Fundusze Europejskie
Pomoc Techniczna

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Fundusz Spójności

Raport końcowy

OCENA REALIZACJI PLANÓW DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA – ETAP II

IBC GROUP Central Europe Holding S. A.

IBC GROUP

Warszawa, 13 sierpnia 2018 r.

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

Autorzy raportu:

dr Marcin Pierzchała
dr Piotr Karniej
Jarema Piekutowski

Zespół Badawczy:

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

Streszczenie raportu

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

W ramach I etapu ewaluacji realizowanego w okresie od sierpnia do października 2017 r., analizie i ocenie poddane zostało 36 Planów Działań z roku 2015 oraz 2016[1]. Na II etapie realizowanym w okresie od maja do lipca 2018 r., analizie i ocenie poddane zostało 18 Planów Działań z roku 2017[2]. Ewaluacja objęła różnorodne działania w obszarze zdrowia współfinansowane w ramach polityki spójności ze środków EFRR (w PO IiŚ, RPO i PO PC) oraz EFS (w PO WER i RPO) w Priorytetach Inwestycyjnych numer: 2c, 8vi, 9a, 9iv, 10ii oraz 10iii. Ocena dokonana została pod kątem 5 kryteriów ewaluacyjnych, takich jak: trafność, skuteczność, spójność, użyteczność, wpływ. Każdemu kryterium oceny poświęcono odrębny rozdział w niniejszym raporcie. W ramach badania, zarówno na I jak i na II etapie, wykorzystano różnorodne metody i techniki badawcze, które pozwoliły udzielić szczegółowych i wyczerpujących odpowiedzi na zadane przez Zamawiającego pytania badawcze, w tym: analizę danych zastanych (*desk research*), metody jakościowe (wywiady pogłębione – IDI/diady, ITI, zogniskowany wywiad grupowy – FGI, a także warsztat podsumowujący wstępne wyniki ewaluacji w ramach I części badania, panel ekspertów podsumowujący wyniki II etapu, a także całego badania oraz metody ilościowe (wywiady kwestionariuszowe CATI i CAWI oraz ankieta internetowa). Oznacza to, że niniejszy raport jest podsumowaniem zarówno I jak i II etapu badania, zawierając analizy zamieszczone w ramach pierwszego raportu cząstkowego w zakresie Planów Działań z lat 2015-2016.

Badanie ewaluacyjne w ramach II części potwierdziło, że Plany Działań (w tym zarówno pod względem ich koncepcji, zakresu oraz sposobu procedowania/uzgadniania w ramach prac *Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia* – KS) **spełniają cały czas rolę kluczowego narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia**. Istotne jest, że ten pozytywny aspekt planowania w sektorze dostrzegany jest przez wszystkich uczestników systemu koordynacji, co bez wątpienia wpływa na ich duże zaangażowanie w opracowywanie i wdrażanie postanowień PD. Jednocześnie opinie członków Komitetu Sterującego, w zakresie sposobu opracowywania, zatwierdzania oraz realizacji prezentują się bardziej optymistycznie w ramach II części badania. Składania to do konkluzji, o ugruntowaniu procedur wśród wszystkich interesariuszy i ustabilizowaniu się systemu uzgadniania Planów Działań funkcjonującego, w I połowie 2018 roku, już od 3 lat[3]. Dzieje się tak pomimo stałych modyfikacji formularzy Planów Działań czy Regulaminu KS (w zakresie większej elastyczności regionów w zakresie wprowadzania modyfikacji Planu działań, którą należy ocenić pozytywnie), co nie wpływa w zasadniczy sposób na mniejszą efektywność prac KS. **Pomimo tej pozytywnej konkluzji, nadal kwestia ciągłej aktualizacji Planów Działań (niemająca uzasadnienia z formalnego**

[1] Były to PD w sektorze zdrowia w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 (16 w 2015 roku i 16 w 2016 roku) oraz PO WER (za 2015 i za 2016) oraz PO IiŚ (za 2015 i za 2016 rok).
[2] Były to PD w sektorze zdrowia w Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 (16 w 2017 roku) oraz PO WER (za 2017 rok) oraz PO IiŚ (za 2017 rok).
[3] Posiedzenie I Komitetu Sterującego miało miejsce 20 lipca 2015 roku.

punktu widzenia) zgłaszanych przez regiony w Sekretariacie Komitetu Sterującego pozostaje problemem nierozwiązanym, no co wskazują cały czas sami interesariusze tego systemu. Podobnie jest w przypadku sposobu wypełniania Załącznika nr 1 do PD. Badanie potwierdziło, brak jednoznacznego celu jakiemu ma de facto służyć ten dokument oraz sposobu jego wypełniania, który jest bardzo zróżnicowany (np. cześć IZ wpisuje w zał. 1 wszystkie możliwe realizowane dotąd przedsięwzięcia w sposób kumulatywny, inne wpisują co roku inne przedsięwzięcia, podczas gdy jeden z regionów wpisuje jedynie projekty komplementarne do tych ujętych w RPD).

Należy mieć jednak świadomość, że ww. elementy oraz inne związane z procedurą uzgadnianiem Planów Działań (w tym także oczekiwanie na decyzje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji), zwłaszcza z punktu widzenia regionów stanowi element wydłużający proces wydatkowania środków unijnych w ramach RPO. Ponadto dla części z nich stanowi spore obciążenie administracyjne, zwłaszcza przy ograniczonych zasobach kadrowych, w urzędach marszałkowskich, posiadających odpowiednie kompetencje. Może też przyczyniać się do opóźnień w organizacji konkursów. Potwierdzają to przede wszystkim **niskie wartości osiągnięte wskaźników produktu i rezultatu (według stanu na koniec 2017 roku) w poszczególnych RPO. Dodatkowo około 20% respondentów członków Komitetu Sterującego dostrzega ryzyko nieosiągnięcia istotnych celów PD do końca 2023 roku (w szczególności nie zrealizowania planowanych wskaźników RPO).** Należy jednak wskazać, że sytuacja w 2017 roku uległa znaczącej poprawie w porównaniu z 2016 rokiem. Podczas gdy do końca 2016 roku jedynie w 2 województwach ogłoszono konkursy we wszystkich priorytetach inwestycyjnych, w 7 regionach w ramach 3 PI, w 1 województwie w 2 PI, a w 5 regionach tylko w jednym, to pod koniec 2017 roku takich poważnych problemów już nie zidentyfikowano.

Z przeprowadzonych analiz wynika również, że w przyszłości konieczne jest zastanowienie się nad **kwestią silniejszego umocowania w ustawodawstwie dotyczącym wdrażania polityki spójności ciała, jakim jest KS, w zakresie jego wpływu na decyzje zapadające na komitetach monitorujących programy operacyjne**, w ramach których wdrażane jest wsparcie w obszarze zdrowia. Jest to szczególnie silnie akcentowany postulat przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Ta kwestia w szczególności powinna dotyczyć uporządkowania obszarów leżących w zakresach odpowiedzialności poszczególnych podmiotów tworzących system uzgadniania Planów Działań, na które nie mają one teraz wpływu. Np. w przypadku Ministerstwa Zdrowia dotyczy to projektów pozakonkursowych oraz spełniania wymagań Komisji Europejskiej w zakresie funkcjonowania map potrzeb zdrowotnych.

Powyższa kwestia wpisuje się w szerszy problem zarządzania służbą zdrowia w Polsce, zidentyfikowany w ramach II części badania, m.in. w zakresie sposobu koordynacji oraz stopnia decentralizacji tego procesu. Choć należy wskazać słuszność obecnego systemu centralnego podejmowania decyzji w sprawach dotyczących ustalania priorytetów interwencji w ochronie zdrowia, w Polsce nadal **brak jest istnienia trzeciego szczebla (obok centralnego i lokalnego) jakim jest niezależny monitor dysponowania środków i oceny efektywności (skuteczności) działań.** W krajach europejskich (np. w Wielkiej Brytanii) istnieją takie agencje, których zadaniem jest niezależna i ekspercka ocena zarówno szczebla centralnego jak i poszczególnych szczebli lokalnych, w zakresie prawidłowości podejmowania decyzji strategicznych jak i taktycznych. Być może obecność takiej agencji - z założenia niepodlegającej Ministrowi Zdrowia - mogłaby być **odpowiedzią**

na obserwowany brak zaufania organów centralnych do lokalnych i odwrotnie zidentyfikowany w ramach prac nad Planami Działań (co przejawia się wspominaną ich permanentną aktualizacją).

Jednocześnie należy wskazać, że względu na to, że PD uzgadniane są na forum KS, zapewniona jest przez cały badany okres 2015-2017, **lepsza koordynacja działań o charakterze centralnym z tymi realizowanymi na szczeblu regionalnym**. Daje to instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w kolejnym roku na szczeblu regionalnym, ale pozwala również na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. W przypadku regionów efekt ten przekłada się na to, że ich przedstawiciele posiadają wiedzę o działaniach planowanych na szczeblu centralnym, np. w ramach PO WER czy PO IiŚ, a także w innych województwach. Ponadto istnienie PD odnoszących się do finansowania ze środków EFSI pozwala na dodatkową – **lepszą alokację środków krajowych, które mogą działać komplementarnie lub substytucyjnie** – zgodnie z wolą decydentów.

Ważnym wnioskiem, płynącym z badania jest to, iż projektowane **PD w latach 2015-2017 odnoszą się do najważniejszych obszarów wsparcia związanych ze zdrowiem**, które są zbieżne z celami *Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.* Choć PD spełniają rolę skutecznego narzędzia koordynacji, to istnieją zidentyfikowane w toku ewaluacji, istotne obszary ryzyka utrudniające ich skuteczną i efektywną realizację. Do najważniejszych z nich należy wskazać: **ryzyko w zakresie decyzyjności**, **prawno-organizacyjne systemu** (w kontekście zmian związanych z wprowadzenie tzw. „sieci szpitali”), **niedostatecznego wpływu samorządu na PD** (zarówno na poziomie regionalnym, jak i powiatowym; głos samorządu nie jest bowiem uwzględniany przy podejmowaniu decyzji o charakterze strategicznym)[4], **braku kadry lub niezaistnienia warunków wymaganych do realizacji programu** (np. związane z pozyskaniem przez wnioskodawców wymaganej kadry medycznej w ramach projektów), **finansowe** (związane z tym, że wykorzystanie środków jest znacznie niższe niż zakładane), **dotyczące rynku pracy i wynagrodzeń w ochronie zdrowia** (związane z rosnącą presją pracowników służby zdrowia na zwiększanie wynagrodzeń), **ryzyko migracyjne** (duży wpływ migracji zawodowej pracowników medycznych i absolwentów uczelni medycznych do innych regionów lub innych krajów, co powoduje ograniczenie w planowaniu zasobów osobowych do realizacji określonych działań w sektorze zdrowia).

