcenia oferowanego w ramach projektów jest ogólnie oceniana bardzo wysoko. Wśród ocen, zdecydowanie przeważają oceny wysokie i bardzo wysokie (łącznie 90% wszystkich odpowiedzi). Jako przeciętną jakość szkoleń oceniło 9% respondentów, a jako niską tylko 1%. Sytuację ilustruje kolejny wykres:

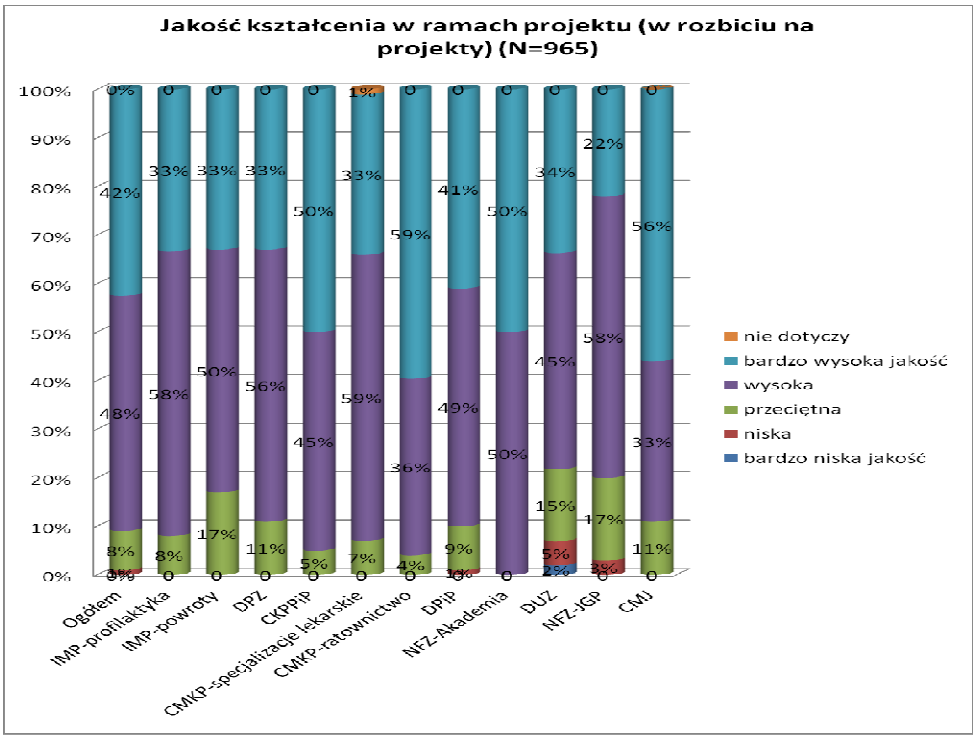
Wykres 24.



Źródło: Opracowanie własne

Taki rozkład ocen jakości szkoleń oferowanych w ramach analizowanych projektów świadczy o bardzo wysokim rzeczywistym ich poziomie. Rozkład ocen jakości szkoleń w odniesieniu do poszczególnych projektów przedstawia kolejny wykres.

Wykres 25.



Źródło: Opracowanie własne

Najwyżej oceniona została jakość kształcenia w ramach projektu Akademia NFZ (same oceny bardzo wysokie i wysokie). Również bardzo wysoko została oceniona jakość szkoleń oferowanych w ramach następujących projektów:

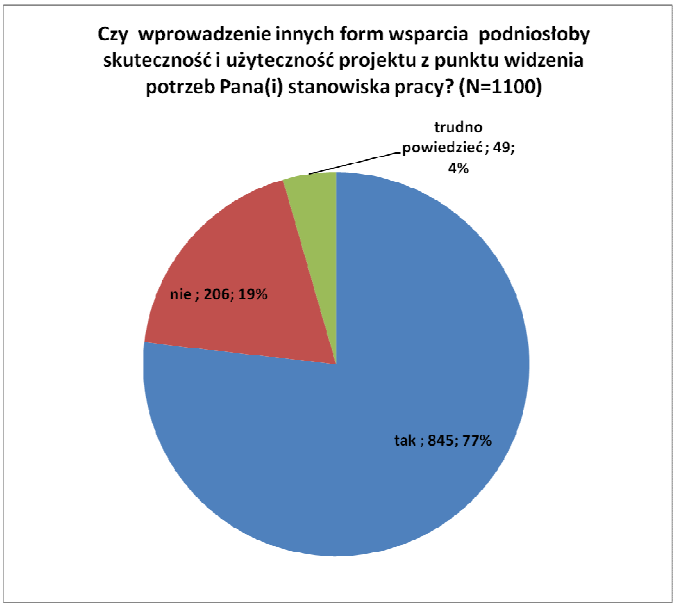
- CMKP-ratownictwo (96% ocen bardzo wysokich i wysokich);
- CKPPiP (95% ocen bardzo wysokich i wysokich);
- CMKP-specjalizacje lekarskie (92% ocen bardzo wysokich i wysokich);
- IMP-profilaktyka (92% ocen bardzo wysokich i wysokich).

Natomiast najniżej została oceniona jakość szkoleń oferowanych w ramach następujących projektów:

- DUZ (78% ocen bardzo wysokich i wysokich, a jednocześnie 22% ocen przeciętnych i niższych, w tym 2% ocen bardzo niskich);
- NFZ-JGP (80% ocen bardzo wysokich i wysokich, a jednocześnie 20% ocen przeciętnych i niższych, w tym 3% ocen niskich);
- IMP-powroty (83% ocen bardzo wysokich i wysokich, a jednocześnie 17% ocen przeciętnych).

Jednocześnie 845 respondentów stwierdziło, że zastosowanie dodatkowych form wsparcia mogłoby w istotny sposób zwiększyć skuteczność i użyteczność udzielonego wsparcia. Przeciwnego zdania było 206 respondentów, a 49 nie miało w tej kwestii wyrobionego poglądu.

Wykres 26.

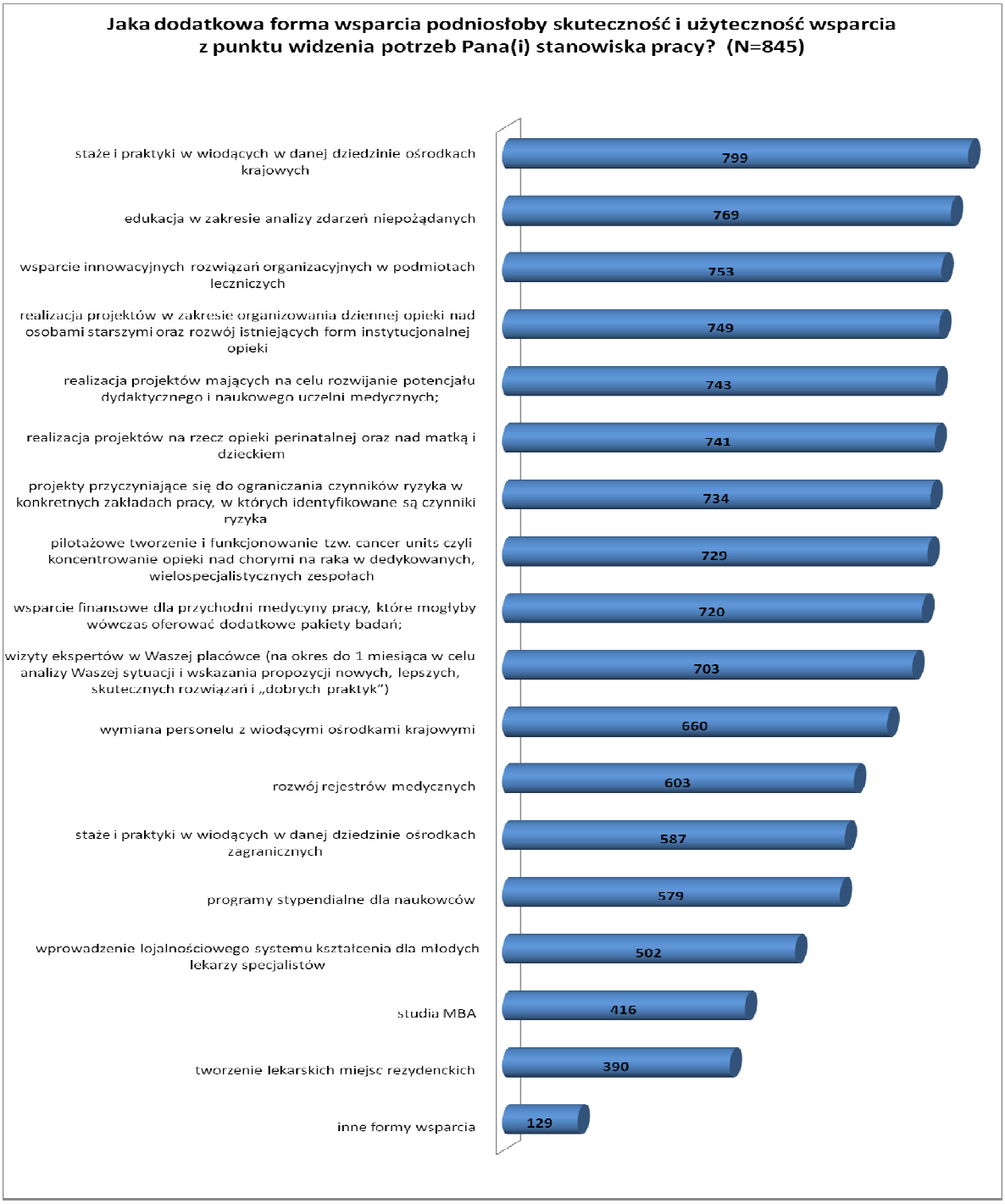


Źródło: Opracowanie własne

Grupę respondentów, którzy uznali, że dodatkowe formy wsparcia mogłyby podnieść skuteczność i użyteczność projektu z punktu widzenia potrzeb ich stanowiska pracy, poproszono o wskazanie tych dodatkowych form wsparcia.

Wśród tych wskazań można wyodrębnić grupę dodatkowych form wsparcia, które w opinii większości respondentów (nie tylko w ramach tej grupy respondentów, lecz także w odniesieniu do całej populacji objętej badaniem) powinny być zastosowane w przyszłych projektach o podobnym charakterze i adresowanych do podobnej grupy docelowej, gdyż zwiększyłyby to w sposób istotny ich skuteczność i użyteczność dla respondentów.

Wykres 27.



Źródło: Opracowanie własne. Uwaga: Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Do grupy najczęściej wskazywanych dodatkowych form wsparcia należą:

- staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach krajowych (799 wskazań);

- edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych (769 wskazań);
- wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych (753 wskazania);
- realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki (749 wskazań);
- realizacja projektów mających na celu rozwijanie potencjału dydaktycznego i naukowego uczelni medycznych (743 wskazania);
- realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem (741 wskazań);
- projekty przyczyniające się do ograniczania czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka (734 wskazania);
- pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units* czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (729 wskazań);
- wsparcie finansowe dla przychodni medycyny pracy, które dzięki wsparciu ze środków europejskich mógłby podczas okresowych badań pracowniczych oferować dodatkowe pakiety badań (720 wskazań);
- wizyty ekspertów w Waszej placówce (na okres do 1 miesiąca w celu analizy Waszej sytuacji i wskazania propozycji nowych, lepszych, skutecznych rozwiązań i „dobrych praktyk”) (703 wskazania);
- wymiana personelu z wiodącymi ośrodkami krajowymi (660 wskazań)
- rozwój rejestrów medycznych (603 wskazania);
- staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach zagranicznych (587 wskazań);
- programy stypendialne dla naukowców (579 wskazań);
- wprowadzenie lojalnościowego systemu kształcenia dla młodych lekarzy specjalistów (W ramach programu lojalnościowego lekarz odbywający specjalizację w ramach deficytowej specjalizacji zostałby objęty specjalnymi benefitami typu: pełne finansowanie specjalizacji, rezydentura, dodatkowe stypendium, staż w zagranicznej klinice, fundusz do wykorzystania na udział w zagranicznych seminariach/ sympozjach/konferencjach. W zamian za udział w programie lojalnościowym lekarz musiałby: ukończyć specjalizację w ściśle określonym czasie oraz po zakończeniu specjalizacji musiałby podjąć pracę w miejscu wskazanym przez Ministra Zdrowia) (502 wskazania).

Pozostałe propozycje dodatkowych form wsparcia zostały wskazane przez mniejszą liczbę respondentów. Informacja uzyskana od respondentów pokazuje jedynie, co – w ich opinii – mogłoby podnieść skuteczność i efektywność projektów, w których brali oni udział. Jednak

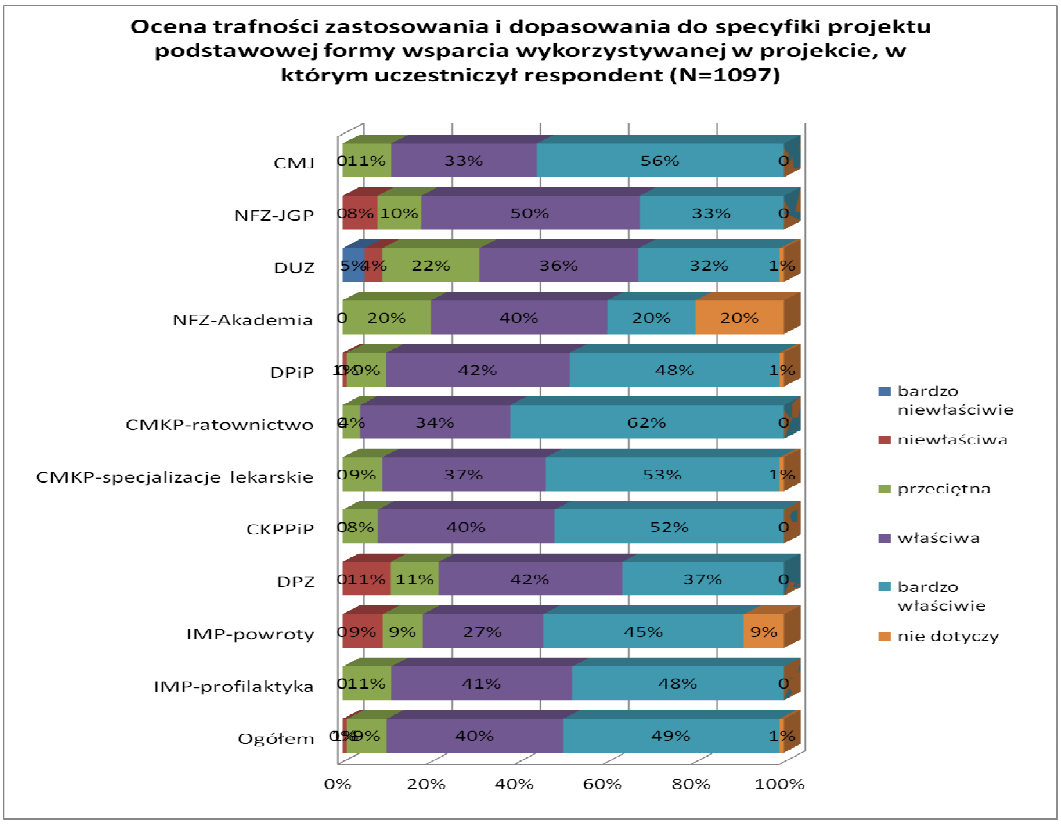
wskazania te mogą stanowić istotną wskazówkę podczas projektowania przyszłego wsparcia o charakterze podobnym do projektów analizowanych w niniejszym raporcie.

Jednocześnie respondenci oceniali formy wsparcia zastosowane w ich projektach. Poproszono ich o wskazanie nie więcej niż trzech podstawowych form wsparcia zastosowanych w projekcie, w którym uczestniczyli, a następnie dokonanie oceny trafności ich zastosowania oraz dostosowania tej formy wsparcia do specyfiki projektu.

Zdecydowana większość respondentów była w stanie wskazać tylko jedną formę wsparcia zastosowaną w ich projekcie. Trzy formy wsparcia potrafiło wskazać jedynie 62 respondentów (ok. 6% badanej grupy).

Respondenci zostali następnie poproszeni o ocenienie trafności zastosowania poszczególnych form wsparcia w projekcie oraz ich dostosowania do specyfiki projektu. Wyniki przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 28.



Źródło: Opracowanie własne

Ogółem, w przekroju wszystkich analizowanych projektów, trafność i dopasowanie podstawowej formy wsparcia zastosowanej w projekcie do jego specyfiki i potrzeb beneficjentów końcowych została oceniona wysoko (90% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą), jedynie 9% jako przeciętną, a 1% jako niewłaściwą.

W obrębie poszczególnych projektów, najwyżej oceniono pierwszą, podstawową zastosowaną formę wsparcia w następujących projektach:

- CMKP-ratownictwo (96% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 4% jako przeciętną);
- CKPPiP (92% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 8% jako przeciętną);
- CMKP-specjalizacje lekarskie (90% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 9% jako przeciętną);
- DPiP (90% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 9% jako przeciętną).

Podstawowa forma wsparcia niżej została oceniona w następujących projektach:

- Akademia NFZ (tylko 60% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 20% jako przeciętną, a 20% nie miało w tej kwestii zdania dając oceną „nie dotyczy”);
- DUZ (68% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 22% jako przeciętną, 9% jako niewłaściwą lub bardzo niewłaściwą, a 1% nie miał w tej kwestii zdania dając oceną „nie dotyczy”);
- IMP-powroty (72% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 9% jako przeciętną, 9% jako niewłaściwą, a kolejne 9% nie miało w tej kwestii zdania dając oceną „nie dotyczy”);
- DPZ (78% respondentów oceniło ją jako bardzo właściwą lub właściwą, 11% jako przeciętną, 11% jako niewłaściwą).

W odniesieniu do drugiej zastosowanej w projekcie formy wsparcia oceny są jeszcze wyższe niż w odniesieniu do formy podstawowej, bo aż 94% respondentów oceniło tę formę wsparcia jako właściwą lub bardzo właściwą, 5% jako przeciętną, przy czym nie było ani jednej oceny niższej.

Ci respondenci, którzy wskazali w swoim projekcie także trzecią zastosowaną tam formę wsparcia ocenili ją już niezwykle wysoko: 98% ocen bardzo wysokich i wysokich, oraz jedynie 2% ocen przeciętnych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że zasadniczo zastosowane w projektach formy wsparcia zostały dobrane trafnie do celów projektu i oczekiwanych rezultatów, odzwierciedlają one specyfikę projektów oraz odpowiadają potrzebom i oczekiwaniom beneficjentów końcowych.

Podsumowanie:

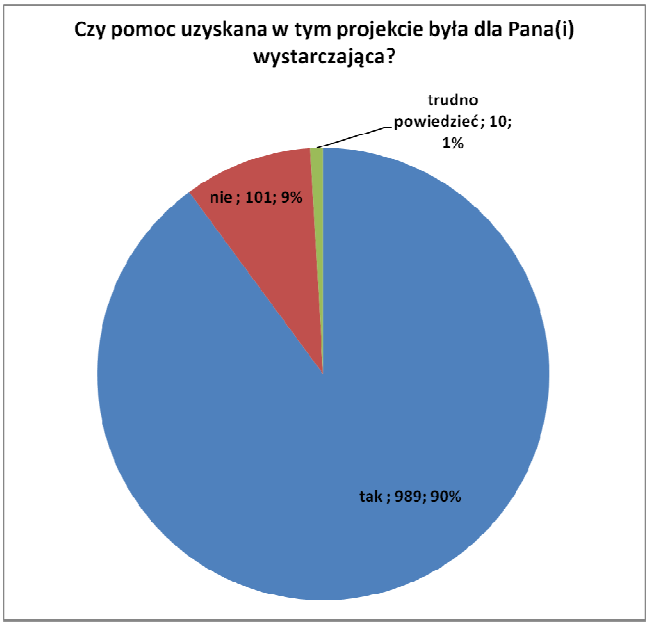
- Zastosowane w analizowanych projektach formy wsparcia są bardzo wysoko oceniane przez uczestników projektów (aż 90% respondentów badania oceniło je wysoko i bardzo wysoko).

- Większość (77%) respondentów uważa, że zastosowanie dodatkowych form wsparcia mogłoby podnieść skuteczność i użyteczność wsparcia. Jako podstawowe dodatkowe formy wsparcia najczęściej wskazywano:
    - staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach krajowych;
    - edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych;
    - wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych;
    - realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki;
    - realizacja projektów mających na celu rozwijanie potencjału dydaktycznego i naukowego uczelni medycznych;
    - realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem;
- Jednocześnie beneficjenci (projektodawcy) podkreślają, że doświadczenia obecnego projektu pokazują, że w szkoleniach należy kłaść zdecydowanie większy nacisk na takie formy, które znajdują możliwie bezpośrednie zastosowanie praktyczne i pozwalają na praktyczne wykorzystywanie nabytej wiedzy, umiejętności i kwalifikacji.
- Zastosowane w projektach formy wsparcia zostały dobrane trafnie do celów projektu i oczekiwanych rezultatów, odzwierciedlają one specyfikę projektów oraz odpowiadają potrzebom i oczekiwaniom beneficjentów końcowych.

v. Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego w ramach Działania wsparcia? Co należałoby ewentualnie zmienić/ poprawić?

Zdecydowana większość uczestników projektów uznała, że pomoc udzielona im w ramach projektu, w którym brali udział była wystarczająca. Dane te prezentuje kolejny wykres.

Wykres 29.

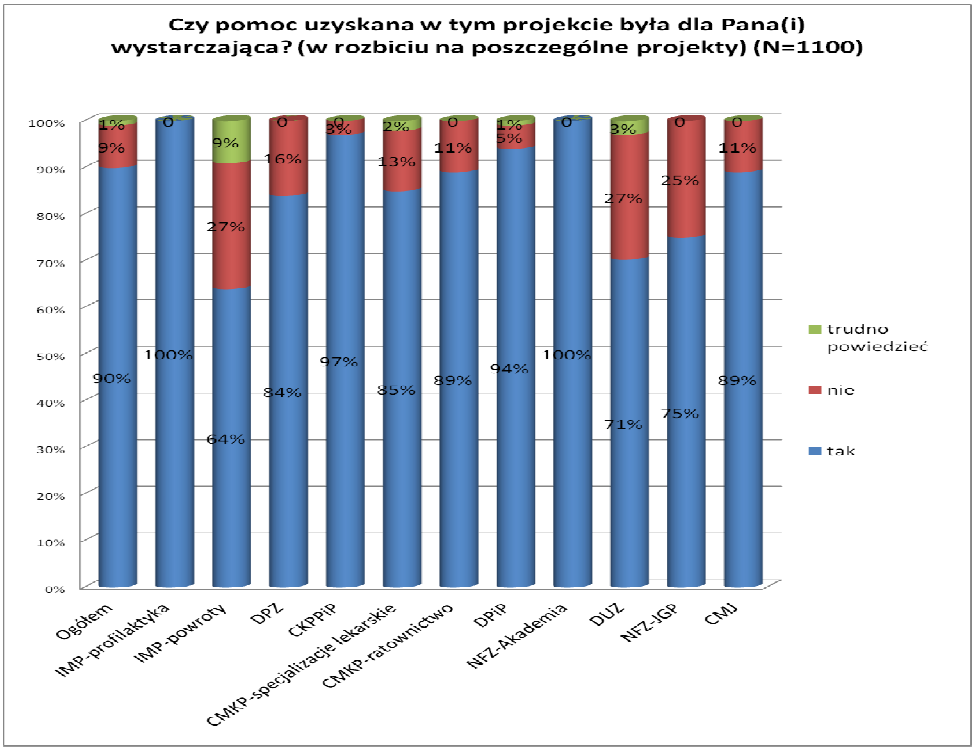


Źródło: Opracowanie własne

90% respondentów uznało pomoc za wystarczającą. Za niewystarczające uznało wsparcie udzielone w ramach projektu jedynie 9% badanych. Łącznie z informacjami mówiącymi o tym, że formy wsparcia wykorzystywane w projektach zostały uznane przez zdecydowaną większość uczestników badania za odpowiednie i dobrze dopasowane do specyfiki projektu wskazuje to na generalnie wysoką ocenę merytoryczną projektu.

Tę samą ocenę zakresu udzielonego wsparcia (czy udzielone wsparcie było wystarczające) w rozbiciu na poszczególne projekty przedstawia kolejny wykres.

Wykres 30.



Źródło: Opracowanie własne

Widoczna jest grupa projektów, w których największy odsetek respondentów uznał udzielone wsparcie za wystarczające. Do tej grupy należą następujące projekty:

- IMP-profilaktyka (100% wskazań);
- Akademia NFZ (100% wskazań);
- CKPPiP (97% wskazań);
- DPiP (94% wskazań).

Natomiast grupę projektów, gdzie najmniejszy odsetek respondentów uznał udzielone wsparcie za wystarczające tworzą następujące projekty:

- IMP-powroty (64% wskazań, że wsparcie było wystarczające);
- DUZ (71% wskazań);
- NFZ-JGP (75% wskazań);

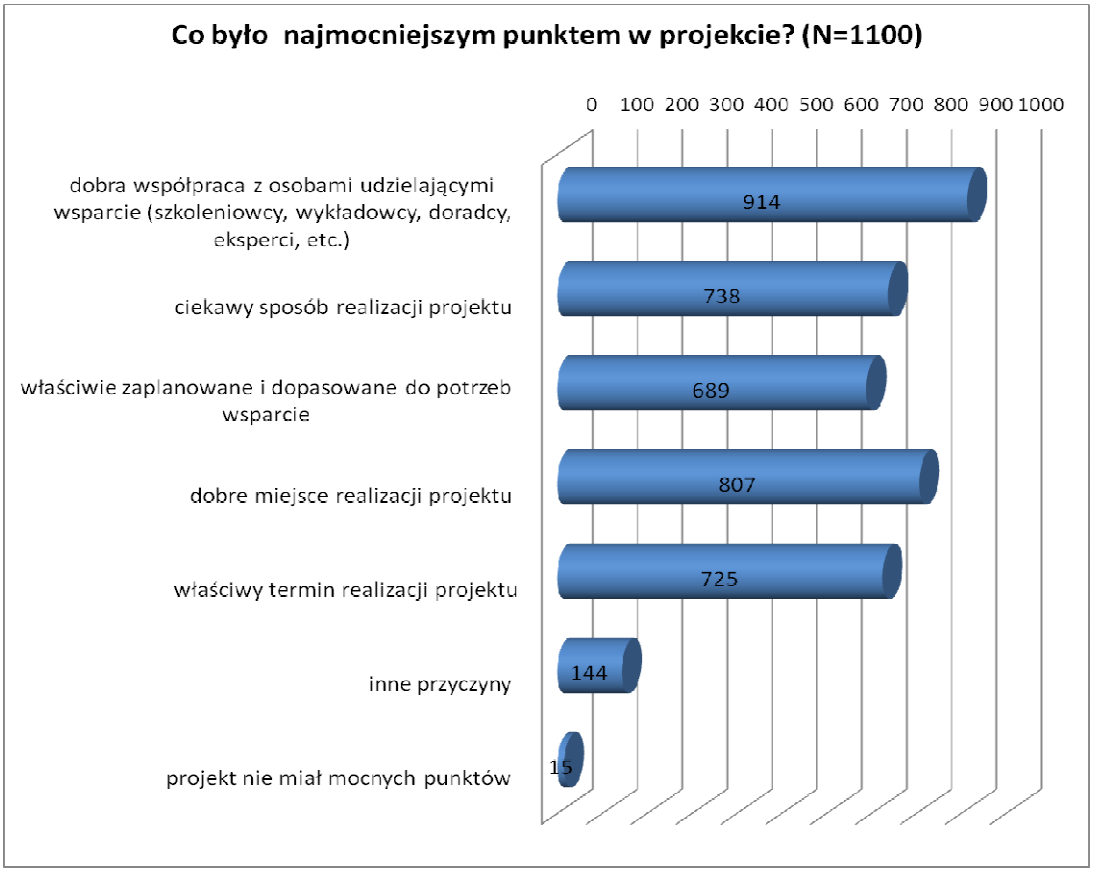
Osoby, które uznały, że wsparcie udzielone w ramach projektu nie było wystarczające (łącznie 111 osób), zostały poproszone o wskazanie, czego w ich opinii zabrakło w projekcie. Osoby te zwracały uwagę przede wszystkim na następujące elementy:

- W ramach projektu zbyt mało było zajęć praktycznych (przeważały zajęcia teoretyczne) (41 wskazań);
- Niektóre osoby stwierdzały potrzebę podniesienia jakości merytorycznej prowadzonych zajęć. Stwierdzano potrzebę: „większego profesjonalizmu osób prowadzących kurs”, „równego poziomu wszystkich zajęć pod względem merytorycznym”, „Rzetelności w przeprowadzeniu szkolenia (wszystko bardziej nastawione na zysk, brak kompetencji u szkoleniowców)” (15 wskazań);
- Kilka osób wskazało na potrzebę dołączenia do zakresu udzielanego wsparcia także pomocy finansowej dla uczestników, w postaci zwrotu kosztów dojazdu na zajęcia (8 wskazań);
- Wskazywano na potrzebę poszerzenia zakresu szkoleń o nowości i treści innowacyjne. Stwierdzano, że w szkoleniach zabrakło: „nowatorskich podejść do medycyny i do mojego zawodu”, „innowacji”, „nowych treści, wiadomości” (7 wskazań);
- Niektóre osoby wskazywały na potrzebę dostosowania zajęć do specyfiki ich zawodu. Stwierdzano, że w projekcie zabrakło: „specyfiki mojej dziedziny, kardiologii”, „informacji dotyczących prawa w służbie zdrowia”, „dopasowania do programu specjalizacji” (6 wskazań);
- Pojedyncze osoby wskazywały na to, że w projekcie zabrakło współpracy z placówkami systemu ochrony zdrowia, co powodowało, że niekiedy uczestnicy mieli problemy ze zwalnianiem się z pracy na szkolenia, gdy dyżury pokrywały się z terminem szkolenia (2 wskazania).

Przede wszystkim jednak podkreślano, że w projektach zbyt mało było zajęć praktycznych. Jest to także zgodne z obserwacjami przedstawicieli niektórych projektodawców, którzy stwierdzali, że uznają, iż w ich projekcie zbyt mało było zajęć praktycznych, co powodowało niekiedy trudności z rekrutacją uczestników. Taka sytuacja została zauważona m.in. w projekcie DPZ, gdzie dopiero po zakupie na potrzeby szkolenia symulatora umożliwiającego prowadzenie zajęć o charakterze praktycznym (np. przeprowadzanie badań *per recrtum*) w znaczny sposób zwiększyło się zainteresowanie projektem, a opinia o projekcie wyrażana przez uczestników znacznie się poprawiła.

Uczestnicy badania zostali poproszeni o wskazanie tego, co uważają za najmocniejszą stronę projektu. Wśród wskazań na pierwszym, miejscu znalazła się dobra współpraca z osobami udzielającymi wsparcie – tę odpowiedź wybrało 914 respondentów, tj. 83% badanych. Szczegółowe wyniki pokazuje kolejny wykres.

Wykres 31.



Źródło: Opracowanie własne

Na kolejnych miejscach znalazły się:

- Dobre miejsce realizacji projektu (807 wskazań, 73% respondentów)
- Ciekawy sposób realizacji projektu (738 wskazań, 67% respondentów)
- Właściwy termin realizacji projektu (725 wskazań, 66% respondentów);

- Właściwe zaplanowane i dopasowane do potrzeb wsparcie (689 wskazań, 63% respondentów).

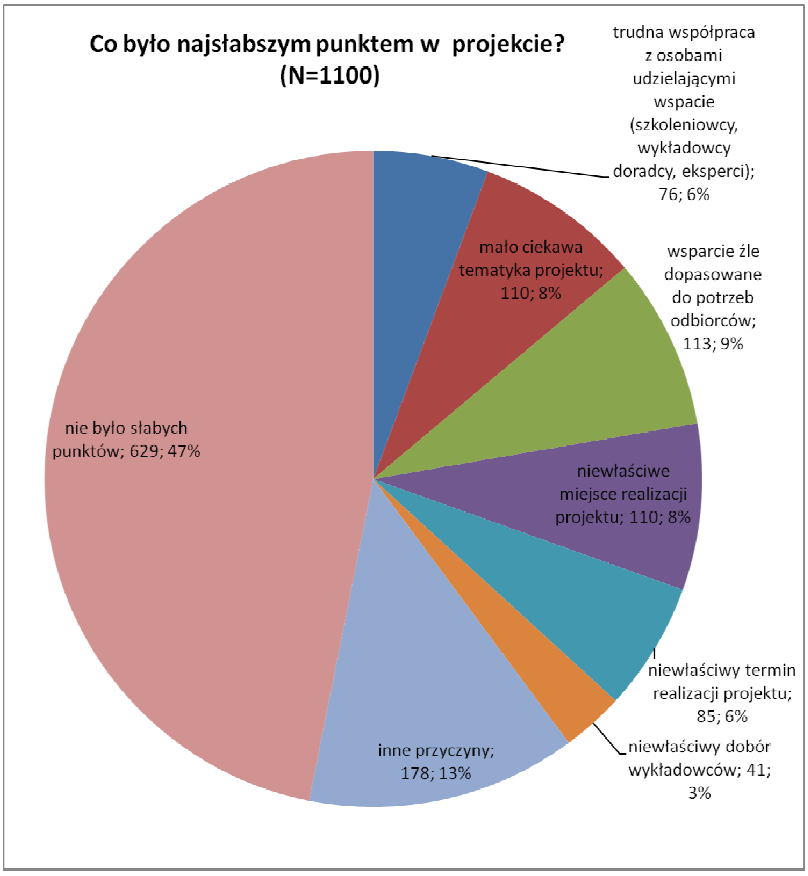
144 osoby podały jeszcze inne silne strony projektu w którym brały udział. Przede wszystkim wskazywano tutaj na:

- Fakt, że udział w projekcie był darmowy (dofinansowany ze środków UE) (37 wskazań);
- Wysoki poziom merytoryczny zajęć (25 wskazań);
- Skondensowanie zajęć w krótkim czasie (9 wskazań);
- Dobra organizacja zajęć (8 wskazań);
- Możliwość wymiany doświadczeń z innymi osobami zajmującymi się na co dzień tymi samymi zagadnieniami (6 wskazań).

Przedstawiciele projektodawców jako silne strony swoich projektów najczęściej wskazywali sam fakt, że taki projekt został uruchomiony, gdyż w wielu wypadkach projekt ten był jedynym tego typu wsparciem i podejmował zagadnienia dotychczas nie objęte żadną pomocą publiczną. W odniesieniu do kilku projektów wskazywano, że ich bardzo mocną stroną jest to, że umożliwiają przedstawicielom określonych grup zawodów medycznych na bezpłatne lub po bardzo niskich kosztach (np. pokrywanie tylko kosztów dojazdu) podniesienie kwalifikacji, zdobycie nowych kompetencji i umiejętności lub podniesienie poziomu wykształcenia. W przypadku dwóch projektów (DPiP oraz DPZ) podkreślano znaczenie objęcia wsparciem bardzo dużej grupy beneficjentów ostatecznych.

Uczestników projektów poproszono także o wskazanie słabych stron projektów.

Wykres 32.



Źródło: Opracowanie własne

O tym, że analizowane projekty generalnie odpowiadały potrzebom i oczekiwaniom przedstawicieli swoich grup docelowych świadczy to, że 47% respondentów (629 osób) stwierdziło, że projekt, w którym uczestniczyli nie miał słabych stron.

Jako słabe strony najczęściej wymieniano:

- Złe dopasowanie projektu do potrzeb odbiorców (9 % respondentów);
- Niewłaściwe miejsce realizacji projektu (8% respondentów);
- Mało ciekawa tematyka projektu (8% wskazań);
- Trudna współpraca z osobami udzielającymi wsparcia (6% wskazań);
- Niewłaściwy termin realizacji projektu (6% wskazań);
- Niewłaściwy dobór wykładowców (3% wskazań).

Jednocześnie 178 osób (13% respondentów) wskazało inne, dostrzeżone przez siebie, słabe strony projektów, w których brali udział:

- Szkolenia były zbyt skondensowane i krótkotrwałe w stosunku do bardzo obszernego materiału. Wskazane byłoby jeszcze przedłużyć czas trwania projektu (19 wskazań);

- Zbyt dużo zajęć praktycznych na poziomie podstawowym, które w przypadku osób z wieloletnią praktyką zawodową były mało przydatne, a tylko zabierały czas (17 wskazań, dot. głównie studiów pomostowych dla pielęgniarek);
- Zbyt dużo godzin zajęć w ciągu dnia (8 wskazań);
- Nazbyt wysoki poziom ogólności niektórych zajęć (5 wskazań);
- Zbyt mało czasu przeznaczono na niektóre przedmioty, co nie pozwoliło na pogłębienie kilku obszarów ciekawych i ważnych (5 wskazań).

Pojedyncze osoby zwracały uwagę na takie kwestie, jak to, że wykładowca nie dojechał na zajęcia, przez pół wykładu nie paliło się światło, etc.

W wynikach badań pojawia się coś, co na pierwszy rzut oka może wyglądać na wewnętrzną sprzeczność wyników: respondenci ten sam element wskazują jako silną i słabą stronę (dobrym przykładem może być tutaj kwestia terminu realizacji projektu: jako silną stronę projektu właściwy termin realizacji wskazało 66% respondentów, a jednocześnie jako słabą stronę wsparcia, niewłaściwy termin realizacji wskazało 6% respondentów). Wyjaśnieniem tego zjawiska jest to, że respondenci odnosili się do różnych projektów. Zdecydowana większość respondentów wskazała, że ich projekty były realizowane we właściwym terminie, podczas gdy niewielka część analizowanych tutaj projektów, w opinii niektórych respondentów była realizowana w terminach dla nich niedogodnych, lub z innych powodów uznanych za nie właściwe.

Poproszono respondentów o wyjaśnienia dotyczące poszczególnych, wskazanych przez siebie słabych punktów analizowanych projektów. Niżej przedstawiono ich wyjaśnienia:

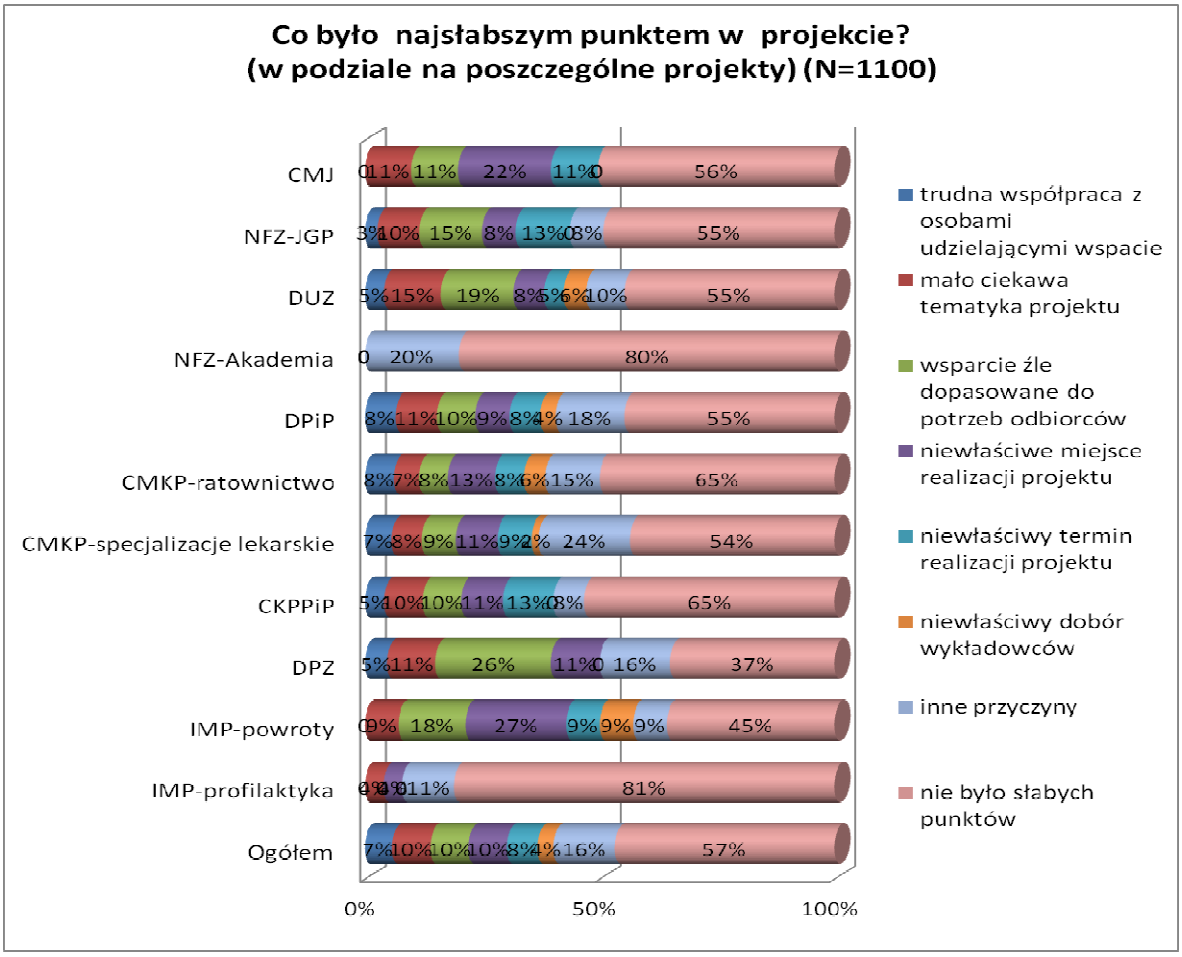
Słaby punkt projektu	**Wyjaśnienie uczestników**
Trudna współpraca z osobami udzielającymi wsparcia	<u>Na czym polegał problem</u>**:** • Niewłaściwe podejście wykładowców do uczestników szkoleń (podkreślanie swojej ważności, złe traktowanie uczestników szkoleń); • Nagłe, niespodziewane odwoływanie zajęć bez podania przyczyny, • Część wykładowców pozbawiona umiejętności pedagogicznych, z tego powodu zajęcia były mało interesujące; • Niedostosowanie tematyki i zakresu zajęć do potrzeb słuchaczy (np. lekarze prowadzili zajęcia dla pielęgniarek, dostosowując poziom i zakres zajęć do potrzeb lekarzy, a nie pielęgniarek);

	• Niektórzy wykładowcy byli źle przygotowani do prowadzenia zajęć i przekazywali nieaktualną wiedzę.
Mało ciekawa tematyka zajęć.	<u>Co należałoby zmienić, aby zajęcia były ciekawsze?</u> • Zwiększyć zakres zajęć praktycznych, mniej czystej teorii; • Wykłady nie powinny być odczytywaniem kolejnych rozdziałów podręcznika ilustrowanych slajdami pokazującymi tabele z tej samej książki, lecz powinny być żywym dialogiem wykładowcy ze słuchaczami ilustrowanym ciekawymi i ważnymi przykładami praktycznymi; • Więcej wiedzy o nowoczesnych metodach leczenia i o najnowszych zdobyczach nauki; zmniejszyć zakres zajęć dotyczących historii; • Niektóre przedmioty zbędne.
Wsparcie źle dopasowane do potrzeb odbiorców	<u>Jakie elementy projektu były najmniej dopasowane do Pani(a) potrzeb?</u> • Przekazywana pielęgniarkom wiedza niedostosowana do ich potrzeb, lecz do zakresu pracy lekarza; • Na studiach pomostowych dla pielęgniarek z kilkunastoletnim stażem pracy niektóre zajęcia praktyczne były całkowicie zbędne i nie wnosiły nic nowego; • Zbyt dużo wykładów w jednym dniu (np. od godz. 8 do 20 same wykłady); • Projekt nie proponował żadnych rozwiązań praktycznych, a jedynie prowadzono rozważania teoretyczne dot. zarządzania finansowego w ZOZ; • Tematyka zajęć niepowiązana z praktyką; • Źle dobrana grupa, co powodowało zbyt luźną atmosferę na zajęciach – nie nastawioną na wiedzę.

Niewłaściwe miejsce realizacji projektu	Dlaczego? • Zajęcia prowadzone w zbyt dużej odległości od miejsca zamieszkania uczestników (niekiedy z dojazdem ok. 300 km); • Niektóre ośrodki szkoleniowe oferowały słabe warunki techniczne (zbyt mała sala, etc.).
Niewłaściwy termin realizacji projektu	Dlaczego? • Zbyt częste spotkania (co tydzień); • Zajęcia weekendowe – uciążliwość dla życia rodzinnego; • Problemy z koordynacją terminów zająć zawodowych, szkoleń, życia rodzinnego; • Trudności dostosowania się do terminów zajęć, szczególnie w przypadku pracy w systemie zmianowym (pielęgniarki); • Projekt powinien być realizowany 2 lata wcześniej (NFZ-JGP).

W ramach poszczególnych projektów rozkład poszczególnych wskazanych słabych stron projektu był następujący:

Wykres 33.



Źródło: Opracowanie własne

Przede wszystkim w dwóch projektach widać największy odsetek wskazań respondentów, stwierdzających, że te projekty nie mają słabych stron:

- IMP-profilaktyka (81% wskazań, że projekt nie ma słabych stron);
- Aklademia NFZ (80% wskazań).

Projekty, w których największy odsetek respondentów wskazywał słabe punkty to:

- DPZ (63% wskazań słabych punktów projektu);
- IMP-powroty (55% wskazań);
- CMKP-specjalizacje lekarskie (56% wskazań);
- DUZ (45% wskazań);
- NFZ-JGP (45% wskazań);
- DPiP (45% wskazań);
- CMJ (44% wskazań).

Podsumowanie:

Jako <u>mocne punkty</u> analizowanych projektów, uczestnicy wskazali:

- Dobra współpraca z osobami udzielającymi wsparcie;
- Dobre miejsce realizacji projektu;
- Ciekawy sposób realizacji projektu;
- Właściwy termin realizacji projektu;
- Właściwe zaplanowane i dopasowane do potrzeb wsparcie

Jako słabe strony wskazywano:

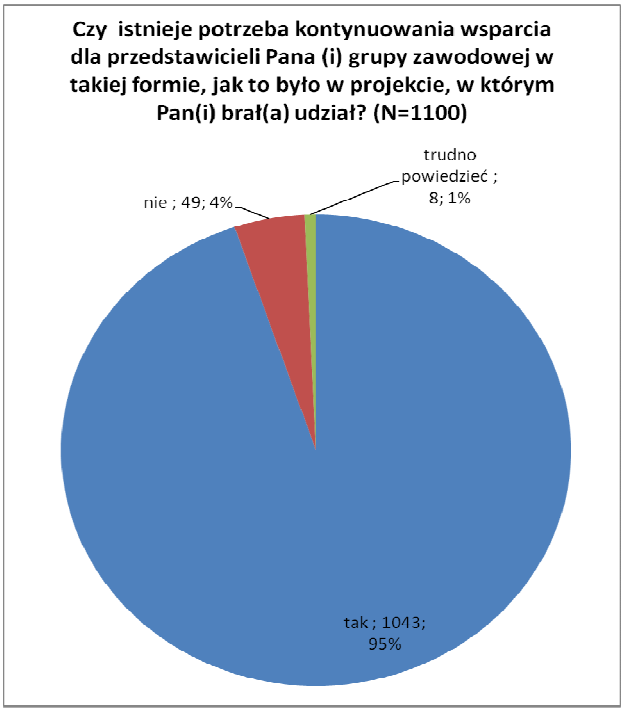
- Złe dopasowanie projektu do potrzeb odbiorców;
- Niewłaściwe miejsce realizacji projektu;
- Mało ciekawa tematyka projektu;
- Trudna współpraca z osobami udzielającymi wsparcia;
- Niewłaściwy termin realizacji projektu;
- Niewłaściwy dobór wykładowców.

Należy tutaj pamiętać, że silne strony projektu wskazywane były przez zdecydowaną większość respondentów, natomiast na słabe strony wskazywał jedynie niewielki odsetek osób uczestniczących w badaniu. Wskazuje na to fakt, że stwierdzenie „projekt nie miał silnych stron” wybrało jedynie 15 respondentów (nieco ponad 1% respondentów), podczas kiedy stwierdzenie „projekt nie miał słabych stron” wybrało aż 629 respondentów (47% ogółu badanych). Z tego względu występujące tutaj pozorne sprzeczności, polegające na wskazywaniu tych samych elementów jako silne i słabe strony projektów należy rozważać z uwzględnieniem proporcji liczby wskazań. Generalnie należy przyjąć, że silne strony zdecydowanie przeważały nad słabymi, a wskazane przez część uczestników słabe strony wsparcia trzeba traktować jako informację, że w niektórych projektach pewne elementy były przygotowane relatywnie słabiej niż w pozostałych, a także jako wskazanie do dalszego doskonalenia wsparcia kierowanego do sektora ochrony zdrowia w Polsce.

vi. Czy w ramach poszczególnych projektów można zidentyfikować tzw. „dobre praktyki”? Jeśli tak, na czym one polegają? Jakie rozwiązania mogłyby być zastosowane przy planowaniu przyszłych interwencji?

Przede wszystkim należy podkreślić, że zdecydowana większość respondentów uważa, że wsparcie udzielone w ramach analizowanych projektów powinno być kontynuowane w przyszłej perspektywie finansowej (2014-2020).

Wykres 34.



Źródło: Opracowanie własne

Przedstawiciele projektodawców nie zawsze natomiast są przekonani, że w przyszłej perspektywie finansowej powinien być realizowany projekt adresowany do tej samej grupy zawodowej i oferujący wsparcie w dotychczasowym zakresie i w takich samych formach wsparcia. W niektórych wypadkach (np. projekty badawcze) zrealizowano w pełni cele stawiane przed ocenianym projektem, i w następnej perspektywie wsparcie skierowane na ten sam obszar tematyczny powinno objąć już inny zakres działania (np. zamiast na opracowaniu kompleksowych programów profilaktycznych, wsparcie powinno być skierowane na ich wdrożenie pilotażowe, ocenę jego efektów, wprowadzenie ewentualnych korekt i szerokie wdrożenie).

W przypadku projektu DPZ projektodawca uważa, że objęcie szkoleniem 6000 lekarzy POZ w chwili obecnej stwarza wystarczające podstawy do prowadzenia prawidłowej wczesnej profilaktyki nowotworów układu moczowo-płciowego u mężczyzn w wieku 45+. Nie ma w chwili obecnej zabiegania o bezpośrednią kontynuację projektu w jego dotychczasowej formie.

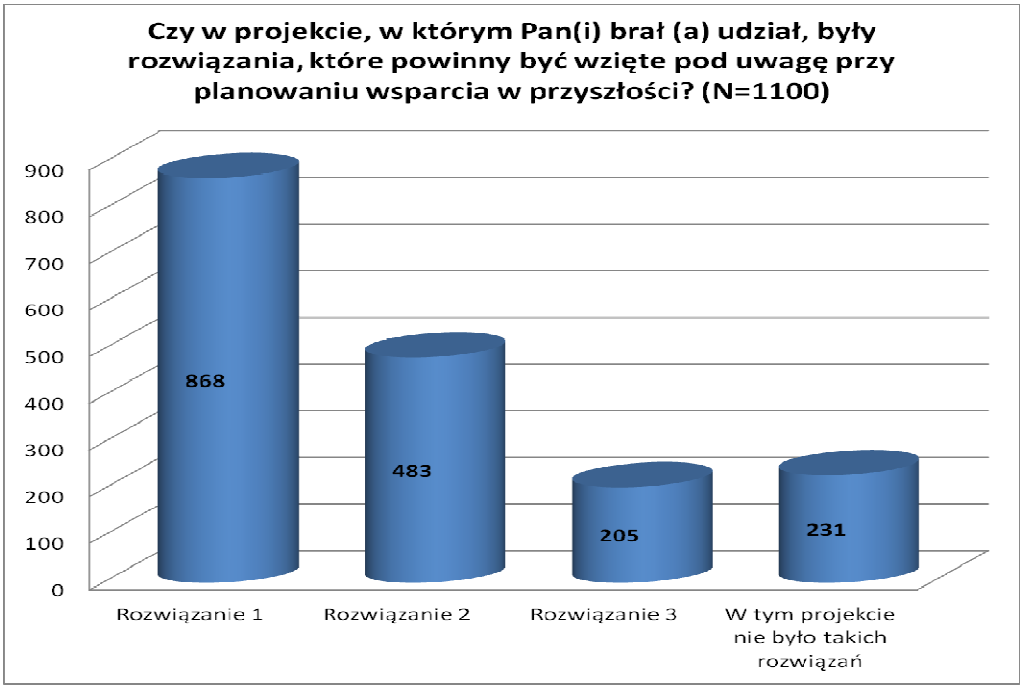
W pozostałych projektach wydaje się, że projektodawcy uważają, że wsparcie powinno być kontynuowane tak, aby objąć nim możliwie największy odsetek przedstawicieli grup docelowych.

Projektodawcy generalnie mieli problem z identyfikacją w realizowanych przez siebie projektach tzw. „dobrych praktyk”. Jednak w trakcie dyskusji na ten temat zasadniczo we wszystkich analizowanych projektach podkreślano znaczenie włączenia do programu szkoleniowego odpowiednio sprofilowanych zajęć praktycznych, pozwalających na szybkie i

bezpośrednie (już w trakcie zajęć) przełożenie zdobytej wiedzy teoretycznej na jej praktyczne zastosowanie. Z tego względu bardzo korzystne jest szerokie stosowanie w szkoleniach medycznych rozmaitych symulatorów, a w szkoleniach innego rodzaju (np. dla kadry zarządczej ZOZ) także zajęć praktycznych innego rodzaju, jak rozwiązywanie konkretnych, z życia wziętych, problemów, pokazywanie niestandardowych i innowacyjnych dróg postępowania, przedstawianie przykładów konkretnych nowatorskich rozwiązań wraz z omówieniem ich konkretnych efektów (w tym także negatywnych efektów związanych z zastosowaniem konkretnych rozwiązań).

Uczestnicy projektów uważają, że w projektach, w których brali udział stosowano rozwiązania, które powinny być wykorzystywane w projektach realizowanych w przyszłości.

Wykres 35.

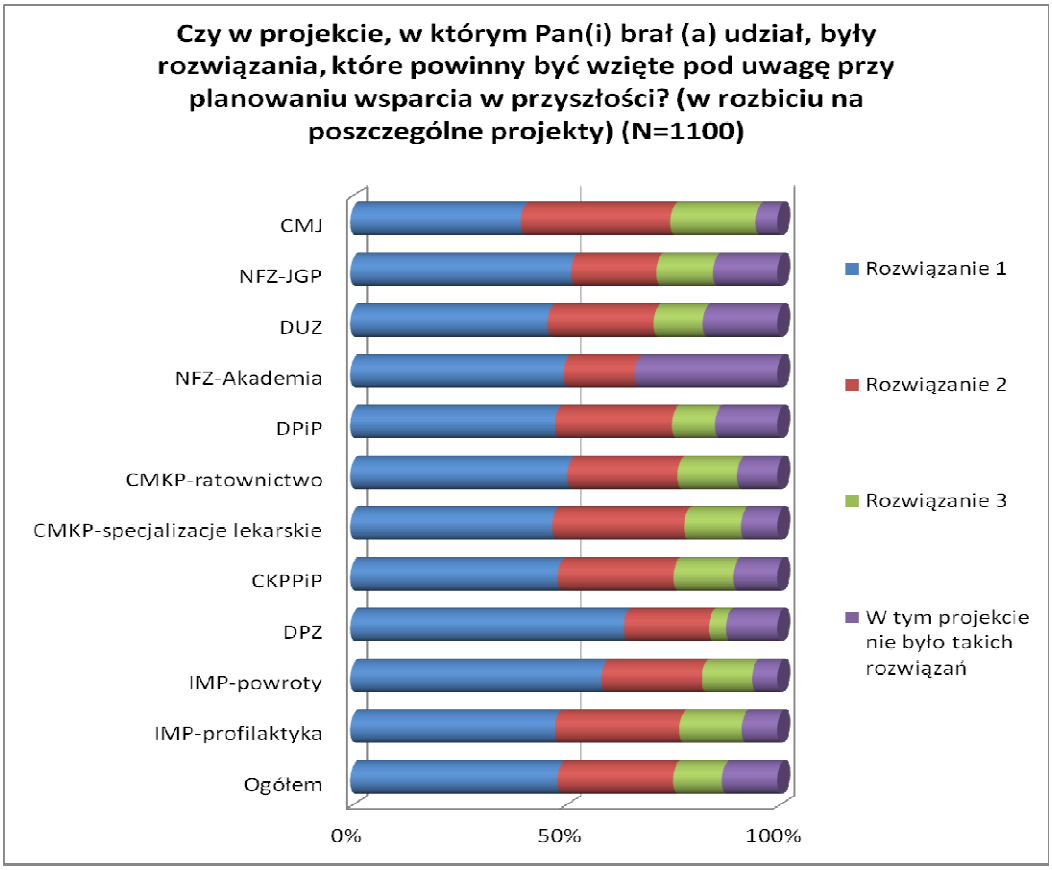


Źródło: Opracowanie własne

Istotne jest, że 868 osób wskazało w swoim projekcie jedno takie rozwiązanie, 483 osoby dwa rozwiązania, a 205 osób aż trzy. Jednocześnie stosunkowo duża liczba respondentów (231 osób, tj. 29% badanych) uznało, że w ich projekcie nie było żadnego takiego rozwiązania.

W poszczególnych projektach rozkład odpowiedzi na to pytanie wyglądał następująco:

Wykres 36.



Źródło: Opracowanie własne

Zwraca uwagę, że jedynym projektem, którego uczestnicy zgłosili tylko dwa rozwiązania, które ich zdaniem powinny znaleźć zastosowanie w przyszłości, a jednocześnie największy procent uczestników uznał, że w projekcie nie było żadnego takiego rozwiązania, jest projekt Akademia NFZ.

Uczestnicy projektów zgłaszali następujące propozycje rozwiązań, które powinny także być zastosowane w przyszłych projektach skierowanych do ich grupy zawodowej:

- Nacisk na praktyczną stronę tego szkolenia z udziałem pacjentów, fantomów, sprzętu;
- Uzupełnienie wykładów poprzez żywą dyskusję i wymianę opinii i poglądów z uczestnikami, którzy często posiadają dużą wiedzę praktyczną;
- Weekendowe szkolenia wyjazdowe;
- Weekendowe szkolenie w miejscu zamieszkania;
- Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek;
- Lokalizacja dogodna dla osób szkolących się (w miejscach nieodległych od ich miejsca zamieszkania);
- Studia pomostowe dla innych niż pielęgniarki i położne grup zawodowych;
- Szkolenia specjalistyczne;
- Utrzymanie i pokrycie kosztów zakwaterowania w szkoleniach zamiejscowych;

Podsumowanie:

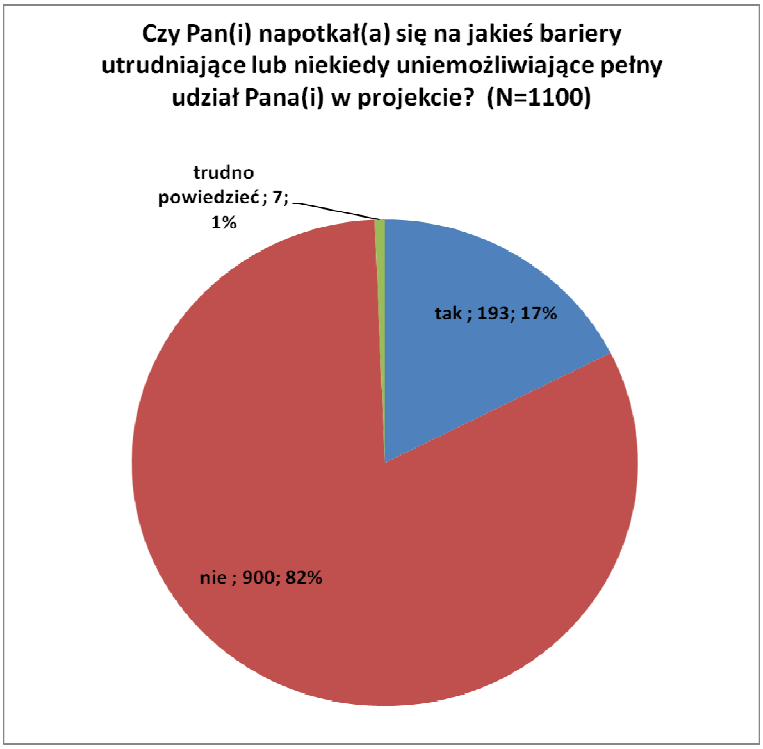
- Zdecydowana większość respondentów uważa, że wsparcie udzielone w ramach analizowanych projektów powinno być kontynuowane w przyszłej perspektywie finansowej.
- Przedstawiciele projektodawców nie zawsze natomiast są przekonani, że w przyszłej perspektywie finansowej powinien być realizowany projekt adresowany do tej samej grupy zawodowej i oferujący wsparcie w dotychczasowym zakresie i w takich samych formach wsparcia.
- W przypadku projektu DPZ projektodawca uważa, że objęcie szkoleniem 6000 lekarzy POZ w chwili obecnej stwarza wystarczające podstawy do prowadzenia prawidłowej wczesnej profilaktyki nowotworów układu moczowo-płciowego u mężczyzn w wieku 45+. Nie ma w chwili obecnej zabiegania o bezpośrednią kontynuację projektu w jego dotychczasowej formie. W pozostałych projektach wydaje się, że projektodawcy uważają, że wsparcie powinno być kontynuowane tak, aby objąć nim możliwie największy odsetek przedstawicieli grup docelowych.
- Jako „dobre praktyki”, zidentyfikowane w niektórych analizowanych projektach, które w ramach ewentualnego przyszłego wsparcia dla sektora ochrony zdrowia w Polsce należałoby upowszechnić i stosować w możliwie dużej liczbie projektów, wskazywano przede wszystkim następujące elementy:
  - Włączenie do programu szkoleniowego odpowiednio sprofilowanych zajęć praktycznych, pozwalających na szybkie i bezpośrednie (już w trakcie zajęć) przełożenie zdobytej wiedzy teoretycznej na jej praktyczne zastosowanie;
  - Szerokie stosowanie w szkoleniach medycznych rozmaitych symulatorów, a w szkoleniach innego rodzaju (np. dla kadry zarządczej ZOZ) także zajęć pokazujących, jak rozwiązywać konkretne, z życia wziętych, problemy.
- Wiele rozwiązań stosowanych w obecnych projektach powinno zostać zastosowane także w projektach realizowanych w przyszłej perspektywie finansowej:
  - Dostosowanie rozkładu i terminarza zajęć do potrzeb konkretnej grupy uczestników;
  - Realizacja zajęć w możliwie małej odległości od miejsca zamieszkania uczestników;
  - Dobrze, starannie i na wysokim poziomie merytorycznym przygotowane materiały szkoleniowe.
- Zaproponowano szereg rozwiązań, które powinny być zastosowane w przyszłej perspektywie finansowej, w tym m.in.:

- Nacisk na praktyczną stronę tego szkolenia z udziałem pacjentów, fantomów, sprzętu;
- Uzupełnienie wykładów poprzez żywą dyskusję i wymianę opinii i poglądów z uczestnikami, którzy często posiadają dużą wiedzę praktyczną;
- Weekendowe szkolenia wyjazdowe;
- Weekendowe szkolenie w miejscu zamieszkania;
- Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek;
- Lokalizacja dogodna dla osób szkolących się (w miejscach nieodległych od ich miejsca zamieszkania);
- Studia pomostowe dla innych niż pielęgniarki i położne grup zawodowych;
- Utrzymanie i pokrycie kosztów zakwaterowania w szkoleniach zamiejscowych.

vii. Czy można zidentyfikować bariery, na które napotykali uczestnicy projektów? Jeśli tak, jakiego rodzaju były to bariery? Czy zastosowana forma wsparcia nie utrudniała uczestnikom projektu wykonywania pracy zawodowej?

Pewna liczba uczestników analizowanych projektów napotkała na bariery, które utrudniały im uczestnictwo w projekcie.

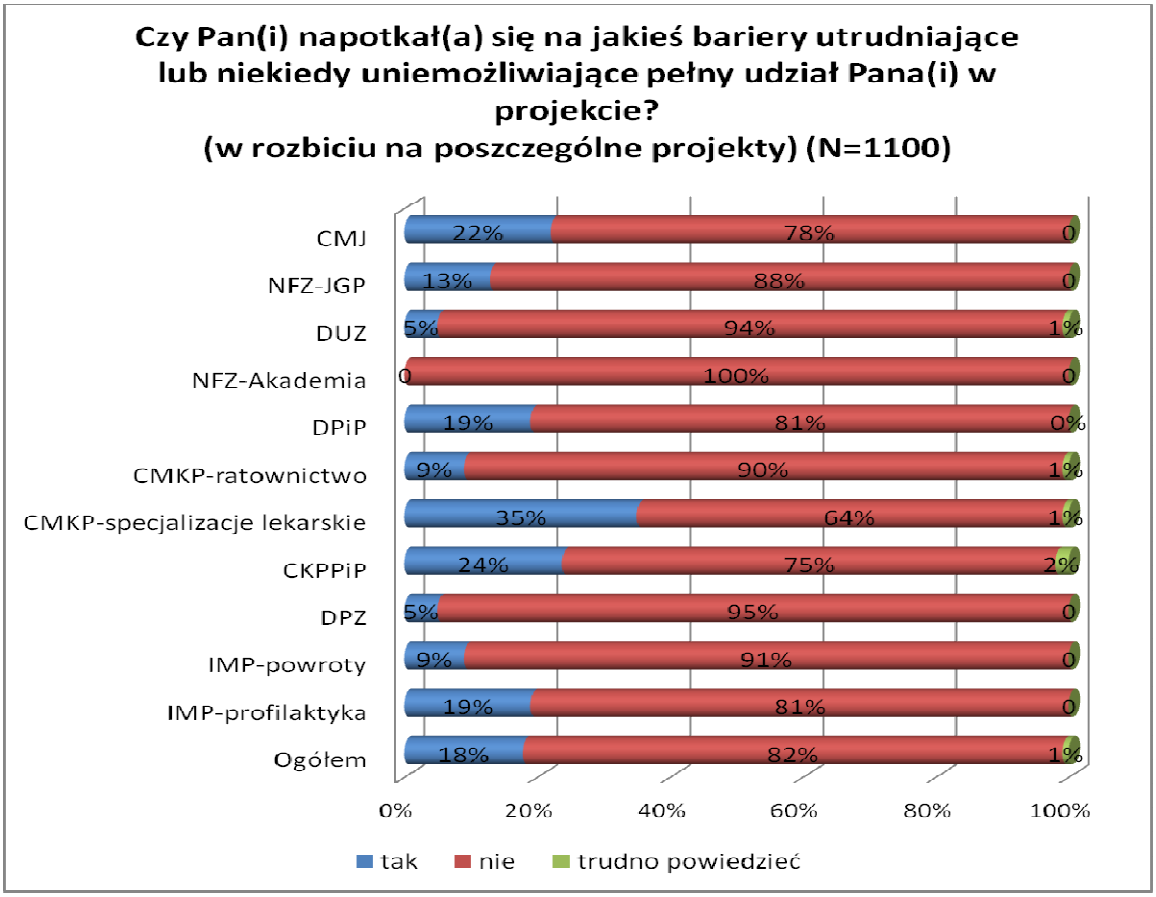
Wykres 37.



Źródło: Opracowanie własne

Mimo iż zdecydowana większość respondentów (82%) nie natrafiła na żadne bariery utrudniające uczestnictwo w projekcie, to jednak 17% respondentów deklaruje, że na takie bariery natrafiło.

Wykres 38.



Źródło: Opracowanie własne

Najmniejszy odsetek uczestników natrafiających na bariery utrudniające udział w projekcie wystąpił w następujących projektach:

- Akademia NFZ (nie zgłoszono żadnych barier);
- DUZ (5% wskazań);
- DPZ (5% wskazań);
- IMP-powroty (9% wskazań).

Najwyższy odsetek uczestników zgłaszających natrafienie na bariery utrudniające uczestnictwo w projekcie wystąpił w projektach:

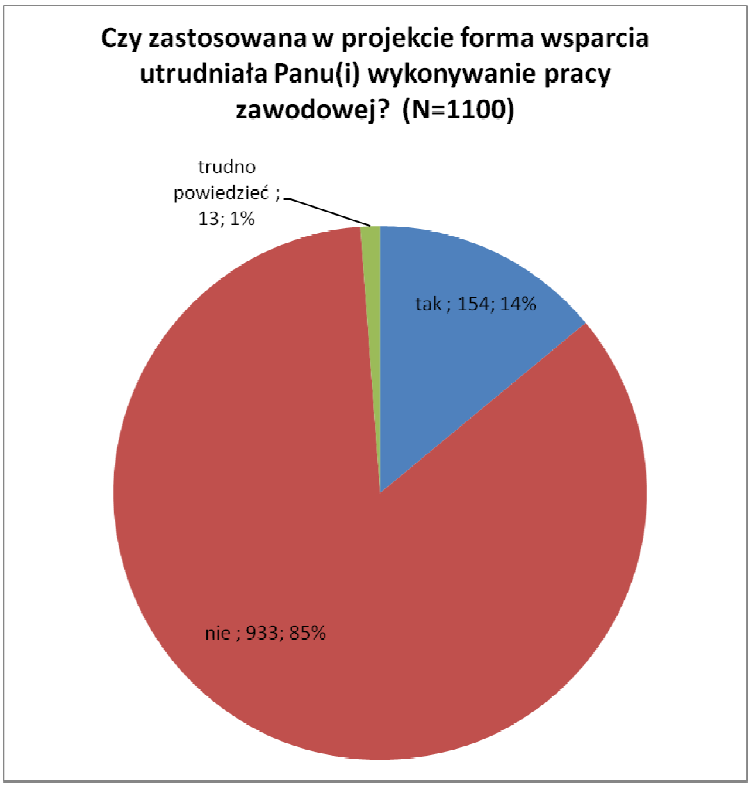
- CMKP-specjalizacje lekarskie (35% wskazań);
- CKPPiP (24% wskazań);
- CMJ (22% wskazań).

Wśród barier zgłaszanych przez uczestników analizowanych projektów przeważały następujące grupy:

- Brak wsparcia ze strony pracodawcy: nie udziela dni wolnych na szkolenia, nie wyraża zgody na szkolenia;
- Trudności z pogodzeniem dyżurów w pracy z terminami szkoleń;
- Zmiany terminów i planu godzinowego szkoleń dokonywane w ostatniej chwili, co sprawiało problemy z dostosowaniem do już zaplanowanych zajęć innego rodzaju (np. w pracy);
- Brak możliwości wzięcia urlopu szkoleniowego;
- Częste zjazdy szkoleniowe (cotygodniowe) kolidujące z pracą zawodową i życiem rodzinnym;
- Problemy komunikacyjne – zajęcia w miejscach odległych od miejsca zamieszkania.

Dla pewnej grupy uczestników projektów, zastosowana w projekcie forma wsparcia utrudniała wykonywanie pracy zawodowej.

Wykres 39.