W ramach II części badania zidentyfikowano kilka dodatkowych kwestii, które w ocenie ewaluatora są szczególnie istotne w kontekście bieżącej realizacji Planów Działań. W pierwszej kolejności było to zagadnienie: **map potrzeb zdrowotnych,** a w szczególności sposobu ich wykorzystania w pracach KS. Pomimo negatywnej oceny zamieszczonej w raporcie NIK w zakresie ich tworzenia, to ocena w ramach badania jest co najmniej pozytywna. Jednocześnie należy mieć na uwadze ograniczenia map, które sprawiają, że mamy raczej do czynienia z „mapami nierówności w wykonanych świadczeniach zdrowotnych” niż rzeczywistymi mapami potrzeb zdrowotnych. Kolejnym elementem jest **funkcjonowanie Grupy Roboczej ds. e-zdrowia** oraz rozwiązanie problemu dublowania

[4] Przykładem jest m.in. wskazywany przez ankietowanych członków Komitetu Sterującego brak uwzględniania kontekstu regionalnego (potrzeb w regionalnym systemie ochrony zdrowia), co wymuszało w sytuacji zatwierdzenia kryteriów obligatoryjnych zmianę wcześniej przyjętej polityki i planów w obszarze zdrowia np. w zakresie Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT).

się tego gremium z innymi grupami zajmującymi się problematyką e-zdrowia. Ostatni z elementów sygnalizowany już na I etapie stanowi tzw. **„sieci szpitali”,** która powinna zostać oceniona w najbliższych miesiącach jako potencjalny czynnik wpływający na destabilizację systemu świadczenia usług medycznych na przełomie 2017 i 20-18 roku.

Istotnym elementem będącym przedmiotem II części badania stanowiły **rekomendacje do kryteriów wyboru projektów** z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych realizowanych przez RPO, PO WER, PO IiŚ i w obszarze e-zdrowia w latach 2015-2017. Ich **ocena wśród członków Komitetu Sterującego przedstawia się umiarkowanie**. Jednocześnie wskazywano wysoki stopień skomplikowania kryteriów oraz niejednoznaczność treści formułowanych w ich ramach, wpływających na trudności w ich zrozumieniu, a także zbyt dużą ich liczbę wpływającą na niski stopień ich czytelności, co powoduje brak możliwości jednoznacznego określenia kierunku wsparcia w ramach poszczególnych konkursów. W związku z powyższym w ramach raportu zarekomendowano, aby zamieszczano w ramach uchwał dotyczących ww. kryteriów, uzasadnień dla poszczególnych rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych, co zwiększy ich transparentność oraz zrozumiałość dla wszystkich interesariusze tego systemu.

W ramach komunikacji pomiędzy interesariuszami w procesie uzgadniania i realizacji PD nie zidentyfikowano większych problemów. Najlepiej oceniano współpracę w tym zakresie z pracownikami Sekretariatu Komitetu Sterującego oraz Kierownictwem Komitetu Sterującego, a więc przedstawicielami instytucji, która zajmuje centralne miejsce w systemie uzgadniania Planów Działań.

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

Należy podkreślić, że **PD stanowią dobre narzędzie dla wszystkich interesariuszy biorących udział w procesie ich uzgadniania**, **ponieważ dają możliwość wpływu na podejmowane obszary interwencji.** Pomimo to istnieją problemy w realizacji postanowień PD, do których zaliczyć można przede wszystkim: podjęcie interwencji w obszarach, w których brak jest odpowiedniej kadry (np. lekarzy, którzy mieliby udzielać określonych świadczeń medycznych), podjęcie interwencji w regionach o niskim stopniu zainteresowania zarówno ze strony potencjalnych wnioskodawców (w zakresie składania projektów) oraz uczestników (w zakresie udziału w projektach), niewłaściwe zdefiniowanie grupy docelowej projektów (np. pomijanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niebędących podmiotami leczniczymi), oparcie interwencji w regionie o podmioty, które nie

będą mogły w przyszłości realizować dotychczasowej działalności lub też skierowanie obszaru interwencji do szpitali, które nie zostały włączone do tzw. „sieci szpitali”), przygotowanie rozwiązań o charakterze prawnym, niespójnych z obecną rzeczywistością prawną i niemożliwe do realizacji.

Podsumowując, badanie ewaluacyjne wykazało, **zasadność stosowania PD jako skutecznego oraz efektywnego narzędzia koordynacji**. Jednocześnie działania podejmowane w związku z przyjmowaniem PD mogą stanowić dobrą praktykę dla Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, aby w innych sektorach/politykach publicznych objętych interwencją ze środków polityki spójności również rozważyło możliwość wprowadzenia podobnych działań koordynacyjnych. Konieczne jest jednak zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych do prowadzenia takich działań w kolejnej perspektywie finansowej.

Spis treści

Streszczenie raportu 2

Spis treści.....7

Wykaz skrótów i nazw obcych 8

1. Wprowadzenie 9

1.1. Opis przedmiotu badania 9

1.2. Opis założeń badania (cel badania, kryteria ewaluacji, zakres badania) 11

2. Opis zastosowanej metodologii oraz źródeł danych w badaniu 13

2.1. Analiza danych zastanych (*desk research*) 13

2.2. Indywidualne wywiady pogłębione IDI (In-Depth Interview) /diady.....16

2.3. Telefoniczne wywiady pogłębione ITI (In-depth Telephone Interview) 16

2.4. Zogniskowany wywiad grupowy FGI (Focus Group Interview).....16

2.5. Wywiady kwestionariuszowe CAWI (Computer-Assisted Web Interview) 17

2.6. Ankieta internetowa.....17

2.7. Wywiady kwestionariuszowe CATI (Computer-Assisted Telephone Interview) 17

3. Opis wyników badania.....19

3.1. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem trafności.....19

3.2. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem skuteczności.....43

3.3. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem spójności 78

3.4. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem użyteczności.....101

3.5. Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia pod kątem wpływu 113

4. Wnioski i rekomendacje.....115

5. Załączniki 124

5.1. Zestawienie analizowanych w ramach badania wniosków o dofinansowanie w latach 2015-2016 124

5.2. Wyniki osiągnięcia wskaźników w ramach RPO 125

5.3. Matryca spójności wewnętrznej.....125

5.4. Matryca analizy wskaźników 125

5.5. Wyniki ankiety w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów 125

Wykaz skrótów i nazw obcych

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

1. Wprowadzenie

1.1. Opis przedmiotu badania

W *Umowie Partnerstwa na lata 2014-2020* przewidziano szereg narzędzi koordynacji inwestycji w ochronę zdrowia. Jednym z nich są roczne **Plany Działań w sektorze zdrowia dotyczące regionalnych i krajowych programów operacyjnych, współfinansowanych ze środków EFS oraz EFRR, które są uzgadniane przez *Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia***. W 2015 roku odbyły się 3 posiedzenia Komitetu Sterującego (I-III). W 2016 roku 8 posiedzeń (IV-XI). W 2017 roku 4 posiedzenia (XII-XV), a w 2018 roku 2 posiedzenia (XVI-XVII)[5].

Celem koordynacji realizowanej przez Komitet Sterujący jest zapewnienie właściwego ukierunkowania interwencji, zapobieganie ich nakładaniu się, zapewnienie efektywności kosztowej oraz precyzyjne dostosowanie interwencji do potrzeb zidentyfikowanych na poziomie kraju i poszczególnych regionów. Do głównych zadań Komitetu Sterującego (dalej: KS) należy zgodnie z zapisami *Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia*[6]:

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

[5] Według stanu na koniec lipca 2018 roku.

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

- ✓ zlecanie ewaluacji Planu Działań i wydawanie rekomendacji dla instytucji pośredniczących/instytucji zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia;
- ✓ zlecanie/przygotowywanie ekspertyz, opinii, rekomendacji, wytycznych, podręczników.

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

Komitet Sterujący posiada status podkomitetu w ramach *Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa*, utworzonego na podstawie *art. 14l ustawy z dnia 6 grudnia 2006 roku o zasadach prowadzenia polityki rozwoju* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1649 oraz z 2015 poz. 349. Działa on na podstawie *decyzji Nr 19 Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie powołania podkomitetu ds. zdrowia na lata 2014-2020* i *Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia*[7] przez okres realizacji perspektywy finansowej 2014-2020. W jego skład wchodzą przedstawiciele strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawiciele innych podmiotów, mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia.

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

Plany Działań uwzględniają przede wszystkim:

- ✓ listę oraz opis konkursów,
- ✓ listę oraz opis projektów pozakonkursowych[8],
- ✓ wartość planowanych inwestycji (w podziale na dofinansowanie UE i wkład krajowy),
- ✓ planowane do osiągnięcia wskaźniki,
- ✓ kryteria wyboru projektów, a także listę przedsięwzięć planowanych do realizacji w kolejnych okresach sprawozdawczych.

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

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

Dodatkowo, w celu zapewnienia właściwej koordynacji, do PD załączana jest lista inwestycji realizowanych ze środków krajowych. Plany Działań w sektorze zdrowia przyjmowane są na każdy rok kalendarzowy (choć powszechną praktyką jest, że są one aktualizowane) wydatkowania środków EFSI w perspektywie finansowej 2014-2020. Warunkiem koniecznym dla rozpoczynania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z właściwym Planem Działania w sektorze zdrowia, uzgodnionym przez KS.

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

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

W ramach niniejszego raportu analizie poddane zostały Plany Działań z lat 2015-2017.

Cel główny badania został zrealizowany poprzez zastosowanie następujących kryteriów ewaluacji:

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

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

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

2. Opis zastosowanej metodologii oraz źródeł danych w badaniu

W ramach niniejszego badania (I i II etap) wykorzystane zostały zarówno jakościowe, jak i ilościowe techniki gromadzenia oraz analizy danych:

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

2.1. Analiza danych zastanych (*desk research*)

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

- ✓ **dokumenty strategiczne w zakresie koordynacji polityki zdrowotnej w Polsce** (*Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020, Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.),* inne krajowe oraz regionalne dokumenty strategiczne w zakresie zdrowia (np. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, programy strategiczne polityki zdrowotnej z woj. łódzkiego, lubuskiego, opolskiego, zachodniopomorskiego, priorytety dla polityki zdrowotnej z woj. podlaskiego);
- ✓ ***Wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*)[9]**;
- ✓ **dokumenty programowe** (programy operacyjne, szczegółowe opisy osi priorytetowych, uchwały komitetów monitorujących programy operacyjne w zakresie sektora zdrowia (PO WER, PO IiŚ, RPO), w tym przede wszystkim dotyczące akceptacji kryteriów wyboru projektów);
- ✓ **zapisy poszczególnych PD oraz postanowienia uchwał Komitetu Sterującego dotyczących tych PD**[10]; łącznie przeanalizowano 54 PD[11], w tym 48 w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 (16 w 2015 roku, 16 w 2016 roku, 16 w 2017 roku) oraz 6 w przypadku krajowych, PO WER (za 2015, za 2016, za 2017) oraz PO IiŚ (za 2015, za 2016 rok, za 2017).

[9] Najnowsze wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 zatwierdzono w dniu 1 stycznia 2018 roku. Ze względu na przedmiot badania (PD za lata 2015-2017) nie były przedmiotem analizy. W 2017 roku obowiązywały Wytyczne z dnia 8 grudnia 2016 roku.

[10] Regulaminy KS z dnia: 20.07.2015 r., 28.09.2015 r., 26.02.2016 r., 17.06.2016 r., 22.07.2017 r., 28.07.2018.

[11] Dotyczy również zmian w zakresie PD regulowanych uchwałami podejmowanymi przez KS w tym zakresie.