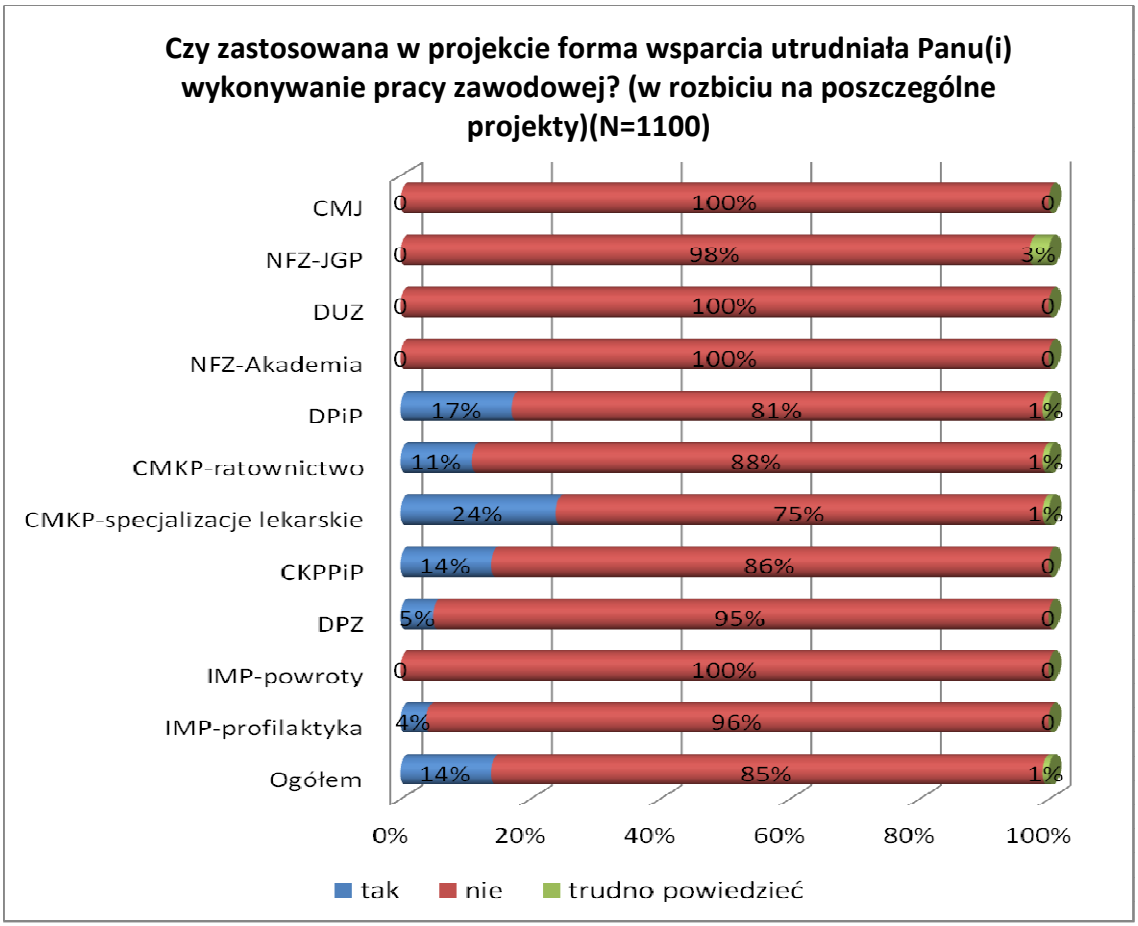


Źródło: Opracowanie własne

Jak widać, dla 14% badanych uczestników projektów, zastosowana forma wsparcia powodowała wystąpienie utrudnień w wykonywaniu pracy zawodowej.

W rozkładzie na poszczególne projekty, odpowiedzi na to pytanie wyglądają następująco:

Wykres 40.



Źródło: Opracowanie własne

Uczestnicy następujących projektów nie zgłaszali występowania żadnych utrudnień w wykonywaniu pracy zawodowej związanych z formą wsparcia zastosowaną w projekcie:

- CMJ;
- NFZ-JGP;
- DUZ;
- Akademia NFZ;
- IMP-powroty.

Najwięcej zgłoszeń dotyczących występowania utrudnień w wykonywaniu pracy zawodowej związanych z formą wsparcia zastosowaną w projekcie, zgłaszali uczestnicy następujących projektów:

- CMKP-specjalizacje lekarskie (24% wskazań);
- DPiP (17% wskazań).

Zgłoszone utrudnienia dotyczyły przede wszystkim następujących kwestii:

- Terminy zajęć często kolidowały z obowiązkami związanymi z pracą zawodową;

- Udział w projekcie związany był z czasowym zmniejszeniem dochodów uczestnika, bo w trakcie szkoleń uczestnik musiał ograniczyć (ze względów czasowych) aktywność zawodową. Zdarzały się stwierdzenia w rodzaju: „*Nie zarobkowałem w tym czasie, 3 miesiące nie było mnie w domu i rodzina musiała żyć z oszczędności, powinny być stypendia*”;
- Oddelegowanie na czas szkolenia z miejsca pracy wiązała się z późniejszą koniecznością odrabiania zaległości;
- Konieczność wykorzystywania własnego urlopu wypoczynkowego, aby uczestniczyć w projekcie, bo pracodawca nie udzielił urlopu szkoleniowego;

Podsumowanie:

- 17% uczestników projektów zgłaszało bariery utrudniające im udział w projekcie. Do najczęściej zgłaszanych problemów należą:
  - Brak wsparcia ze strony pracodawcy: nie udziela dni wolnych na szkolenia, nie wyraża zgody na szkolenia, występujące trudności z pogodzeniem dyżurów w pracy z terminami szkoleń;
  - Zmiany terminów i planu godzinowego szkoleń dokonywane w ostatniej chwili;
  - Częste zjazdy szkoleniowe (cotygodniowe) kolidujące z pracą zawodową i życiem rodzinnym;
  - Problemy komunikacyjne – zajęcia w miejscach odległych od miejsca zamieszkania.
- Dla 14% uczestników projektów, zastosowana forma wsparcia powodowała wystąpienie utrudnień w wykonywaniu pracy zawodowej. Najczęściej zgłaszane utrudnienia to:
  - Terminy kolidujące z obowiązkami związanymi z pracą zawodową;
  - Udział w projekcie związany był z czasowym zmniejszeniem dochodów uczestnika;
  - Konieczność wykorzystywania własnego urlopu wypoczynkowego, aby uczestniczyć w projekcie.

III.3.2. Diagnozy sektora ochrony zdrowia

Przedstawiona tutaj próba diagnozy nie jest – i nie może być – kompletnym i całościowym opracowaniem zagadnienia, które pretendowałoby do przedstawienia całokształtu związanych z tym zagadnień w sposób wyczerpujący i w pełni obiektywny. Diagnoza ta powstała w oparciu o dane, informacje i materiały analizowane w trakcie badania, którego głównym i zasadniczym celem jest dokonanie oceny wpływu dotychczas podjętych działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej UE na lata 2014 – 2020. W trakcie realizacji badania Wykonawca zgromadził jednak znaczną ilość informacji, opinii i poglądów przedstawicieli różnych środowisk związanych z systemem ochrony zdrowia w Polsce, które łącznie tworzą pewien, z pewnością niekompletny i niewyczerpujący obraz tego systemu. Ze względu na fakt, że takie informacje, opinie i poglądy, poddane analizie i przetworzeniu w trakcie niniejszego badania mogą stanowić istotny przyczynek do konstruowania przez Ministerstwo Zdrowia bardziej całościowej, wszechstronnej i kompleksowej diagnozy systemu ochrony zdrowia w Polsce, Wykonawca w niniejszym rozdziale raportu przedstawia wyniki swoich analiz i spostrzeżeń w tym zakresie.

W opracowaniu tym zostanie poruszonych kilka zagadnień, które – wśród wielu innych – powinny być brane pod uwagę przy tworzeniu diagnozy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Stan zdrowia Polaków

W tym zakresie najświeższe dane posiada Ministerstwo Zdrowia. Jednak nawet pobieżna analiza powszechnie dostępnych danych statystycznych dotyczących zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce pozwala na wyciągnięcie pewnych ogólnych wniosków.

Przede wszystkim generalnie poprawia się subiektywna ocena stanu zdrowia Polaków. Dotyczy to wszystkich regionów kraju, choć w wyrażaniu konkretnych ocen nadal widoczne jest pewne zróżnicowanie pomiędzy województwami: możemy wskazać województwa, gdzie samoocena stanu zdrowia jest niższa niż w reszcie kraju (woj. lubelskie, świętokrzyskie i łódzkie, gdzie pod koniec 2009 r. ponad 37% mieszkańców tych województw oceniło swoje zdrowie poniżej oceny dobrej) oraz takie, gdzie ta samoocena jest najwyższa (woj. pomorskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie, wielkopolskie i podkarpackie, gdzie niespełna 32% mieszkańców tych województw oceniło swoje zdrowie poniżej dobrego). Sytuację tę przedstawia poniższy wykres.

Wykres 41. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej według województw w 2009 r. (w %)

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 62.

Niestety, w Polsce widzimy wyraźne oznaki występowania chorób cywilizacyjnych, czego wyrazem może być znaczny i rosnący odsetek osób z nadwagą i otyłych w populacji. W ciągu 5 lat populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłych wzrosła o 9 punktów procentowych. Pod koniec 2009 r. ponad 61% ogółu mężczyzn ważyło zbyt dużo (45% miało nadwagę, a blisko 17% zaliczono do grupy ludzi otyłych). Wzrost wagi ciała miał miejsce we wszystkich grupach wiekowych, przy czym najczęściej tyli mężczyźni stosunkowo młodzi (w wieku 20-39 lat) oraz najstarsi (w wieku 70 lat i więcej).

Populacja dorosłych kobiet z nadwagą lub otyłych także się zwiększyła – o 5 punktów procentowych, lecz był to mniejszy wzrost niż u mężczyzn. Pod koniec 2009 r. prawie 45% ogółu dorosłych kobiet ważyło zbyt dużo (29% miało nadwagę, a 15% stanowiły kobiety otyłe). Relatywnie najwięcej utyły kobiety stosunkowo młode między 20-tym a 49-tym rokiem życia. Nieznacznie natomiast wzrosła waga kobiet bardzo młodych oraz 50-letnich i starszych. Sytuację pod koniec 2009 r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres 42. Waga ciała osób dorosłych (w wieku 15 lat i więcej) w 2009 r. (dane w %)

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 65.

Powszechność bezpłatnych szczepień ochronnych wśród dzieci i młodzieży w Polsce powoduje wyraźny spadek liczby stwierdzanych chorób zakaźnych, zwłaszcza chorób wieku dziecięcego. Istotny postęp odnotowuje się w przypadku błonicy. Od 2001 r. nie stwierdzono zachorowań na błonicę, jak również zachorowań na nagminne porażenie dziecięce wywoływane dzikim szczepem wirusa polio, natomiast stwierdzano incydentalne zachorowania wywołane wirusem pochodzenia szczepionkowego (po jednym przypadku w 2009 i 2010 r.).

Liczba ludności Polski zmniejsza się po roku 1996 i w końcu 2007 roku wynosiła 38115,6 tys. Według najnowszej prognozy Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Polski będzie systematycznie zmniejszać się do roku 2035, a prognozowany spadek w tym okresie może wynieść ok. 2120 tys. osób.

Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat, natomiast zwiększa się stopniowo udział osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) w ogólnej liczbie ludności. Według prognozy GUS odsetek osób starszych będzie szybko zwiększał się po roku 2010 i w 2030 r. osiągnie 22,3%. Liczba osób w tym wieku zwiększy się z 5134 tys. w 2007 r. do 8195 tys. w 2030 r. (wzrost o 3 miliony)

Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r. ale po roku 2002 wzrost uległ spowolnieniu. W 2007 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71,0 lat a dla kobiet była o prawie 9 lat większa i wynosiła 79,7 lat. Po roku 2001 niekorzystne różnice w długości życia mężczyzn i kobiet pogłębiają się. Według szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia a kobiety 84%, osoby w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że ponad połowę dalszego życia przeżyją w zdrowiu, kobiety o prawie 2 lata więcej niż mężczyźni. Długość życia mieszkańców Polski jest

wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,6 lat, a w przypadku kobiet o 2 lata.

Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia, chociaż powoli zmniejszającym swoje znaczenie, są **choroby układu krążenia** (w 2006 r. 46% ogółu zgonów). Spadek umieralności z ich powodu wynika przede wszystkim ze zmniejszającego się zagrożenia życia chorobą niedokrwienną serca (szczególnie zawałem serca). Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. **Nowotwory złośliwe** są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25% ogółu zgonów w 2006 r.) i ich udział w ogólnej liczbie zgonów pomału zwiększa się chociaż natężenie umieralności z ich powodu w populacji ogółem jest dosyć ustabilizowane, natomiast zmniejsza się wśród osób w wieku aktywności zawodowej. Nowotwory są najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów kobiet ale ogólnie bardziej zagrażają życiu mężczyzn. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak tchawicy, oskrzela i płuca a współczynniki umieralności kobiet z jego powodu rosną. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (ale jest niższa od średniej dla UE) a z powodu raka szyjki macicy zmniejsza się bardzo powoli. W porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE sytuacja w Polsce jest niekorzystna ale w mniejszym stopniu niż w przypadku chorób układu krążenia, z wyjątkiem wysokiej na tle większości krajów UE umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy. Natężenie zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych, trzeciej co do znaczenia grupy przyczyn zgonów w Polsce (7% zgonów w 2006 r.), wykazuje powolny trend spadkowy tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmienia się w ostatnich latach i jest znacznie wyższe od przeciętnego w UE.[5]

Stan kadr

W 2010 roku, zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, prawo wykonywania zawodu posiadało 132,8 tys. lekarzy, 36,9 tys. lekarzy dentystów, 278,2 tys. pielęgniarek, 33,9 tys. położnych, 27,6 tys. farmaceutów i 12,5 tys. diagnostów, tj. nieznacznie więcej niż przed rokiem. Przybyło 1460 lekarzy, 671 dentystów, 4202 pielęgniarki, 402 położne, 680 farmaceutów i 421 diagnostów. Tendencja niewielkiego wzrostu liczby osób uprawnionych utrzymuje się na przestrzeni obserwowanego okresu – od 2003 roku.

[5] Za: SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI, B.Wojtyniak i P. Goryński (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2008

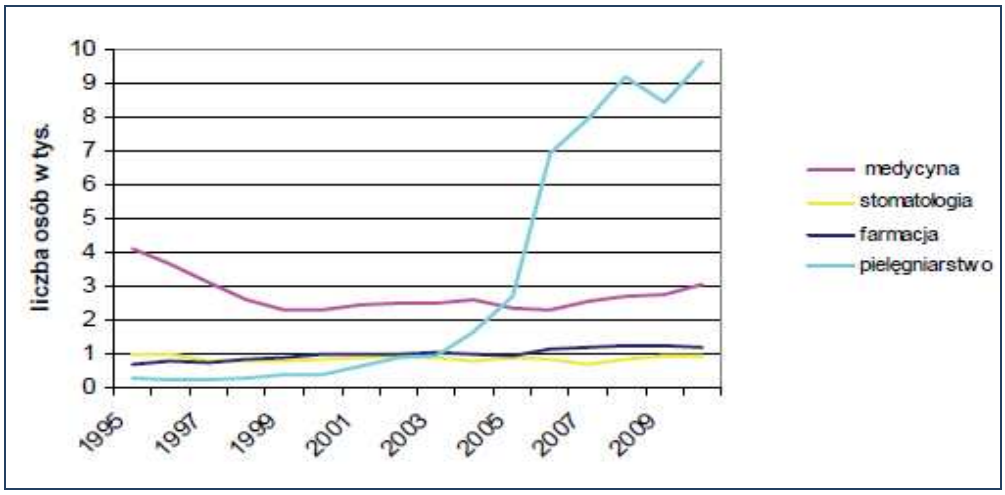
Wykres 43. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej w latach 2003-2010

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 80.

Napływ nowych osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych uwarunkowany jest liczbą osób kończących uczelnie i szkoły medyczne. Limity przyjęć na studia medyczne określa corocznie Minister Zdrowia.

W drugiej połowie lat 90-tych nastąpił znaczny spadek liczby absolwentów wydziałów lekarskich. Wyraźny wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa widoczny na wykresie wiąże się z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarką lub położną można zostać tylko po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra. Liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo jest sumą uzyskanych w danym roku tytułów licencjata i magistra. Pielęgniarki i położne, które uzyskały kwalifikacje zawodowe po ukończeniu średnich szkół medycznych nie utraciły swoich uprawnień na terenie Polski, ale ich kwalifikacje nie są uznawane w innych krajach Unii. Osoby te mają możliwość uzyskania tytułu licencjata poprzez odbycie trzyletnich studiów licencjackich lub studiów zawodowych tzw. pomostowych. Podobne zmiany dotyczą fizjoterapeutów, których nie kształci się już na poziomie średnim. Jednak brak jest studiów pomostowych dla fizjoterapeutów.

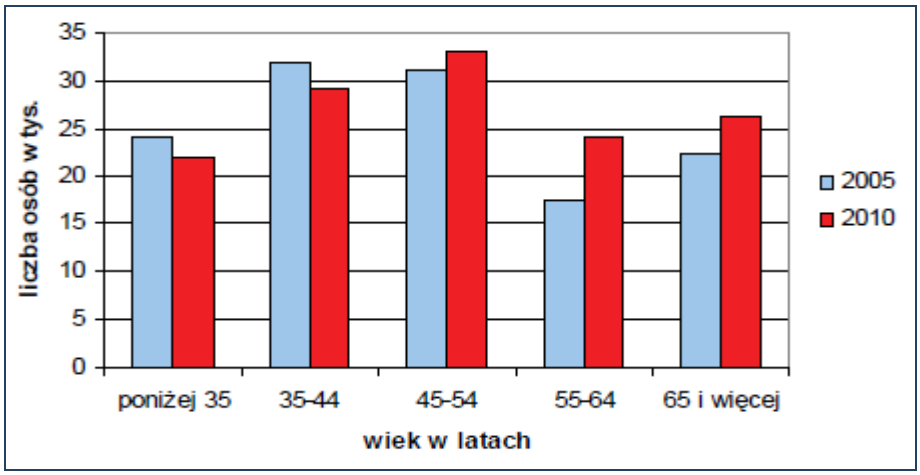
Wykres 44. Liczba absolwentów wybranych kierunków medycznych na wyższych uczelniach w Polsce w latach 1995-2010



Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 81.

Istotne znaczenie ma struktura wieku lekarzy. Porównując stan z roku 2005 z rokiem 2010, widoczny jest proces starzenia się lekarzy posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu. Z jednej strony w roku 2005 było więcej niż obecnie lekarzy w niższych grupach wiekowych, z drugiej zaś, obecnie mamy więcej lekarzy należących do starszych grup wiekowych (powyżej 45 roku życia). Sytuacja ta musi budzić zaniepokojenie, gdyż w konsekwencji grozi zmniejszeniem ogólnej liczby lekarzy posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu. Ta wyraźna tendencja do starzenia się kadr lekarskich w różnym stopniu dotyczy różnych specjalizacji, jednak generalnie jest istotnym zagrożeniem dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Sytuację tę ilustruje kolejny wykres.

Wykres 45. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku



Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 82.

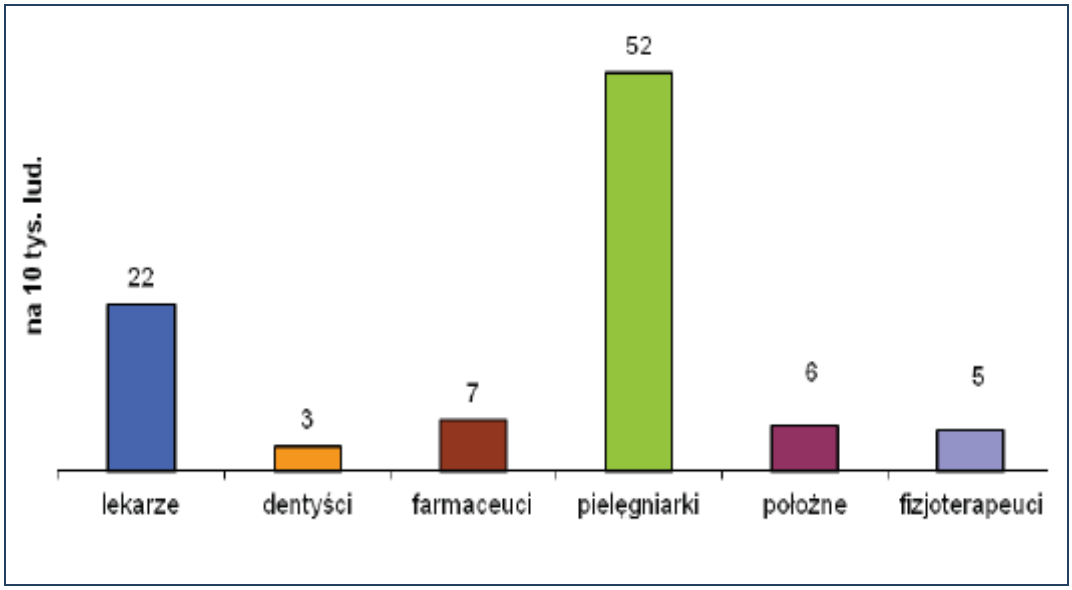
Tylko część uprawnionych do wykonywania zawodu osób pracuje bezpośrednio z pacjentem (wykonuje działalność leczniczą) w Polsce[6]. W 2010 roku opiekę nad pacjentami sprawowało

[6] **Pracujący bezpośrednio z pacjentem** (wykonujący działalność leczniczą) - osoby, dla których głównym miejscem pracy jest publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub praktyka. Do grupy pracujących bezpośrednio z

83 tys. lekarzy, 13 tys. lekarzy dentystów, 25 tys. farmaceutów, 200 tys. pielęgniarek, 23 tys. położnych i 21 tys. fizjoterapeutów. W przypadku lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów i położnych, liczby te są nieznacznie większe niż w 2009 roku. Natomiast w przypadku pielęgniarek obserwuje się niewielki spadek (o 753 osoby).

W 2010 roku średnio na 10 tys. ludności przypadało około 22 lekarzy, 3 lekarzy dentystów, 7 farmaceutów, 52 pielęgniarki, 6 położnych i 5 fizjoterapeutów. Spośród pracującej kadry medycznej omawianych grup zawodowych większość pracowała w podmiotach publicznych. Było to około 68% lekarzy, 75% pielęgniarek, 73% położnych i 54% fizjoterapeutów. Odsetki te były nieznacznie niższe niż w roku 2009.

Wykres 46. Kadra medyczna pracująca na 10 tys. ludności

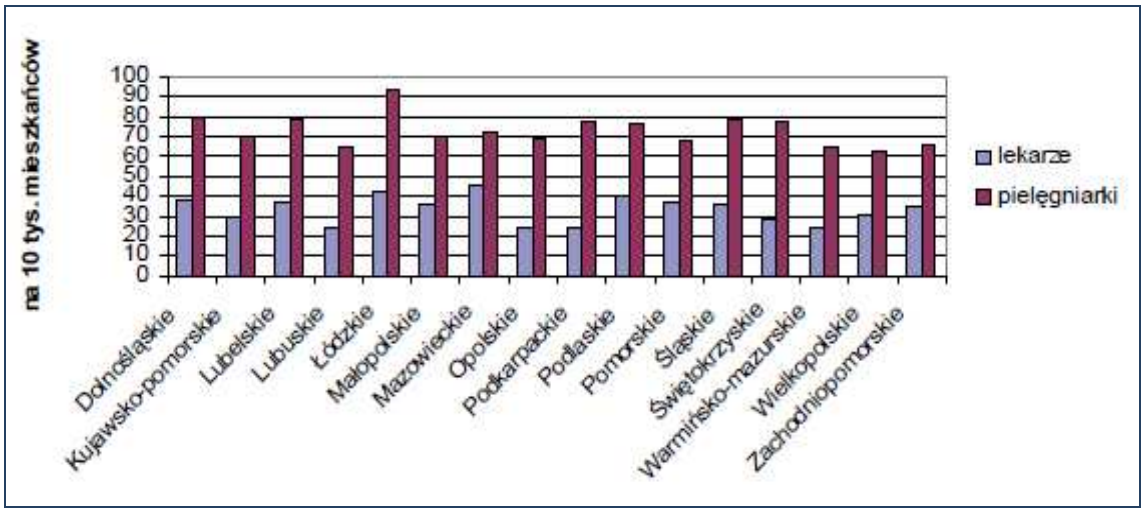


Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 83.

Przestrzennie widać bardzo istotne różnice w rozmieszczeniu kadry medycznej pomiędzy województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od niespełna 15 w województwie wielkopolskim do ponad 24 (o 66% więcej) w województwie łódzkim. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców również była najmniejsza w województwie wielkopolskim – 39, natomiast największa w województwie śląskim - niemal 56 (o 41 % więcej).

pacjentem nie zalicza się osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji państwowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet, jeśli praca przez nie wykonywana wymaga wykształcenia medycznego. (zob. *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, Uwagi metodologiczne)

Wykres 47. Lekarze i pielęgniarki pracujący na 10 tys. mieszkańców według województw



Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 84.

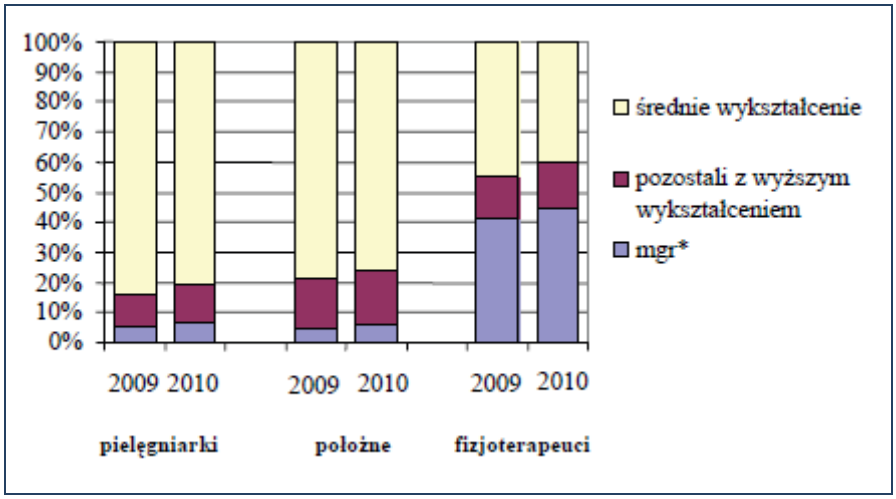
W niektórych dziedzinach medycyny zaobserwowano wzrost liczby specjalistów w roku 2010 w porównaniu do roku 2009, np. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, kardiologii i medycyny rodzinnej. Jednak w wielu specjalizacjach wystąpił spadek. Dotyczy on m. in. specjalistów chirurgii, chorób płuc, dermatologii, neurologii, otorynolaryngologii, pediatrii, ginekologii i położnictwa, psychiatrii. Krajowi konsultanci wykazują deficyty specjalistów w wielu dziedzinach i wyrażają obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Powodem tych obaw jest:

- niekorzystna struktura wieku – starzenie się kadry,
- brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji,
- emigracje zagraniczne lekarzy specjalistów,
- zmiany w medycynie oraz zmiany demograficzne, które powodują zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności.

Ministerstwo Zdrowia posiada szczegółowe analizy pokazujące liczbę lekarzy różnych specjalistów w poszczególnych województwach, a także liczbę studentów tych specjalizacji aktualnie studiujących w poszczególnych województwach. Dane te pokazują, że w wielu województwach niektóre specjalizacje w ogóle nie są reprezentowane, a także na studiach medycznych w tych województwach nie ma obecnie osób wybierających te specjalizacje. Takich obszarów, tzw. „białych plam" jest na mapie Polski obecnie bardzo wiele. Wydaje się, że bez interwencji zewnętrznej nie będzie możliwe rozwiązanie tego problemu, a i tak – nawet przy podjęciu przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, władze samorządowe bardzo intensywnych i zdecydowanych działań w tym kierunku – rozwiązanie tej sytuacji będzie wymagało wielu lat konsekwentnej pracy.

W końcu 2010 r. pielęgniarek z wyższym wykształceniem było 35,1 tys., w tym 11,3 tys. ze stopniem magistra pielęgniarstwa, czyli odpowiednio 19,0 % i 6,1 % ogółu. Położnych z wyższym wykształceniem było 5,4 tys., w tym 1,3 tys. magistrów położnictwa, czyli odpowiednio 24,3 % oraz 5,8 % ogółu. Fizjoterapeutów z wyższym wykształceniem było 11,7 tys., w tym 8,7 tys. magistrów fizjoterapii lub rehabilitacji, czyli odpowiednio 59,6 % i 44,3 % ogółu. W 2010 r. w porównaniu do 2009 r. w wymienionych grupach zawodowych zanotowano wzrost odsetka osób z wyższym wykształceniem oraz z tytułem magistra wśród ogółu pracujących, jak również wzrost ich liczby bezwzględnej.

Wykres 48. Odsetek osób z wyższym wykształceniem i z tytułem magistra wśród wszystkich pracujących w wybranych zawodach medycznych



* w przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa, w przypadku fizjoterapeutów – magistrzy fizjoterapii lub rehabilitacji

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 85.

Wyniki badań jakościowych przeprowadzonych w ramach niniejszego badania, dotyczących stanu sektora ochrony zdrowia

Kadry

Przeprowadzone w ramach niniejszego badania wywiady z przedstawicielami zawodów medycznych oraz ze studentami uczącymi się na różnych wydziałach i kierunkach uczelni medycznych w Polsce pokazały, że polski personel medyczny ma bardzo wysoką samoocenę, a jednocześnie świadomość swoich słabszych stron i ograniczeń. Porównując swoje przygotowanie do wykonywania zawodów medycznych, jakie dają studia na polskich uczelniach medycznych, osoby kończące studia, a także absolwenci tych uczelni podkreślali, że w porównaniu ze swoimi kolegami z innych krajów Unii Europejskiej są co najmniej nie gorzej, a w wielu dziedzinach znacznie lepiej przygotowani do wykonywania zawodu. Jako swoją szczególną przewagę podkreślali bardziej kompleksowy i całościowy system kształcenia na polskich uczelniach medycznych w porównaniu z ich zagranicznymi odpowiednikami. Taki system kształcenia pozwala polskim lekarzom na bardziej całościowe, holistyczne spojrzenie na pacjenta i jego dolegliwości, pogłębia rozumienie współzależności różnych dziedzin medycyny i umożliwia szybsze, pełniejsze postawienie diagnozy i wybór

właściwej drogi leczenia. Pozwala także na leczenie oparte na poszukiwaniu i eliminowaniu przyczyny dolegliwości, a nie tylko na usuwaniu objawów choroby.

Wskazując na inne słabsze strony systemu kształcenia zawodowego, przedstawiciele zawodów medycznych często wskazywali na zbyt małą liczbę zajęć praktycznych prowadzonych bezpośrednio z pacjentem. Podkreślano także, że zajęcia takie często prowadzone są w zbyt licznych grupach, co powoduje, że korzyści z nich płynące są mocno ograniczone. Jako przykład wskazywano praktyki szpitalne, gdzie w obchodzie, wraz z lekarzem prowadzącym, uczestniczy jednocześnie około 10 studentów, z których każdy chce się czegoś dowiedzieć i o coś pacjenta zapytać. Podkreślano, że nie należą do rzadkości sytuacje, kiedy jednocześnie 6-9 praktykantów próbuje osłuchać pacjenta stetoskopem. Pomijając niewielkie korzyści edukacyjne i nikłe oddziaływanie takich zajęć na przygotowanie przyszłych lekarzy do wykonywania zawodu, taka sytuacja jest wybitnie niekomfortowa dla pacjenta, który jest „przedmiotem” badań w trakcie tych zajęć.

Zwracano uwagę na nieco słabsze niż u zagranicznych kolegów przygotowanie do pracy z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury diagnostycznej. Zaznaczano przy tym, że ta kwestia nie ma znaczenia w trakcie normalnej praktyki w Polsce, gdzie placówki systemu ochrony zdrowia często nie są najnowocześniej wyposażone. Problem ten pojawia się dopiero w sytuacji, kiedy osoba wykształcona w Polsce podejmuje pracę za granicą. Jednak jak stwierdzono z tym problemem można sobie szybko poradzić, gdyż dzięki dobremu wykształceniu ogólnemu absolwenci polskich uczelni medycznych szybko przystosowują się do lepszych warunków pracy i poznają zasady korzystania z nowoczesnej aparatury i wyposażenia.

Omawiając sam proces kształcenia, przedstawiciele różnych zawodów medycznych (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci) zwracali uwagę na istotną przewagę zajęć teoretycznych nad ćwiczeniami praktycznymi, bezpośrednio przygotowującymi do wykonywania zawodu. Podkreślano przy tym, że nie chodzi tutaj o zwiększenie wymiaru godzinowego praktyk szpitalnych, lecz o zajęcia na symulatorach, umożliwiających – w warunkach maksymalnie zbliżonych do rzeczywistych – przećwiczyć w sposób praktyczny nabytą na zajęciach wiedzę teoretyczną.

Jednocześnie wielu przedstawicieli lekarzy zwracało uwagę na fakt, że istnieją istotne trudności z dostępem do niektórych rzadkich specjalizacji. Trudności te wynikają przede wszystkim z niewielkiej liczby osób posiadających kwalifikacje do prowadzenia specjalizacji (zgodnie z wypowiedziami osób biorących udział w badaniu, niektóre specjalizacje można uzyskiwać jedynie u 3-5 osób w kraju). Powoduje to w sposób oczywisty, iż te specjalizacje stają się deficytowymi, a w razie odejścia od zawodu osób obecnie uprawnionych do prowadzenia specjalizacji, mogą się stać wręcz nieosiągalne.

Przedstawiciele nielekarskich zawodów medycznych (pielęgniarki, fizjoterapeuci) stwierdzają, że mimo iż wszędzie oficjalnie słyszą, że istnieje w systemie ochrony zdrowia w

Polsce duże zapotrzebowanie na przedstawicieli ich zawodu, to w sytuacji kiedy przystępują do poszukiwania pracy, napotykają na duże w tym trudności. W opinii rozmówców sytuacja ta wynika z kilku czynników:

- Wiele pielęgniarek, ze względów finansowych, pracuje w więcej niż jednej placówce systemu ochrony zdrowia. Powoduje to, że mimo iż porównanie liczby etatów pielęgniarskich z liczbą osób pracujących w zawodzie (o niepowtarzającym się numerze PESEL) wskazuje, że jest istotnie więcej etatów niż pracujących pielęgniarek, to jednak wszystkie te etaty są obsadzone.

- Szpitale, w ramach polityki oszczędności, ograniczają przyjęcia nowego personelu pielęgniarskiego, aby uniknąć nadmiernego zadłużenia szpitala.

- Szpitale nie wiedząc, jaki w kolejnym roku uzyskają kontrakt z OW NFZ, nie mogą prowadzić wieloletniego planowania rozwoju placówki, w tym także planowania rozwoju kapitału ludzkiego. Starając się uniknąć zagrożeń finansowych w sytuacji, gdyby w kolejnym roku nie udało się zapewnić finansowania placówki na oczekiwanym poziomie, ograniczają poziom zatrudnienia personelu nielekarskiego, jednocześnie niekiedy szukając specjalistów z dotychczas nieposiadanych specjalności po to, aby ubiegać się o uzyskanie kontraktu na świadczenie dodatkowych usług.