- ✓ ***Regulamin Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia (wersje obowiązujące w lata 2015-2018[12])***
- ✓ **instrukcje wypełniania PD w sektorze zdrowia** (z dnia 19.04.2016 r., 04.08.2016 r. 16.03.2017 r., 12.05.2017 r., 05.06.2017 r., 28.05.2018, oraz 12.06.2018 r.);
- ✓ **protokoły z wybranych posiedzeń KS;**
- ✓ **sprawozdania KS** (*Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2015 roku*, *Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2016 roku oraz Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2017 roku*);
- ✓ **dokumentację i dane dotyczące 87 projektów wybranych na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS** (wnioski o dofinansowanie) pozyskane od urzędów marszałkowskich oraz Ministerstwa Zdrowia w trakcie realizacji projektu; szczegółowe zestawienie analizowanych wniosków zawiera Załącznik 5.1.
- ✓ **dane dotyczące przedsięwzięć realizowanych poza współfinansowaniem EFSI**, w tym w szczególności wskazywanych w załączniku nr 1 do PD z lat 2015-2017 jako komplementarne;
- ✓ **mapy potrzeb zdrowotnych**[13];
- ✓ **dane dotyczące obszaru zdrowia** (w tym dane dotyczące wskaźników z PD przekazane przez instytucje zarządzające PO/RPO);
- ✓ **dokumenty wypracowane toku funkcjonowania KS (w tym m.in. uchwały KS, protokoły z posiedzeń KS, sprawozdania z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI, Plany Działań za 2015-2017, regulamin KS itp.),**
- ✓ **raporty i analizy** w obszarze zdrowia, w tym w szczególności:
  - Raport „Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce”, Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala w Warszawie, Warszawa, czerwiec 2016[14],
  - Raport „Zdrowie i ochrona zdrowia w roku 2015”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa[15],
  - Raport „Zdrowie i ochrona zdrowia w roku 2016”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa[16],

[12] Dotyczy to Regulaminów przyjętych: na I posiedzeniu KS w lipcu 2015 roku (Uchwała Nr 1/2015), na II posiedzeniu KS we wrześniu 2015 roku (Uchwała Nr 19/2015), na IV posiedzeniu KS w lutym 2016 roku (Uchwała Nr 2/2016),na VIII posiedzeniu KS z czerwca 2016 roku (Uchwała Nr 44/2016), na XII posiedzeniu KS w marcu 2017 roku (Uchwała Nr 5/2017/XII), w trybie obiegowym w maju 2017 roku (Uchwała Nr 23/2017/O), w trybie obiegowym w czerwcu 2017 roku (uchwała Nr 30/2017/O), w trybie obiegowym w maju 2018 roku (uchwała Nr 25/2018/O),

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

[14] Patrz: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekscie_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf;

[15] Patrz: http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015 roku,1,6.html;

- Raport „Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016[17],
- Raport „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2015”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016[18],
- „Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012”, European Observatory on Health Systems and Policies,
- Raport „Tworzenie map potrzeb zdrowotnych”, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2018[19],
- Raport „Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa i położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”, badanie na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, 14 - 20.05.2018, Wrocław (publikacja elektroniczna),
- Małas Z., „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w opiekę pielęgniarską i położniczą w związku z migracjami personelu i zmianą systemu emerytalnego”, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, 9.01.2018,
- Kurowska A., „To mit, że wyjeżdżają młodzi. Starsi lekarze też decydują się na emigrację”, Gazeta Prawna, 11.01.2016,
- Łada A., Seges Frelak J., Wykwalifikowani migranci w zawodach medycznych w Polsce i w Niemczech – wniosku z badań i rekomendacje, Analizy i opinie, Nr 149 (2017), badanie w ramach projektu „Wykwalifikowani migranci w Polsce i w Niemczech” realizowanego we współpracy Instytutu Spraw Publicznych z Fundacją im. Friedricha Eberta, przy wsparciu finansowym Fundacji Współpracy Polsko Niemieckiej http://www.isp.org.pl/uploads/analyses/2082342909.pdf
- Kubalski G., „Nieodpowiedzialne porozumienie”, Dziennik Warto Wiedzieć, 22.07.2018,
- Prus K., „Lekarze i pielęgniarki chcą podwyżek”. Dyrektor wyliczył ile by to kosztowało, Dziennik Wschodni, 10.01.2018,
- Stanowisko Polskiej Federacji Szpitali w sprawie podwyżek dla pielęgniarek, Polska Federacja Szpitali, 09.2017,
- Stanowisko Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej w sprawie indywidualnych porozumień Ministra Zdrowia z wybranymi grupami zawodowymi, dotyczącymi wynagrodzeń, STOMOZ, 06.2018,
- Stanowisko Prezydium OPZZ z dnia 11.07.2018 w sprawie złamania dialogu społecznego[20].

---

[16] Patrz: http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html
[17] Patrz: https://www.nik.gov.pl/plik/id,12140,vp,14521.pdf;
[18] Patrz: https://www.nik.gov.pl/plik/id,12293,vp,14678.pdf;
[19] Omówienie wyników tego raportu było jednym z punktów agendy XVII KS z dnia 12.06.2018. Patrz: https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/059/KZD/
[20] Patrz: (http://www.opzz.org.pl/aktualnosci/kraj/stanowisko-opzz-w-sprawie-zalamania-dialogu-spolecznego)

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

W ramach I etapu przeprowadzono **7 wywiadów pogłębionych** (6 IDI i jedna diada), w tym:

- ✓ 4 wywiady z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia: 1 z członkiem Komitetu Sterującego z Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (zastępca przewodniczącego KS), 1 z członkiem KS z Departamentu Analiz i Strategii (stały zastępca członka), 2 z opiekunami programów operacyjnych w Komitecie Sterującym (przedstawiciele Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia);
- ✓ 2 wywiady przedstawicielami Ministerstwa Rozwoju (członkami KS), w tym 1 diada w Departamencie Strategii Rozwoju[21] i 1 IDI w Departamencie Regionalnych Programów Operacyjnych;
- ✓ 1 wywiad z przedstawicielem Narodowego Funduszu Zdrowia (stały zastępca członka w KS) – z Departamentu Analiz Strategicznych.

W ramach II etapu przeprowadzono **4 wywiady pogłębione** (4 IDI), w tym:

- ✓ 2 wywiady z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia: 1 z członkiem Komitetu Sterującego z Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (Przewodniczący KS), 1 z członkiem KS z Departamentu Analiz i Strategii,
- ✓ 2 wywiady przedstawicielami Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju[22] (członkami KS), w tym 1 w Departamencie Strategii Rozwoju[23] i 1 IDI w Departamencie Europejskiego Funduszu Społecznego (Wydział Edukacji i Zdrowia).

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

W I części badania, respondentami pogłębionych wywiadów telefonicznych – ITI – byli przedstawiciele komórek organizacyjnych 16 urzędów marszałkowskich odpowiedzialnych za regionalną politykę zdrowotną lub osoby wskazane przez przedstawicieli tych wydziałów/departamentów. W II części badania wywiady zrealizowano (w większości) z tymi samymi respondentami przy wykorzystaniu techniki wywiadu telefonicznego (ITI)[24].

2.4. Zogniskowany wywiad grupowy FGI (Focus Group Interview)

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

---

[21] Z przedstawicielami Departamentu Strategii Rozwoju zrealizowana została diada.
[22] Patrz: Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju zostało utworzone 12 stycznia 2018 r. (z mocą obowiązującą od dnia 9 stycznia 2018 r.) w drodze przekształcenia dotychczasowego Ministerstwa Rozwoju (http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000103).
[23] Z przedstawicielami Departamentu Strategii Rozwoju zrealizowana została diada.
[24] W przypadku wskazania innej osoby przez Kierownictwo Departamentu wywiady realizowano z rekomendowanymi respondentami.

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

W ramach I części badania ankiety CAWI rozesłano do 168[25] aktualnych członków i obserwatorów (lub ich zastępców) Komitetu Sterującego oraz przedstawicieli partnerów społecznych, a także innych osób uczestniczących w posiedzeniach KS. W pełni zrealizowanych zostało **55 wywiadów CAWI (próba skuteczna).** Wskaźnik responsywności (*response rate*) w badaniu wyniósł niemal 32,7%. W ramach II części badania ankiety CAWI rozesłano do znacznie większej liczby respondentów (n=239[26]), reprezentujących tę samą grupę osób co wymienione powyżej. W pełni zrealizowanych zostało **49 wywiadów CAWI (próba skuteczna).** Wskaźnik responsywności (*response rate*) w badaniu wyniósł ponad 20,5%.

2.6. Ankieta internetowa

W ramach II etapu badania do 16 urzędów marszałkowskich (za pośrednictwem osób uczestniczących w badaniach ITI) wysłana została dodatkowa ankieta (w formacie WORD) w zakresie oceny rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów w ramach kluczowych dla MZ Priorytetów Inwestycyjnych: 2c, 9a, 8vi, 9iv. Wyniki ankiety agregowane były na poziomie regionalnym (wynikało to z faktu, iż z jednego z regionów Wykonawca otrzymał więcej niż jedną wypełnioną ankietę w zakresie Priorytetu Inwestycyjnego) i dopiero analizowane. Wykonawca otrzymał w sumie wypełnione kwestionariusze z 11 regionów (województwo małopolskie, lubelskie, opolskie, mazowieckie, łódzkie, świętokrzyskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, śląskie). Szczegółowe wyniki przedstawiono w Załączniku 5.3 *Wyniki ankiety w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów.*

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

W ramach I części wywiady zrealizowane zostały z losowo wybranymi beneficjentami z naborów konkursowych ogłoszonych w latach 2015-2016 (na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS) w ramach priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a, PI 9iv)

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

Ankieterzy kontaktowali się telefonicznie z respondentami wskazanymi w ramach wniosku o dofinansowanie, jako osoby kontaktowe lub w sytuacji trudności w skontaktowaniu się z tą osobą – z innym przedstawicielem beneficjenta, którego wiedza o projekcie wystarcza

[25] Dotyczy liczby adresów mailowych, na które został wysłany (w ramach I części badania) przez Wykonawcę link do kwestionariusza ankiety.
[26] Dotyczy liczby adresów mailowych, na które został wysłany (w ramach II części badania) przez Wykonawcę link do kwestionariusza ankiety.

do udziału w badaniu (np. koordynatorem projektu[27]). **Ostatecznie zrealizowano 50 wywiadów CATI (próba skuteczna)** w ramach I i II części[28]. Wskaźnik responsywności (*response rate*) w badaniu CATI wyniósł ponad 57%.

Szczegółowe charakterystyki ankietowanych z I i II etapu badania uwzględniając projekt operacyjny w ramach, którego realizowany jest projekt przedstawia poniższa Tabela.

Tabela 1. Rozkład respondentów (beneficjentów) ze względu na program operacyjny

Program Operacyjny	Częstość	Procent	Częstość	Procent
	I etap badania		II etap badania	
PO WER	3	6,0	3	4,1
PO IiŚ	3	6,0	3	6,1
RPO - dolnośląskie	4	8,0	4	5,4
RPO - lubuskie	7	14,0	9	12,2
RPO - małopolskie	5	10,0	10	13,5
RPO - mazowieckie	10	20,0	12	16,2
RPO – opolskie			4	5,4
RPO – świętokrzyskie			1	1,3
RPO - podkarpackie	1	2,0	8	10,8
RPO-pomorskie	6	12,0	1	1,3
RPO - warmińsko-mazurskie	7	14,0	10	13,5
RPO – wielkopolskie			3	4,1
RPO - zachodniopomorskie	4	8,0	5	6,8
Ogółem	**50**	**100,0**	**50**	**100,0**

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

[27] W około 50% przypadków ankieterzy skontaktowali się z osobą kontaktową wskazaną we wniosku.
[28] W przypadku II etapu badania wywiady zrealizowano z respondentami uczestniczącymi w I etapie badania (zarówno respondentami skutecznymi, jaki i nieskutecznymi).