Wydaje się, ze kwestia zapewnienia należytych proporcji zatrudnienia w placówkach systemu ochrony zdrowia pomiędzy personelem lekarskim, a innymi zawodami medycznymi i dostosowanie go do rodzaju i zakresu oferowanych przez daną placówkę świadczeń powinien stanowić przedmiot regulacji określających minimalne wymagane proporcje tak, aby zapewnić należyty poziom, jakość i efektywność usług medycznych świadczonych na rzecz społeczeństwa.

Infrastruktura

Kwestie te nie stanowiły przedmiotu niniejszej analizy i z tego powodu zagadnienia dotyczące infrastruktury są tutaj jedynie zaznaczone, jako element wskazywany przez wielu uczestników badania, jako element niezwykle istotny nie tylko dla zapewnienia należytej jakości świadczonych usług, lecz także jako jeden z czynników branych pod uwagę przez lekarzy specjalistów przy podejmowaniu decyzji o zatrudnieniu się w danej placówce. Przy czym należy zwrócić uwagę, że przedstawiciele środowisk lekarskich pytani o gotowość podjęcia pracy poza obecnym miejscem zamieszkania wyraźnie stwierdzali, że w dużej mierze zależy to od kwestii związanych z szeroko rozumianą infrastrukturą w miejscu potencjalnego zatrudnienia. Mieli tu na myśli nie tylko stan infrastruktury danej placówki systemu ochrony zdrowia, lecz także infrastrukturę społeczną w okolicy tej placówki. Zwracali także uwagę na możliwość uzyskania w nowym miejscu pracy mieszkania służbowego, związanego np. z zatrudnieniem w miejscowym szpitalu.

Wyposażenie techniczne

Na kwestie związane z jakością dostępnego w systemie ochrony zdrowia w Polsce wyposażenia technicznego, diagnostycznego, ratującego życie, umożliwiającego zastosowanie nowoczesnych metod leczenia, rehabilitacyjnego, laboratoryjnego, ale także sprzętu pomocniczego, takiego jak nowoczesne łóżka szpitalne, wózki do transportu chorych, urządzeń pomagających przy myciu i kąpielach pacjentów, etc., zwracali uwagę przedstawiciele wszystkich grup zawodowych biorących udział w badaniu.

Podkreślano, że znacznie szybciej postępuje poprawa w dostępnym sprzęcie diagnostycznym, ratującym życie, umożliwiającym stosowanie nowoczesnych metod leczenia, niż w sprzęcie pomocniczym, którego braki mają jednak istotny wpływ na dobrostan pacjentów, a co za tym idzie także wpływają na szybkość i skuteczność procesu leczenia.

W odniesieniu do sprzętu *stricte* medycznego, zwracano uwagę na potrzebę dokonywania przemyślanych zakupów. Podkreślano, że przecież nie każdy szpital i nie każdy ZOZ musi mieć kompletne wyposażenie w najnowocześniejszy sprzęt medyczny. Nasycenie sprzętowe należy dostosować do potrzeb, jednak nie na zasadzie dostosowania do ogólno rocznego zapotrzebowania na daną usługę medyczną, lecz w dopasowaniu do wieloletnich krótkookresowych szczytów zapotrzebowania (tzn. w oparciu o badania pokazujące, jakie w ciągu długiego czasu było maksymalne jednorazowe zapotrzebowanie na daną usługę medyczną) rozpatrywane na obszarze zależnym od rodzaju i częstości występowania danych usług medycznych.

Fizjoterapeuci zwracali uwagę, że z punktu widzenia ich zawodu kwestia wyposażenia technicznego stanowi kluczowe znaczenie. Bez gabinetu wyposażonego w podstawowy sprzęt, nie jest możliwe wykonywanie większości zabiegów i procesów rehabilitacyjnych. Szczególnie przedstawiciele tej grupy zawodowej zwracali uwagę na fakt, że relatywnie często spotykają się z gabinetami rehabilitacyjnymi wyposażonymi w sprzęt praktycznie nienadający się już do użytku ze względów bezpieczeństwa i wymagający natychmiastowej wymiany.

Profilaktyka i budowanie społecznej świadomości zdrowotnej

W rozmowach z przedstawicielami wszystkich grup zawodowych objętych badaniem jako priorytetowe zagadnienie, mające największy wpływ na efektywność i skuteczność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wskazywano na profilaktykę i budowanie społecznej świadomości zdrowotnej. Podkreślano jednocześnie, że obecnie jest to obszar w znacznej mierze zaniedbany i wymagający podjęcia bardzo szeroko zakrojonych, kompleksowych działań.

Zwracano uwagę, na to że profilaktyka powinna być prowadzona nie tak, jak to jest robione obecnie, tj. jako działanie o charakterze akcyjnym i skierowane punktowo. Sugerowano prowadzenie działań kompleksowych, przede wszystkim nakierowanych na promowanie zdrowego sposobu życia, a nie jedynie na nakłanianie na częste wizyty u lekarza i regularne badania.

Z przeprowadzonego badania wyłania się obraz systemu ochrony zdrowia w Polsce, w którym w znacznym stopniu ograniczono lub wręcz zaniechano działań profilaktycznych nakierowanych na osoby w wieku przedszkolnym, wczesnoszkolnym i szkolnym. Świadczy o tym generalny brak w szkołach pielęgniarek szkolnych, gabinetów stomatologicznych czy zorganizowanych zajęć rehabilitacyjnych. Sytuacja ta będzie miała swoje konsekwencje dopiero za lat kilka, kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt, jednak może spowodować generalne koszty znacznie przewyższające obecnie dokonane oszczędności wynikające z likwidacji szkolnych gabinetów dentystycznych, rehabilitacyjnych i z rezygnacji z zatrudnienia w szkole pielęgniarki. Nieleczone lub zaniedbane procesy próchnicze zębów mlecznych mogą prowadzić do wielu schorzeń w wieku późniejszym, w tym także do chorób układu krążenia. Podobnie jest z kwestią zaniedbania korekcji wad postawy w wieku, kiedy tego można dokonać poprzez podstawowe zabiegi rehabilitacyjne.

Prowadzone obecnie działania o charakterze profilaktycznym i mające na celu budowanie społecznej świadomości zdrowotnej nie są działaniami zakrojonymi na wystarczająco szeroką skalę, aby mieć właściwy oddźwięk społeczny i aby wywołać oczekiwane zmiany zachowań społecznych. Przede wszystkim są one słabo postrzegane społecznie.

Brak jest działań profilaktycznych nakierowanych na wszystkie grupy wiekowe, począwszy od młodzieży wczesnoszkolnej, promujące zdrowy styl życia i świadomość własnych potrzeb zdrowotnych. Działania profilaktyczne nie mogą być nastawione jedynie na promowanie badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrycie chorób. Powinny być przede wszystkim nastawione na zapobieganie wystąpienia ryzyka zachorowania. Tego typu działań profilaktycznych w obecnym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce jest stanowczo za mało i są na nie przeznaczana zbyt małe środki.

Podsumowanie:

- Wyniki analizy dokumentów zastanych wskazują, że poprawia się subiektywna ocena stanu zdrowia Polaków. Jednocześnie widoczne jest wzrastające zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi, czego oznaką może być znaczny i stale rosnący odsetek osób z nadwagą i otyłych w populacji. Szczególnie niepokojący jest stale rosnący odsetek dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłych.

- Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r. ale po roku 2002 wzrost uległ spowolnieniu przy czym długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż

przeciętna w krajach Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,6 lat, a w przypadku kobiet o 2 lata.

- Postępujące starzenie się populacji stanowi istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.
- Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia, chociaż powoli zmniejszającym swoje znaczenie, są choroby układu krążenia (w 2006 r. 46% ogółu zgonów). Spadek umieralności z ich powodu wynika przede wszystkim ze zmniejszającego się zagrożenia życia chorobą niedokrwienną serca (szczególnie zawałem serca). Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25% ogółu zgonów w 2006 r.) i ich udział w ogólnej liczbie zgonów pomału zwiększa się.
- W drugiej połowie lat 90-tych nastąpił znaczny spadek liczby absolwentów wydziałów lekarskich.
- Wyraźny wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa wiąże się z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarką lub położną można zostać tylko po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra. Pielęgniarki i położne, które uzyskały kwalifikacje zawodowe po ukończeniu średnich szkół medycznych nie utraciły swoich uprawnień na terenie Polski, ale ich kwalifikacje nie są uznawane w innych krajach Unii. Powoduje to znaczne zainteresowanie studiami pomostowymi, pozwalającymi na uzyskanie uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki/ położnej uznawanych przez wszystkie państwa UE.
- W niektórych dziedzinach medycyny, pod koniec I. dekady XXI wieku, nastąpił wzrost liczby lekarzy specjalistów, np. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, kardiologii i medycyny rodzinnej. Jednak w wielu specjalizacjach wystąpił spadek. Dotyczy on m. in. specjalistów chirurgii, chorób płuc, dermatologii, neurologii, otorynolaryngologii, pediatrii, ginekologii i położnictwa, psychiatrii. Ministerstwo Zdrowia posiada opracowanie pokazujące szczegółowo – w podziale na województwa – rozmieszczenie lekarzy specjalistów w Polsce oraz liczbę studentów na wyższych uczelniach medycznych kształcących się w poszczególnych specjalizacjach. Widoczny jest deficyty specjalistów w wielu dziedzinach i krajowi konsultanci wyrażają obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Powodem tych obaw jest:
    - niekorzystna struktura wieku – starzenie się kadry,
    - brak chętnych do odbywania niektórych specjalizacji,
    - emigracje zagraniczne lekarzy specjalistów,

- zmiany w medycynie oraz zmiany demograficzne, które powodują zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności.

- Przeprowadzone w ramach niniejszego badania wywiady z przedstawicielami zawodów medycznych, samorządów lekarskich i izb zawodowych oraz ze studentami uczącymi się na różnych wydziałach i kierunkach uczelni medycznych w Polsce pokazały, że polski personel medyczny ma bardzo wysoką samoocenę, a jednocześnie świadomość swoich słabszych stron i ograniczeń. Porównując swoje przygotowanie do wykonywania zawodów medycznych, jakie dają studia na polskich uczelniach medycznych, osoby kończące studia, a także absolwenci tych uczelni podkreślali, że w porównaniu ze swoimi kolegami z innych krajów Unii Europejskiej są co najmniej nie gorzej, a w wielu dziedzinach znacznie lepiej przygotowani do wykonywania zawodu.

- Jako swoją szczególną przewagę podkreślali bardziej kompleksowy i całościowy system kształcenia na polskich uczelniach medycznych w porównaniu z ich zagranicznymi odpowiednikami.

- Wskazując na słabsze strony systemu kształcenia zawodowego, przedstawiciele zawodów medycznych często podkreślano następujące elementy:

  - Obawa, że skrócenie studiów na kierunku lekarskim z sześciu do pięciu lat i związane z tym skrócenie czasu przeznaczonego na niektóre przedmioty niesie ze sobą zagrożenie, że wskazaną wyżej obecną przewagę nad swoimi zagranicznymi kolegami polscy lekarze mogą stracić;
  - Zbyt mała liczba zajęć praktycznych prowadzonych bezpośrednio z pacjentem oraz to, że takie zajęcia często prowadzone są w zbyt licznych grupach, co powoduje, że korzyści z nich płynące są mocno ograniczone;
  - Nieco słabsze niż u zagranicznych kolegów przygotowanie do pracy z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury diagnostycznej, przy czym ta kwestia nie ma kluczowego znaczenia w trakcie normalnej praktyki w Polsce, gdzie placówki systemu ochrony zdrowia często nie są najnowocześniej wyposażone.

- Przedstawiciele nielekarskich zawodów medycznych (pielęgniarki, fizjoterapeuci) stwierdzają, że mimo iż dane statystyczne wskazują, że w systemie ochrony zdrowia w Polsce istnieje duże zapotrzebowanie na przedstawicieli ich zawodu, to w sytuacji kiedy przystępują do poszukiwania pracy, napotykają na duże w tym trudności. W opinii rozmówców sytuacja ta wynika z kilku czynników:

  - Wiele pielęgniarek, ze względów finansowych, pracuje w więcej niż jednej placówce systemu ochrony zdrowia. Powoduje to, że mimo iż porównanie liczby etatów pielęgniarskich z liczbą osób pracujących w zawodzie (o niepowtarzającym się numerze PESEL) wskazuje, że jest istotnie więcej etatów niż pracujących pielęgniarek, to jednak wszystkie te etaty są obsadzone;

- Szpitale, w ramach polityki oszczędności, ograniczają przyjęcia nowego personelu pielęgniarskiego, aby uniknąć nadmiernego zadłużenia szpitala, a także decydując się z przyczyn finansowych na redukcję personelu, w pierwszej kolejności zwalniają przedstawicieli zawodów nielekarskich, ograniczając liczbę tego personelu do absolutnego minimum, na poziomie jedynie umożliwiającym podstawowe funkcjonowanie danej placówki medycznej;
- Szpitale nie wiedząc, jaki w kolejnym roku uzyskają kontrakt z OW NFZ, nie mogą prowadzić wieloletniego planowania rozwoju placówki, w tym także planowania rozwoju kapitału ludzkiego. Starając się uniknąć zagrożeń finansowych w sytuacji, gdyby w kolejnym roku nie udało się zapewnić finansowania placówki na oczekiwanym poziomie, ograniczają poziom zatrudnienia personelu nielekarskiego, jednocześnie niekiedy szukając specjalistów z dotychczas nieposiadanych specjalności po to, aby ubiegać się o uzyskanie kontraktu na świadczenie dodatkowych usług.

- W zakresie wyposażenia technicznego, znacznie szybciej postępuje poprawa w dostępnym sprzęcie diagnostycznym, ratującym życie, umożliwiającym stosowanie nowoczesnych metod leczenia, niż w sprzęcie pomocniczym, którego braki mają jednak istotny wpływ na dobrostan pacjentów.

- Osoby objęte badaniem podkreślały, że w zakresie wyposażenia w sprzęt stricte medyczny wyraźna jest potrzeba przemyślanych zakupów. Podkreślano, że przecież nie każdy szpital i nie każdy ZOZ musi mieć kompletne wyposażenie w najnowocześniejszy sprzęt medyczny. Nasycenie sprzętowe należy dostosować do rzeczywistych potrzeb systemu ochrony zdrowia.

- Wywiady (IDI i FGI) przeprowadzone z przedstawicielami wszystkich grup zawodowych objętych badaniem, a także z przedstawicielami uczelni medycznych, instytucji obecnie realizujących projekty w ramach PO KL, a także z ekspertami z zakresu systemu ochrony zdrowia pokazały, że jako priorytetowe zagadnienie, mające największy wpływ na efektywność i skuteczność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia postrzegana jest profilaktyka i budowanie społecznej świadomości zdrowotnej. Podkreślano jednocześnie, że obecnie jest to obszar w znacznej mierze zaniedbany i wymagający podjęcia bardzo szeroko zakrojonych, kompleksowych działań.

III.3.2. Wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020

W ramach badania, mającego na celu próbę określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej dokonano przeglądu kluczowych dokumentów i aktualnych projektów dokumentów definiujących strategię zarówno całej Unii Europejskiej, jak i Polski na okres objęty przyszłą perspektywą finansową. W ramach tego przeglądu przeprowadzono analizę dokumentów wskazanych w rozdziale II.3.1 niniejszego raportu. W tej części opracowania zostaną przedstawione wnioski, jakie płyną z tej analizy odnośnie systemu ochrony zdrowia i potencjalnych obszarów wsparcia dla tego systemu wskazanych lub zasugerowanych w analizowanych dokumentach.

Kluczowym dokumentem strategicznym określającym zasadnicze kierunki polityki Unii Europejskiej do roku 2020 jest dokument ***„Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”***[7]

W dokumencie tym nie ma zasadniczo żadnych bezpośrednich odniesień do kwestii związanych z ochroną zdrowia. Dokument ten koncentruje się na znalezieniu sposobów przywrócenia, po okresie kryzysu finansowego, obszarowi Unii Europejskiej wysokiej dynamiki rozwoju gospodarczego. W tym kontekście została podniesiona jednak kwestia, która także znajduje się w kręgu dyskusji dotyczącej kierunków rozwojowych polskiej polityki ochrony zdrowia. Mianowicie dokument Europa 2020 omawiając strukturalnie słabe strony Europy, wśród trzech kluczowych czynników wskazuje także na kwestie związane ze starzeniem się społeczeństwa:

„społeczeństwa starzeją się coraz szybciej. Wraz z odchodzeniem na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego liczba osób aktywnych zawodowo zacznie się w UE zmniejszać począwszy od 2013/2014 r. Liczba osób w wieku powyżej 60 lat rośnie dziś w tempie dwa razy szybszym niż przed rokiem 2007, tj. o ok. 2 mln osób rocznie – wcześniej był to 1 mln rocznie. Mniejsza liczba ludności czynnej zawodowo i wzrost liczby emerytów będzie dodatkowym obciążeniem dla naszych systemów opieki społecznej”

Jest to jedyne zidentyfikowane w dokumencie Europa 2020 odniesienie do kwestii, które można zaliczyć do obszarów leżących w sferze oddziaływania systemu ochrony zdrowia. Trzeba przy tym podkreślić, że wskazanie na problem postępującego starzenia się społeczeństw i konieczność dostosowania do niego systemu ochrony zdrowia jest jednym z

[7] Zob.: http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf pobranie z dnia 12.12.2012.

wiodących elementów debaty, jaką prowadzi się obecnie w Polsce w kwestii określenia priorytetowych obszarów wsparcia dla systemu ochrony zdrowia.

Dokument Europa 2020 nakierowuje dyskusję o kwestiach planowania strategicznego interwencji publicznej w państwach Unii Europejskiej na problematykę wsparcia dla zidentyfikowanych kluczowych obszarów tematycznych, określanych jako „Inicjatywy Flagowe” (zwane też Projektami przewodnimi). W dokumencie Europa 2020 zaproponowano siedem takich „Inicjatyw Flagowych”. Kilka z nich zawiera (bezpośrednie lub pośrednie) odniesienia – w działaniach na poziomie państw członkowskich UE, do problematyki ochrony zdrowia:

Projekt przewodni: „Unia Innowacji”

Celem projektu jest wykorzystywanie działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej do rozwiązywania takich problemów jak zmiany klimatu, efektywność energetyczna i pod względem zasobów, zdrowie oraz zmiany demograficzne. Konieczne jest wzmocnienie każdego elementu procesu innowacji, począwszy od wstępnych projektów badawczych aż po komercyjne wykorzystanie ich wyników.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- zreformować krajowe (i regionalne) systemy prowadzenia działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej, aby sprzyjały one rozwijaniu doskonałości i inteligentnej specjalizacji, zacieśnić współpracę między uczelniami, społecznością badawczą i biznesem, realizować wspólne planowanie, a także poprawić współpracę w obszarach, gdzie UE może zaoferować wartość dodaną, i odpowiednio dostosować krajowe procedury finansowania, tak aby zapewnić rozprzestrzenianie się technologii na całe terytorium UE;
- zapewnić odpowiednią liczbę absolwentów nauk ścisłych, wydziałów matematycznych i inżynieryjnych oraz wprowadzić do programów szkolnych elementy kreatywności, innowacji i przedsiębiorczości;
- promować wydatki na wiedzę, między innymi stosując ulgi podatkowe i inne instrumenty finansowe umożliwiające wzrost prywatnych inwestycji w badania i rozwój.

Zapisy tego Projektu przewodniego wskazują, że w jego ramach możliwe jest wspieranie systemu kształcenia w ochronie zdrowia, a więc także przygotowania kadr dla systemu ochrony zdrowia w systemie kształcenia przed- i podyplomowego, szczególnie jeżeli będzie to powiązane z działalnością badawczo-rozwojową.

Projekt przewodni: „Młodzież w drodze”

Celem projektu jest poprawa wyników i podniesienie atrakcyjności europejskiego szkolnictwa wyższego na arenie międzynarodowej oraz podniesienie jakości wszystkich poziomów kształcenia i szkolenia w UE, łącząc doskonałość z ideą sprawiedliwości, poprzez wspieranie mobilności studentów i stażystów oraz poprawę sytuacji młodzieży na rynku pracy.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- zapewnić odpowiedni poziom inwestycji w systemy kształcenia i szkolenia na wszystkich poziomach (od przedszkolnego do wyższego);
- poprawić rezultaty procesu kształcenia, stosując zintegrowane podejście w każdym segmencie systemu (kształcenie przedszkolne, podstawowe, średnie, zawodowe i wyższe), uwzględniając kluczowe kompetencje i dążąc do ograniczenia liczby osób przedwcześnie kończących naukę szkolną;
- zwiększyć otwartość i znaczenie systemów kształcenia poprzez utworzenie krajowej struktury kwalifikacji i lepsze łączenie rezultatów procesu kształcenia z potrzebami rynku pracy;
- ułatwić młodzieży wchodzenie na rynek pracy poprzez zintegrowane działania obejmujące m.in. udzielanie informacji, doradztwo, staże.

Projekt przewodni „Młodzież w drodze” zawiera odniesienia do całokształtu systemu kształcenia, a więc także do kształcenia kadr dla systemu ochrony zdrowia. Można przypuszczać, że w ramach tej „Inicjatywy Flagowej” możliwe jest realizowanie w szczególności działań wspierających kształcenie w deficytowych zawodach medycznych, czyli w takich, gdzie rynek usług zdrowotnych poszukuje specjalistów z konkretnych dziedzin. Analiza zapisów dotyczących tej Inicjatywy Flagowej, zawartych w dokumencie Europa 2020, wskazuje, że pozwala on m.in. na wspieranie systemu rezydentur, staży dla przedstawicieli zawodów medycznych, etc.

Projekt przewodni: „Europejska agenda cyfrowa”

Celem projektu jest osiągnięcie trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych z jednolitego rynku cyfrowego płynących z szybkiego i bardzo szybkiego Internetu i aplikacji interoperacyjnych; w praktyce oznacza to szerokopasmowy dostęp do Internetu dla wszystkich do roku 2013, dostęp do łączy o dużo większej prędkości transmisji danych (30 Mb/s i więcej) dla wszystkich do roku 2020 oraz dostęp do łączy o prędkości powyżej 100 Mb/s dla co najmniej 50% europejskich gospodarstw domowych.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- sporządzić strategie operacyjne dotyczące szybkiego Internetu i kierować środki publiczne, szczególnie fundusze strukturalne, na obszary nie w pełni obsługiwane przez inwestorów prywatnych;
- stworzyć ramy prawne służące koordynacji działań publicznych, aby obniżyć koszty procesu upowszechniania Internetu;
- propagować stosowanie i korzystanie z nowoczesnych usług *on-line* (takich jak e-administracja, e-zdrowie, inteligentny dom, umiejętności informatyczne, bezpieczeństwo).

Ta „Inicjatywa Flagowa” zawiera bezpośrednie odniesienie do propagowania stosowania i korzystania z nowoczesnych usług *on-line* takich jak e-zdrowie.

Projekt przewodni: „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia”

Celem projektu jest stworzenie warunków do unowocześnienia rynków pracy w związku z rosnącym poziomem bezrobocia oraz zapewnienie trwałości naszych modeli społecznych. Oznacza to wzmocnienie pozycji obywateli poprzez umożliwienie im zdobywania nowych umiejętności, tak aby obecni i przyszli pracownicy mogli przystosować się do nowych warunków i ewentualnej zmiany kariery, aby ograniczyć bezrobocie i podnieść wydajność siły roboczej.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- zrealizować własne ścieżki w zakresie *flexicurity* zgodnie z uzgodnieniami Rady Europejskiej, aby zmniejszyć segmentację rynku pracy oraz ułatwiać zmianę i pogodzenie życia zawodowego i rodzinnego;
- analizować i regularnie monitorować skuteczność działania systemów podatkowych i systemów świadczeń, tak aby praca była opłacalna (ze szczególnym uwzględnieniem osób o niskich kwalifikacjach), i jednocześnie usuwać czynniki zniechęcające do pracy na własny rachunek;
- wspierać nowe sposoby utrzymania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, wspierać aktywność osób starszych oraz zwiększyć równouprawnienie płci;
- wspierać i kontrolować skuteczne wprowadzanie w życie wyników dialogu społecznego;
- dodać silnego bodźca do realizacji europejskich ram kwalifikacji poprzez opracowanie krajowych ram kwalifikacji;

- zapewnić zdobywanie i uznawanie kompetencji koniecznych do kontynuowania nauki i na rynku pracy w toku kształcenia ogólnego, zawodowego, wyższego i kształcenia dorosłych, w tym także w toku uczenia się pozaformalnego i nieformalnego.
- utworzyć partnerstwo przedstawicieli świata edukacji i szkoleń oraz przedstawicieli rynku pracy, przede wszystkim włączając partnerów społecznych do planowania potrzeb w zakresie kształcenia i szkolenia.

W tę „Inicjatywę Flagową” wpisują się projekty dotyczące przeciwdziałaniu negatywnym zjawiskom demograficznym, które będą sprzyjały utrzymaniu równowagi między życiem zawodowym, a prywatnym oraz będą wspierać aktywność osób starszych, a także projekty dotyczące wspierania kształcenia podyplomowego i stałego podnoszenia kwalifikacji.

Projekt przewodni: „Europejski program walki z ubóstwem”

Projekt dąży do zapewnienia spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej, stanowi kontynuację idei Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym i ma na celu zwiększenie świadomości i uznanie praw podstawowych osób ubogich i wykluczonych społecznie, dając im szansę godnego życia i aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą musiały:

- propagować wspólne i indywidualne poczucie odpowiedzialności za walkę z ubóstwem i wyłączeniem społecznym;
- opracować i przeprowadzić działania mające na celu rozwiązanie konkretnych problemów grup szczególnie zagrożonych (rodziców samotnie wychowujących dzieci, starszych kobiet, mniejszości, Romów, osób niepełnosprawnych i bezdomnych);
- w pełni wykorzystywać swoje systemy ochrony socjalnej i emerytalne, aby zapewnić odpowiednie wsparcie dochodu i dostęp do opieki zdrowotnej.

Ten Projekt przewodni pozwala na wspieranie działań mających na celu poprawę dostępności do opieki zdrowotnej, a więc także do działań mających na celu zwiększenie jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia (poprzez pełniejszy dostęp społeczeństwa do usług zdrowotnych).

Dokumentem operacyjnym, opracowanym w celu wdrożenia w Polsce strategii określonej w dokumencie Europa 2020, jest dokument: ***Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”***,[8] gdzie na stronie 24, w części dotyczącej rozwoju infrastruktury

[8] Zob.: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_poland_pl.pdf , pobranie z dn. 12.12.2012 r.

społecznej, znajduje się dosyć obszerny fragment dotyczący kwestii związanych z ochroną zdrowia społeczeństwa:

Kolejną kwestią jest poprawa systemu ochrony zdrowia, jako obszaru o kluczowym znaczeniu dla jakości życia obywateli. Działania w tym obszarze będą ukierunkowane na poprawę dostępności oraz zdolności instytucjonalnej i poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad organizacji i zarządzania w systemie ochrony zdrowia oraz funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także poprzez inwestycje podnoszące jakość i konkurencyjność świadczenia usług zdrowotnych (m. in. modernizacja placówek świadczących usługi medyczne, zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego leczniczego i rehabilitacyjnego). Konieczne będzie również podjęcie szerszych niż do tej pory działań w zakresie profilaktyki i rehabilitacji oraz opieki długoterminowej, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa, w tym w zakresie szerszego wykorzystania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w służbie osobom starszym i niepełnosprawnym, aby umożliwić im niezależne życie i aktywność społeczną. Przyczyni się to do osiągnięcia celu strategicznego, jakim jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz będzie sprzyjało dłuższemu pozostawaniu osób pracujących na rynku pracy. Niezbędne będzie wspieranie systemów norm, standardów interoperacyjności oraz certyfikacji systemów i usług e-zdrowia. Warto rozważyć wprowadzenie kontroli bezpieczeństwa produktów informatycznych w ochronie zdrowia w sposób analogiczny, jak dla bezpieczeństwa urządzeń medycznych. Jednocześnie należy zapewnić kształcenie kadr medycznych w specjalizacjach niezbędnych do zagwarantowania odpowiedniego poziomu zdrowia społeczeństwa.

Dokument ten podkreśla istotne znaczenie sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia dla jakości życia obywateli. Jednocześnie wskazuje na kluczowe, priorytetowe kierunki działań podejmowanych w celu poprawy funkcjonowania tego systemu:

- poprawa dostępności oraz zdolności instytucjonalnej i poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad organizacji i zarządzania w systemie ochrony zdrowia oraz funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także poprzez inwestycje podnoszące jakość i konkurencyjność świadczenia usług zdrowotnych.
- podjęcie szerszych niż do tej pory działań w zakresie profilaktyki i rehabilitacji oraz opieki długoterminowej, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa.
- wspieranie systemów norm, standardów interoperacyjności oraz certyfikacji systemów i usług e-zdrowia.
- kształcenie kadr medycznych w specjalizacjach niezbędnych do zagwarantowania odpowiedniego poziomu zdrowia społeczeństwa.

Wśród krajowych dokumentów strategicznych odnoszących się do problematyki systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim trzeba wskazać na projekt dokument ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju***.[9] W dokumencie tym odniesienia do kwestii związanych z ochroną zdrowia znajdujemy już na stronie 4, gdzie zdefiniowano dwadzieścia pięć kluczowych decyzji, jaki muszą zostać podjęte w najbliższym czasie w Polsce. Wśród nich, jako decyzję numer 10, wymieniono:

10. Dostępność i wysoka jakość usług zdrowotnych

Wdrożyć zmiany do 2015 w systemie zdrowia powszechnego, których celem będzie poprawa dostępności, skuteczności i jakości usług medycznych (w tym rehabilitacji), głównie za sprawą wzrostu efektywności systemu ochrony zdrowia, istotnego wzmocnienia dobrze adresowanych działań profilaktycznych, uruchomienia dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej.

Nieco dale, na stronie 6, wymieniono także decyzję numer 19, gdzie także wskazano na pewne elementy związane z systemem ochrony zdrowia.

19. Poprawa cywilizacyjnych warunków życia na wsi

Wyposażyć obszary wiejskie i małe miasteczka w infrastrukturę cywilizacyjną pozwalającą na wyrównanie szans zawodowych i społecznych ich mieszkańców (dostępność komunikacyjna, cyfrowa, edukacyjna, do usług zdrowotnych, warunki uczestnictwa w kulturze oraz dla pracy poza rolnictwem – także w nowych dziedzinach eko-gospodarki) i silniejsze powiązanie z lokalnymi, regionalnymi i krajowymi centrami rozwoju.

Decyzja nr 10., która w pełni i bezpośrednio odnosi się do systemu ochrony zdrowia, jest sformułowana bardzo ogólnie i wskazuje jedynie na potrzebę podjęcia kompleksowych działań zmierzających do poprawy jakości i dostępności usług medycznych w Polsce. Wskazane zostały tu pewne obszary, które można uznać za priorytetowe:

- Wzrost efektywności systemu ochrony zdrowia;
- Wzmocnienie działań profilaktycznych;
- Uruchomienie dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej.

W decyzji nr 19. wskazano jedynie na znaczenie dostępności do usług medycznych dla poprawy warunków cywilizacyjnych życia na wsi. Z punktu widzenia planowania przyszłego wsparcia dla systemu ochrony zdrowia, jest to zarazem wskazanie, że za istotny – jeżeli nie priorytetowy – można uznać kierunek działań zmierzający do poprawy dostępności do usług medycznych na obszarach wiejskich.

[9] Zob.: projekt dokumentu z dnia 17.11.2012 r., http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/dsrk_2_tom_17_listopada_2011__0.pdf pobranie z dn. 12.12.2012.

W dalszej części dokumentu ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*** znajdujemy dalsze i bardziej szczegółowe odniesienia do kwestii związanych z systemem ochrony zdrowia.

W ramach celu IV. Kapitał Ludzki (str. 139), wskazanych zostało 19 kluczowych projektów, z których kilka odnosi się bezpośrednio do obszaru ochrony zdrowia:

IV.10 *Wprowadzenie nowych rozwiązań zapewniających powszechność opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz poszerzenie oferty opieki instytucjonalnej, tak aby odpowiedzieć na wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa i zapewnić wsparcie rodzinom, w których znajdują się osoby niesamodzielne.*

IV.17 *Przeprowadzenie zmian w systemie ochrony zdrowia, tak aby w większym stopniu był przygotowany na wyzwania związane z przemianami demograficznymi (np. zapewnienie lepszej opieki dla kobiet w ciąży i w okresie połogu, znalezienie odpowiedzi na starzenie się społeczeństwa, wspieranie par bezdzietnych starających się o potomstwo).*

IV.18 *Zwiększenie zakresu (dostępności) oraz poprawa adresowalności programów zdrowotnych (w tym profilaktycznych i rehabilitacyjnych) zmierzających do zmniejszenia poziomu umieralności w grupach największego ryzyka, szczególnie wśród mężczyzn w wieku 30-59 lat.*

IV.19 *Zwiększenie dostępności do kluczowych usług medycznych wysokiej jakości (np. terapii nowotworowej, leczenia chorób wieńcowych, chorób psychicznych i wypalenia (stresu) zawodowego.*

Podkreślono, że „*Starzenie się ludności i zmiany proporcji między liczebnością osób młodych i starszych w populacji pociągną za sobą konieczność zmian w strukturze wydatków publicznych nie tylko w obszarze emerytalnym i rentowym, lecz także w dwóch innych obszarach tj. wydatkach na zdrowie i edukację. W tym pierwszym wypadku zakłada się w Strategii stopniowy wzrost wydatków do roku 2030 o ok. 1% PKB, co wiązać się będzie zarówno z koniecznością podniesienia standardów w opiece zdrowotnej, jak i ze znacznym wzrostem w populacji odsetka ludzi w wieku, w którym zachorowalność jest większa. Z kolei, wynikający także z procesów demograficznych, przewidywany spadek liczby uczniów szkolnictwa powszechnego oraz studentów szkolnictwa wyższego pozwoli na niewielkie zmniejszenie (o ok. 0,5% PKB) wydatków publicznych na cele edukacyjne bez jednoczesnego spadku, a nawet przy wzroście, jakości świadczonych w tym zakresie usług publicznych*.”[10]

Przytoczone wyżej stwierdzenia stanowią istotne wskazania, w jakim kierunku planowane są interwencje publiczne w sektorze ochrony zdrowia. Jako bezpośrednie wskazanie priorytetów można odczytać tytuły projektów IV.10. IV.17, IV.18 i IV.19.

[10] Zob.: Polska 2030, cz. 2., s. 26.

Dokument ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju***, kwestiom ochrony zdrowia poświęca jeden z pięciu celów strategicznych w obszarze dotyczącym rozwoju kapitału ludzkiego. W tej części znajdujemy dosyć precyzyjne zapisy dotyczące poszczególnych celów operacyjnych w ramach strategicznego obszaru IV, jakim jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa (str. 173).

Sformułowano następujące cele operacyjne:

4.1 Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych. Realizacji tego celu operacyjnego miałby służyć projekt kluczowy IV.17.

4.2 Zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego (w tym profilaktyki). Realizacji tego celu operacyjnego miałby służyć projekt kluczowy IV.18.

4.3 Poprawa dostępności do wysokiej jakości usług medycznych oraz nowoczesnej rehabilitacji. Realizacji tego celu operacyjnego miałby służyć projekt kluczowy IV.19.

4.4 Kształtowanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną (zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym) oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej. W dokumencie nie wskazano żadnego projektu kluczowego, który miałby służyć realizacji tego celu operacyjnego.

Zapisy ogólne zamieszczone w dokumencie ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju***, zostały rozwinięte w ramach ***Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego Polska 2030***, który także jest rodzajem uzupełnienia poprzedniego dokumentu i należy do szerokiej „rodziny” dokumentów strategicznych oznaczonych ogólną nazwą Polska 2030.

„Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego Polska 2030”[11] wśród swoich pięciu celów strategicznych wymienia także, jako czwarty cel strategiczny, poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Ten cel strategiczny ma być osiągnięty poprzez realizację ośmiu celów operacyjnych:

- Poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej, w celu zwiększenia dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji. Jednym z działań może być optymalizacja wykorzystania całości wydatków kierowanych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, samorządów oraz środków prywatnych ponoszonych na zakup leków oraz usług medycznych na wolnym rynku.

- Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób

[11] Zob.: http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/pliki/srkl_-_wersja_z_15_listopada.pdf, s. 8.

starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych.

- Zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez podejmowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej krytycznych z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych.
- Kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną, w tym poprawa poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa.
- Zmniejszenie liczby wypadków i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa.
- Istotne ograniczenie śmiertelności z przyczyn zewnętrznych, w szczególności wynikających z wypadków komunikacyjnych.
- Dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu ochrony zdrowia.
- Rozwój sieci oparcia psychicznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych.

W powyższym zestawieniu musi zwracać uwagę to, że aż trzy spośród tych celów operacyjnych w sposób bezpośredni lub pośredni, w pełni lub częściowo odnoszą się do działań o charakterze szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej. Bezpośrednio i w pełni tych zagadnień dotyczy trzeci cel operacyjny. Natomiast w celu czwartym niebezpośrednio wskazano niemedyczne działania profilaktyczne polegające na podnoszeniu stanu zdrowia społeczeństwa poprzez zdrowy styl życia i rozwój kultury fizycznej. W piątym celu operacyjnym podkreślono znaczenie zachowania i wzrostu bezpieczeństwa i higieny pracy dla zmniejszenia liczby wypadków i chorób zawodowych, a przecież kwestie związane z BHP maję ewidentny charakter działań profilaktycznych.

W porównaniu do omówionego wcześniej dokumentu ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju,*** w ***Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego Polska 2030*** dodano piąty cel operacyjny, dotyczący w znacznej mierze zagadnień medycyny pracy oraz zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy. Jest to więc cel operacyjny w znacznej mierze, choć pośrednio, wynikający z zapisów dokumentu Europa 2020, gdzie duży nacisk kładziony zapewnienie odpowiednich warunków w pracy (np. określonych w Inicjatywie Flagowej: *Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia*).

Wybór celów strategicznych zaprezentowanych w dokumencie ***Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego Polska 2030*** pokazuje, jakie są przewidziane kierunki priorytetowe, a także pośrednio wskazuje, poprzez jakiego rodzaju działania cele te powinny zostać osiągnięte.

Sformułowania zawarte w tym dokumencie wskazują, że kluczowym rodzajem działań powinny być działania przede wszystkim o charakterze zapobiegawczym.

Podsumowanie:

Problematyka związana z ochroną zdrowia i koniecznością reagowania na zachodzące zmiany demograficzne (starzenie się społeczeństwa) znajduje odzwierciedlenie w kluczowym dokumentem strategicznym określającym zasadnicze kierunki polityki Unii Europejskiej do roku 2020, w dokumencie ***„Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”***. Proponowana w tym dokumencie strategia adresowania kluczowych problemów Europy, polegająca na koncentrowaniu działań w ramach szeregu tzw. „Inicjatyw Flagowych” zawiera odniesienia do problematyki zdrowia, a także pozwala na to, aby w tę strategię wpisać szereg działań z zakresu ochrony zdrowia. W szczególności – w sposób bezpośredni lub pośredni – odnoszą się do tej tematyki następujące „Inicjatywy Flagowe”: „Unia Innowacji”, „Młodzież w drodze”, „Europejska agenda cyfrowa”, „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia” i „Europejski program walki z ubóstwem”.

Dokument operacyjny, opracowanym w celu wdrożenia w Polsce strategii określonej w dokumencie Europa 2020, ***Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”***, zawiera obszerne odniesienia do problematyki zdrowia. Podkreśla on istotne znaczenie sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia dla jakości życia obywateli oraz wskazuje na kluczowe, priorytetowe kierunki działań podejmowanych w celu poprawy funkcjonowania tego systemu.

Wśród krajowych dokumentów strategicznych odnoszących się do problematyki systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim trzeba wskazać na projekt dokument ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju***. W dokumencie tym znajdują się liczne odniesienia do kwestii związanych z ochroną zdrowia. Wśród dwudziestu pięciu kluczowych decyzji, jaki muszą zostać podjęte w najbliższym czasie w Polsce, znajdują się także decyzje dotyczące ochrony zdrowia:

10. Dostępność i wysoka jakość usług zdrowotnych.

19. Poprawa cywilizacyjnych warunków życia na wsi.

W ramach celu IV, Kapitał Ludzki, dokument ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*** zawiera bardziej szczegółowe odniesienia do kwestii związanych z systemem ochrony zdrowia i wśród 19 kluczowych projektów dla tego celu wskazuje kilka odnoszących się bezpośrednio do obszaru ochrony zdrowia. Dla tego obszaru sformułowano cztery cele operacyjne:

4.1 Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych. .

4.2 Zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego (w tym profilaktyki).

4.3 Poprawa dostępności do wysokiej jakości usług medycznych oraz nowoczesnej rehabilitacji.

4.4 Kształtowanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną (zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym) oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej.

Także bardziej szczegółowy dokument ***„Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego Polska 2030”*** wśród swoich pięciu celów strategicznych wymienia także, jako czwarty cel strategiczny, poprawę stanu zdrowia społeczeństwa. Dla tego celu strategicznego zdefiniowano osiem celów operacyjnych koncentrujących są na pięciu ogólnych zagadnieniach:

- Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia;
- Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych;
- Profilaktyka (w tym także zagadnienia dotyczące medycyny pracy i chorób zawodowych);
- Ograniczenie śmiertelności z przyczyn zewnętrznych;
- Rozwój sieci oparcia psychicznego.

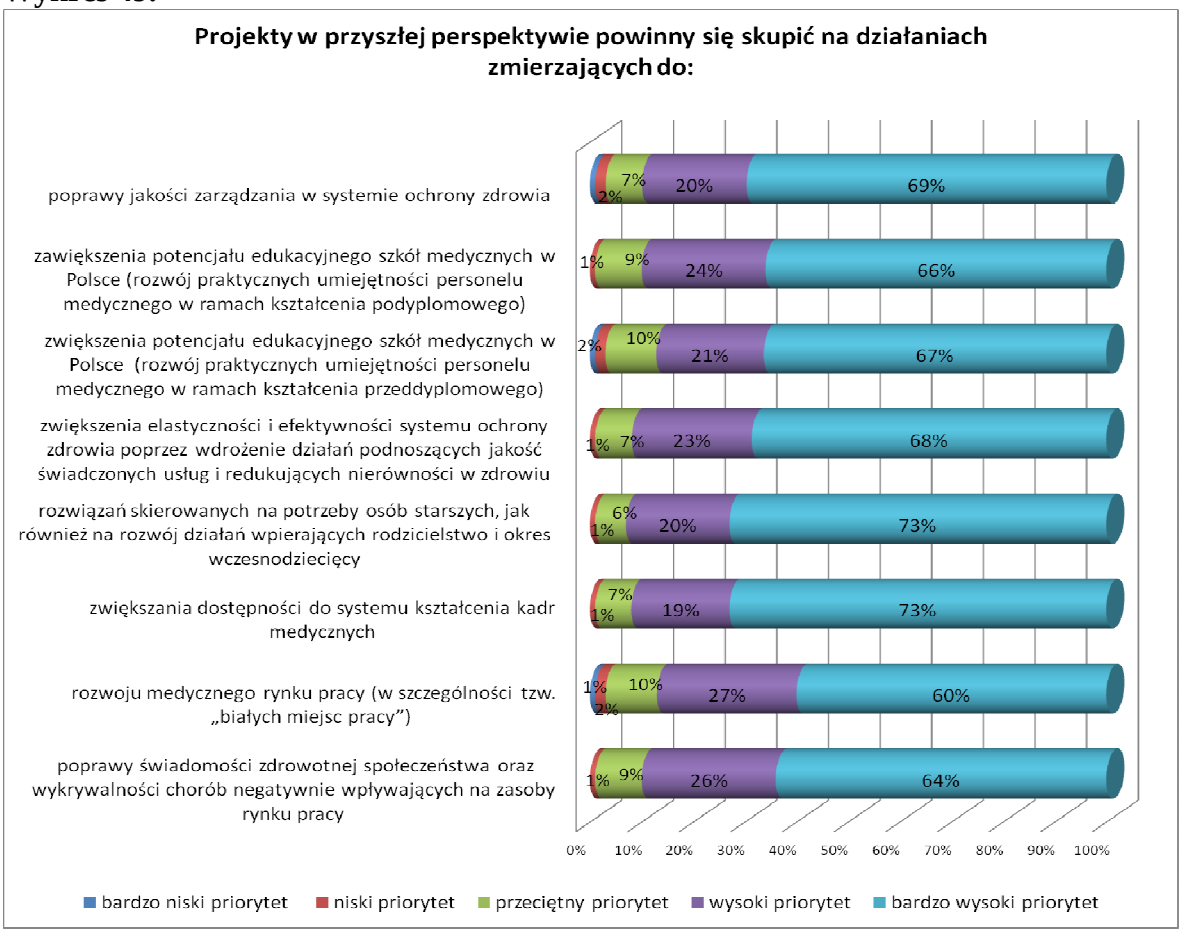
* * *

Odpowiadając na pytania odnoszące się do drugiego celu szczegółowego badania, Wykonawca zestawił ze sobą odpowiedzi udzielone przez osoby, które uczestniczyły w projektach ocenianych w ramach pierwszego celu szczegółowego, z odpowiedziami udzielonymi przez przedstawicieli wybranych grup zawodowych (fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni, farmaceuci, technicy farmaceutyczni, technicy elektroradiologii, fizycy medyczni, terapeuci zajęciowi, terapeuci uzależnień, opiekunowie medyczni, dietetycy oraz psycholodzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych). Dokładniejszej analizie poddano odpowiedzi udzielone przez przedstawicieli wybranych zawodów medycznych.
W ramach drugiego celu szczegółowego, Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze sformułowane przez Ministerstwo Zdrowia.

i. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?

Respondenci będący uczestnikami projektów realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL w następujący sposób określili priorytety zaproponowanych im potencjalnych obszarów wsparcia w ramach perspektywy finansowej 2014-2020:

Wykres 49.



Źródło: Opracowanie własne

Uczestnicy analizowanych projektów realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL za najbardziej priorytetowe obszary wsparcia uznali:

- Zwiększanie dostępności do systemu kształcenia kadr medycznych (92% wskazań, iż ten obszar ma wysoki i bardzo wysoki priorytet);
- Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu (91% wskazań, iż ten obszar ma wysoki i bardzo wysoki priorytet);
- Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce (rozwój praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia podyplomowego) (90% wskazań, iż ten obszar ma wysoki i bardzo wysoki priorytet);

- Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy (90% wskazań, iż ten obszar ma wysoki i bardzo wysoki priorytet).

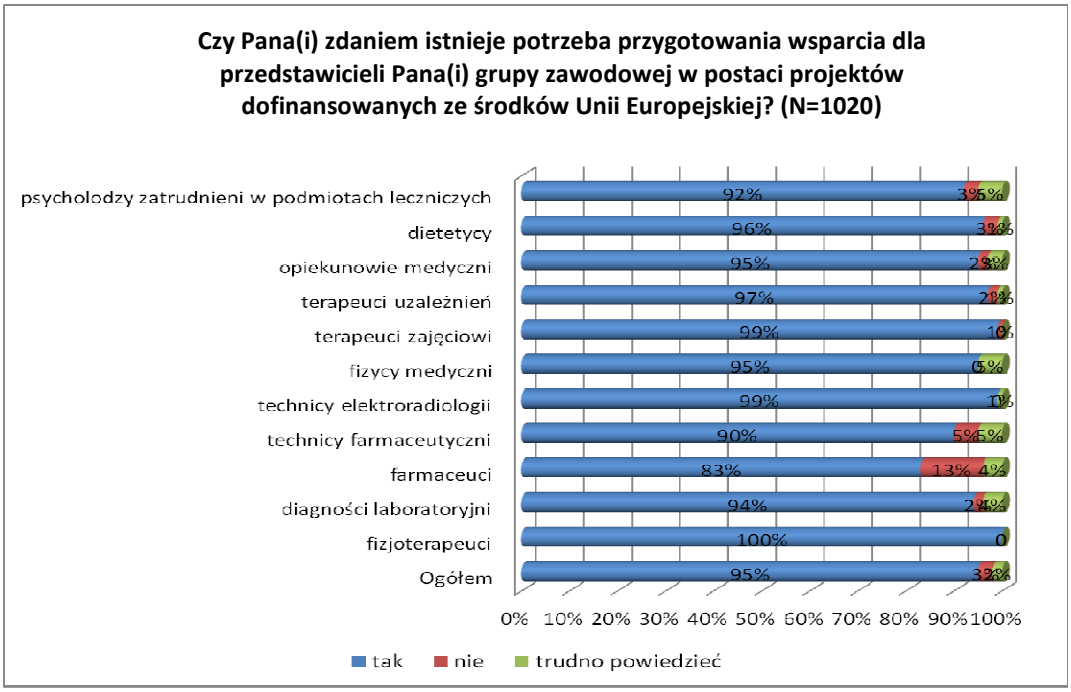
Jednocześnie na te same pytania odpowiadali przedstawiciele wybranych zawodów medycznych. Przede wszystkim zapytano ich, czy grupa zawodowa, którą reprezentują potrzebuje wsparcia w postaci projektów dofinansowanych ze środków UE.

Wykres 50.

Źródło: Opracowanie własne

Zaledwie 3% respondentów (31 osób) odpowiedziało, że ich grupa zawodowa nie potrzebuje takiego wsparcia. Interesujące jest jednak, że znaczna część takich odpowiedzi była skoncentrowana w niewielkiej liczbie grup zawodowych:

Wykres 51.



Źródło: Opracowanie własne

Najmniejsze zainteresowanie projektami współfinansowanymi ze środków UE wykazują następujące grupy zawodowe:

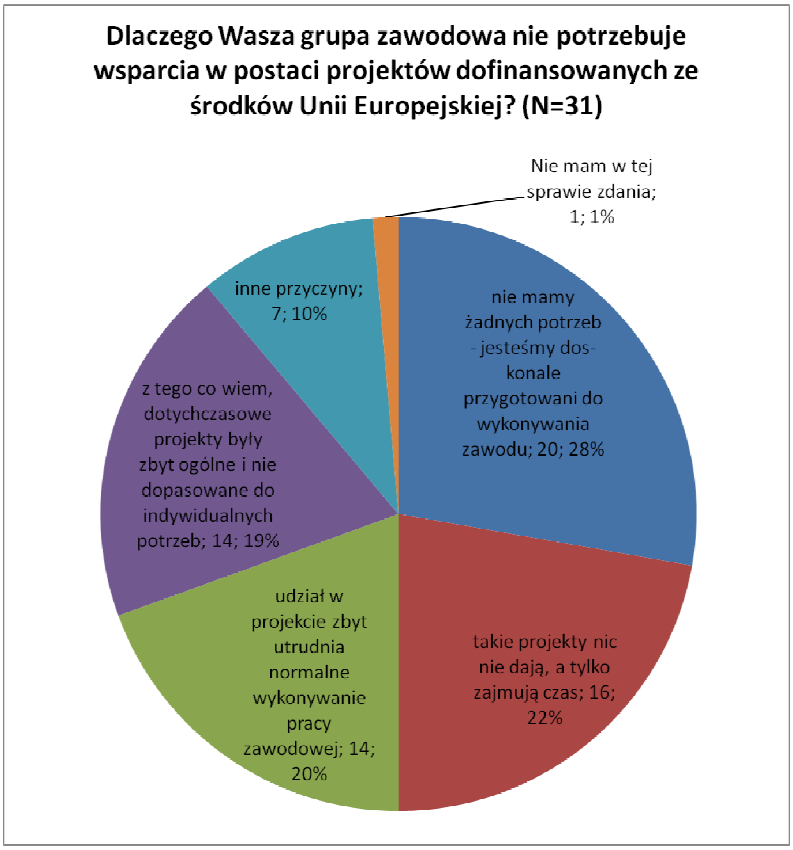
- Farmaceuci (83%);
- Technicy farmaceutyczni (90%);
- Psycholodzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych (92%).

Największe zainteresowanie takim wsparciem wykazują:

- Fizjoterapeuci (100%);
- Terapeuci zajęciowi (99%);
- Technicy elektroradiologii (99%);
- Terapeuci uzależnień (97%);
- Dietetycy (96%).

Osoby, które uważają, że ich grupa zawodowa nie potrzebuje wsparcia w postaci projektów współfinansowanych ze środków UE uzasadniają swoją opinię następująco:

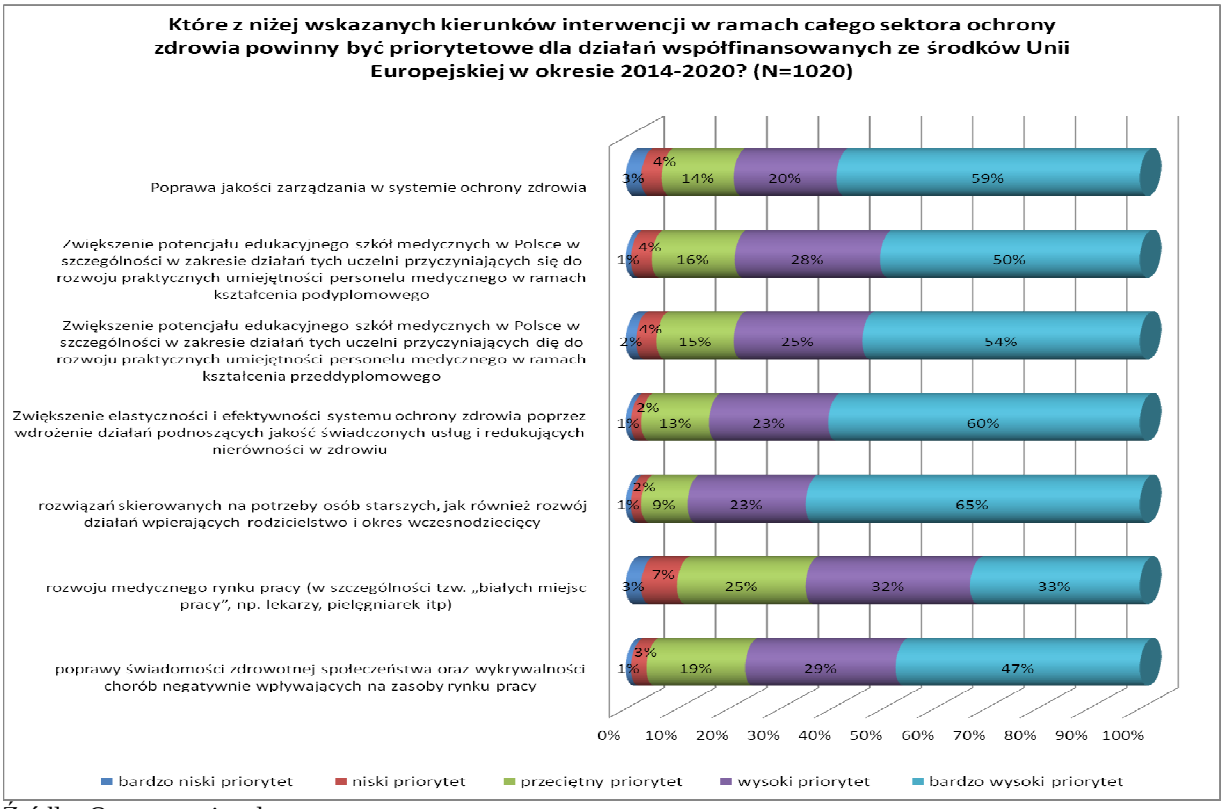
Wykres 52.



Źródło: Opracowanie własne

Pozostali przedstawiciele wybranych grup zawodowych zostali poproszeni o wyrażenie swojej opinii odnośnie priorytetyzacji potencjalnych kierunków wsparcia dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Wykres 53.



Źródło: Opracowanie własne

Za najmniej priorytetowe respondenci uważają następujące potencjalne obszary wsparcia:

- Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy”, np. lekarzy, pielęgniarek itp.) (33% wskazań określających ten obszar jako bardzo wysoki priorytet, 32% wskazań – wysoki priorytet);
- Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy (47% - bardzo wysoki priorytet, 29% - wysoki priorytet);

Za najbardziej priorytetowe respondenci uznali następujące potencjalne obszary wsparcia:

- Rozwiązania skierowane na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wspierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy (65% - bardzo wysoki priorytet i 23% -wysoki priorytet);
- Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu (60% - bardzo wysoki priorytet, 23% - wysoki priorytet);
- Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia (59% - bardzo wysoki priorytet, 20% - wysoki priorytet).

Wywiady indywidualne przeprowadzone z przedstawicielami: (i) projektodawców oraz współpracujących z nimi wykonawców projektów, samorządów zawodowych, (ii) stowarzyszeń zawodowych i towarzystw naukowych właściwych dla zawodów medycznych

oraz z (iii) ekspertami z zakresu ochrony zdrowia pokazują zupełnie inne uszeregowanie kierunków priorytetowych. Przedstawiciele wskazanych wyżej grup, za najważniejsze, kluczowe priorytety dla interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w przyszłej kadencji uznają:

- Poprawę świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy – rozumianej jednak jako wprowadzania kompleksowych, szeroko zakrojonych działań profilaktycznych skierowanych do całego społeczeństwa, rozpoczynając już od dzieci i młodzieży szkolnej, przy czym pełne dostrzegalne rezultaty takich działań (mierzone np. wskaźnikami opisującymi zmianę stylu życia, zmianę wskaźników obrazujących udział osób z nadwagą i otyłych w populacji, istotnym zmniejszeniem odsetka osób palących tytoń, etc.) będą widoczne dopiero w perspektywie wielu lat;

- Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. Jednocześnie wskazywano tutaj na istotną rolę, jaką w tym procesie powinny pełnić nie tylko wyższe szkoły medyczne, ale także placówki medyczne o charakterze ponadregionalnym, szpitale kliniczne (z istotnym wzrostem ich roli w kształceniu podyplomowym) i instytutu; oraz

- Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Odnosząc się do tego zagadnienia część respondentów wskazywała w istocie na potrzebę stworzenia/ zbudowania takiego systemu w Polsce, uznając, że obecny system, którego budowę zapoczątkowano w 1999 r. nie spełnia i nie może spełniać oczekiwań zarówno społeczeństwa, jak i przedstawicieli zawodów medycznych. Podkreślano przy tym, że system taki powinien charakteryzować się znacznie większą spójnością na wszystkich poziomach świadczenia usług, począwszy od lekarzy pierwszego kontaktu (których rola w systemie powinna zostać przeanalizowana i w znacznym stopniu zracjonalizowana), a kończąc na placówkach medycznych świadczących usługi wysokospecjalistyczne. Wskazywano jednocześnie na potrzebę wprowadzenia zmian w systemie rozliczania usług medycznych, jednocześnie podkreślając, że system ochrony zdrowia – przynajmniej jego sektor publiczny – nie powinien być traktowany tak samo, jak każdy inny przejaw prowadzenia działalności gospodarczej, a placówki medyczne nie powinny być traktowane tak samo jak wszystkie inne przedsiębiorstwa, których celem jest generowanie dochodu.

Natomiast przeprowadzone z potencjalnymi uczestnikami projektów/odbiorcami wsparcia (przedstawiciele wybranych zawodów medycznych) oraz ze studentami kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa, analityka medyczna, farmacja i fizjoterapia grupowe wywiady zogniskowane (FGI) wskazały następujące zasadnicze priorytety dla przyszłego wsparcia:

- Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy – podobnie jak w przypadku osób, z którymi przeprowadzono pogłębione wywiady indywidualne, rozumiana jako wprowadzania kompleksowych, szeroko zakrojonych działań profilaktycznych skierowanych do całego społeczeństwa;

- Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia przeddyplomowego – przy czym w kształceniu większy niż nacisk powinien być kładziony na zajęcia praktyczne z wykorzystaniem nowoczesnych symulatorów i fantomów, przy jednoczesnym nie ograniczaniu zakresu zajęć teoretycznych, umożliwiających holistyczne podejście do kwestii związanych z przyszłym wykonywaniem zawodu, a nie tylko ograniczanie się do wąskiego zakresu własnej specjalności;

- Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia podyplomowego. Tutaj wskazywano na potrzebę objęcia szerszym niż dotychczas wsparciem kwestii związanych z uzyskiwaniem specjalizacji oraz z kursami kwalifikacyjnymi, podnoszącymi rzeczywiste kompetencje i uprawnienia zawodowe. Jednocześnie z część środowisk (w tym fizjoterapeuci i analitycy medyczni) podnosili kwestię objęcia także ich zawodów wsparciem w postaci finansowania studiów pomostowych dla osób wykonujących te zawody, lecz nie posiadających ukończonych studiów wyższych.

Z połączenia odpowiedzi udzielonych przez obie grupy respondentów badania ilościowego, a także uwzględniając wyniki dyskusji prowadzonych w trakcie badania jakościowego (wywiady IDI oraz FGI) za najważniejsze obszary priorytetowe, określające kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 należy uznać:

1. Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy;
2. Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu;
3. Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia;
4. Rozwiązania skierowane na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy.

ii. Na czym mogłoby ewentualnie polegać wsparcie w ramach poszczególnych obszarów?

Ta część badania miała na celu zidentyfikowanie w poszczególnych, wskazanych i opisanych w poprzednim rozdziale potencjalnych obszarów priorytetowych dla wsparcia w systemie ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2014-2020, konkretnych, szczegółowych obszarów, do których zdaniem osób objętych badaniem powinno być skierowane wsparcie finansowane ze środków Unii Europejskiej. W dalszej części tego rozdziału przedstawiono zbiorcze wyniki badania, obejmujące wyniki badań ankietowych (odpowiedzi na pytanie otwarte) oraz wyniki przeprowadzonych wywiadów IDI oraz FGI.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Działania zmierzające do poprawy świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku prac” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Profilaktyka. W tym takie elementy jak: (i) dotarcie do społeczeństwa, przez propagowanie zdrowego trybu życia; (ii) badania w szkołach – rozszerzenie zakresu działań profilaktycznych w szkołach (gabinet stomatologiczny, rehabilitacja, etc.), (iii) finansowanie badań przesiewowych; (iv) promowanie działań zmierzających do minimalizacji czynników ryzyka zachorowania, a nie jedynie koncentrowanie ich na wczesnym wykrywaniu chorób; (v) ograniczenie wprowadzających w błąd reklam; (vi) organizowanie i finansowanie (dofinansowanie) kursów zdrowego odżywiania połączone z praktycznymi warsztatami; (vii) kampanie informacyjne i programy profilaktyczne w grupach ryzyka.
- Zwiększenie świadomości pacjentów na temat tego, do jakich badań mają dostęp.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy”, np. lekarzy, pielęgniarek itp.)” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Zwiększenie nakładów finansowych na doposażenie techniczne (aparatura).
- „Cywilizowana” prywatyzacja szpitali – zwiększenie liczby miejsc pracy dla pielęgniarek, diagnostów, lekarzy.
- Stworzenie centralnego rejestru miejsc pracy w zawodach medycznych, bank pracy.
- Szkolenia dla personelu medycznego, mającego kontakt z pacjentem, na temat zasad i sposobów prawidłowego postępowania z pacjentem, w tym także szkolenia dotyczące empatii.
- Zapewnienie pomocy finansowej dla placówek, tworzenie nowych miejsc pracy na obszarach de faworyzowanych pod względem dostępności do usług w ramach systemu ochrony zdrowia: należy dopłacać do obszarów, gdzie nie ma chętnych do pracy w systemie ochrony zdrowia.

- Dofinansowywanie szkoleń, szczególnie w obszarze szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek.
- Promowanie leczenia holistycznego: nauczyć lekarzy traktować pacjenta jak człowieka, a nie jednostkę chorobowa.
- Działania wspierające zatrudnianie lekarzy i pozostałego personelu medycznego określonych specjalności tam, gdzie jest tego potrzeba, w tym szczególnie promowanie i wspieranie mobilności kadry medycznej.
- Wielu respondentów postulowało po prostu zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia, a w tym przede wszystkim zwiększenie zarobków „białego personelu”, a w szczególności pielęgniarek i położnych.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Zwiększenie dostępności do systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Zwieszenie liczby pracowników w placówkach systemu ochrony zdrowia w Polsce.
- Rozwinięcie systemu stypendialnego, umożliwiającego podnoszenie kwalifikacji przez personel medyczny.
- Zmniejszenie kosztów kursów zawodowych dla personelu medycznego.
- Zwiększenie kompetencji niektórych zawodów medycznych.
- Zwiększenie dostępności do lekarzy POZ (przeznaczenie na ten cel więcej środków).
- Podniesienie jakości kształcenia na najlepszych uczelniach medycznych, nie zaś zwiększanie liczby szkół kształcących na przeciętnym lub niskim poziomie.
- Zwiększenie możliwości korzystania z urlopów szkoleniowych przez personel medyczny podnoszący swoje kwalifikacje.
- Pojawiały się dosyć liczne głosy, że obecnie dostępność do świadczeń zdrowotnych jest duża, lecz rzeczywistą barierę tworzą limity finansowe uniemożliwiające świadczenie odpowiedniej ilości usług o należytej jakości (połączonych z pełną diagnostyką).

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych, dofinansowania i formy instytucjonalnej opieki dla osób starszych oraz organizacja spotkań z psychologami.
- Wsparcie dla pracy pielęgniarek środowiskowych.
- Zwiększenie ilości wizyt domowych u osób starszych.

- Wzmocnienie bezpośredniej opieki nad osobami starszymi – uzawodowienie opieki nad tymi osobami, połączone z potrzebą wykształcenia osób zawodowo zajmujących się osobami starszymi (np. w ramach systemu podobnego do obecnie funkcjonującego w Anglii).
- Rozwój uniwersytetów trzeciego wieku, wykłady na temat zdrowia adresowane specjalnie do osób starszych.
- Zwiększenie dostępności do szkół rodzenia, szkół rodziców, świadomego rodzicielstwa.
- Rozwój i większa dostępność do badań w okresie prenatalnym i wczesnodziecięcym.
- Profilaktyka , opieka dodatkowa nad matką i dzieckiem.
- Szeroko pojęte szerzenie wiedzy na temat komunikacji interpersonalnej w rodzinie.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Zwiększenie dostępu do świadczeń lekarskich w małych miejscowościach.
- Lepsze dostosowanie liczby zatrudnionego personelu do liczby pacjentów.
- Wspieranie wszelkich możliwych sposobów zwiększenia dostępność do lekarzy specjalistów (w tym: zwiększenie limitu świadczeń, zwiększenie liczby lekarzy specjalistów).
- Sugerowano także zmianę systemu służby zdrowia, w kierunku większej racjonalizacji wykorzystania już dostępnych zasobów ludzkich w placówkach medycznych w Polsce, w tym także poprzez poprawę wykorzystania czasu pracy wysokokwalifikowanego personelu lekarskiego poprzez odciążenie lekarzy od prac o charakterze biurowym. Sugerowano także uelastycznienie/ zmianę systemu kontraktacji usług medycznych przez NFZ i zmianę systemu limitów finansowych obowiązujących obecnie w systemie ochrony zdrowia.
- Postulowano także zwiększenie finansowania badań i zapewnienie wszystkim bezpłatnego dostępu do pełnego pakietu badań.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie działań tych uczelni przyczyniających się do rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia przeddyplomowego” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Wspieranie współpracy polskich wyższych szkół medycznych z ich odpowiednikami w innych krajach.
- Zwiększenie zakresu szkolenia praktycznego.

- Zwiększenie udziału lekarzy praktyków w kształceniu na wyższych szkołach medycznych.
- Rozbudowanie systemu stypendiów, w tym także stypendiów fundowanych w ramach programów lojalnościowych.
- Trzeba podkreślić, że niemal 80% respondentów badania ankietowego, oraz większość uczestników badań jakościowych będących przedstawicielami zawodów medycznych (także studenci wyższych uczelni medycznych) podkreślała potrzebę zwiększenia zakresu zajęć praktycznych dla studentów.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie działań tych uczelni przyczyniających się do rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia podyplomowego” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Zwiększenie dostępności szkoleń dla personelu z małych miejscowości.
- Wspieranie organizowania podyplomowych kursów tematycznych, nastawionych na konkretne jednostki chorobowe, specjalizację.
- Wspieranie obniżania kosztów kształcenia podyplomowego, zapewnienie dostępności urlopów szkoleniowych.
- Zwiększenie nakładów na staże kliniczne, na badania, naukę i projekty badawcze.
- Szkolenia personelu finansowane przez organy założycielskie.

Odpowiadając na pytanie: Na czym Pana(i) zdaniem powinno polegać wsparcie w obszarze „Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia” respondenci przede wszystkim zwracali uwagę na następujące elementy:

- Wprowadzenie jasnych i czytelnych katalogów świadczeń.
- Poprawa kontroli nad środkami wpływającymi do służby zdrowia oraz dbałość o to, aby nie brakowało środków na procedury niskopunktowane.
- Organizacja szkoleń dla kadry zarządzającej z zakresu zarządzania personelem.
- Opracowanie kryteriów doboru kadry kierowniczej.
- Promowanie decentralizacji służby zdrowia, co spowoduje racjonalne gospodarowanie pieniędzmi dla pacjentów.
- Wspieranie korzystania z doświadczeń innych państw: przeprowadzić analizę sytuacji w tych krajach, gdzie system ochrony zdrowia funkcjonuje sprawnie, wyciągnąć wnioski i dostosować je do sytuacji naszego kraju.

Podsumowanie:

Uczestnicy badania określili, na czym w ich opinii, powinno polegać wsparcie w poszczególnych obszarach wskazanych w badaniu jako potencjalne obszary wsparcia. Za główne obszary wsparcia, oraz związane z nimi zakresy wsparcia, uczestnicy badania uznali:

1. Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy:
   - Profilaktyka.
   - Zwiększenie świadomości pacjentów na temat tego, do jakich badań mają dostęp
2. Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu:
   - Zwiększenie dostępu do świadczeń lekarskich w małych miejscowościach.
   - Lepsze dostosowanie liczby zatrudnionego personelu do liczby pacjentów.
3. Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia:
   - Wprowadzenie jasnych i czytelnych katalogów świadczeń.
   - Poprawa kontroli nad środkami wpływającymi do służby zdrowia oraz dbałość o to, aby nie brakowało środków na procedury niskopunktowane.
   - Organizacja szkoleń dla kadry zarządzającej z zakresu zarządzania personelem.
   - Opracowanie kryteriów doboru kadry kierowniczej.
   - Promowanie decentralizacji służby zdrowia, co spowoduje racjonalne gospodarowanie pieniędzmi dla pacjentów.
   - Wspieranie korzystania z doświadczeń innych państw: przeprowadzić analizę sytuacji w tych krajach, gdzie system ochrony zdrowia funkcjonuje sprawnie, wyciągnąć wnioski i dostosować je do sytuacji naszego kraju.
4. Rozwiązania skierowane na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy.
   - Zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych, dofinansowania i formy instytucjonalnej opieki dla osób starszych oraz organizacja spotkań z psychologami.
   - Wsparcie dla pracy pielęgniarek środowiskowych.
   - Zwiększenie ilości wizyt domowych u osób starszych.
   - Wzmocnienie bezpośredniej opieki nad osobami starszymi – uzawodowienie opieki nad tymi osobami, połączone z potrzebą wykształcenia osób zawodowo zajmujących się osobami starszymi.