3. Opis wyników badania

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

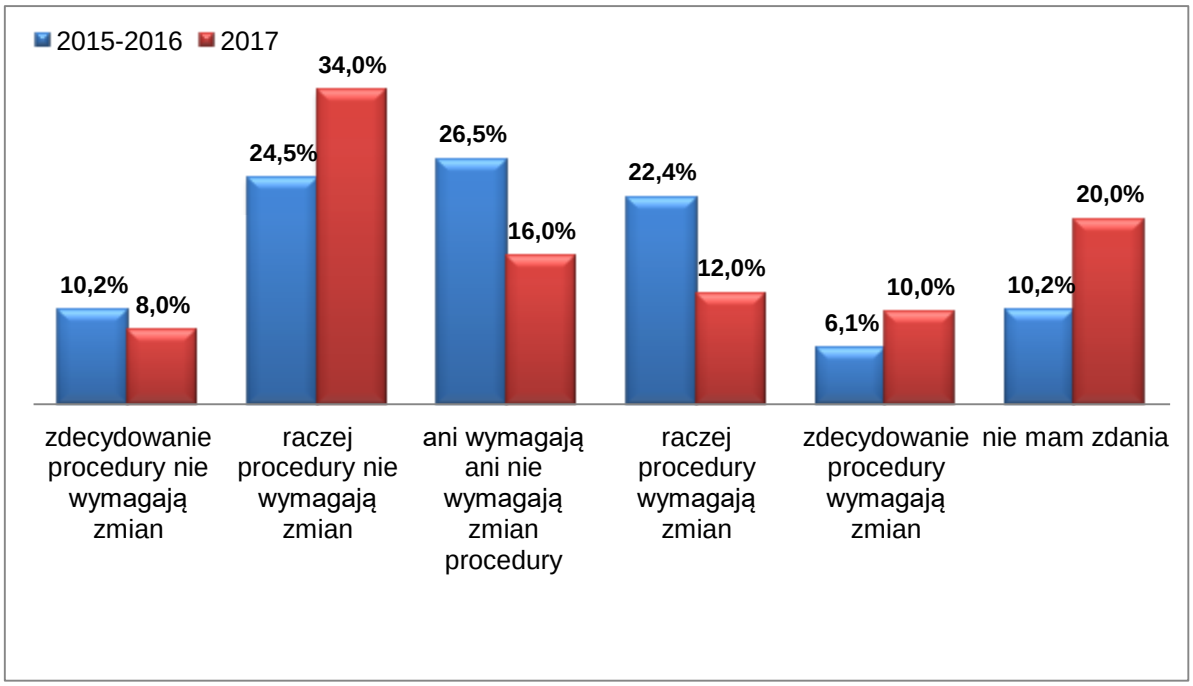
W ramach tego rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania ewaluacyjne:

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

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

Sposób opracowywania i zatwierdzania PD należy ocenić jako właściwy. Podobne opinie wyrażają również ankietowani członkowie Komitetu Sterującego. W ramach I części badania (ocena PD za 2015 i 2016 rok), choć nieco ponad 23,6% respondentów miało zastrzeżenia do procedury zatwierdzania oraz opracowywania Planów Działań to pozytywnie wyrażało się o nich około 56% spośród tych, którzy wypełnili kwestionariusze CAWI. Takie stanowisko prezentowane przez uczestniczących w badaniu sprawiało, że ponad ¼ deklarowała konieczność zmian w procedurach zatwierdzania oraz realizacji Planów Działań. Co zaskakujące prawie 20% respondentów nie potrafiło jednak jednoznacznie ocenić potrzeby zmian w tym zakresie. W przypadku II części badania (oceny PD za 2017 rok) opinie w zakresie sposobu opracowywania, zatwierdzania PD prezentowały się lepiej (ponad 7% mniej respondentów miało zastrzeżenia do procedury opracowania i zatwierdzania Planów Działań przez KS). Zdecydowanie więcej było jednak respondentów, którym trudno było ocenić ww. procedury (ponad 30% ankietowanych członków Komitetu Sterującego).

Wykres 1. Opinie członków Komitetu sterującego w zakresie konieczności zmian procedury opracowywania, zatwierdzania i realizacji Planów Działań w latach 2015-2016 i 2017



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

Porównanie wyników z I i II części badania, które prezentuje Wykres 1, skłania do konkluzji, że wśród ankietowanych członków Komitetu Sterującego jest mniejsza skłonność do zmiany procedur opracowywania, zatwierdzania i realizacji PD. Świadczyć to może o ugruntowaniu tych procedur wśród wszystkich interesariuszy i ustabilizowaniu się systemu uzgadniania Planów Działań w tym zakresie w I połowie 2018 roku.

Analizując uzyskane wyniki należy także dostrzec znaczny wzrost grupy osób, które nie mają zdania na ten temat (przyrost z 10,2% do 20%) oraz zwiększenie grupy osób, których zdaniem procedury zdecydowanie wymagają zmian (przyrost z 6,1% do 10%). Wśród zastrzeżeń wskazanych przez respondentów pojawiły się następujące zagadnienia:

- ✓ zbyt długie terminy pomiędzy złożeniem PD a posiedzeniem KS (1 odpowiedź),
- ✓ niewłaściwe wybrane instytucje opiniujące (1 odpowiedź),
- ✓ ograniczenie kompetencji KM w odniesieniu do kryteriów przyjmowanych w sektorze zdrowia (1 odwiedź),
- ✓ PD uniemożliwiają płynną realizację wdrażania środków unijnych (1 odpowiedź),
- ✓ procedura przyjmowania i zmiany PD jest zbyt skomplikowana z punktu widzenia IZ RPO (1 odpowiedź),

Aby je minimalizować respondenci proponowali dwa rozwiązania (w przypadku drugiego z nich jest ono częściowo zbieżne ze stanowiskiem ewaluatora):

- ✓ wprowadzenie rocznego harmonogramu obrad KS (w ocenie ewaluatora w chwili obecnej posiedzenia KS odbywają się w regularnych odstępach czasowych, co sprawia, że łatwe jest określenie przybliżonych terminów KS i pozwala planować prace związane z przygotowywaniem konkursów).
- ✓ brak konieczności zgłaszania wszystkich zmian w PD do KS (jeden z respondentów postulował bardzo zdecydowane rozwiązanie, aby obowiązywał tylko 1 PD w danym roku, który nie musi być na bieżąco aktualizowany).

W powiązaniu z poprzednim wnioskiem można przypuszczać, że jakkolwiek znaczna większość respondentów jest zwolennikami utrzymania dotychczasowych procedur, to jednak w grupie negatywnie oceniającej PD wzrósł % ankietowanych zdecydowanie negatywnie je oceniających, lub też respondenci mając prawdopodobnie przekonanie o nieskuteczności narzędzia – nie mają w tej sprawie zdania. Niniejszy wniosek nie zmienia jednak generalnej opinii o tym, że większość respondentów (jak wykazano powyżej) jest zdania, że procedury opracowywania, przyjmowania i realizacji PD w obecnym kształcie nie powinny ulegać zmianie. Należy mieć jednak świadomość, że PD z punktu widzenia regionów, wydłużają proces wydatkowania środków unijnych w ramach RPO (o element ich koordynacji z programami krajowymi – POWER i PO IŚ, środkami krajowymi oraz innymi funduszami) i dla części z nich może to stanowić spore obciążenie administracyjne, zwłaszcza przy ograniczonych zasobach kadrowych posiadających odpowiednie kompetencje.[29]

Zasadą jest, że PD jest przygotowywany na dany rok kalendarzowy (dotyczy to lat 2015-2017), na podstawie planów z poprzednich lat (jeśli zostały opracowane). Obowiązek przygotowania PD leży po stronie właściwej instytucji zarządzającej lub instytucji pośredniczącej (w przypadku PO IiŚ oraz PO WER), która następnie przekazuje opracowany Plan do Sekretariatu Komitetu Sterującego w Ministerstwie Zdrowia, który z kolei odpowiada za przeprowadzenie procedury opiniowania PD oraz przekazanie dokumentów członkom Komitetu Sterującego. Z punktu widzenia trafności PD jako narzędzia koordynacji, a także zasad podziału ról poszczególnych instytucji systemu odpowiadających za krajową politykę zdrowotną wydaje się słuszne, że tworzenie PD odbywa się w mechanizmie typu „bottom-up[30]”. Dzięki temu plany mogą być odpowiednio dostosowane do potrzeb regionalnych społeczności i lokalnych warunków zidentyfikowanych przez władze samorządowe.

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

Teraz, chociaż jesteśmy tak naprawdę tylko ciałem takim doradczym [Komitet Sterujący – przyp. Wykonawca]*, bo de facto nie mamy nigdzie w ustawie takiego umocowania, że możemy czegoś zabronić. Dajemy tylko rekomendacje de facto,*

[29] Przykładem jest m.in. województwo pomorskie, które w sytuacji absencji pracownika miało trudności z wypełnieniem formularza PD, które ostatecznie zostały rozwiązane przy współpracy z MZ (informacje pozyskane w trakcie wywiadu ITI z przedstawicielem UM WP). Podobnie jest w przypadku innych regionów, które dysponują skromnymi zasobami ludzkimi zaangażowanymi w prace KS.

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

to nie było łatwo przekonać ich do tego, że nasza rola ma być tutaj istotna (respondent IDI).

Potrzebę większej centralizacji w zakresie decyzyjności Komitetu Sterującego wskazywali również przedstawiciele MZ w trakcie wywiadów IDI, w ramach drugiego etapu badania. Odnosiła się ona jednak (co ma zdaniem ewalautora swoje uzasadnienie) tylko do wybranych aspektów będących w bezpośredniej odpowiedzialności KS oraz MZ – projektów pozakonkursowych w ramach PO POWER oraz PO IiŚ oraz wymagań Komisji Europejskiej w zakresie funkcjonowania map potrzeb zdrowotnych[31]:

Jeżeli ktoś jest za coś odpowiedzialny, to jestem za tym, aby osoba odpowiedzialna miała narzędzia do realizacji swoich zadań. (respondent IDI)

W chwili obecnej znikomy i bezpośredni wpływ na decyzje zapadające na KM w regionach mają jedynie opiekunowie reprezentujący MZ, którzy współpracują z przedstawicielami poszczególnych urzędów marszałkowskich w procesie przygotowania PD[32]. Związane jest to z prawem głosu wynikającym z tego, iż są oni członkami tych gremiów. Należy jednak zaznaczyć, że w kolejnej perspektywie finansowej istnieje, zdaniem ewalautora potrzeba dopracowania oraz ustalenia jednoznacznych zależności pomiędzy Komitetem Sterującym a Komitetami Monitorującymi. Takie niejasności formalne potwierdza wypowiedź jednego z przedstawicieli regionów:

(…) a zatem Komitet Sterujący jakby w taki pół formalny sposób, mówię pół-formalny, ponieważ nieuregulowany w aktach prawa powszechnie obowiązującego, jakby odbiera część uprawnień Komitetowi Monitorującemu, w sposób nieformalny, ponieważ ta nazwa Sterującego jest określona w Umowie Partnerstwa i programach natomiast nie jest opisana w ustawach rozporządzeniach, stąd nazwałem to takim pół formalnym sposobem. (respondent ITI)

Jednocześnie powyższa kwestia wpisuje się w szerszy problem zarządzania służbą zdrowia w Polsce. Eksperci w trakcie panelu wskazywali, że obecny system podejmowania decyzji w sprawach dotyczących ustalania priorytetów interwencji w ochronie zdrowia, oparty o centralny system sterowania jest słuszny. Uczestnicy panelu ekspertów dowodzą, że podejmowanie decyzji w sprawach priorytetów regionalnych jest oparte w głównej mierze na sile wpływu wojewódzkich konsultantów w poszczególnych dziedzinach lub innych grup nacisku (np. stowarzyszeń, fundacji, grup społecznych), co prowadzić może do dużej rozbieżności w ogólnopolskiej mapie alokacji środków na zdrowie. Aby temu przeciwdziałać konieczne jest centralne ustalanie priorytetów ogólnych z uwzględnieniem lokalnych, faktycznie istniejących uwarunkowań (dlatego ważny jest udział przedstawicieli regionów w centralnych ciałach decyzyjnych). Eksperci dowiedli także, że jakkolwiek centralne

[31] Dotyczy to realizacji przez MZ projekt pozakonkursowego pn.: Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.02.00-00-0149/15).Mapy potrzeb zdrowotnych to narzędzie, które ma wpłynąć na polepszenie opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach. Jest to pierwsze takie rozwiązanie w Polsce, pozwalające monitorować efektywność systemu ochrony zdrowia. Analizy zawarte w mapach stanowią obiektywne i porównywalne źródło informacji dla wojewodów. Dzięki nim mogą zapoznać się z sytuacją w regionie i podejmować działania, które poprawią wskaźniki jakościowe placówek leczniczych (https://www.gov.pl/zdrowie/mapy-potrzeb-zdrowotnych-baza-analiz-systemowych-i-wdrozeniowych).