- Zwiększenie dostępności do szkół rodzenia, szkół rodziców, świadomego rodzicielstwa.
- Profilaktyka , opieka dodatkowa nad matką i dzieckiem.

iii. Jaki, w opinii respondentów badania, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc rezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?

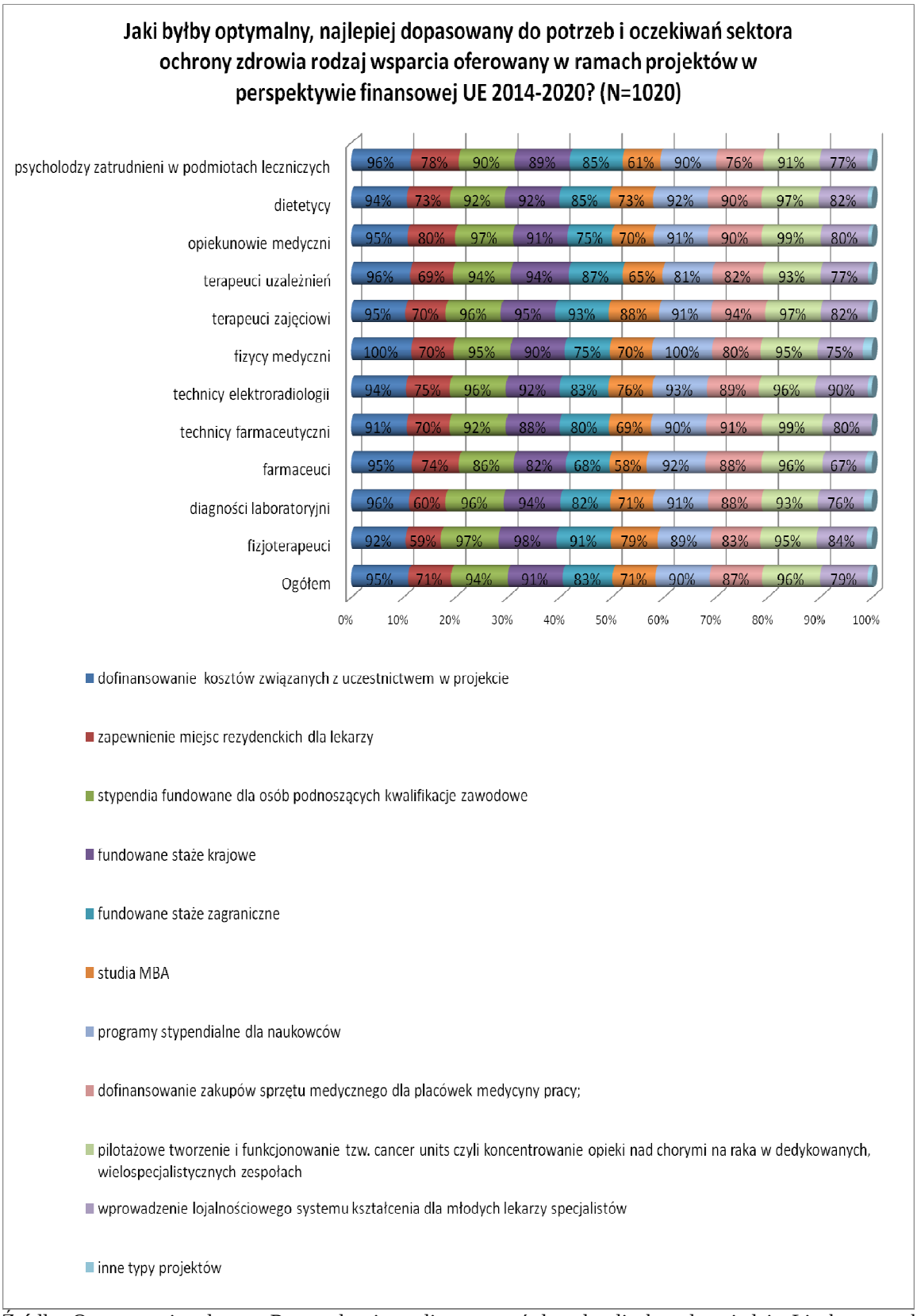
W badaniu jakościowym na ten temat uzyskano bardzo rozproszone informacje, które są bardzo trudne do ujednolicenia. Wynika to przede wszystkim z faktu, że przedstawiciele projektodawców projektów realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL raczej unikali odpowiedzi na to pytanie, zasłaniając się niewiedzą odnośnie priorytetów przyszłej perspektywy finansowej. Co najwyżej pojawiały się stwierdzenia dotyczące kontynuacji projektu wdrażanego w obecnej perspektywie finansowej.

Badanie jakościowe pozwoliło ustalić, jakie są najpowszechniejsze priorytety środowisk związanych z systemem ochrony zdrowia w odniesieniu do potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej. Z przeprowadzonych wywiadów IDI (z przedstawicielami projektodawców oraz współpracujących z nimi wykonawców projektów, samorządów zawodowych, stowarzyszeń zawodowych i towarzystw naukowych właściwych dla zawodów medycznych oraz z ekspertami z zakresu ochrony zdrowia) oraz dyskusji toczonej podczas wywiadów FGI (przeprowadzonych z przedstawicielami wybranych zawodów medycznych oraz ze studentami kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa, analityka medyczna, farmacja i fizjoterapia) wynika, że potencjalne priorytetowe obszary/ kierunki wsparcia można uszeregować w następującej kolejności:

1. Profilaktyka (szeroko rozumiana);
2. Zwiększanie efektywności zarządzania systemem ochrony zdrowia;
3. Przeciwdziałanie skutkom zmian demograficznych;
4. Rozwój białych miejsc pracy (edukacja przed- i podyplomowa).

Uczestnicy badania ilościowego zostali zapytani, jaki jest w ich opinii najbardziej optymalny rodzaj wsparcia. Udzielone odpowiedzi podsumowuje poniższy wykres.

Wykres 54.



Źródło: Opracowanie własne. Respondenci mogli zaznaczać dowolną liczbę odpowiedzi. Liczby na wykresie wskazują, jaki odsetek respondentów z danej grupy wskazał określoną odpowiedź.

Spośród zaproponowanych w badaniu potencjalnych rodzajów wsparcia przedstawiciele wszystkich grup zawodowych objętych badaniem jako najbardziej optymalne wskazali następujące:

- Pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (wskazane przez 96% respondentów).
- Dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (95% wskazań).
- Stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe (94% wskazań).
- Fundowane staże krajowe (91% wskazań).
- Programy stypendialne dla naukowców (90% wskazań).

Warto przy tym zauważyć, że w poszczególnych objętych badaniem grupach zawodowych występowały odrębne hierarchie priorytetów. W poszczególnych grupach zawodowych jako najbardziej optymalne wskazano następujące rodzaje wsparcia:

Grupa zawodowa	Rodzaj wsparcia, uznany za najbardziej optymalny
fizjoterapeuci	fundowane staże krajowe (98%)
diagności laboratoryjni	dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (96%) stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe (96%)
farmaceuci	pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (96%)
technicy farmaceutyczni	pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (99%)
technicy elektroradiologii	stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe (96%) pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (96%)
fizycy medyczni	dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (100%) Programy stypendialne dla naukowców (100%)
terapeuci zajęciowi	pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (97%)

terapeuci uzależnień	dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (96%)
opiekunowie medyczni	pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (99%)
dietetycy	pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (97%)
psycholodzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych	dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (96%)

Podsumowanie:

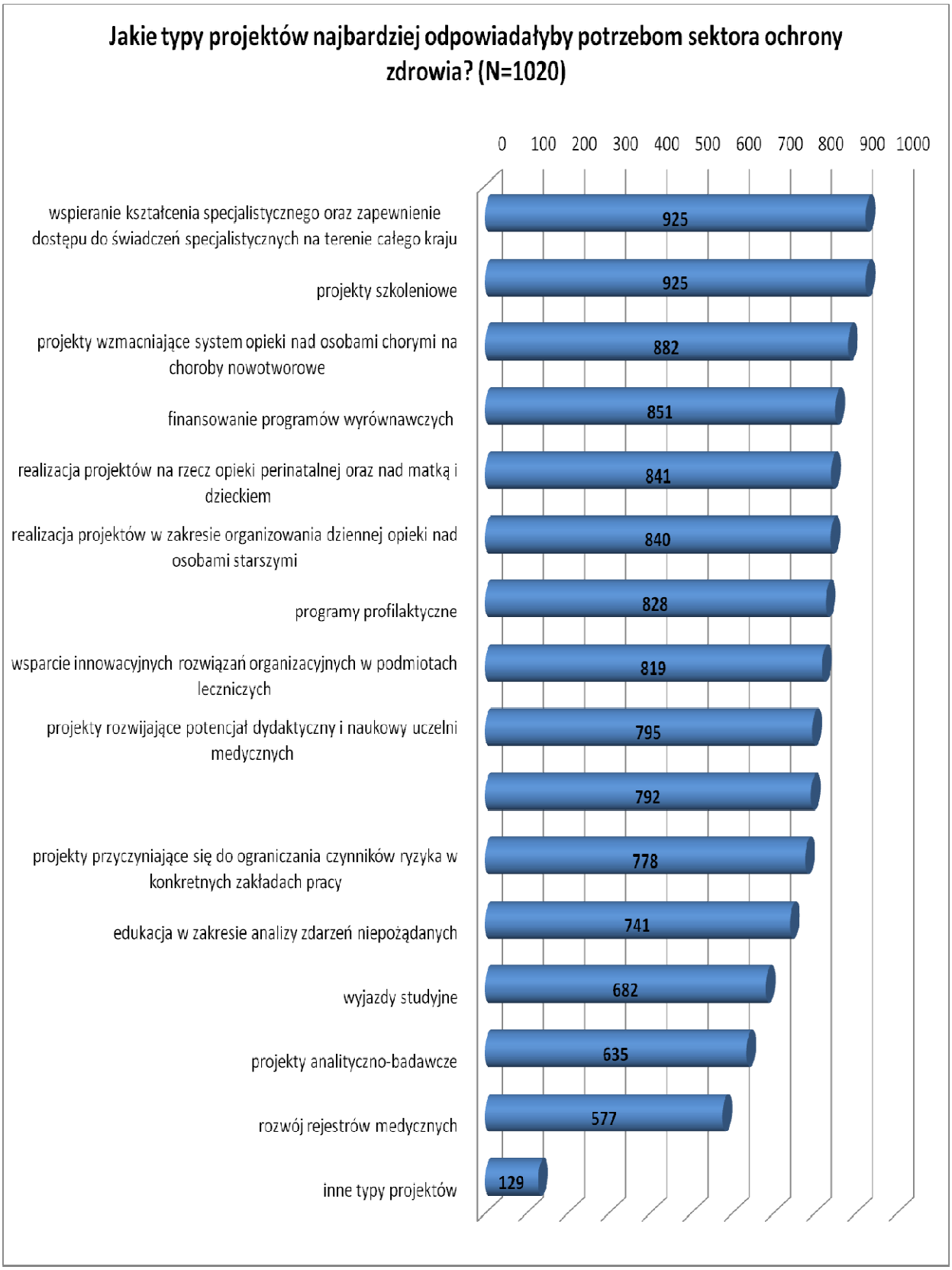
Przedstawiciele wszystkich grup zawodowych objętych badaniem, jako najbardziej optymalne wskazali następujące rodzaje wsparcia:

- Pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units*, czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach (wskazane przez 96% respondentów).
- Dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie (95% wskazań).
- Stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe (94% wskazań).
- Fundowane staże krajowe (91% wskazań).
- Programy stypendialne dla naukowców (90% wskazań).

iv. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

Wyniki przeprowadzonych badań ankietowych przeprowadzonych na liczącej 1020 osób grupie przedstawicieli wybranych zawodów medycznych (fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni, farmaceuci, technicy farmaceutyczni, technicy elektroradiologii, fizycy medyczni, terapeuci zajęciowi, terapeuci uzależnień, opiekunowie medyczni, dietetycy, psycholodzy zatrudnieni w podmiotach leczniczych) dotyczących typów projektów, które najbardziej odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom sektora ochrony zdrowia, przedstawia poniższy wykres:

Wykres 55.



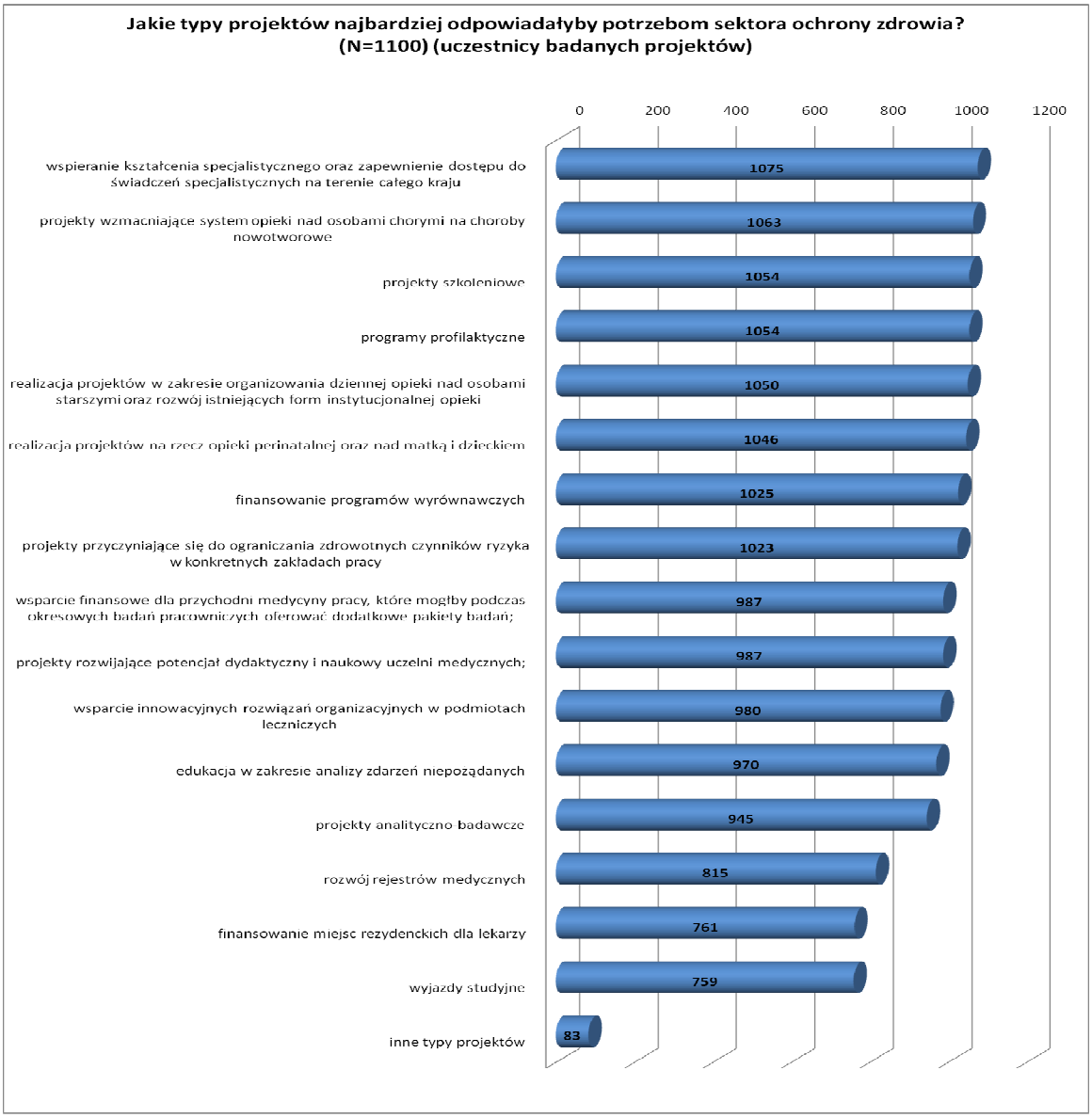
Źródło: Opracowanie własne

Za typy projektów najbardziej odpowiadające potrzebom sektora uznano te, które w badaniu ilościowym przedstawicieli różnych grup zawodowych zostały wskazane przez co najmniej 800 osób. Do tej grupy należą następujące typy projektów:

- Wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju – 925 wskazania;
- Projekty szkoleniowe – 925 wskazań;
- Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe – 882 wskazania;
- Finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych - np. tereny wiejskie, etc) – 851 wskazań;
- Realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem – 841 wskazań;
- Realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki – 840 wskazań;
- Programy profilaktyczne – 828 wskazań;
- Wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych – 958 wskazań;

Takie samo pytanie dotyczące typów projektów najbardziej odpowiadających zdiagnozowanym potrzebom sektora, zadano także liczącej 1100 osób grupie uczestników projektów realizowanych w obecnej perspektywie finansowej, w ramach Działania 2.3 PO KL. Poniższe zestawienie prezentuje uzyskane odpowiedzi.

Wykres 56.



Źródło: Opracowanie własne

W tym wypadku, za najodpowiedniejsze typy projektów uznano te, które zostały wskazana przez no najmniej 1000 respondentów. Do tej grupy należą następujące typu projektów:

- Wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju – 1075 wskazań.
- Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe – 1063 wskazania.
- Programy szkoleniowe – 1054 wskazania.
- Programy profilaktyczne – 1054 wskazań.
- Realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki – 1050 wskazań.

- Realizacja projektów na rzecz opieki prenatalnej oraz nad matką i dzieckiem – 1046 wskazań.
- Finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych - np. tereny wiejskie, etc) – 1025 wskazań.
- Projekty przyczyniające się do ograniczania zdrowotnych czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka – 1023 wskazania.

Zwraca uwagę, że w badaniu dwu niezależnych od siebie grup uzyskano w zasadzie identyczne wyniki. Jedynie w drugiej grupie do grupy optymalnych typów projektów dołączony został (jako ostatni pod względem liczby wskazań przez respondentów) typ projektów przyczyniających się do ograniczania zdrowotnych czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka.

Podsumowanie:

Uczestnicy badania za najbardziej odpowiadające potrzebom sektora ochrony zdrowia typy projektów uznali:

- Wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju;
- Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe
- Programy profilaktyczne;
- Programy szkoleniowe;
- Realizacja projektów na rzecz opieki prenatalnej oraz nad matką i dzieckiem;
- Finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych - np. tereny wiejskie, etc).

v. Czy, a jeśli tak, to które z dotychczasowych projektów należałoby kontynuować w ramach perspektywy finansowej 2014 – 2020? Co ewentualnie należałoby zmodyfikować oraz w jaki sposób?

Pytanie to zadano uczestnikom projektów realizowanych w obecnej perspektywie finansowej w ramach Działania 2.3 PO KL. Odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

Wykres 57.

Źródło: Opracowanie własne. Uczestnicy badania mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Za projekty, które w opinii respondentów powinny być kontynuowane uznajemy te, które zostały wskazane przez nie mniej niż 950 osób. Do tej grupy należą następujące projekty:

- Projekt przewidujący poprawę świadomości mężczyzn powyżej 45 w zakresie chorób nowotworowych układu moczowo płciowego - „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób

wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)” – 1066 wskazań.

- Szkolenia dla pielęgniarek w ramach systemu ratownictwa medycznego - „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego” – 1019 wskazań.
- Wsparcie kształcenia lekarzy, ratowników i dyspozytorów medycznych - „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych” – 1017 wskazań.
- Wsparcie kształcenia specjalizacyjnego onkologów, kardiologów i specjalistów medycyny pracy - „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” – 1010 wskazań.
- Wsparcie studiów pomostowych dla pielęgniarek - „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” – 1001 wskazań.
- Projekt przewidujący wspieranie aktywności zawodowej osób ze zdiagnozowaną choroba zawodową - „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy” – 999 wskazań.
- Projekt przewidujący opracowanie programów profilaktycznych dla chorób zawodowych - „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” – 995 wskazań.

Jednocześnie na te wskazania z badania uczestników dotychczas realizowanych projektów należy nałożyć wyniki badania jakościowego. Wynika z nich, że niektóre projekty należy uznać za zakończone i że nie będą one kontynuowane w nowej perspektywie finansowej z różnych względów.

Do takich projektów należy projekt „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”, w ramach którego – jak wynika z wypowiedzi przedstawiciela projektodawcy – przeszkolono ok. 30% lekarzy POZ, co stanowi wystarczający odsetek lekarzy, aby zapewnić pełną realizację zakładanego celu głównego projektu. Oznacza to, że nie ma potrzeby kontynuowania tego projektu w przyszłości.

Projekt „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem środowiska. W rezultacie zamiast oryginalnie planowanego objęcia wsparciem ok. 24 tys. pielęgniarek i położnych wsparcie objęło prawie 34 tysiące osób. Mimo iż nadal istnieje spore zapotrzebowanie na ten typ wsparcia, przedstawiciele projektodawcy uznali, że w chwili obecnej środowisko bardziej potrzebuje wsparcia w postaci innego rodzaju projektu. Ewaluator popiera tę opinię, uznając, że obecnie,

dla efektywności i jakości działania systemu ochrony zdrowia w Polsce istotniejsze niż poszerzanie swoich uprawnień zawodowych przez pielęgniarki i położne na kraje członkowskie UE jest uzyskiwanie przez przedstawicieli tego środowiska uprawnień i kompetencji specjalistycznych. Z tego względu Ewaluator uważa, że projektem korzystnym zarówno dla efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce, jak i dla jakości świadczeń zdrowotnych świadczonych na rzecz społeczeństwa, a także dla środowiska pielęgniarek i położnych byłby projekt dofinansowujący kursy specjalistyczne, pozwalające na zdobycie szeregu istotnych uprawnień zawodowych przez pielęgniarki i położne.

Projekty „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”, „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych” oraz „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” w opinii Ewaluatora powinny być kontynuowane ze względu na: (i) fakt, że choroby kardiologiczne i nowotworowe stanowią najistotniejsze przyczyny zgonów oraz (ii) zagadnienia dotyczące medycyny pracy (ograniczanie zachorowalności na choroby związane z pracą i ograniczanie negatywnego wpływu chorób zawodowych na rynek pracy stanowią jeden z priorytetów określonych w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego Polska 2030, a także ze względu na potrzebę przeciwdziałania zjawisku polegającemu na tym, że tak istotne specjalizacje są specjalizacjami deficytowymi, tzn. na rynku usług medycznych brakuje specjalistów z tego zakresu). Sugerowane jest jedynie skorzystanie z dotychczasowych doświadczeń i istotne wzmocnienie elementu kształcenia/ szkolenia praktycznego z wykorzystaniem fantomów i w oparciu o doświadczenia i wiedzę lekarzy praktyków.

Projekty „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” i „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy” powinny w obecnej perspektywie finansowej w pełni zrealizować swoje cele. Z tego względu Ewaluator nie widzi potrzeby ich kontynuacji w przyszłej perspektywie finansowej. Jednocześnie jednak Ewaluator wyraża przekonanie, że projekty te powinny być kontynuowane na wyższym niż dotychczas poziomie, a mianowicie powinno nastąpić przejście od etapu opracowywania programów do etapu polegającego na przystąpieniu do ich pełnego wdrażania. W przeciwnym razie rezultaty wypracowane w ramach tych projektów mogą nie zostać należycie wykorzystane i nakłady finansowe na ich realizację zostaną w znacznym stopniu wykorzystane nieefektywnie.

Podsumowanie.

Przeprowadzone badanie wskazuje, że wskazane jest, aby następujące projekty były kontynuowane w ramach następnej perspektywy finansowej:

- „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”;

- „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”;
- „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”.

W przypadku projektu „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)” bezpośrednia kontynuacja projektu adresowanego do tej samej grupy docelowej nie wydaje się konieczna. Natomiast należałoby rozważyć zasadność skierowania wsparcia dotyczącego tego samego zakresu, lecz adresowanego do innych grup zawodowych, w tym do pielęgniarek, a w szczególności do pielęgniarek środowiskowych, które stanowią grupę zawodową mającą największy i bezpośredni kontakt z pacjentami, a w związku z tym powinny posiadać podstawową wiedzę pozwalającą na wstępne rozpoznanie objawów ewentualnych schorzeń.

Projekty:

- „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” i
- „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”

powinny być kontynuowane, jednak już na wyższym etapie, tzn. poprzez projekty, których głównym celem będzie pełne wdrożenie opracowanych programów.

Natomiast kontynuowanie wsparcia skierowanego do pielęgniarek i położnych w formie studiów pomostowych nie wydaje się wskazane. Raczej należy rozważyć skierowanie do tej grupy zawodowej wsparcia nakierowanego na finansowanie specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych.

Kwestia kontynuacji projektu „Akademia NFZ” w dużej mierze zależy od decyzji strukturalnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce i od tego, czy i w jakiej formie NFZ będzie funkcjonował w przyszłości.

Projekty takie jak NFZ-JGP są cały czas potrzebne, jednak powinny być kontynuowane dopiero, kiedy system JGP uzyska jakiś bardziej stabilny kształt i nie będzie podlegał ciągłym, niekiedy bardzo istotnym zmianom i modyfikacjom.

IV. Wnioski i rekomendacje

IV.1. Wnioski.

Projekty analizowane w ramach niniejszego badania są w pełni zgodne z celami określonymi dla Działania 2.3 Priorytet II PO KL, a także w bezpośredni sposób wpisują się w zapisy zawarte w uzasadnieniu dla Działania 2.3. Priorytet II PO KL przedstawionym w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL. Biorąc pod uwagę, że cele (ogólne i szczegółowe) wszystkich projektów objętych badaniem są całkowicie zgodne z celami określonymi dla Działania 2.3 Priorytet II PO KL (zgodnie z zapisami SzOP PO KL), a także uwzględniając, iż katalog celów Działania 2.3 jest całkowicie wyczerpany poprzez cele analizowanych projektów, należy uznać, że występuje całkowita zgodność analizowanych projektów z celami określonymi dla Działania 2.3 Priorytet II PO KL. Osiągnięcie wszystkich zakładanych celów, oznacza zatem pełną realizację celów Działania 2.3 PO KL (por. s. 19-20; 46-49).

Realizowane projekty pokazały, że w działaniach szkoleniowych adresowanych do przedstawicieli zawodów medycznych konieczne jest przykładanie możliwie dużej uwagi do zapewnienia odpowiedniej proporcji zajęć teoretycznych i praktycznych. Zajęcia praktyczne powinny być przy tym prawidłowo zaplanowane, tak, aby odpowiadały wiedzy i już posiadanym umiejętnościom poszczególnych osób uczestniczących w szkoleniu (por. s. 80-82).

Przy realizowaniu projektów szkoleniowych w coraz szerszym stopniu należy uwzględniać indywidualne potrzeby, wiedzę i możliwości poszczególnych osób szkolonych. Im większe jest zindywidualizowanie procesu szkolenia, tym lepsze są jego rezultaty i większe zadowolenie osób szkolonych, co oznacza także, że w większym stopniu zostaną osiągnięte cele projektu oraz jego długoterminowe oddziaływanie (por. s. 80-82).

Studia pomostowe dla pielęgniarek organizowane są przez wyższe uczelnie, które wygrały procedurę przetargową na realizację tych studiów w ramach projektu współfinansowanego w ramach Działania 2.3 PO KL. Zastosowana procedura przetargowa nie zawierała preferencji dla uczelni wyżej klasyfikowanych pod względem poziomu kształcenia, a jedynym kryterium wyboru była cena świadczonej usługi. Takie podejście może w skrajnym przypadku doprowadzić do sytuacji, kiedy do realizacji projektu zostaną wybrane uczelnie nie oferujące usług edukacyjnych o najwyższym poziomie. Oczywiście, wszystkie szkoły wyższe ubiegające się o udział w projekcie muszą posiadać odpowiednią akredytację, pozwalającą na kształcenie w zawodzie medycznym. Jednak akredytacja określa jedynie pewien minimalny poziom, który musi spełniać szkoła wyższa, aby miała prawo kształcenia w danym zawodzie. Proponowana zmiana proponuje przyznawanie w procedurze przetargowej dodatkowe punkty

za jakość oferowanego kształcenia. Kwestia ta może być ujęta na wiele sposobów, np. (1) poprzez przyznawanie dodatkowych punktów za posiadanie przez daną szkołę wyższą określonego wyposażenia, dysponowanie kadrą wykraczającą poza minimum wymagane do uzyskania akredytacji, etc, lub (2) poprzez zbudowanie w Ministerstwie Zdrowia systemu rankingowego szkół wyższych kształcących w zawodach medycznych, a następnie przyznawanie w procedurze przetargowej dodatkowych punktów w zależności od miejsca zajmowanego przez daną szkołę na liście rankingowej. Oczywiście stworzenie takiego rankingu wymagałoby opracowania czytelnego systemu wskaźników oraz regularnego prowadzenie odpowiednich badań i analiz, jednak korzyści z tego płynące nie ograniczałyby się jedynie do możliwości wprowadzenia dodatkowych kryteriów przy procedurze przetargowej. Zasadniczą korzyścią byłoby stymulowanie konkurencji pomiędzy szkołami wyższymi kształcącymi w zawodach medycznych, a przez to podnoszenie jakości oferowanego przez nie procesu kształcenia, a także przekazanie czytelnej informacji dla kandydatów na wyższe uczelnie o jakości tych szkół i poziomie możliwego do uzyskania wykształcenia (por. s. 36-37).

Analizowane projekty w bardzo wysokim stopniu odpowiadały na uświadamiane potrzeby środowisk medycznych w Polsce. W efekcie udzielonego wsparcia znaczna grupa przedstawicieli środowisk medycznych miała możliwość podniesienia poziomu swojej wiedzy i kompetencji, a także podnieść swoje wykształcenie i uzyskać nowe kwalifikacje zawodowe. W ramach wsparcia oferowanego w projektach uczestnicy często odświeżyli i pogłębili swoją wiedzę medyczną (bardzo dobrym przykładem jest tutaj projekt finansujący studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych), a także uzupełnili posiadane umiejętności praktyczne wiedzą teoretyczną, często wykraczającą poza podstawowe potrzeby i codzienne wymagania ich stanowiska pracy. W wielu wypadkach bardzo istotnym elementem projektów i ich dodatkowym rezultatem było znaczne podniesienie samooceny uczestników projektu oraz zachęcenie ich do dalszego, samodzielnego podnoszenia swoich kwalifikacji i zdobywania nowych umiejętności i kompetencji. Niezwykle cennym, często nie ujętym w celach analizowanych projektów efektem wsparcia udzielonego w ramach analizowanych projektów, było istotne zachęcenie przedstawicieli zawodów medycznych do ustawicznego samokształcenia. Wielu beneficjentów (projektodawców) wskazuje na napływające do nich sygnały od uczestników szkoleń w ramach analizowanych projektów, że wzrasta potrzeba dalszego kształcenia się i doskonalenia w wielu środowiskach medycznych. Przykładem tego jest środowisko pielęgniarskie, gdzie zgłaszane są postulaty organizowania w ramach projektów dofinansowywanych ze środków UE szkoleń specjalizacyjnych i kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek. Również w trakcie niniejszego badania przedstawiciele innych zawodów medycznych (m.in. fizjoterapeuci) wskazywali na to, że chcieliby być objęci takim samym programem studiów pomostowych jak pielęgniarki i położne. Przedstawiciele lekarzy wskazują na potrzebę wspierania szkoleń specjalizacyjnych. Przedstawiciele wszystkich badanych zawodów medycznych podkreślali, że ciągłe podnoszenie kwalifikacji, poznawanie nowych metod i technik leczenia, zapoznawanie się z nowym sprzętem

diagnostycznym i leczniczym stanowi podstawę prawidłowego funkcjonowania w ich zawodzie. Wskazywano, że udział w analizowanych projektach w dużym stopniu wspomógł ich w procesie stałego doskonalenia swoich umiejętności i aktualizacji posiadanych kwalifikacji oraz zachęcił do dalszego, także samodzielnego dokształcania (por. s. 67-70).

W wypadku części spośród analizowanych tutaj projektów widoczne jest nie zawsze właściwe opracowanie wniosku o dofinansowanie, gdzie często nieprawidłowo zidentyfikowane są rezultaty twarde i miękkie, nie występuje rozróżnienie pomiędzy produktami, a rezultatami/efektami projektu, a także w ogóle nie jest określane przewidywane długoterminowe oddziaływanie projektu, co w dużej mierze wynika z charakteru GWA. W odniesieniu do tematyki dotyczącej systemu ochrony zdrowia prawidłowe określenie rezultatów projektu oraz jego oddziaływania może niekiedy być trudne, jednak prawidłowe sformułowanie celów interwencji powinno w znacznym stopniu ułatwić określenie zarówno rezultatów i oddziaływania, jak i przyczynić się do prawidłowego określenia wskaźników osiągnięcia celów szczegółowych i celu głównego interwencji. Należy przy tym wspomnieć, że w pewnym stopniu przyczyny niewłaściwego definiowania produktów i rezultatów projektów oraz braku zidentyfikowanych prawidłowo wskaźników (tj. mierzalnych, weryfikowalnych, z określeniem metody pomiaru, z podaniem wartości początkowej – przed przystąpieniem do realizacji projektu – oraz wartości docelowej wraz z określeniem terminu, gdy ta wartość docelowa powinna zostać osiągnięta) osiągnięcia rezultatów wynika z obowiązującej w czasie kiedy wnioski o dofinansowanie były składane wersji Generatora Wniosków. Niezależnie jednak od uwarunkowań wynikających z ówczesnej konstrukcji i zawartości Generatora Wniosków, prawidłowe określenie oczekiwanych produktów i rezultatów projektu oraz zidentyfikowanie związanych z nimi wskaźników osiągnięcia celu stanowi jeden z podstawowych elementów dobrej praktyki realizacji projektu i jego zarządzania zgodnie z metodologią *Project Cycle Management* (por. s.20-23).

Zdecydowanie istotnym rezultatem samego procesu realizacji analizowanych projektów – niezależnie od wysokiej oceny stopnia, w jaki osiągnęły one zakładane rezultaty – jest zbudowanie w instytucjach realizujących projekty zespołów zdolnych do prawidłowego wdrażania projektów współfinansowanych ze środków UE. Zbudowanie takich trwałych zespołów będzie procentowało przy realizacji przez te instytucje kolejnych projektów dofinansowanych w ramach EFS (por. s.47-48; 56).

W trakcie prowadzenia badań Ewaluator zetknął się z pewnymi zjawiskami natury ogólnej, które w jego opinii negatywnie wpływają na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i jakość usług świadczonych na rzecz społeczeństwa. Przede wszystkim widoczna jest głęboko zakorzeniona niechęć pomiędzy przedstawicielami różnych zawodów medycznych (pielęgniarki – lekarze, lekarze – analitycy medyczni, fizjoterapeuci – lekarze, etc.). W rezultacie, niekiedy można odnieść wrażenie, że przedstawiciele tych zawodów więcej energii poświęcają na wzajemne zwalczanie się, wzajemne przepychanki, żale i animozje, niż na rzeczywiste działania na rzecz pacjenta. W opinii Ewaluatora należałoby

przeprowadzić rodzaj kampanii przypominającej przedstawicielom różnych zawodów medycznych, że ich rola w systemie ochrony zdrowia jest ściśle określona, każdy z nich pełni wysoce odpowiedzialną i ważną funkcję, a samodzielne funkcjonowanie przedstawicieli każdego z tych zawodów jest jeśli nie niemożliwe, to z pewnością wysoce trudne i mało efektywne. Z tego powodu należy promować współpracę, a nie konkurencję pomiędzy przedstawicielami różnych zawodów medycznych.

Przegląd aktualnego stanu systemu ochrony zdrowia w Polsce pokazuje, że jednocześnie widoczne jest wzrastające zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi, czego oznaką może być znaczny i stale rosnący odsetek osób z nadwagą i otyłych w populacji. Szczególnie niepokojący jest stale rosnący odsetek dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłych. Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r. ale po roku 2002 wzrost uległ spowolnieniu przy czym długość życia mieszkańców Polski jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,6 lat, a w przypadku kobiet o 2 lata. Postępujące starzenie się populacji stanowi istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce (por. s. 100-101).

Od lat zdecydowanie największym zagrożeniem życia w Polsce są choroby układu krążenia. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów i ich udział w ogólnej liczbie zgonów pomału zwiększa się (por. s. 102).

Wyraźny wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa wiąże się z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej (por. s. 103).

W drugiej połowie lat 90-tych nastąpił znaczny spadek liczby absolwentów wydziałów lekarskich. W niektórych dziedzinach medycyny, pod koniec I. dekady XXI wieku, nastąpił wzrost liczby lekarzy specjalistów, np. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, kardiologii i medycyny rodzinnej, jednak w wielu specjalizacjach wystąpił spadek, m.in. dotyczy to specjalistów chirurgii, chorób płuc, dermatologii, neurologii, otorynolaryngologii, pediatrii, ginekologii i położnictwa, psychiatrii. Ministerstwo Zdrowia posiada opracowanie pokazujące szczegółowo – w podziale na województwa – rozmieszczenie lekarzy specjalistów w Polsce oraz liczbę studentów na wyższych uczelniach medycznych kształcących się w poszczególnych specjalizacjach. Widoczny jest deficyty specjalistów w wielu dziedzinach i istnieją obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości (por. s. 102-107).

Wywiady z przedstawicielami zawodów medycznych, samorządów lekarskich i izb zawodowych oraz ze studentami uczącymi się na różnych wydziałach i kierunkach uczelni medycznych w Polsce pokazały, że polski personel medyczny ma bardzo wysoką samoocenę, a jednocześnie świadomość swoich słabszych stron i ograniczeń. Jako swoją szczególną przewagę przedstawiciele zawodów medycznych podkreślali bardziej kompleksowy i całościowy system kształcenia na polskich uczelniach medycznych w porównaniu z ich zagranicznymi odpowiednikami (por. s. 107).

Do słabszych stron swojego przygotowania zawodowego wskazywali m.in.: (i) związane ze skróceniem studiów na kierunku lekarskim do pięciu lat obawy, że wskazaną wyżej obecną przewagę nad swoimi zagranicznymi kolegami polscy lekarze mogą stracić;(ii) małą liczbę zajęć praktycznych prowadzonych bezpośrednio z pacjentem; (iii) słabsze niż u zagranicznych kolegów przygotowanie do pracy z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury diagnostycznej. (por. s. 108; 113)

Mimo iż dane statystyczne wskazują, że w systemie ochrony zdrowia w Polsce istnieje duże zapotrzebowanie na przedstawicieli nielekarskich zawodów medycznych, przedstawiciele tych zawodów zgłaszają problemy ze znalezieniem pracy i wskazują kilka przyczyn tej sytuacji (por. s. 108-109):

- Podejmowanie przez pielęgniarki – z przyczyn finansowych – pracy w więcej niż jednej placówce systemu ochrony zdrowia.
- Szpitale, w ramach polityki oszczędności, ograniczają przyjęcia nowego personelu pielęgniarskiego, a także w sytuacji, kiedy muszą wprowadzić oszczędności i redukcję personelu w pierwszej kolejności dotyczą one personelu nielekarskiego.
- Szpitale nie wiedząc, jaki w kolejnym roku uzyskają kontrakt z OW NFZ, nie mogą prowadzić wieloletniego planowania rozwoju placówki, w tym także planowania rozwoju kapitału ludzkiego i ograniczają poziom zatrudnienia personelu nielekarskiego, jednocześnie niekiedy szukając specjalistów z dotychczas nieposiadanych specjalności po to, aby ubiegać się o uzyskanie kontraktu na świadczenie dodatkowych usług.

Różne grupy (lekarze, przedstawiciele medycznych zawodów nielekarskich, przedstawiciele wyższych uczelni medycznych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, eksperci ds. systemu ochrony zdrowia) wyrażały odmienne opinie co do priorytetowych kierunków dla wsparcia systemu ochrony zdrowia w przyszłej perspektywie finansowej. Niekiedy różnice te miały charakter wręcz zasadniczy (np. osoby które uczestniczyły już w projektach unijnych jako najistotniejszy priorytet wskazywały „*Zwiększanie dostępności do systemu kształcenia kadr medycznych*”, podczas gdy potencjalni odbiorcy wsparcia, będący jednocześnie przedstawicielami wybranych zawodów medycznych, za taki priorytet uznali „*Rozwiązania skierowane na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy*”, natomiast przedstawiciele projektodawców, stowarzyszeń zawodowych i towarzystw naukowych właściwych dla zawodów medycznych oraz eksperci z zakresu ochrony zdrowia, za kluczowy priorytet uznają „*Poprawę świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy*” – rozumianą jako wprowadzania kompleksowych, szeroko zakrojonych działań profilaktycznych skierowanych do całego społeczeństwa. (por. s. 131-133).

Porządkując i systematyzując wskazania różnych grup objętych badaniem, w konkluzji zidentyfikowano następujące, ogólnie sformułowane, priorytetowe obszary dla wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej (por. s. 139):

1. Profilaktyka (szeroko rozumiana);
2. Zwiększanie efektywności zarządzania systemem ochrony zdrowia;
3. Przeciwdziałanie skutkom zmian demograficznych;
4. Rozwój białych miejsc pracy (edukacja przed- i podyplomowa).

Zidentyfikowano także, jakie w opinii środowiska systemu ochrony zdrowia są optymalne typy projektów (por. s. 145-146):

1. Wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju.
2. Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe.
3. Programy szkoleniowe.
4. Programy profilaktyczne.
5. Realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki.
6. Realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem.
7. Finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych - np. tereny wiejskie, etc).
8. Projekty przyczyniające się do ograniczania zdrowotnych czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka.

IV.2. Rekomendacje.

Numer	Tytuł Raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat Rekomendacji	Sposób Wdrożenia	Status	Termin Realizacji	Klasyfikacja	Obszar Tematyczny
1	Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.	W działaniach szkoleniowych adresowanych do przedstawicieli zawodów medycznych duże znaczenie ma zapewnienie odpowiedniej proporcji zajęć teoretycznych i praktycznych. Zajęcia praktyczne powinny być przy tym prawidłowo zaplanowane, tak, aby odpowiadały wiedzy i już posiadanym umiejętnościom poszczególnych osób uczestniczących w szkoleniu. (zob. s. 80-82)	W przyszłych projektach szkoleniowych dotyczących obszaru ochrony zdrowia, konieczne jest szersze niż dotychczas uwzględnianie zajęć praktycznych i pokazujących realne zastosowanie przekazywanej wiedzy.	Ministerstwo Zdrowia, podmioty opracowujące projekty szkoleniowe	Opracowanie takich dokumentów programujących wsparcie szkoleniowe dla sektora ochrony zdrowia, które będą wymuszały szersze przekazywanie wiedzy praktycznej, w tym także przez wykładowców będących praktykami w danej dziedzinie.		Przyszła perspektywa finansowa 2014-2020		Kapitał Ludzki 2007-2013
2	Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych	Przy realizowaniu projektów szkoleniowych należy uwzględniać – w miarę możliwości organizacyjnych - indywidualne potrzeby, wiedzę i możliwości poszczególnych osób szkolonych. (por. s.80-82)	W projektach szkoleniowych należy zwiększać ilość czasu poświęcaną przez wykładowców na pracę z pojedynczym słuchaczem. Należy także dążyć do prowadzenia zajęć w możliwie małych grupach, co sprzyja pracy	Ministerstwo Zdrowia, podmioty opracowujące projekty szkoleniowe	W miarę możliwości organizacyjnych - uwzględnienie takich rozwiązań podczas programowania wsparcia w nowej		Przyszła perspektywa finansowa 2014-2020		Kapitał Ludzki 2007-2013

	obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.		indywidualnej i współpracy pomiędzy wykładowcą, a słuchaczem.		perspektywę finansowej.				
3	Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.	Procedura przetargowa, według której wybrano uczelnie realizujące w ramach PO KL studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych, nie brała pod uwagę regionalizacji uczelni ani ich pozycji rankingowej. Jedynym kryterium wyboru była cena. Taka procedura może doprowadzić do ulokowania całego procesu szkoleniowego w jednym regionie, w uczelniach nie świadczących najwyższego poziomu usług, lecz robiących to za najniższą cenę. (por. s. 36-37)	W procedurach przetargowych należy unikać dokonywania wyboru jedynie w oparciu o kryterium ceny. Należy uwzględniać także inne kryteria, takie jak jakość świadczonych usług, basa szkoleniowa, etc.. Takie podejście, polegające na wyjściu poza minimalne wymogi związane z koniecznością uzyskania akredytacji – oprócz zapewnienia w ramach projektu możliwe wysokiego poziomu kształcenia – będzie stymulowało konkurencję pomiędzy instytucjami kształcącymi, a w konsekwencji przyczyni się do ogólnego wzrostu poziomu kształcenia.	Ministerstwo Zdrowia, beneficjenci	Uwzględnienie rekomendacji w przyszłych procedurach przetargowych.		Przyszła perspektywa finansowa 2014-2020		Kapitał Ludzki 2007-2013
4	Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie	W instytucjach realizujących analizowane projekty powstały zespoły mające już doświadczenie we wdrażaniu projektów współfinansowanych ze środków UE. (por. s. 47-48; 56)	Należy dążyć do zachowania tych zespołów i dalszego budowania ich zdolności do programowania, pozyskiwania i wdrażania projektów współfinansowanych przez UE.	Ministerstwo Zdrowia	W instytucjach i jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia, tam, gdzie istnieją już zespoły realizujące w sposób sprawny i terminowy projekty w ramach PO KL,		Przyszła perspektywa finansowa 2014-2020		Kapitał Ludzki 2007-2013

	finansowej.				należy następnie dążyć do zachowania trwałości i spójności już istniejących zespołów.				
5	Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.	W raporcie zidentyfikowano priorytetowe obszary dla wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej: 1. Profilaktyka (szeroko rozumiana); 2. Zwiększanie efektywności zarządzania systemem ochrony zdrowia; 3. Przeciwdziałanie skutkom zmian demograficznych; 4. Rozwój białych miejsc pracy (edukacja przed- i podyplomowa) (por. s. 139; 156)	Należy uwzględnić te priorytety opracowując przyszłe wsparcie oraz dokonując rozdziału środków pomiędzy działaniami w różnych obszarach tematycznych	Ministerstwo Zdrowia/ MRR	Uwzględnić wyniki badań w dokumentach programujących wsparcie w przyszłej perspektywie finansowej		Przyszła perspektywa finansowa 2014-2020		Kapitał Ludzki 2007-2013
6	Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.	Zidentyfikowano optymalne w opinii środowisk medycznych rodzaje wsparcia i typy projektów: 1. Wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju. 2. Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe.	Należy uwzględnić je programując wsparcie dla sektora w przyszłej perspektywie finansowej	Ministerstwo Zdrowia/ MRR	Uwzględnić przy planowaniu rodzajów wsparcia i typów projektów w przyszłej perspektywie finansowej		Przyszła perspektywa finansowa 2014-2020		Kapitał Ludzki 2007-2013

		3. Programy szkoleniowe. 4. Programy profilaktyczne. 5. Realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki. 6. Realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem. 7. Finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych - np. tereny wiejskie, etc). 8. Projekty przyczyniające się do ograniczania zdrowotnych czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka (por. s. 145-146; 156)							

V. Aneksy

Załącznik 1.: Ankieta dla osób, które uczestniczyły w badanych projektach

ANKIETER :

Dzień dobry!

Nazywam się […] Jestem ankieterem firmy […] Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia realizujemy badanie ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 Programu Kapitał Ludzki oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej Unii Europejskiej 2014 – 2020.

Chciał(a)bym wspomnieć, że przystępując do projektu **[Ankieter podaje nazwę projektu, w którym uczestniczył respondent]** wyraził(a) Pan(i) zgodę na uczestnictwo w badaniu oraz na przekazanie swoich danych właśnie w celu realizacji tego wywiadu. Dzięki Pana/i szczerym odpowiedziom Ministerstwo Zdrowia będzie mogło przygotować w przyszłości lepsze wsparcie, skierowane do osób w podobnej do Pani/a sytuacji. Czy zgodziłby/aby się Pan/i poświęcić mi ok. 15 minut i udzielić odpowiedzi na kilka pytań w tym zakresie? Zapewniam, że udzielone przez Pana/ią odpowiedzi pozostaną anonimowe.

Po uzyskaniu zgody respondenta:

„Jestem zobowiązany poinformować Pana/ią, że niniejsze badanie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego”

P1. Jaką grupę zawodową Pan/ Pani reprezentuje? ***ANKIETER: Proszę odczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedź. W wypadku wskazania odpowiedzi: Inna, proszę dopytać i zapisać odpowiedź podaną przez respondenta.*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***
☐ lekarz
☐ pielęgniarka/ położna
☐dyspozytor
☐ ratownik medyczny
☐menedżer służby zdrowia
☐ specjalista ds. jakości

☐ inna: (Jaka?)		
P2. Czy na skutek uczestnictwa w projekcie zdobył/-a Pan/ Pani nowe kwalifikacje, umiejętności? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta. W razie odpowiedzi „NIE", proszę przejść do pytania P4***		
☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć
P3. Czy uzyskane przez Pana/Panią umiejętności/ kwalifikacje są przydatne i użyteczne na Pana/ Pani stanowisku pracy? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta.***		
☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć
P4. Czy w porównaniu z czasem przed Pana/ Pani udziałem w projekcie, Pana/ Pani obecna sytuacja zawodowa: ***ANKIETER: Proszę odczytać wskazane możliwości i zaznaczyć właściwą odpowiedź. W razie odpowiedzi „NIE ULEGŁA ZMIANIE" proszę przejść do pytania P8***		
☐ poprawiła się		
☐ nie uległa zmianie		
☐ pogorszyła się		
P5. Czy Pana/ Pani udział w projekcie miał wpływ na wskazaną wyżej zmianę sytuacji zawodowej? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta.***		
☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć
P6. Proszę wskazać maksymalnie trzy najważniejsze elementy, poprzez które udział w projekcie przyczynił się do zmiany Pana/ Pani sytuacji zawodowej? (np.: uzyskane nowe kompetencje przyczyniły się do uzyskania podwyżki, lub zdobyte umiejętności pozwoliły mi na podjęcie nowej, atrakcyjnej pracy) ***ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta. Następnie proszę przejść do pytania P8.***		
1.		
2.		
3.		
P7. Czy może Pan/ Pani wskazać przyczyny, dla których udział w projekcie nie wiązał się ze zdobyciem przez Pana/ Panią nowych, użytecznych na Pana/ Pani stanowisku pracy umiejętności i kompetencji? ***ANKIETER: Proszę odczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedź. W wypadku wskazania odpowiedzi „inna przyczyna", proszę zapisać, jaka to jest przyczyna.*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***		
☐ projekt oferował umiejętności i kwalifikacje nie dostosowane do potrzeb mojego stanowiska pracy		
☐ projekt nie dostarczył mi nic nowego (wszystko to już wcześniej wiedziałem/-am i umiałem/-am)		
☐ projekt nie oferował możliwości zdobycia żadnych praktycznych i użytecznych kwalifikacji i umiejętności		

☐ inna przyczyna (Jaka?)

P8. Czy udział w projekcie zachęcił Pana/Panią do dalszego kształcenia, podnoszenia swoich umiejętności?

ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź.

☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć

P9. Czy w ramach projektu, w którym Pan/ Pani uczestniczyła prowadzone były działania szkoleniowe?

ANKIETER: Proszę o odpowiedź respondenta. W wypadku udzielenia odpowiedzi „NIE”, proszę przejść do pytania P11.

☐ Tak	☐ Nie

P10. Jak Pan/ Pani ocenia jakość kształcenia w ramach projektu, w którym brał/-a Pan/Pani udział? Proszę ocenić w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niska, a 5 – bardzo wysoka. ***ANKIETER: Proszę poprosić respondenta o ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niska jakość, a 5 – bardzo wysoka jakość.***	1	2	3	4	5	nie dotyczy
Jakość kształcenia w ramach projektu	☐	☐	☐	☐	☐	☐

P11. Jakie formy wsparcia (np.: szkolenia stacjonarne, kursy on-line, studia pomostowe, kursy specjalistyczne, turnusy rehabilitacyjne, etc.) były zastosowane w ramach projektu, w którym Pan/Pani brał/-a udział? Proszę wskazać nie więcej niż trzy takie formy wsparcia

ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta.

1.	
2.	
3.	

P12. Czy wsparcie, które otrzymał/a Pan/i w ramach projektu było właściwie dopasowane do potrzeb Pana/Pani grupy zawodowej? Proszę ocenić w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niewłaściwa, a 5 – bardzo właściwa. ***ANKIETER: Proszę odczytać listę odpowiedzi zaznaczonych w P11 i poprosić respondenta o ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo nieskuteczna, a 5 – bardzo skuteczna.***	1	2	3	4	5	nie dotyczy
☐ Forma 1. wskazana w pytaniu P11	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Forma 2. wskazana w pytaniu P11	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Forma 3. wskazana w pytaniu P11	☐	☐	☐	☐	☐	☐

P13. Czy pomoc uzyskana w tym projekcie była dla Pana/Pani wystarczająca?

ANKIETER: Jeśli odpowiedź „tak” proszę przejść do P15, jeśli odpowiedź „nie” lub „trudno powiedzieć” proszę przejść do P14.

☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć

P14. Proszę krótko powiedzieć: czego Pana/i zdaniem zabrakło w projekcie, w którym Pan/Pani brał/-a udział?

ANKIETER: Proszę wpisać odpowiedź respondenta.

P15. Czy Pana/ Pani zdaniem wprowadzenie innych form wsparcia (np. staże, praktyki, wymiana personelu, wizyty studyjne, etc.) podniosłoby skuteczność i użyteczność projektu z punktu widzenia potrzeb Pana/Pani stanowiska pracy? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź. W wypadku wskazania odpowiedzi „NIE" lub „trudno powiedzieć", proszę przejść do pytania P17***		
☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć
P16. Jaka dodatkowa forma wsparcia podniosłoby skuteczność i użyteczność wsparcia z punktu widzenia potrzeb Pana/Pani stanowiska pracy? ***ANKIETER: Proszę przeczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W wypadku wskazania odpowiedzi „Inne", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać udzielone odpowiedzi*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***		
☐ staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach krajowych		
☐ staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach zagranicznych		
☐ wymiana personelu z wiodącymi ośrodkami krajowymi		
☐ wizyty ekspertów w Waszej placówce (na okres do 1 miesiąca w celu analizy Waszej sytuacji i wskazania propozycji nowych, lepszych, skutecznych rozwiązań i „dobrych praktyk")		
☐ tworzenie lekarskich miejsc rezydenckich		
☐ studia MBA		
☐ programy stypendialne dla naukowców		
☐ projekty przyczyniające się do ograniczania czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka		
☐ wsparcie finansowe dla przychodni medycyny pracy, które dzięki wsparciu ze środków europejskich mógłby podczas okresowych badań pracowniczych oferować dodatkowe pakiety badań;		
☐ pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units* czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach		
☐ realizacja projektów mających na celu rozwijanie potencjału dydaktycznego i naukowego uczelni medycznych;		
☐ **wprowadzenie lojalnościowego systemu kształcenia dla młodych lekarzy specjalistów** (W ramach programu lojalnościowego lekarz odbywający specjalizację w ramach deficytowej specjalizacji zostałby objęty specjalnymi benefitami typu: pełne finansowanie specjalizacji, rezydentura, dodatkowe stypendium, staż w zagranicznej klinice, fundusz do wykorzystania na udział w zagranicznych seminariach/sympozjach/konferencjach. W zamian za udział w programie lojalnościowym lekarz musiałby: ukończyć specjalizację w ściśle określonym czasie oraz po zakończeniu specjalizacji musiałby podjąć pracę w miejscu wskazanym przez Ministra Zdrowia);		
☐ wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych		
☐ edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych		
☐ rozwój rejestrów medycznych		
☐ realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki		
☐ realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem		
☐ inne formy wsparcia (Jakie?)		

P17. Proszę powiedzieć, co było Pana/i zdaniem najmocniejszym punktem w tym projekcie? ***ANKIETER: Proszę odczytać listę odpowiedzi i zaznaczyć odpowiedzi respondenta. Przy każdej zaznaczonej odpowiedzi proszę zadać dodatkowe pytanie otwarte i wpisać odpowiedź.***
☐ dobra współpraca z osobami udzielającymi wsparcie (szkoleniowcy, wykładowcy, doradcy, eksperci, etc.) **Co szczególnie podobało się Panu/i w tej współpracy?**
☐ ciekawy sposób realizacji projektu **Co było najciekawsze w tym projekcie?**
☐ właściwie zaplanowane i dopasowane do potrzeb wsparcie **Co najbardziej Pani/u odpowiadało?**
☐ dobre miejsce realizacji projektu **Dlaczego?**
☐ właściwy termin realizacji projektu **Dlaczego?**
☐ inne przyczyny (jakie?)
☐ projekt nie miał mocnych punktów
P18. Proszę powiedzieć, co było Pana/i zdaniem najsłabszym punktem w tym projekcie? ***ANKIETER: Proszę odczytać listę odpowiedzi i zaznaczyć odpowiedzi respondenta. Przy każdej zaznaczonej odpowiedzi proszę zadać dodatkowe pytanie otwarte i wpisać odpowiedź.***
☐ trudna współpraca z osobami udzielającymi wsparcie (szkoleniowcy, wykładowcy doradcy, eksperci) **Na czym polegał problem?**
☐ mało ciekawa tematyka projektu \ **Co należałoby zmienić, aby zajęcia były ciekawsze?**
☐ wsparcie źle dopasowane do potrzeb odbiorców **Jakie elementy projektu były najmniej dopasowane do Pani/a potrzeb?**
☐ niewłaściwe miejsce realizacji projektu **Dlaczego?**
☐ niewłaściwy termin realizacji projektu **Dlaczego?**
☐ niewłaściwy dobór wykładowców
☐ inne przyczyny (jakie?)
☐ nie było słabych punktów

P19. Czy Pana/Pani zdaniem istnieje potrzeba kontynuowania wsparcia dla przedstawicieli Pana/Pani grupy zawodowej w takiej formie, jak to było w projekcie, w którym Pan/Pani brał/-a udział? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta.***		
☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć

P20. Proszę wskazać nie więcej niż trzy rozwiązania zastosowane z projekcie, w którym Pan/Pani brał/-a udział, które powinny być wzięte pod uwagę przy planowaniu wsparcia w przyszłości ***ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta.***	
1.	
2	

3	
W tym projekcie nie było takich rozwiązań	

P21. Czy Pan/Pani napotkał/-a się na jakieś bariery utrudniające lub niekiedy uniemożliwiające pełny udział Pana/Pani w projekcie?

ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta. Jeżeli wskazano odpowiedź „Nie” lub „trudno powiedzieć”, proszę przejść do pytania P23

☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć

P22. Proszę wskazać, jakie to były bariery.

ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta.

P23. Czy zastosowana w projekcie forma wsparcia utrudniała Panu/Pani wykonywania pracy zawodowej?

ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta. Jeżeli wskazano odpowiedź „Nie” lub „trudno powiedzieć”, proszę przejść do pytania P25

☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć

P24. W jaki sposób?

ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedź respondenta.

P25. Które z niżej wskazanych kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia powinny być priorytetowe w perspektywie finansowej Unii Europejskiej 2014 – 2020? Proszę określić ich znaczenie w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niski priorytet, a 5 – bardzo wysoki priorytet. ***ANKIETER: Proszę odczytać listę odpowiedzi zaznaczonych w P24 i poprosić respondenta o ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niski priorytet, a 5 – bardzo wysoki priorytet. UWAGA: w wypadku wskazania przez respondenta odpowiedzi „inny priorytet”, proszę dopytać „Jaki?”, i poprosić o określenie jego priorytetu i zapisać odpowiedź***	1	2	3	4	5
☐ Projekty w przyszłej perspektywie powinny się skupić na działaniach zmierzających do poprawy świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Projekty powinny przyczyniać się do rozwoju medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy”, np. lekarzy, pielęgniarek itp)	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Ze środków unijnych powinno się zwiększać dostępność do systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Należy wdrożyć w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu;	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie działań tych uczelni przyczyniających dię do rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia **przeddyplomowego**	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie działań tych uczelni przyczyniających się do rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia **podyplomowego**	☐	☐	☐	☐	☐
☐Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Inny priorytet (Jaki?)	☐	☐	☐	☐	☐

P26. Jak Pana /Pani zdaniem można wspierać niżej wymienione obszary?

ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta.

Działania zmierzające do poprawy świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy;		☐ nie mam zdania
Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy", np. lekarzy, pielęgniarek itp)		☐ nie mam zdania
Zwiększenie dostępności do systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych;		☐ nie mam zdania
Wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy;		☐ nie mam zdania
Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu		☐ nie mam zdania
Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie działań tych uczelni przyczyniających dię do rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia **przeddyplomowego**		☐ nie mam zdania
Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie działań tych uczelni przyczyniających dię do rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia **podyplomowego**		☐ nie mam zdania
Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia		☐ nie mam zdania
Inny priorytet (jeżeli wskazany przez respondenta w pytaniu P25)		☐ nie mam zdania

P27. Jakie typy projektów Pana/ Pani zdaniem (np. projekty wyłącznie szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej odpowiadałyby potrzebom sektora ochrony zdrowia? ***ANKIETER: Proszę przeczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W wypadku wskazania odpowiedzi „Inne typy projektów", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać udzielone odpowiedzi*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***
☐ projekty szkoleniowe
☐ programy profilaktyczne
☐ wyjazdy studyjne
☐ finansowanie miejsc rezydenckich dla lekarzy
☐ projekty analityczno-badawcze
☐ finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych – np. tereny wiejskie etc)
☐ projekty przyczyniające się do ograniczania zdrowotnych czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka
☐ wsparcie finansowe dla przychodni medycyny pracy, które dzięki wsparciu ze środków europejskich mógłby podczas okresowych badań pracowniczych oferować dodatkowe pakiety badań;
☐projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe
☐ projekty rozwijające potencjał dydaktyczny i naukowy uczelni medycznych;
☐ **wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju**
☐ wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych
☐ edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych
☐ rozwój rejestrów medycznych
☐ realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki
☐ realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem
☐ inne typy projektów (Jakie?)
P28. Jaki, w Pana/Pani opinii, byłby optymalny, najlepiej dopasowany do potrzeb i oczekiwań sektora ochrony zdrowia rodzaj wsparcia oferowany w ramach projektów w perspektywie finansowej UE 2014-2020? ***ANKIETER: Proszę przeczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W wypadku wskazania odpowiedzi „Inne rodzaje wsparcia", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać udzielone odpowiedzi*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***
☐ dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie
☐ zapewnienie miejsc rezydenckich dla lekarzy
☐ stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe
☐ fundowane staże krajowe
☐ fundowane staże zagraniczne
☐ studia MBA
☐ programy stypendialne dla naukowców
☐ dofinansowanie zakupów sprzętu medycznego dla placówek medycyny pracy;

☐ pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units* czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach
☐ **wprowadzenie lojalnościowego systemu kształcenia dla młodych lekarzy specjalistów** (W ramach programu lojalnościowego lekarz odbywający specjalizację w ramach deficytowej specjalizacji zostałby objęty specjalnymi benefitami typu: pełne finansowanie specjalizacji, rezydentura, dodatkowe stypendium, staż w zagranicznej klinice, fundusz do wykorzystania na udział w zagranicznych seminariach/sympozjach/konferencjach. W zamian za udział w programie lojalnościowym lekarz musiałby: ukończyć specjalizację w ściśle określonym czasie oraz po zakończeniu specjalizacji musiałby podjąć pracę w miejscu wskazanym przez Ministra Zdrowia);
☐ inne typy projektów (Jakie?)
P29. Które z dotychczasowych projektów należałoby, Pana/Pani zdaniem, kontynuować w ramach perspektywy finansowej 2014 – 2020? ***ANKIETER: Proszę przeczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W wypadku wskazania odpowiedzi „Inne rodzaje wsparcia", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać udzielone odpowiedzi*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***
☐ **Projekt przewidujący opracowanie programów profilaktycznych dla chorób zawodowych** „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych"
☐ **Projekt przewidujący wspieranie aktywności zawodowej osób ze zdiagnozowaną choroba zawodową** „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy"
☐ **Projekt przewidujący poprawę świadomości mężczyzn powyżej 45 w zakresie chorób nowotworowych układu moczowo płciowego** „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)"
☐ **Szkolenia dla pielęgniarek w ramach systemu ratownictwa medycznego** „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego"
☐ **Wsparcie kształcenia specjalistycznego onkologów, kardiologów i specjalistów medycyny pracy** „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy"
☐ **Wsparcie kształcenia lekarzy, ratowników i dyspozytorów, dyspozytorów medycznych** „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych"
☐ **Wsparcie studiów pomostowych dla pielęgniarek** „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych"
☐ **Szkolenia dla pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie obsługi pacjentów i zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia** „Akademia NFZ"
☐ **Szkolenia z zakresu zarządzania podmiotami leczniczymi (rachunek kosztów etc)** „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ"
☐ **Szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów)** "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ"
☐ „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej"
P30. Co, z punktu widzenia Pana/Pani grupy zawodowej, należałoby zrobić, aby: ***ANKIETER: Proszę przeczytać zagadnienia i zapisać odpowiedzi respondenta***

poprawić wykrywalność chorób na wczesnym etapie	
poprawić system kształcenia kadr medycznych	
poprawić efektywność systemu ochrony zdrowia	

przygotować system ochrony zdrowia do zmierzenia się z problemami starzenia się społeczeństwa	
ANKIETER: PROSZE PRZEJŚĆ DO SEKCJI METRYCZKA.	

METRYCZKA

M1. Proszę zaznaczyć płeć respondenta.
☐ mężczyzna
☐ kobieta
M2. Ilu mieszkańców liczy mniej więcej Pana/i miejscowość? ***ANKIETER: Proszę zadać pytanie i zaznaczyć właściwy przedział.***
☐ ≤ 19 999
☐ 20 000 – 39 999
☐ 40 000 – 59 999
☐ 60 000 – 79 999
☐ 80 000 – 99 999
☐ ≥ 100 000
M3. W jakim województwie Pani/Pan mieszka? ***ANKIETER: Proszę zadać pytanie i zaznaczyć właściwą odpowiedź.***
☐ Dolnośląskie
☐ Kujawsko-pomorskie
☐ Lubelskie
☐ Lubuskie
☐ Łódzkie
☐ Małopolskie
☐ Mazowieckie
☐ Opolskie
☐ Podkarpackie
☐ Podlaskie
☐ Pomorskie
☐ Śląskie
☐ Świętokrzyskie
☐ Warmińsko-mazurskie
☐ Wielkopolskie
☐ Zachodniopomorskie
M4. W jakim projekcie Pan/Pani uczestniczył/-a? ***ANKIETER: Proszę odpowiedź zaznaczyć na podstawie posiadanych informacji.***
☐ „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”
☐ „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy”

☐ „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”
☐ „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego”
☐ „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”
☐ „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”
☐ „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”
☐ „Akademia NFZ”
☐ „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”
☐ "Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ"
☐ „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”
ANKIETER: Dziękuję serdecznie za poświęcony mi czas i udzielenie odpowiedzi na pytania tej ankiety!

Załącznik 2.: Ankieta dla potencjalnych uczestników projektów

ANKIETER :

Dzień dobry!

Nazywam się […] Jestem ankieterem firmy […] Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia realizujemy badanie ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej"***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 Programu Kapitał Ludzki oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej Unii Europejskiej 2014 – 2020.

Dzięki Pan/i szczerym odpowiedziom Ministerstwo Zdrowia będzie mogło przygotować w przyszłości lepsze wsparcie, skierowane do osób w podobnej do Pani/a sytuacji. Czy zgodziłby/aby się Pan/i poświęcić mi ok. 15 minut i udzielić odpowiedzi na kilka pytań w tym zakresie? Zapewniam, że udzielone przez Pana/ią odpowiedzi pozostaną anonimowe.

Po uzyskaniu zgody respondenta:

„Jestem zobowiązany poinformować Pana/ią, że niniejsze badanie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego"

P1. Czy Pana/Pani zdaniem istnieje potrzeba przygotowania wsparcia dla przedstawicieli Pana/Pani grupy zawodowej w postaci projektów dofinansowanych ze środków Unii Europejskiej? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedź respondenta. Jeżeli udzielono odpowiedzi „Nie" – proszę przejść do pytania P4 , jeżeli udzielono odpowiedzi „trudno powiedzieć" – proszę przejść do odpowiedzi P5***		
☐ tak	☐ nie	☐ trudno powiedzieć
P2. Czego przede wszystkim powinno dotyczyć (jaki zakres obejmować) wsparcie najbardziej odpowiadające potrzebom Pana/Pani grupy zawodowej? Proszę wskazać maksymalnie trzy takie obszary. ***ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta.***		
1.		
2		
3		
P3. Jakie, z punktu widzenia Pana/Pani grupy zawodowej, typy projektów (np. projekty wyłącznie szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej odpowiadałyby potrzebom sektora ochrony zdrowia? ***ANKIETER: Proszę zaznaczyć odpowiedzi respondenta. Jeżeli wskazano odpowiedź „Inne", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać odpowiedź respondenta. Następnie proszę przejść do pytania P5***		

☐ projekty szkoleniowe
☐ programy profilaktyczne
☐ wyjazdy studyjne
☐ projekty analityczno-badawcze
☐ finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych – np. tereny wiejskie etc)
☐ projekty przyczyniające się do ograniczania czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka
☐ wsparcie finansowe dla przychodni medycyny pracy, które dzięki wsparciu ze środków europejskich mógłby podczas okresowych badań pracowniczych oferować dodatkowe pakiety badań;
☐Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe
☐ projekty rozwijające potencjał dydaktyczny i naukowy uczelni medycznych;
☐ **wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju**
☐ wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych
☐ edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych
☐ rozwój rejestrów medycznych
☐ realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki
☐ realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem
☐ inne typy projektów (Jakie?)
☐ Nie mam w tej sprawie zdania
P4. Dlaczego, Pana/Pani zdaniem Wasza grupa zawodowa nie potrzebuje wsparcia w postaci projektów dofinansowanych ze środków Unii Europejskiej? ***ANKIETER: Proszę odczytać kafeterię i zaznaczyć odpowiedzi respondenta. Jeżeli respondent wskaże odpowiedź „Inne przyczyny", proszę dopytać „jakie?" i odpowiedź zapisać.*** ***UWAGA: respondent może zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.***
☐ nie mamy żadnych potrzeb – jesteśmy doskonale przygotowani do wykonywania zawodu
☐ takie projekty nic nie dają, a tylko zajmują czas
☐ udział w projekcie zbyt utrudnia normalne wykonywanie pracy zawodowej
☐ z tego co wiem, dotychczasowe projekty były zbyt ogólne i nie dopasowane do indywidualnych potrzeb
☐ Inne przyczyny (Jakie?)
☐ Nie mam w tej sprawie zdania

P5. Które z niżej wskazanych kierunków interwencji w ramach całego sektora ochrony zdrowia powinny być priorytetowe dla działań współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w okresie 2014-2020? Proszę określić ich znaczenie w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niski priorytet, a 5 – bardzo wysoki priorytet. ***ANKIETER: Proszę odczytać listę odpowiedzi zaznaczonych w P6 i poprosić respondenta o ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza odpowiedź: bardzo niski priorytet, a 5 – bardzo wysoki priorytet. UWAGA: w wypadku wskazania przez respondenta odpowiedzi „inny priorytet", proszę dopytać „Jaki?", i poprosić o określenie jego priorytetu i zapisać odpowiedź***	1	2	3	4	5
☐ Projekty w przyszłej perspektywie powinny się skupić na działaniach zmierzających do poprawy świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Projekty powinny przyczyniać się do rozwoju medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy", np. lekarzy)	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Ze środków unijnych powinno się zwiększać dostępność do systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Należy wdrożyć w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu;	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia przeddyplomowego	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia podyplomowego	☐	☐	☐	☐	☐
☐Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Inny priorytet (Jaki?)	☐	☐	☐	☐	☐

P6. Na czym Pana/Pani zdaniem powinno polegać wsparcie w ramach poszczególnych obszarów? ***ANKIETER: Proszę zapisać odpowiedzi respondenta.***		
Działania zmierzające do poprawy świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy;		☐ nie mam zdania
Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy", np. lekarzy)		☐ nie mam zdania
Zwiększenie dostępności do systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych;		☐ nie mam zdania
Wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy;		☐ nie mam zdania

Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań podnoszących jakość świadczonych usług i redukujących nierówności w zdrowiu		☐ nie mam zdania
Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia przeddyplomowego		☐ nie mam zdania
Zwiększenie potencjału edukacyjnego szkół medycznych w Polsce w szczególności w zakresie rozwoju praktycznych umiejętności personelu medycznego w ramach kształcenia podyplomowego		☐ nie mam zdania
Poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia		☐ nie mam zdania
Inny priorytet (jeżeli wskazany przez respondenta w pytaniu P5)		☐ nie mam zdania

P7. Jakie typy projektów Pana/ Pani zdaniem (np. projekty wyłącznie szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej odpowiadałyby potrzebom sektora ochrony zdrowia?