[32] Rola tych osób została wskazana na Schemacie 1. *Uzgadnianie Planów Działań.*

sterowanie ma swoje uzasadnienie, to jednak nie wolno nie doceniać lokalnych kompetencji w zakresie rozdysponowania środków na poszczególnie projekty i obszary. Tak więc należy w tym procesie zachować balans oraz współpracę obu szczebli decyzyjnych.

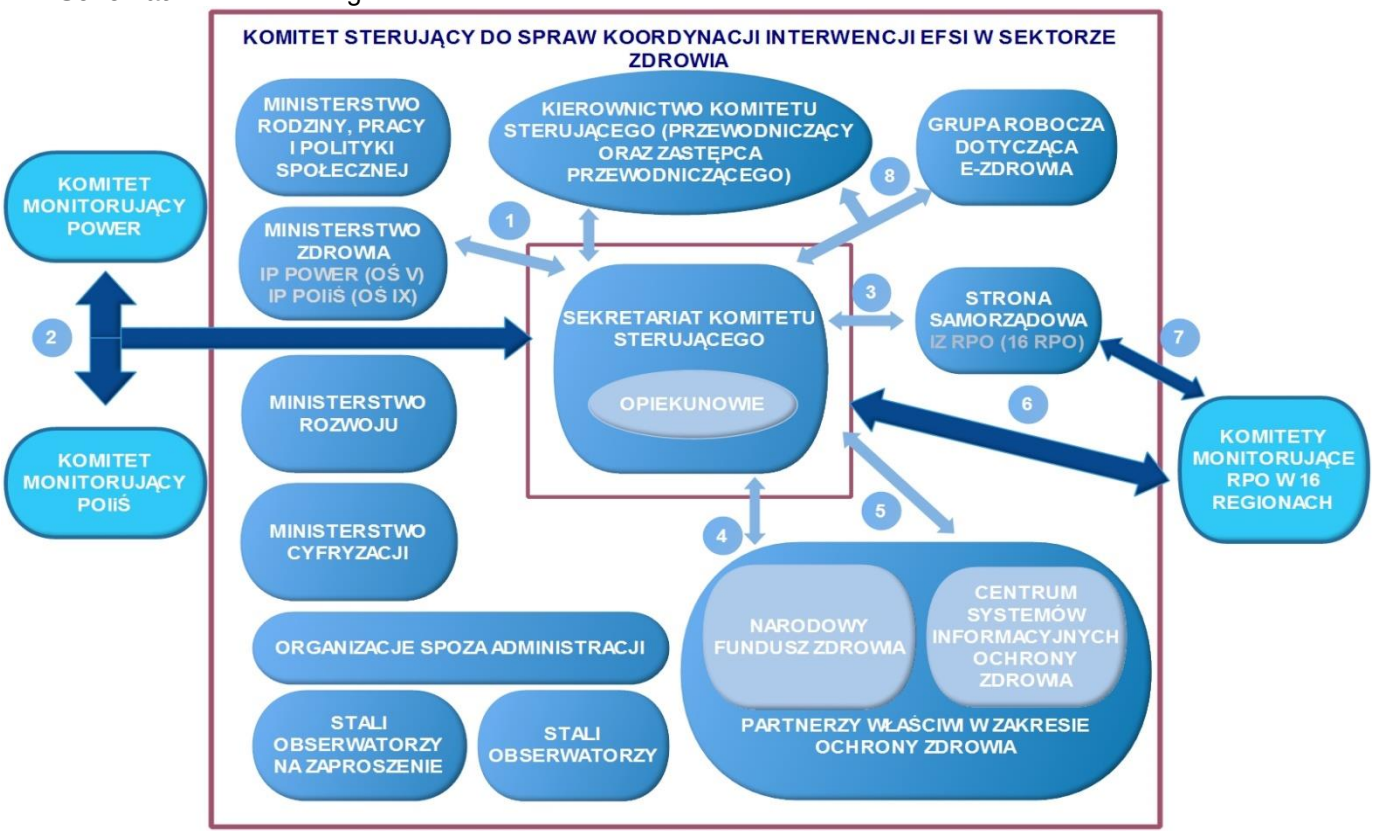
Eksperci wskazują na brak istnienia w Polsce trzeciego szczebla jakim jest niezależny monitor dysponowania środków i oceny efektywności (skuteczności) działań. W krajach europejskich (np. w Wielkiej Brytanii) istnieją takie agencje, których zadaniem jest niezależna i ekspercka ocena zarówno szczebla centralnego jak i poszczególnych szczebli lokalnych, w zakresie prawidłowości podejmowania decyzji strategicznych jak i taktycznych. Być może obecność takiej agencji - z założenia niepodlegającej Ministrowi Zdrowia - mogłaby być także odpowiedzią na obserwowany, zdaniem ekspertów, brak zaufania organów centralnych do lokalnych i odwrotnie.

Procedurę uzgadniania PD przedstawia poniższy schemat, który nie uległ zmianom w II połowie 2017 i I połowie 2018 roku (co potwierdziły analizy w ramach II etap badania)[33]. Oznacza to, że etap tworzenia i modyfikacji systemu uzgadniania Planów Działań, należy uznać zasadniczo za zakończony. Takie stanowisko potwierdzają również interesariusze tego systemu zarówno ze szczebla centralnego jaki regionalnego:

Na chwilę obecną nie mamy takich planów, chyba że to badanie coś zmieni... będzie jakiś wniosek ze strony regionów.... Natomiast w samym ministerstwie teraz nie prowadzimy żadnych działań związanych z jeszcze z jakimiś pracami związanymi ze zmianami. Ale zazwyczaj się pojawiają tak dosyć spontanicznie (respondent IDI).

[33] Wyjątek mogła stanowić Grupa Robocza ds. e-zdrowia, którą planowano zlikwidować na początku 2018 roku. Ostatecznie w trakcie XVII posiedzenia Komitetu Sterującego zdecydowano, aby gremium to funkcjonowało nadal. W 2017 roku odbyły się dwa posiedzenia grupy roboczej ds. e-zdrowia. Pierwsze w dniu 12 czerwca 2017 roku, a drugie w dniu 14 listopada 2017 roku.

Schemat 1. Schemat uzgadniania Planów Działań*



Źródło: Opracowanie własne

**W przypadku Sekretariatu Komitetu Sterującego tworzą go urzędnicy Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Ponadto Zastępca Dyrektor tego departamentu jest Zastępcą Przewodniczącego Komitetu Sterującego.*

Tabela 2. Uzgadnianie Planów Działań przez Komitet Sterujący z uwzględnieniem dodatkowych istotnych relacji wpływających na spójność interwencji w obszarze zdrowia.

Numer relacji	Treść kluczowej relacji
1	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Instytucją Pośredniczącą Programy Operacyjne na poziomie krajowym (PO WER PO IiŚ), która odpowiada w programie operacyjnym za obszar zdrowia, na wezwanie Przewodniczącego Komitetu Sterującego opracowuje projekt Planu działań. W przypadku PO WER (Oś V – Wsparcie dla obszaru zdrowia) oraz PO IiŚ (Oś IX – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia) jest Ministerstwo Zdrowia. Dodatkowo Sekretariat Komitetu Sterującego przekazuje do zaopiniowania do Ministerstwa Plany Działań w przypadku PI 2c, PI 8vi, PI 9a, PI 10ii, 10iii. Zgodnie z zapisami regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia po otrzymaniu projektu Planu Działań, Sekretariat Komitetu Sterującego niezwłocznie przekazuje dokument do zaopiniowania departamentowi w MZ właściwemu do spraw koordynacji funduszy europejskich oraz departamentowi właściwemu do spraw analiz i strategii MZ (co do zasady procesowi opiniowania podlegają wyłącznie pierwotne wersje Planów Działań). Podsumowaniem prac na tym etapie (uzgodnienie finalnej wersji Planu Działania procedowanego w czasie obrad Komitetu Sterującego) jest ostateczne odniesienie do otrzymanych opinii i ewentualnych uwag do Planów Działań (wniesionych przez MZ – departament właściwy do spraw koordynacji funduszy europejskich [PI 2c, PI8vi, PI 9a, PI 9iv, PI 10ii, PI 10iii], departament właściwy do spraw analiz i strategii Ministerstwa

	Zdrowia [PI 8vu, PI9a, PI 9iv], NFZ oraz CSIOZ), departament właściwy do spraw ratownictwa medycznego [PI 9a] i ponowne przekazanie do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
2	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Komitet Sterujący wydaje rekomendacje dla Komitetów Monitorujących PO IiŚ oraz PO WER do kryteriów wyboru projektów. Mają one charakter rekomendacji fakultatywnych oraz obligatoryjnych w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych[34]. **W ocenie ewaluatora barierą jest, że opiekunowie nie uczestniczą choćby w charakterze obserwatorów[35] w posiedzeniach komitetów monitorujących PO WER oraz PO IiŚ.**
3	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Instytucje Zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi na wezwanie Przewodniczącego Komitetu Sterującego opracowują projekt Planu Działań dla poszczególnych regionów. Podsumowaniem prac na tym etapie (uzgodnienie finalnej wersji Planu Działania procedowanego w czasie obrad Komitetu Sterującego) jest ostateczne odniesienie do otrzymanych opinii i ewentualnych uwag do Planów Działań (wniesionych przez MZ, NFZ oraz CSIOZ) i ponowne przekazanie do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
4	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Sekretariat Komitetu Sterującego przekazuje do zaopiniowania do Narodowego Funduszu Zdrowia Plany Działań w przypadku PI 2c, PI 8vi, PI 9a, PI 10ii, 10iii. Następnie NFZ opracowuje opinię w sprawie projektu Planu działań, którą przekazuje do Sekretariatu Komitetu Sterującego (co do zasady procesowi opiniowania przez NFZ podlegają wyłącznie pierwotne wersje Planów Działań).
5	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów Działań przez Komitet Sterujący), Sekretariat Komitetu Sterującego przekazuje do zaopiniowania do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Plany Działań w przypadku PI 2c. Następnie CSIOZ opracowuje opinię w sprawie projektu Planu działań, którą przekazuje do Sekretariatu Komitetu Sterującego.
6	Zgodnie z zapisami Regulaminu Komitetu Sterujące ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (§ 7 – Uzgadnianie Planów działań przez Komitet Sterujący), Komitet Sterujący wydaje rekomendacje dla komitetów monitorujących RPO. Ponadto opiekunowie regionów wchodzący w skład sekretariatu Komitetu Sterującego uczestniczą w charakterze obserwatorów w trakcie posiedzeń Komitetów Monitorujących w regionach. **Opiekunowie w 15 na 16 województw są członkami Komitetu Monitorującego. W przypadku województwa kujawsko-pomorskiego opiekun pełni jedynie rolę obserwatora (bez prawa do głosowania). W opinii ewaluatora taka sytuacja wymaga zmian w tym zakresie skutkujących zmianą statusu opiekuna w Komitecie Monitorującym RPO WK-P 2014-2020.**
7	Komitety Monitorujące działają jako niezależne ciała doradczo-opiniodawcze dla Instytucji Zarządzających RPO i są przez nie powoływane. W skład KM RPO wchodzą przedstawiciele strony rządowej, samorządowej oraz organizacji spoza

[34] Rekomendacje formułowane są w ramach Uchwał KS – w przypadku: PI 8vi to Uchwała nr 27/2018/O z dnia 4 czerwca 2018 roku, PI 9a to Uchwała nr 8/2018/XVI z dnia 20 marca 2018 roku, PI 2C to Uchwała nr 23/2016 z dnia 29 kwietnia 2016 roku, PI 9iv to Uchwała nr 25/2016 z dnia 29 kwietnia 2016 roku, PI 4C to Uchwała nr 56/2016 z dnia 5 października 2016 roku.