ANKIETER: Proszę przeczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W wypadku wskazania odpowiedzi „Inne typy projektów", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać udzielone odpowiedzi
UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

☐ projekty szkoleniowe
☐ programy profilaktyczne
☐ wyjazdy studyjne
☐ finansowanie miejsc rezydenckich dla lekarzy
☐ projekty analityczno-badawcze
☐ finansowanie programów wyrównawczych (które polegałby na zwiększaniu finansowania wybranych procedur medycznych na tzw. terenach defaworyzowanych – np. tereny wiejskie etc)
☐ projekty przyczyniające się do ograniczania czynników ryzyka w konkretnych zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki ryzyka
☐ wsparcie finansowe dla przychodni medycyny pracy, które dzięki wsparciu ze środków europejskich mógłby podczas okresowych badań pracowniczych oferować dodatkowe pakiety badań;
☐Projekty wzmacniające system opieki nad osobami chorymi na choroby nowotworowe
rozwijanie projekty rozwijające potencjał dydaktycz i naukowy uczelni medycznych;
☐ **wspieranie kształcenia specjalistycznego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych na terenie całego kraju**
☐ wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych
☐ edukacja w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych
☐ rozwój rejestrów medycznych
☐ realizacja projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi oraz rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki
☐ realizacja projektów na rzecz opieki perinatalnej oraz nad matką i dzieckiem
☐ inne typy projektów (Jakie?)

P8. Jaki, w Pana/Pani opinii, byłby optymalny, najlepiej dopasowany do potrzeb i oczekiwań sektora ochrony zdrowia rodzaj wsparcia oferowany w ramach projektów w perspektywie finansowej Unii Europejskiej 2014-2020? ***ANKIETER: Proszę przeczytać kafeterię i zaznaczyć właściwe odpowiedzi. W wypadku wskazania odpowiedzi „Inne rodzaje wsparcia", proszę dopytać „Jakie?" i zapisać udzielone odpowiedzi*** ***UWAGA: respondenci mogą wskazać więcej niż jedną odpowiedź.***
☐ dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie
☐ zapewnienie miejsc rezydenckich dla lekarzy
☐ stypendia fundowane dla osób podnoszących kwalifikacje zawodowe
☐ fundowane staże krajowe
☐ fundowane staże zagraniczne
☐ studia MBA
☐ programy stypendialne dla naukowców
☐ dofinansowanie zakupów sprzętu medycznego dla placówek medycyny pracy;
☐ pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie tzw. *cancer units* czyli koncentrowanie opieki nad chorymi na raka w dedykowanych, wielospecjalistycznych zespołach
☐ **wprowadzenie lojalnościowego systemu kształcenia dla młodych lekarzy specjalistów** (W ramach programu lojalnościowego lekarz odbywający specjalizację w ramach deficytowej specjalizacji zostałby objęty specjalnymi benefitami typu: pełne finansowanie specjalizacji, rezydentura, dodatkowe stypendium, staż w zagranicznej klinice, fundusz do wykorzystania na udział w zagranicznych seminariach/sympozjach/konferencjach. W zamian za udział w programie lojalnościowym lekarz musiałby: ukończyć specjalizację w ściśle określonym czasie oraz po zakończeniu specjalizacji musiałby podjąć pracę w miejscu wskazanym przez Ministra Zdrowia);
☐ inne typy projektów (Jakie?)

P9. Co, z punktu widzenia Pana/Pani grupy zawodowej, należałoby zrobić, aby: ***ANKIETER: Proszę przeczytać zagadnienia i zapisać odpowiedzi respondenta***	
poprawić wykrywalność chorób na wczesnym etapie	
poprawić system kształcenia kadr medycznych	
poprawić efektywność systemu ochrony zdrowia	
przygotować system ochrony zdrowia do zmierzenia się z problemami starzenia się społeczeństwa	
ANKIETER: PROSZE PRZEJŚĆ DO SEKCJI METRYCZKA.	

METRYCZKA

M1. Proszę zaznaczyć płeć respondenta.
☐ mężczyzna
☐ kobieta
M2. Ilu mieszkańców liczy mniej więcej Pana/i miejscowość? ***ANKIETER: Proszę zadać pytanie i zaznaczyć właściwy przedział.***
☐ ≤ 19 999
☐ 20 000 – 39 999
☐ 40 000 – 59 999
☐ 60 000 – 79 999
☐ 80 000 – 99 999
☐ ≥ 100 000
M3. W jakim województwie Pani/Pan mieszka? ***ANKIETER: Proszę zadać pytanie i zaznaczyć właściwą odpowiedź.***
☐ Dolnośląskie
☐ Kujawsko-pomorskie
☐ Lubelskie
☐ Lubuskie
☐ Łódzkie
☐ Małopolskie
☐ Mazowieckie
☐ Opolskie
☐ Podkarpackie
☐ Podlaskie
☐ Pomorskie
☐ Śląskie
☐ Świętokrzyskie
☐ Warmińsko-mazurskie
☐ Wielkopolskie
☐ Zachodniopomorskie
M4. W jaką grupę zawodową Pan/Pani reprezentuje? ***ANKIETER: Proszę zadać pytanie i zaznaczyć właściwa odpowiedź.***
☐ fizjoterapeuci
☐ diagności laboratoryjni
☐ farmaceuci
☐ technicy farmaceutyczni

☐ technicy elektroradiologii
☐ fizycy medyczni
☐ terapeuci zajęciowi
☐ terapeuci uzależnień
☐ opiekunowie medyczni
☐ dietetycy "
ANKIETER: Dziękuję serdecznie za poświęcony mi czas i udzielenie odpowiedzi na pytania tej ankiety!

Załącznik 3.: Scenariusze pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI)

UWAGA Przedstawione w niniejszych scenariuszach pytania nie stanowią katalogu zamkniętego, gdyż ani nie wyczerpują wszystkich kwestii, jakie mogą zostać podjęte w trakcie realizacji IDI, ani też nie wszystkie muszą być zadane w trakcie prowadzenia konkretnego wywiadu. Stanowią one jedynie rodzaj wskazówek, dyspozycji do realizacji wywiadu, poprzez wskazanie zasadniczych zagadnień, które powinny stanowić zasadniczą oś IDI. Zgodnie bowiem z metodologią nauk społecznych, IDI będący badaniem jakościowym o charakterze eksploracyjnym (w przeciwieństwie do wywiadów kwestionariuszowych), ma swoją własną, indywidualną dynamikę i jego przebieg w dużej mierze zależy od odpowiedzi udzielanych przez osobę badaną. Zatem w każdym realizowanym wywiadzie mogą być pogłębiane jedne zagadnienia, a bardziej powierzchownie traktowane inne – w zależności od wiedzy danego rozmówcy i jego chęci do dzielenia się swoimi przemyśleniami.

A. IDI z potencjalnymi uczestnikami projektów/odbiorcami wsparcia.

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej"***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.

Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

Poznanie badanej osoby:

Cel: Poznanie roli osoby badanej w systemie ochrony zdrowia, jej stanowiska pracy i dotychczasowych doświadczeń z projektami współfinansowanymi ze środków UE.

1. Prośba o przedstawienie się i określenie swojej roli i zadań w ramach wykonywanego zawodu.
2. Czy osoba badana była uprzednio uczestnikiem jakiegoś projektu współfinansowanego ze środków UE? Jeżeli tak, to prośba o określenia kiedy to miało miejsce, jaki to był projekt, czego dotyczył oraz o krótkie przedstawienie swoich doświadczeń z tego projektu (czy był użyteczny, przydatny? Czy dostarczył wiedzy, kompetencji i umiejętności przydatnych osobie badanej na jej stanowisku pracy, etc.)?
3. Czy osoba badana zna osoby, które uczestniczyły w projektach realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL skierowanych do systemu ochrony zdrowia w Polsce? Jeżeli tak, to jakie opinie o tych projektach respondent słyszał od tych osób?

Na tym etapie wywiadu osoba badana powinna mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i kształtowania udzielanych informacji. Prowadzący badanie powinien zwracać szczególną uwagę na to, co badana osoba prezentuje jako swoje zasadnicze działania w ramach projektu. Ta część wywiadu powinna stanowić ok. ¼ całego czasu badania (tzn. ok. 15-20').

W dalszej części wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie głównego celu realizowanej ewaluacji, tzn. określenia potencjalnych obszarów wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020.

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu:

1. Jakie, zdaniem respondenta, są aktualnie podstawowe problemy i bariery ograniczające efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce?
2. Czy, w opinii respondenta, odpowiednio zaprogramowane wsparcie zewnętrzne, realizowane w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE może przyczynić się do minimalizacji negatywnego oddziaływania tych problemów i barier? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Jeżeli nie, to z jakiego powodu?
3. Jakie są obecnie podstawowe potrzeby i oczekiwania reprezentowanej przez respondenta grupy zawodowej w odniesieniu do ewentualnego wsparcia udzielanego w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE w perspektywie finansowej 2014-2020?
4. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Czy osoba badana zgadza się z następującymi zasadniczymi celami takiego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,
   b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy") oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,
   c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,
   d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.
5. Jaka jest opinia osoby badanej odnośnie potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:
   a) profilaktyka,
   b) rozwój „białych miejsc pracy" – edukacja przed i podyplomowa
   c) zmiany demograficzne
   d) efektywność systemu ochrony zdrowia
6. Czy osoba badana widzi inne, bardzie istotne obszary, które powinny zostać objęte wsparciem?
7. W jaki sposób, w opinii osoby badanej, powinno być zorganizowane i czego konkretnie powinno dotyczyć wsparcie w priorytetowych w jej odczuciu kierunkach?
8. Jaki, w opinii respondenta, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc rezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?

9. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej, w opinii respondenta odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

B. IDI z przedstawicielami projektodawców oraz współpracujących z nimi wykonawców projektów

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.
Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

Zakres obowiązków badanej osoby

Cel: Poznanie roli osoby badanej w systemie zarządzania i wdrażania Działania 2.3 PO KL.

1. Jakie projekty objęte badaniem były zaprojektowane i/lub wdrażane przez organizację reprezentowaną przez respondenta?
2. Jaka była rola osoby badanej w systemie zarządzania i wdrażania Działania 2.3 PO KL?
3. Czy respondent miał wpływ na ostateczny kształt projektu, który reprezentowana przez niego instytucja realizowała w ramach Działania 2.3 PO KL?
4. Czy, a jeżeli tak, to w jakim zakresie osoba badana uczestniczyła w opracowywaniu projektu wspieranego w ramach Działania 2.3 PO KL?

Na tym etapie wywiadu osoba badana powinna mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i kształtowania udzielanych informacji. Prowadzący badanie powinien zwracać szczególną uwagę na to, co badana osoba prezentuje jako swoje zasadnicze działania w ramach projektu. Ta część wywiadu powinna stanowić ok. ¼ całego czasu badania (tzn. ok. 15-20’).
W dalszej części wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie głównego celu realizowanej ewaluacji, tzn. ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce oraz próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020.

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie oceny efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL.

1. Jak osoba badana ocenia dotychczasowe efekty realizacji tych projektów, które były wdrażane przez reprezentowaną przez nią instytucję?

2. Za pomocą jakich wskaźników (twardych i miękkich) opisane były efekty tych projektów? Czy rozróżniano wskaźniki produktu, rezultatu i oddziaływania? Czy osiągnięto – w jakim stopniu – zakładane wskaźniki?
3. Czy osiągnięte efekty projektów wpływają (w jaki sposób i w jakim stopniu) na realizację celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia?
4. Jaka jest trwałość rezultatów powstałych na skutek realizacji poszczególnych projektów (tj. możliwość utrzymania po zakończeniu realizacji projektu trwałych zmian, które będą w długim okresie użyteczne)? W jaki sposób i kiedy ta trwałość rezultatów jest (była) badana?
5. Czy w związku z realizacja projektów pojawiły się niezaplanowane efekty wsparcia np. rezultaty niezałożone we wniosku o dofinansowanie? Jeśli tak, to na czym one polegały i co było przyczyną ich powstania? Czy były to niezaplanowane efekty pozytywne (tj. wspierające osiąganie celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia), czy negatywne (tj. zmniejszające stopień osiągnięcia celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia)?
6. Czy instytucja reprezentowana przez respondenta badała, jak uczestnicy projektów oceniają użyteczność zdobytych kwalifikacji w stosunku do zajmowanego stanowiska pracy/użyteczność zdobytej wiedzy i czy udział w projekcie wpłynął na sytuację zawodową/rozwój zawodowy uczestników projektów? Jeżeli tak, to w jaki sposób i jakie są wyniki tych badań?
7. Czy w opinii respondenta, realizowane przez reprezentowaną przez niego instytucję projekty maja wpływ na proces kształcenia ustawicznego pracowników sektora ochrony zdrowia, tj. czy stymulują ten proces/zachęcają do dalszego kształcenia/ułatwiają dostęp do kształcenia/niwelują bariery, czy też maja charakter bardziej doraźny, bez wyraźnego wpływu?
8. Jak respondent ocenia jakość kształcenia w ramach tych projektów? Czy w ich ramach zastosowano najwłaściwszą w stosunku do zakładanych celów interwencji formę wsparcia?
9. Jakie w opinii respondenta były silne i słabe strony realizowanych przez jego instytucję projektów? Co należałoby zmienić, gdyby taki (podobny) projekt miał być ponownie realizowany w przyszłości
10. Czy w ramach poszczególnych projektów można zidentyfikować tzw. „dobre praktyki"? Jeśli tak, na czym one polegają? Jakie rozwiązania mogłyby być zastosowane przy planowaniu przyszłych interwencji?

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie próby określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej

1. Jakie, zdaniem respondenta, są aktualnie podstawowe problemy i bariery ograniczające efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce?
2. Czy, w opinii respondenta, odpowiednio zaprogramowane wsparcie zewnętrzne, realizowane w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE może przyczynić się do minimalizacji negatywnego oddziaływania tych problemów i barier? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Jeżeli nie, to z jakiego powodu?
3. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Czy osoba badana zgadza się z następującymi zasadniczymi celami takiego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,

b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy") oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,

c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,

d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.

4. Jaka jest opinia osoby badanej odnośnie potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:

a) profilaktyka,

b) rozwój „białych miejsc pracy" – edukacja przed i podyplomowa

c) zmiany demograficzne

d) efektywność systemu ochrony zdrowia

5. Czy osoba badana widzi inne, bardzie istotne obszary, które powinny zostać objęte wsparciem?

6. W jaki sposób, w opinii osoby badanej, powinno być zorganizowane i czego konkretnie powinno dotyczyć wsparcie w priorytetowych w jej odczuciu kierunkach?

7. Jaki, w opinii respondenta, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc prezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?

8. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej, w opinii respondenta odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

9. Czy, a jeśli tak, to które z dotychczasowych projektów, zdaniem respondenta, należałoby kontynuować w ramach perspektywy finansowej 2014 – 2020? Co ewentualnie należałoby zmodyfikować oraz w jaki sposób?

C. IDI z przedstawicielami samorządów zawodowych, stowarzyszeń zawodowych i towarzystw naukowych właściwych dla zawodów medycznych

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej"***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.

Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także

poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

Zakres obowiązków badanej osoby

Cel: Poznanie roli osoby badanej w systemie zarządzania i wdrażania Działania 2.3 PO KL.

1. Jaka jest rola instytucji/ organizacji reprezentowanej przez respondenta w systemie ochrony zdrowia w Polsce? Jaka w tym zakresie jest indywidualna rola respondenta?
2. Czy respondent miał jakiś wpływ na kształt wsparcia skierowanego do sektora ochrony zdrowia w ramach Działania 2.3 PO KL? Jeżeli tak, to w jakiej formie i w jakim zakresie?
3. Czy projekty objęte badaniem są znane respondentowi? Czy w jakiejś formie (np. konsultacja, wyrażanie opinii, etc.) uczestniczył w procesie ich programowania i wdrażania?

Na tym etapie wywiadu osoba badana powinna mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i kształtowania udzielanych informacji. Prowadzący badanie powinien zwracać szczególną uwagę na to, co badana osoba prezentuje jako swoje zasadnicze działania w ramach projektu. Ta część wywiadu powinna stanowić ok. ¼ całego czasu badania (tzn. ok. 15-20').

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie z próby określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej

1. Jakie, zdaniem respondenta, są aktualnie podstawowe problemy i bariery ograniczające efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce?
2. Czy, w opinii respondenta, odpowiednio zaprogramowane wsparcie zewnętrzne, realizowane w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE może przyczynić się do minimalizacji negatywnego oddziaływania tych problemów i barier? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Jeżeli nie, to z jakiego powodu?
3. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Czy osoba badana zgadza się z następującymi zasadniczymi celami takiego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,
   b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy") oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,
   c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,
   d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.
4. Jaka jest opinia osoby badanej odnośnie potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:
   a) profilaktyka,
   b) rozwój „białych miejsc pracy" – edukacja przed i podyplomowa
   c) zmiany demograficzne
   d) efektywność systemu ochrony zdrowia

5. Czy osoba badana widzi inne, bardzie istotne obszary, które powinny zostać objęte wsparciem?
6. W jaki sposób, w opinii osoby badanej, powinno być zorganizowane i czego konkretnie powinno dotyczyć wsparcie w priorytetowych w jej odczuciu kierunkach?
7. Jaki, w opinii respondenta, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc prezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?
8. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej, w opinii respondenta odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

D. IDI z ekspertami z zakresu ochrony zdrowia:

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej"***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.
Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

Zakres obowiązków badanej osoby

Cel: Poznanie roli osoby badanej w systemie zarządzania i wdrażania Działania 2.3 PO KL.

1. Czy respondent posiada wiedzę na temat projektów wspierających sektor ochrony zdrowia w Polsce, realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL?
2. Czy respondent miał jakiś wpływ na kształt wsparcia skierowanego do sektora ochrony zdrowia w ramach Działania 2.3 PO KL? Jeżeli tak, to w jakiej formie i w jakim zakresie?
3. Czy projekty objęte badaniem są znane respondentowi? Czy w jakiejś formie (np. konsultacja, wyrażanie opinii, etc.) uczestniczył w procesie ich programowania i wdrażania?

Na tym etapie wywiadu osoba badana powinna mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i kształtowania udzielanych informacji. Prowadzący badanie powinien zwracać szczególną uwagę na to, co badana osoba prezentuje jako swoje zasadnicze działania w ramach projektu. Ta część wywiadu powinna stanowić ok. ¼ całego czasu badania (tzn. ok. 15-20').

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie z próby określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej

1. Jakie, zdaniem respondenta, są aktualnie podstawowe problemy i bariery ograniczające efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce?
2. Czy, w opinii respondenta, odpowiednio zaprogramowane wsparcie zewnętrzne, realizowane w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE może przyczynić się do minimalizacji negatywnego oddziaływania tych problemów i barier? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Jeżeli nie, to z jakiego powodu?
3. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Czy osoba badana zgadza się z następującymi zasadniczymi celami takiego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,
   b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy”) oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,
   c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,
   d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.
4. Jaka jest opinia osoby badanej odnośnie potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:
   a) profilaktyka,
   b) rozwój „białych miejsc pracy” – edukacja przed i podyplomowa
   c) zmiany demograficzne
   d) efektywność systemu ochrony zdrowia
5. Czy osoba badana widzi inne, bardzie istotne obszary, które powinny zostać objęte wsparciem?
6. W jaki sposób, w opinii osoby badanej, powinno być zorganizowane i czego konkretnie powinno dotyczyć wsparcie w priorytetowych w jej odczuciu kierunkach?
7. Jaki, w opinii respondenta, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc prezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?
8. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej, w opinii respondenta odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

E. IDI z przedstawicielami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. ***„Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej"***, którego celem jest ocena efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL oraz wytypowanie kierunków interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia, które powinny zostać objęte wsparciem ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.
Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

Zakres obowiązków badanej osoby

Cel: Poznanie roli osoby badanej w systemie zarządzania i wdrażania Działania 2.3 PO KL.

1. Jaka była rola osoby badanej w systemie zarządzania i wdrażania Działania 2.3 PO KL?
2. Czy badana osoba brała udział w opracowywaniu założeń wsparcia udzielanego sektorowi ochrony zdrowia w Polsce w ramach Działania 2.3 PO KL?
3. Czy respondent miał wpływ na ostateczny kształt projektów wspierających sektor ochrony zdrowia w Polsce, realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL?
4. Czy, a jeżeli tak, to w jakim zakresie osoba badana uczestniczyła w opracowywaniu projektów współfinansowanych w ramach Działania 2.3 PO KL?
5. Jakie były przesłanki do wnioskowania o wsparcie w ramach Działania 2.3 PO KL?
6. Jakie były zasadnicze cele projektów?
7. Czy zrealizowane projekty, w opinii respondenta, osiągnęły zakładane cele? W jakim stopniu?

Na tym etapie wywiadu osoba badana powinna mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i kształtowania udzielanych informacji. Prowadzący badanie powinien zwracać szczególną uwagę na to, co badana osoba prezentuje jako swoje zasadnicze działania w ramach projektu. Ta część wywiadu powinna stanowić ok. ¼ całego czasu badania (tzn. ok. 15-20').
W dalszej części wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie głównego celu realizowanej ewaluacji, tzn. ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce oraz próba określenia potencjalnych obszarów wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020.

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie oceny efektów wsparcia udzielonego w ramach Działania 2.3 PO KL.

1. Jak osoba badana ocenia efekty realizacji projektów wspierających sektor ochrony zdrowia w Polsce, realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL?

2. Za pomocą jakich wskaźników (twardych i miękkich) opisane były efekty tych projektów? Czy rozróżniano wskaźniki produktu, rezultatu i oddziaływania? Czy osiągnięto – w jakim stopniu – zakładane wskaźniki?
3. Czy osiągnięte efekty projektów wpływają (w jaki sposób i w jakim stopniu) na realizacje celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia?
4. Jaka jest trwałość rezultatów powstałych na skutek realizacji poszczególnych projektów (tj. możliwość utrzymania po zakończeniu realizacji projektu trwałych zmian, które będą w długim okresie użyteczne)? W jaki sposób i kiedy ta trwałość rezultatów jest (była) badana?
5. Czy w związku z realizacja projektów pojawiły się (czy są znane respondentowi?) niezaplanowane efekty wsparcia np. rezultaty niezałożone we wniosku o dofinansowanie? Jeśli tak, to na czym one polegały i co było przyczyną ich powstania? Czy były to niezaplanowane efekty pozytywne (tj. wspierające osiąganie celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia), czy negatywne (tj. zmniejszające stopień osiągnięcia celów PO KL w zakresie ochrony zdrowia)?
6. Czy w opinii respondenta, analizowane projekty maja wpływ na proces kształcenia ustawicznego pracowników sektora ochrony zdrowia, tj. czy stymulują ten proces/zachęcają do dalszego kształcenia/ułatwiają dostęp do kształcenia/niwelują bariery, czy też mają charakter bardziej doraźny, bez wyraźnego wpływu?
7. Jak respondent ocenia jakość kształcenia w ramach tych projektów? Czy w ich ramach zastosowano najwłaściwszą w stosunku do zakładanych celów interwencji formę wsparcia?
8. Jakie w opinii respondenta były silne i słabe strony projektów wspierających sektor ochrony zdrowia w Polsce, realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL? Co, zdaniem respondenta, należałoby zmienić, gdyby taki (podobny) projekt miał być ponownie realizowany w przyszłości
9. Czy, w opinii respondenta, w ramach poszczególnych projektów można zidentyfikować tzw. „dobre praktyki"? Jeśli tak, na czym one polegają? Jakie rozwiązania mogłyby być zastosowane przy planowaniu przyszłych interwencji?

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie z próby określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej

1. Jakie, zdaniem respondenta, są aktualnie podstawowe problemy i bariery ograniczające efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce?
2. Czy, w opinii respondenta, odpowiednio zaprogramowane wsparcie zewnętrzne, realizowane w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE może przyczynić się do minimalizacji negatywnego oddziaływania tych problemów i barier? Jeżeli tak, to w jaki sposób? Jeżeli nie, to z jakiego powodu?
3. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Czy osoba badana zgadza się z następującymi zasadniczymi celami takiego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,
   b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy") oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,

c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,

d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.

4. Jaka jest opinia osoby badanej odnośnie potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:

a) profilaktyka,

b) rozwój „białych miejsc pracy" – edukacja przed i podyplomowa

c) zmiany demograficzne

d) efektywność systemu ochrony zdrowia

5. Czy osoba badana widzi inne, bardzie istotne obszary, które powinny zostać objęte wsparciem?

6. W jaki sposób, w opinii osoby badanej, powinno być zorganizowane i czego konkretnie powinno dotyczyć wsparcie w priorytetowych w jej odczuciu kierunkach?

7. Jaki, w opinii respondenta, byłby optymalny rodzaj wsparcia w ramach projektów (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc prezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?

8. Jakie typy projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) najbardziej, w opinii respondenta odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom? odpowiadałyby zdiagnozowanym potrzebom?

9. Czy, a jeśli tak, to które z dotychczasowych projektów, zdaniem respondenta, należałoby kontynuować w ramach perspektywy finansowej 2014 – 2020? Co ewentualnie należałoby zmodyfikować oraz w jaki sposób?

Załącznik 4.: Scenariusze zogniskowanych wywiadów grupowych

A. FGI z potencjalnymi uczestnikami projektów/odbiorcami wsparcia

FGI będzie miał na celu bezpośrednie skonfrontowanie poglądów i opinii przedstawicieli różnych grup interesariuszy (potencjalni uczestnicy projektów, przedstawiciele projektodawców i administracji publicznej, eksperci, studenci) pozwolą na pełniejsze poznanie ich punktów widzenia i opinii, głębsze zrozumienie motywów podejmowanych (lub nie podejmowanych) przez nich działań, a także przyczyni się do podniesienia poziomu analizy dotyczącej pytań badawczych z zakresu oceny typów wsparcia udzielonego uczestnikom analizowanych projektów, oceny efektów projektów, itp.

Przebieg FGI będzie rejestrowany na nośniku cyfrowym.

Przewidywany czas trwania FGI: 2 – 2,5 godziny.

Osobą prowadzącą (moderatorem) FGI będzie przedstawiciel Wykonawcy badania.

Przewidywana agenda FGI:

1. Przywitanie uczestników przez prowadzącego FGI, w tym: **10 minut**
   - Ogólne przedstawienie celu FGI;
   - Przedstawienie powodów, dla których do udziału w FGI zaproszono przedstawicieli tych grup interesariuszy procesu wspierania ochrony własności intelektualnej w Polsce.

Jednocześnie moderator poinformuje uczestników FGI, że przewidywane jest, iż przebieg dyskusji prowadzonej podczas FGI będzie rejestrowany na nośniku cyfrowym. Moderator zapyta się uczestników, czy wyrażają zgodę na rejestrowanie przebiegu dyskusji. Wystarczy, że jedna osoba nie wyrazi zgody, aby uznać, że nie uzyskano zgody na cyfrową rejestrację dźwiękową przebiegu FGI. Jeżeli uczestnicy nie wyrażą zgody na rejestrowanie przebiegu dyskusji, wówczas przebieg dyskusji będzie notowany przez przedstawiciela Wykonawcy badania.

2. Przedstawienie się uczestników FGI. **5 minut**

3. Dyskusja na tematy wskazane w „Zestawieniu problematyki podejmowanej podczas FGI". **90-120 minut**

4. Podsumowanie przebiegu dyskusji przez moderatora, ze wskazaniem zasadniczych wniosków i konkluzji wynikających z przebiegu dyskusji w odniesieniu do zasadniczych zagadnień stanowiących przedmiot FGI. **10-15 minut**

5. Podziękowanie uczestnikom za udział w FGI oraz – w wypadku, kiedy nie została wyrażona zgoda na rejestrację przebiegu dyskusji na nośniku cyfrowym audio - przekazanie informacji, że Wykonawca opracuje notkę z przebiegu FGI ukazującą zasadnicze wątki dyskusji oraz konkluzje i wnioski. Notatka ta zostanie w ciągu 3 dni roboczych przesłana do uczestników FGI w celu uzyskania ich autoryzacji. Jeżeli uczestnicy FGI w ciągu 2 dni roboczych nie zgłoszą uwag do treści notatki, będzie to rozumiane jako akceptacja.

5 minut

Zagadnienia podejmowane w trakcie wywiadu w zakresie próby określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej

1. Identyfikacja podstawowych problemów i barier ograniczających efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce
2. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Dyskusja na temat następujących propozycji zasadniczych celów przyszłego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,
   b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy") oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,
   c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,
   d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.
3. Dyskusja na temat potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:
   a) profilaktyka,
   b) rozwój „białych miejsc pracy" – edukacja przed i podyplomowa
   c) zmiany demograficzne
   d) efektywność systemu ochrony zdrowia
4. Propozycja innych, bardziej istotnych obszarów, które powinny zostać objęte wsparciem.
5. Propozycje optymalnych rodzajów wsparcia w ramach projektów wspierających sektor ochrony zdrowia w Polsce w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020 (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc prezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?
6. Propozycje typów projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) które najbardziej odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom?

B. FGI ze studentami kierunków lekarski, pielęgniarstwo, analityka medyczna, farmacja, fizjoterapia

FGI będzie miał na celu bezpośrednie skonfrontowanie poglądów i opinii przedstawicieli różnych grup interesariuszy (potencjalni uczestnicy projektów, przedstawiciele projektodawców i administracji publicznej, eksperci, studenci) pozwolą na pełniejsze poznanie ich punktów widzenia i opinii, głębsze zrozumienie motywów podejmowanych (lub nie podejmowanych) przez nich działań, a także przyczyni się do podniesienia poziomu analizy dotyczącej pytań badawczych z zakresu oceny typów wsparcia udzielonego uczestnikom analizowanych projektów, oceny efektów projektów, itp.

Przebieg FGI będzie rejestrowany na nośniku cyfrowym.

Przewidywany czas trwania FGI: 2 – 2,5 godziny.

Osobą prowadzącą (moderatorem) FGI będzie przedstawiciel Wykonawcy badania.

Przewidywana agenda FGI:

1. Przywitanie uczestników przez prowadzącego FGI, w tym: **10 minut**
   - Ogólne przedstawienie celu FGI;
   - Przedstawienie powodów, dla których do udziału w FGI zaproszono przedstawicieli tych grup interesariuszy procesu wspierania ochrony własności intelektualnej w Polsce.

Jednocześnie moderator poinformuje uczestników FGI, że przewidywane jest, iż przebieg dyskusji prowadzonej podczas FGI będzie rejestrowany na nośniku cyfrowym. Moderator zapyta się uczestników, czy wyrażają zgodę na rejestrowanie przebiegu dyskusji. Wystarczy, że jedna osoba nie wyrazi zgody, aby uznać, że nie uzyskano zgody na cyfrową rejestrację dźwiękową przebiegu FGI. Jeżeli uczestnicy nie wyrażą zgody na rejestrowanie przebiegu dyskusji, wówczas przebieg dyskusji będzie notowany przez przedstawiciela Wykonawcy badania.

2. Przedstawienie się uczestników FGI. **5 minut**
3. Dyskusja na tematy wskazane w „Zestawieniu problematyki podejmowanej podczas FGI”. **90-120 minut**

4. Podsumowanie przebiegu dyskusji przez moderatora, ze wskazaniem zasadniczych wniosków i konkluzji wynikających z przebiegu dyskusji w odniesieniu do zasadniczych zagadnień stanowiących przedmiot FGI. **10-15 minut**

5. Podziękowanie uczestnikom za udział w FGI oraz – w wypadku, kiedy nie została wyrażona zgoda na rejestrację przebiegu dyskusji na nośniku cyfrowym audio - przekazanie informacji, że Wykonawca opracuje notkę z przebiegu FGI ukazującą zasadnicze wątki dyskusji oraz konkluzje i wnioski. Notatka ta zostanie w ciągu 3 dni roboczych przesłana do uczestników FGI w celu uzyskania ich autoryzacji. Jeżeli **5 minut**

uczestnicy FGI w ciągu 2 dni roboczych nie zgłoszą uwag do treści notatki, będzie to rozumiane jako akceptacja.

Zestawienie problematyki podejmowanej podczas FGI

1. Identyfikacja podstawowych problemów i barier ograniczających efektywność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce
2. Jakie powinny być kierunki interwencji w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? Dyskusja na temat następujących propozycji zasadniczych celów przyszłego wsparcia:
   a) Poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz wykrywalności chorób negatywnie wpływających na zasoby rynku pracy,
   b) Rozwój medycznego rynku pracy (w szczególności tzw. „białych miejsc pracy") oraz wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych umożliwiającego zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych,
   c) Zmniejszenie niekorzystnych następstw na rynku pracy wynikających ze zmian demograficznych poprzez wdrożenie w systemie ochrony zdrowia rozwiązań skierowanych na potrzeby osób starszych, jak również rozwój działań wpierających rodzicielstwo i okres wczesnodziecięcy,
   d) Zwiększenie elastyczności i efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań projakościowych i redukujących nierówności w zdrowiu.
3. Dyskusja na temat potrzeby priorytetowego potraktowania następujących grup tematycznych:
   a) aprofilaktyka,
   b) rozwój „białych miejsc pracy" – edukacja przed i podyplomowa
   c) zmiany demograficzne
   d) efektywność systemu ochrony zdrowia
4. Propozycja innych, bardziej istotnych obszarów, które powinny zostać objęte wsparciem.
5. Propozycje optymalnych rodzajów wsparcia w ramach projektów wspierających sektor ochrony zdrowia w Polsce w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020 (np. dofinansowanie ponoszonych kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie, zapewnienie miejsc prezydenckich dla lekarzy uczestniczących w projekcie etc.)?
6. Propozycje typów projektów (np. projekty stricte szkoleniowe, programy profilaktyczne, kampanie informacyjne etc.) które najbardziej odpowiadają zdiagnozowanym potrzebom, w tym potrzebom studentów kierunków medycznych.