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

	administracji (w tym przedstawiciele świata nauki, organizacji pozarządowych, partnerzy społeczni). W pracach Komitetów Monitorujących biorą udział również przedstawiciele Komisji Europejskiej pełniąc funkcję doradczą. Ponadto, w posiedzeniach mogą uczestniczyć w charakterze obserwatorów reprezentanci innych instytucji. Komitet Monitorujący może powoływać stałe grupy robocze, poświęcone w szczególności wybranym kwestiom z zakresu realizacji programu oraz do monitorowania działań o charakterze horyzontalnym. W celu rozwiązania skomplikowanych merytorycznie zagadnień, Komitety mogą korzystać z opinii niezależnych ekspertów lub z usług innych wyspecjalizowanych instytucji, dokonując zlecenia prac w tym zakresie.
8	Grupa robocza do spraw e-zdrowia powołana została uchwałą nr 27/2016 Komitetu Sterującego do Spraw EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 kwietnia 2016 roku w sprawie powołania Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia przy Komitecie Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Do zadań realizowanych przez Grupę Roboczą należą w szczególności: (i) wypracowanie stanowisk Grupy Roboczej w zakresie dotyczącym sektora zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c, (ii) przekazywanie opinii Grupy Roboczej m.in. na posiedzeniach Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, (iii) proponowanie projektów uchwał Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, w tym propozycji i metodyki wyboru projektów, (iv) przedstawianie Komitetowi Sterującemu do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia sprawozdania z realizacji zadań (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy). **W ocenie ewaluatora funkcjonowanie Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia niweluje problem wymiany wiedzy o e-zdrowiu pomiędzy regionami, a instytucjami krajowymi (MC, MZ, CSIOZ, MR)[36].** Istotnym problemem (wskazanym w czasie posiedzenia XVII posiedzenia Komitetu Sterującego przez przedstawiciela kierownictwa MZ)[37] może być potencjalne częściowe dublowanie się działań Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia z innymi gremiami funkcjonującymi w zakresie e-zdrowia. Dotyczy to określenia przede wszystkim zakresu współpracy z Komitetem Rady Ministrów ds. Cyfryzacji[38], a w szczególności kooperacji z gremiami na podobnym poziomie koordynacji działań w obszarze e-zdrowia, co Grupa Robocza ds. e-zdrowia, które powołane zostały w I połowie 2018 roku. Są to: ✓ Rada Informatyzacji[39]; do jej zadań należy – (i) opiniowanie planowanych lub realizowanych projektów informatycznych, w sektorze ochrony zdrowia, przez jednostki podległe i nadzorowane przez Ministra na podstawie opisu założeń projektu, (ii) monitorowanie postępów w realizacji projektów, o których mowa w pkt 1, na podstawie raportu z postępu rzeczowo-finansowego projektu lub raportu końcowego z realizacji projektu, (iii) opracowanie wzorów dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2, (iv) opracowanie koncepcji rozwoju służb informatycznych Ministerstwa Zdrowia i jednostek wskazanych w pkt 1, (v) opracowanie koncepcji powiązań służb informatycznych Ministerstwa Zdrowia i jednostek wskazanych w pkt 1, (vi) zapewnienie wsparcia eksperckiego w procesie zakupów rozwiązań informatycznych na potrzeby

[36] Pozytywną rolę tej grupy roboczej podkreślano również w czasie warsztatu.
[37] W trakcie posiedzenia Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, które odbyło się w dniu 12 czerwca 2018 r., podkreślono w kontekście funkcjonowania Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia oraz koordynacji w obszarze e-zdrowia istnienie innych gremiów w tym Rady ds. Interoperacyjności, Zespół Efekt Zdrowie oraz Rada Informatyzacji, których działania częściowo dublują się z zakresem kompetencji Grupy Roboczej do spraw e-zdrowia funkcjonującej w ramach Komitet Sterującego ds. koordynacji interwencji w sektorze zdrowia.
[38] Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji został utworzony na podstawie Zarządzenia nr 1 Prezesa Rady Ministrów z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie Komitetu Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji.
[39] Rada Informatyzacji została utworzona na podstawie Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie utworzenia „Rady Informatyzacji”.

Ministerstwa Zdrowia i jednostek, o których mowa w pkt 1.

- ✓ Zespół Zadaniowy „Efekt Zdrowie”[40]; do jego zadań należy wypracowanie poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia w szczególności w następujących obszarach (i) optymalizacja procesów, (ii) e-usługi, (iii) Business Inteligence.

W ocenie ewaluatora w przypadku Grupy Roboczej ds. e-zdrowia konieczne jest, w sytuacji podjęcia jednogłośnej decyzji o jej utrzymaniu (w czasie XVII posiedzenia Komitetu Sterującego,[41]), **określenie jej nowej roli w systemie koordynacji działań w zakresie e-zdrowia. W przypadku utrzymania funkcjonowania wszystkich ww. gremiów konieczne jest także nawiązanie przez Grupę Roboczą ds. e-zdrowia współpracy z nimi w zakresie wspólnych obszarów kompetencyjnych.** Istotnym elementem jest także zaktywizowanie prac grupy roboczej ds. e-zdrowia, która w 2017 roku spotkała się tylko dwukrotnie[42].

Zaprezentowany schemat postępowania spełnia zasadę „lean management”[43]. Nie zawiera działań zbędnych i nie wymaga modyfikacji procesowej.

Z punktu widzenia trafności PD oraz usprawnienia procesu ich opracowywania można stwierdzić, że przyjęty mechanizm nie daje większych możliwości dalszej poprawy skuteczności procesu. Wyjątek stanowią zmiany w *Regulaminie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia* idące w kierunku większej elastyczności regionów w zakresie wprowadzania modyfikacji Planu działań (bez konieczności ponownej uchwały oraz zgłoszenia do Sekretariatu Komitetu Sterującego)[44]. Pozytywnie o tych zmianach wypowiadają się m.in. przedstawiciele regionów. Jednocześnie należy podkreślić, że **w ocenie ewaluatora zmiany w regulaminie, choć są dość częste to nie wpływają zasadniczo na mniejszą efektywność prac KS.**

Tak, te zmiany poszły w dobrym kierunku, udało się ten system uprościć (…) zmiana w dobrym kierunku nie jest może to jeszcze idealny stan rzeczy, ale na pewno dużo lepszy niż był i można to ocenić jako pozytywny krok (respondentów ITI)

[40] Zespół Zadaniowy „Efekt Zdrowie” został utworzony na podstawie Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie utworzenia Zespołu Zdaniowego „Efekt Zdrowie”.

[41] Należy jednak podkreślić, że ocena funkcjonowania Grupy Roboczej ds. e-zdrowia nie jest jednoznaczna wśród Członków Komitetu Sterującego, co potwierdził wywiad FGI, a także wywiady ITI z przedstawicielami regionów.

[42] Jest to szczególnie istotne w kontekście prac związanych z założeniami oraz wdrożeniem Strategii Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018 – 2022. (http://zdrowie.gov.pl/ks/aktualnosc-3333-prezentacja_strategii_rozwoju_e_zdrowia.html).

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

[44] Potwierdzają to zmiany w Regulaminie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia wprowadzone Uchwałą Nr 25/2018/O Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 28 maja 2018 roku w sprawie przyjęcia Regulaminu Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

W chwili obecnej[45] modyfikacje PD (bez potrzeby uchwały KS lub zgłoszenia tego faktu do KS) jest możliwe w następujących przypadkach: (i) zmian redakcyjnych lub poprawek wynikających z omyłek pisarskich, (ii) zmian w kryteriach wyboru projektów niewynikających z rekomendacji Komitetu Sterującego i Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, (iii) zmian w zakresie minimalnej i maksymalnej wartości projektu określonych dla naboru konkursowego, (iv) zmian w wykazie działań, które będą uwzględnione w kolejnych Planach działań w sektorze zdrowia, (v) przesunięcia środków pomiędzy poszczególnymi zadaniami lub latami w projektach pozakonkursowych, (vi) zmian wynikających z wejścia w życie aktów prawa, w tym ich zmiany oraz Wytycznych ministra właściwego ds. rozwoju, za wyjątkiem Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, (vii) zmian wprowadzonych do projektów po podpisaniu umowy/ porozumienia o dofinansowanie projektu/ wydaniu decyzji o dofinansowaniu projektu, (viii) zmian alokacji na konkurs/projekt pozakonkursowy wynikających z różnic kursowych, (ix) zmian aktualizujących harmonogramy działań w konkursach. Przesunięcie terminu ogłoszenia konkursu oraz rozpoczęcia naboru nie może przekraczać dwóch kwartałów w stosunku do pierwotnie zatwierdzonego Planu działań, (x) zmian aktualizacyjnych w harmonogramie działań projektów pozakonkursowych, przy czym daty związane z przesunięciem złożenia wniosku o dofinansowanie, rozpoczęciem realizacji projektu oraz zakończeniem realizacji projektu nie mogą przekraczać dwóch kwartałów, (xi) zmian w naborach konkursowych oraz fiszkach RPZ wynikających z opinii Prezesa AOTMiT.

Założone rezultaty (uzyskanie akceptacji przedłożonego przez daną instytucję planu działania) są możliwe do osiągnięcia. Skuteczność tym samym zostaje osiągnięta już w istniejącym mechanizmie. Potwierdzają to wypowiedzi respondentów uczestniczących w wywiadzie FGI:

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

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

W przeanalizowanym mechanizmie przekazywania PD funkcjonującym w I połowie 2018 roku nie dostrzeżono działań zbędnych, ani brakujących, można więc stwierdzić, że poprawa skuteczności tego schematu postępowania nie będzie opierała się na zmianach organizacyjnych. Jednocześnie, w przypadku procedowania PD (ich opracowywania, opiniowania i zatwierdzania) nie rekomenduje się zmian o charakterze procesowym, dotyczącym opracowywania przez poszczególne instytucje PD, jak również ich i przyjmowania przez KS. Ze względu na systemowy charakter rekomendacji, ewaluator proponuje, aby przypadku kolejnej perspektywy w pierwszej kolejności usankcjonowana została nieprecyzyjna rola Komitetu Sterującego względem Komitetów Monitorujących (w szczególności tych na szczeblu regionalnym). Istotne będzie także przeanalizowanie przez decydentów w MZ włączenia jako ważnego elementu funkcjonowania systemu

[45] Zgodnie z art. 4 ust. 7 Uchwały Nr 25/2018/O Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

uzgadniania i realizacji PD, niezależnego monitora dysponowania środków i oceny efektywności (skuteczności) działań, na wzór krajów Europy Zachodniej np. Wielkiej Brytanii.

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

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

- ✓ E-zdrowie i elektroniczny obieg dokumentacji medycznej (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Aktywne i zdrowe starzenie się społeczeństwa (cel operacyjny B w PP),
- ✓ Infrastruktura spójności społecznej (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Programy profilaktyki zdrowotnej dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (cel operacyjny A w PP),
- ✓ Infrastruktura ratownictwa medycznego (inwestycje w lotnicze pogotowie ratunkowe oraz budowa nowej infrastruktury szpitalnego oddziału ratunkowego, bloku operacyjnego i lądowiska dla helikopterów) (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Poprawa jakości usług medycznych w szpitalach (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Poprawa jakości podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Poprawa jakości usług medycznych – mapowanie potrzeb (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Wsparcie uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów w tym tworzenie centrów symulacji medycznej (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Wsparcie uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowane na zwiększenie liczby absolwentów (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Rozwój kompetencji pielęgniarek i położnych (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Rozwój kompetencji specjalistycznych lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologicznych i demograficznych kraju (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Kształcenie podyplomowe lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w formie kursu doskonalącego (cel operacyjny D w PP),
- ✓ Tworzenie programów pilotażowych zawierających komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi w celu przeciwdziałania zjawisku defragmentacji opieki nad pacjentem (cel operacyjny C w PP),

- ✓ Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne zmierzające do tworzenia niedrogich, trwałych i wysokiej jakości usług zdrowotnych (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Działania na rzecz dialogu społecznego oraz idei odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wsparcie współpracy administracji ochrony zdrowia z organizacjami zrzeszającymi pacjentów (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia (cel operacyjny C w PP),
- ✓ Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji (cel operacyjny D w PP).

Szczegółowa analiza obszarów wsparcia prowadzi do wniosku, że podejmowane w PD w latach 2015-2017 przez IZ obszary wsparcia skupiają się wokół następujących obszarów głównych:

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

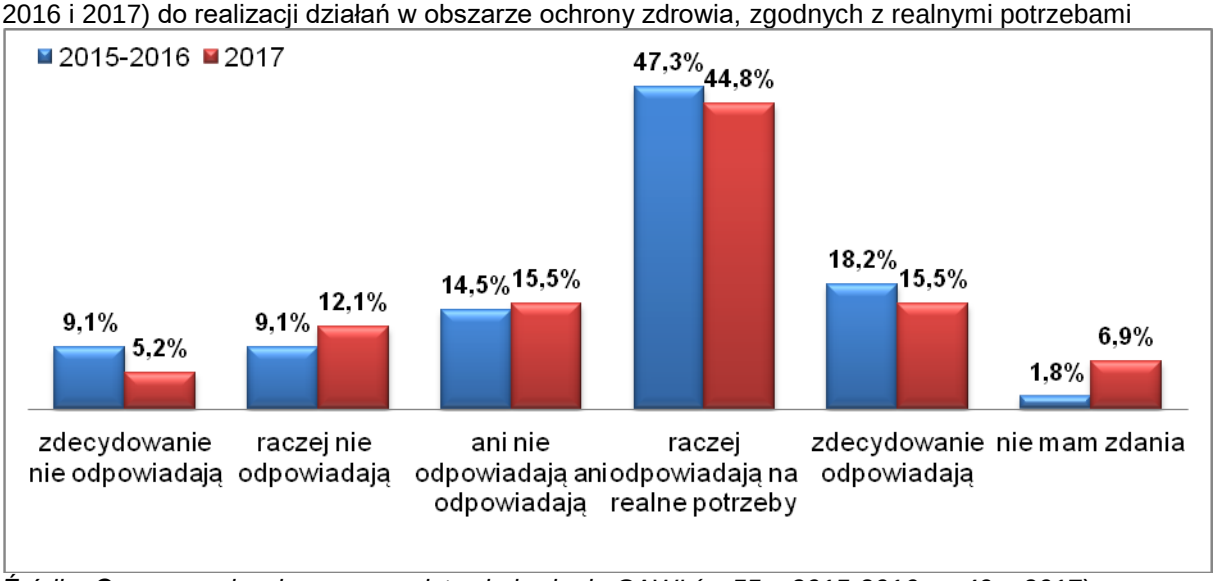
Z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej należy stwierdzić, że są to dziedziny o najważniejszym znaczeniu dla ochrony zdrowia w Polsce. Projektowane PD odnoszą się więc do najważniejszych obszarów wsparcia. Wskazane obszary są zbieżne z celami Policy Paper (w wykazanym zakresie), a instytucje wdrażające widzą takie potrzeby. Może to świadczyć o tym, że Policy Paper właściwie opisuje potrzeby zdrowotne społeczeństwa i wybrane obszary działania faktycznie wymagają wsparcia finansowego UE.

Analiza obszarów wsparcia w kontekście Policy Paper dowodzi, że wszystkie obszary wykazane w tym dokumencie mają swoje odzwierciedlenie w podejmowanych projektach w obszarze zdrowia, a więc wszystkie z tych projektów stawiają sobie za cel zgodność z określonym w PP celem operacyjnym. Ewaluator nie dostrzegł rozbieżności w zakresie realizowanych programów, deklarowanych celów i przypisywanych rezultatów dla systemu ochrony zdrowia. Tym samym można stwierdzić, że PP, w połowie 2018 roku, jest nadal modelem aktualnym z punktu widzenia planowania inwestycji w ochronie zdrowia i wykorzystywanym w projektowaniu interwencji ze środków europejskich.

Zdaniem ewaluatora, biorąc pod uwagę różnorodność tematyczną, jak również ogólny charakter powyższych priorytetów, można stwierdzić, że żaden z istotnych obszarów polityki zdrowotnej nie został pominięty. Członkowie Komitetu Sterującego, deklarują, że Plany Działań mają istotny wpływ na realizację działań w obszarze ochrony zdrowia, które

zgodne są z realnymi potrzebami. Należy jednak podkreślić, że ok. 1/5 respondentów jest przeciwnego zdania (podobne deklaracje wyrazili ankietowani członkowie Komitetu Sterującego w II części badania).

Wykres 2. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie wpływu Planów Działań (w latach 2015-2016 i 2017) do realizacji działań w obszarze ochrony zdrowia, zgodnych z realnymi potrzebami



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

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

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

Formularz jest w chwili obecnej optymalny z punktu widzenia MZ.. Jednocześnie dodatkowe informacje w PD trudno byłoby, przy dość dużej ich objętości, wykorzystać lepiej w bieżącej pracy KS np. przez przedstawicieli Sekretariatu KS[46].

Generalnie formularz przeszedł niedawno pewną poprawę, tak, że pod wpływem chyba pierwszej części tego badania rok temu, uważam, że na chwilę obecną nie widzę potrzeby dalszych zmian, I tak naprawdę wszelkie zmiany byłyby już moim zdaniem po nic, po prostu nie byłoby ich gdzie wykorzystywać (respondent ITI)

Analizując powyższy wykres trzeba stwierdzić, że zmniejszyła się negatywna opinia o PD w kontekście ich odpowiedzi na realne potrzeby. W pierwszej możliwej odpowiedzi „zdecydowanie nie odpowiadają na realne potrzeby” odpowiedzi udzieliło 9,1% (5 respondentów), zaś w kolejnym badaniu 5,2% (3 osoby). Drugą odpowiedź „raczej nie odpowiadają na realne potrzeby” wybrało 9,1% (5 osób), zaś w drugim badaniu 12,1%

[46] Pomimo to wzory PD są nadal na bieżąco aktualizowane. Potwierdza to uchwała Komitetu Sterującego do spraw koordynacji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 roku w sprawie uchylenia uchwały Nr 22/2016 Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 29 kwietnia 2016 r. w sprawie przyjęcia wzoru Planu działań w sektorze zdrowia oraz przyjęcia wzoru Planu działań w sektorze zdrowia.

(6 osób). Trzecią ewentualność wybrało w pierwszym badaniu 14,5% respondentów (8 osób), zaś w drugim badaniu 15,5% (8 osób). 47,3% respondentów (26 osób) uznało, że ani nie odpowiadają ani odpowiadają na realne potrzeby, zaś w drugim badaniu takiej odpowiedzi udzieliło 44,8% badanych (22 osoby). Opinię „zdecydowanie odpowiadają na realne potrzeby” wyraziło w pierwszym badaniu 18,2% (10 osób), zaś w drugim badaniu 15,5% (8 osób). Ostatnia możliwa odpowiedź „nie mam zdania” wybrana została w pierwszym badaniu przez 1,8% (1 osoba), zaś w drugim badaniu przez 6,9% (4 osoby). Biorąc pod uwagę liczebność próby zmiany w poszczególnych odpowiedziach nie są istotne, aby móc wyciągać jakieś daleko idące wnioski. W obu badaniach proporcje odpowiedzi są podobne, ze szczególnym wskazaniem na odpowiedź „raczej odpowiadają na realne potrzeby”, która to odpowiedź w obu badaniach była najliczniejsza. Badanie CAWI jest w tym zakresie spójne z wynikami badania ITI, którego odpowiedzi wykazano powyżej.

Generalnie pozytywna opinia na temat PD i ich wpływu na rzeczywistość może pokrywać się z odpowiedziami badania ITI, które wykazało, że zmiany wzorów PD wynikające z uchwały KS nr 22/2016 z dnia 29.04.2016 okazały się wystarczające. Formularz PD uległ zmianie poprzez dodanie do niego zakładki dedykowanej Regionalnym Programom Zdrowotnym (RPZ), w których opisuje się m.in. konkretne cele RPZ, komplementarność RPZ z innymi działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym i regionalnym, jak również kosztorys i uzasadnienie dla realizacji RPZ. Dodatkowo pojawiła się osobna zakładka „Fiszka projektu pozakonkursowego”. W ocenie ewaluatora wprowadzone zmiany są korzystne, ponieważ powodują wzrost przejrzystości projektów, lepszą możliwość ich koordynacji na poziomie centralnym, jak również lepsze dopasowanie do konkretnych postępowań (konkursowych i pozakonkursowych). Dodatkowo na XVII posiedzeniu KS zaprezentowano modyfikację formularza Planu działań polegającej głównie na dodaniu załącznika nr 2 „Wykaz wcześniejszych działań uzgodnionych w Planie działań na ten rok kalendarzowy [2018]”[47]. Doprecyzowano również instrukcję wypełniania Planu działań, głównie w odniesieniu nowego załącznika nr 2 oraz do informacji, które powinny się znaleźć w fiszce RPZ.

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

(…) Odwołując się do pierwotnych wzorów reprezentowanych na pierwszych posiedzeniach Komitetu Sterującego to faktycznie one były trochę ułomne i potrzebowały zmiany konstruktywnej. Natomiast aktualnie, przynajmniej z poziomu naszego województwa (…), uważam, że są precyzyjnie przygotowane. Wyczerpująco zawierają wszystkie dane i są takie skondensowane. Nawet udaje się w 2-3 godziny zapoznać się z tymi materiałami wszystkich województw, bo zawierają naprawdę bardzo taką skrupulatną informację, nawet i prognostyczną. Zawierają prognozowane działania. Pierwsze strony też zawierają skrót informacji, który jest rozwinięty w części głównej planów działań. (respondent FGI)

Istotnym problemem sygnalizowanym przez przedstawicieli instytucji, które są w umiarkowanym stopniu zaangażowane w prace Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia (np. MIiR), są jednak zbyt rozbudowane protokoły z posiedzeń KS, co sprawia, że trudno zapoznać się najważniejszymi – kluczowymi z punktu reprezentowanej instytucji kwestiami. Potwierdza to wypowiedź jednego z respondentów:

[47] Patrz: najnowszy wzór formularza: (http://zdrowie.gov.pl/ks/strona-821-wzory_dokumentow_ks.html)

W przypadku komitetu ds. zdrowia te sprawozdania, no trzydzieści stron. (…) natomiast moje stanowisko jest takie, że no jednak nie temu służy sprawozdanie, żeby dekretować, co kto powiedział (…) no my mamy też doświadczenia z tymi sprawozdaniami z komitetów i z podkomitetów, no i co do zasady, sprawozdanie żeby w naszym pojęciu miało sens musi być, zwięzłe krótkie i treściwe (…) Tak, kwintesencja, to jest maksymalnie dwie strony. Są też takie posiedzenia KUP[48] [Komitet do spraw Umowy Partnerstwa – przyp. Wykonawca], *tam też jest prezentacja wykonywana przez instytucje. […]Tylko, że jest załącznik w postaci prezentacji. […] Niestety w PO IR też czasami są takie bardzo długie sprawozdania, ale może to IZ ułatwia później - nie wiem - odczytanie takiej rzeczy, przy czym no tak jak mówię, pewno zostają w archiwach te nagrania audio dostępne.*
(respondent IDI)

W związku z powyższym rekomendowane jest opracowywanie skróconej wersji protokołów z posiedzeń Komitetów Sterujących zawierających listę najważniejszych decyzji podjętych w trakcie ich trwania.

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

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

W dalszej części PD wskazuje się na terminy planowanego ogłoszenia i rozpoczęcia naboru wniosków do konkursu. Zdarza się, że założenia te są często niespójne z rzeczywistością,

[48] Patrz: (https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/zasady-dzialania-funduszy/komitet-do-spraw-umowy-partnerstwa/).

zaleca się monitorowanie tych propozycji i identyfikowanie obszarów niezgodności w ten sposób, aby dążyć do ich redukowania w kolejnych PD.

W dalszej części PD opisuje się planowaną całkowitą alokację w PLN i EUR, jak również minimalną i maksymalną wartość projektu. Wydaje się, że pozycje te są ważne z punktu widzenia wskazania beneficjentów, którzy będą mogli wziąć udział w konkursach, z punktu widzenia ich możliwości inwestycyjnych i posiadanych zasobów zapewniających możliwość realizowania projektu. Z punktu widzenia efektywności PD istotne są wskaźniki obowiązkowe, definiowane przez instytucję składającą PD. W poszczególnych konkursach wnioskodawcy są zobowiązani dodatkowo do zdefiniowania własnych wskaźników produktu i rezultatu, których jakość podlega ocenie eksperckiej. W kolejnej części opisano kryteria wyboru projektów w postaci rekomendacji KS. Zestaw tych rekomendacji jest kluczowy dla opracowania kryteriów wyboru projektów przez Komitety Monitorujące, a następnie przygotowania karty oceny projektu i prawidłowej działalności ekspertów oceniających projekty.

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

W kolejnej części PD przedstawiono wykaz działań, które będą uzgodnione w kolejnych PD. Służyć ma to kontynuacji projektów w ramach jednego priorytetu. Należy ocenić takie działanie jako prawidłowe, spełniające regułę logiki projektowania strategicznego.

W dniu 29.04.2016 uchwałą Komitetu Sterującego nr 22/2016 przyjęto nowelizację formularza PD poprzez załączenie do niego dodatkowo fiszki dotyczącej założeń RPZ (Regionalnych Programów Zdrowotnych). Fiszka zawiera dane dotyczące numeru konkursu w PD, tytułu programu, budżetu, instytucji przedkładającej, zgodność z Policy Paper, tryb realizacji RPZ, potencjalnych wykonawców, uzasadnienie realizacji programu, cele, grupy docelowe, opis schematu programu, a także planowany kosztorys. Dodatkowo wskazuje się komplementarność ROZ z opisem planowanych działań oraz z innymi działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym i krajowym. Poza dodaniem tej fiszki wzór PD w wyniku ww. uchwały nie zmienił się.

W ostatniej części PD przedstawiono (w zał. 1) listę programów i projektów spoza EFSI, ze środków publicznych i innych działań nieopisanych w PD, które istotnie wpływają na podjęte decyzje i rekomendacje zapisane w PD. Należy uznać, że wiedza o takich działaniach jest konieczna dla podjęcia dobrej decyzji na temat alokacji środków z UE. Z pewnością należy jednak zastanowić się, czemu *de facto* ma służyć załącznik nr 1 i w jaki sposób powinien być wypełniany. Podejście do jego wypełniania i selekcja przedsięwzięć są bowiem bardzo zróżnicowane. Jedne IZ (jak np. IZ RPO Woj. Mazowieckiego) wpisują w zał. 1 wszystkie możliwe realizowane dotąd przedsięwzięcia w sposób kumulatywny, inne (jak np. IZ RPO Woj. Łódzkiego) wpisują co roku inne przedsięwzięcia, a np. IZ RPO Woj. Pomorskiego wpisała te same projekty do RPD dla roku 2016 r. i 2017 r. W części zasadne wydaje się podejście IZ RPO Woj. Zachodniopomorskiego, która wpisuje jedynie

projekty komplementarne do tych ujętych w RPD, z drugiej strony jednak takie podejście nie umożliwia sprawdzenia, czy projekty z EFSI nie dublują się z innymi, finansowanymi z innych środków.

Należy stwierdzić, że stosowane w połowie 2018 roku formularze nie wymagają zasadniczych zmian formalnych, ponieważ odnoszą się do różnych projektów (konkursowych i pozakonkursowych), które często trudno opisać w jednolitych kryteriach. Przyjęty układ formularza w postaci pliku Excel jest wyjątkowo przejrzysty i umożliwia łatwe zapoznanie się z zawartością.

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

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

Przy takich pieniądzach, którymi dysponujemy tak naprawdę zrobienie prostej aplikacji, która by pozwalała bez problemu generować i dodawać jeden punkt do drugiego to przepraszam nie powinno być problemem - my tu mówimy o e-zdrowiu - o czymś, co ma objąć wszystkie szpitale, pacjentów, wszystkie problemy i w ogóle jeszcze nie wiadomo co, a nie jesteśmy w stanie zrobić prostego formularza aplikacji? (respondentów FGI)

No oczywiście tak, jak wcześniej wskazywałam pracujemy na tym narzędziu excelowskim. Nie wiem, czy nie lepiej by było pracować na jakiejś platformie,. (respondent ITI)

Mając na uwadze powyższe rekomendowane jest, aby wykorzystywany był specjalny program/aplikacja do wypełniania Załącznika nr 1 PD. Tym samym, oznaczać to będzie kontynuowanie procesu jednoczesnego unowocześniania i tym samym usprawniania procesu wypełniania Załącznika nr 1 (pierwotnie był to dokument papierowy, obecnie Excel) w szczególności przez przedstawicieli regionów.

Dodatkowym argumentem za wprowadzeniem aplikacji wspierającej wypełnianie załącznika 1 (a być może całego PD) jest możliwość stałego weryfikowania na bieżąco poszczególnych etapów jego tworzenia, szybka analiza i przyspieszenie procedury uzgadniania, na co zwracali uwagę w szczególności przedstawiciele regionów uczestniczący w badaniach.

Proponowane zmiany w zakresie modyfikacji formularza PD (w tym załącznika nr 1) zaproponowano w ramach rekomendacji[49].

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

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

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

Przedstawione w PD w latach 2015-2017 proponowane wskaźniki rezultatu i produktu w projektach są dobrane właściwie, odpowiadają celom poszczególnych programów i ich spełnienie będzie służyło właściwiej realizacji celów szczegółowych poszczególnych programów.

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

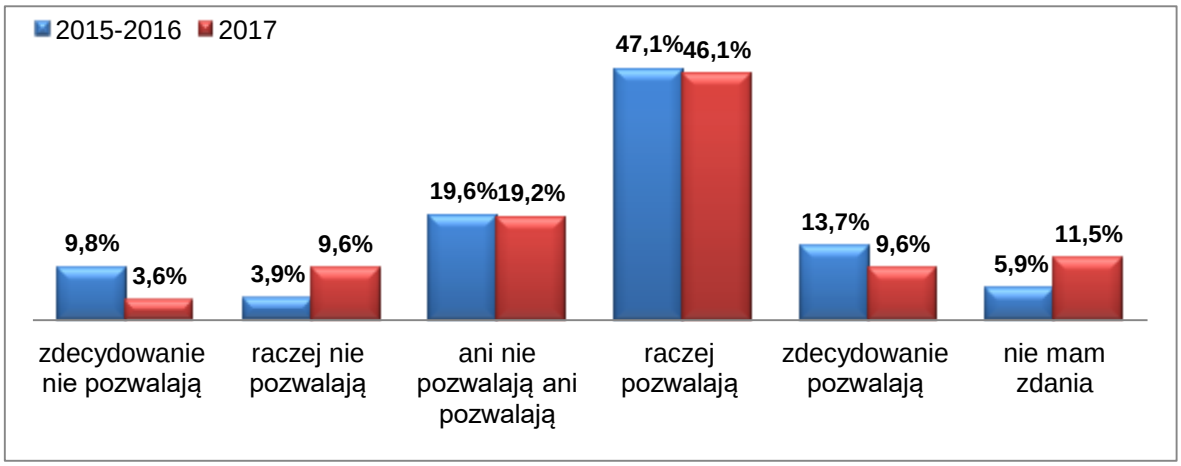
Jednocześnie wśród Członków Komitetu Sterującego przeważają deklaracje w zakresie pozytywnego wpływu zapisów Planów Działań z lat 2015-2016 na wybór skutecznych, trafnych i użytecznych projektów. Twierdzi tak ponad 60% ankietowanych. Przeciwnego zdania jest niemal 14% respondentów[50]. Pozytywne oceny, w zakresie wpływu PD z 2017 roku na wybór skutecznych, trafnych i użytecznych projektów, dominowały również wśród

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

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

deklaracji ankietowanych Członków Komitetu Sterującego – niemal 56% odpowiedzi respondentów (około 30% nie potrafiło wskazać jednoznacznie takiego wpływu PD). Szczegółowe zestawienia prezentuje poniższy wykres.

Wykres 3. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie wpływu zapisów Planów Działań z lat 2015-2016 i 2017 na wyboru skutecznych, trafnych i użytecznych projektów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

Oceniając jakość projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD (w kontekście ich wpływu na realizacje zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych) na podstawie analizy wniosków o dofinansowanie projektów wybranych zgodnie z zapisami PD w naborach konkursowych ogłoszonych w regionach w obszarze zdrowia (PI 2c, PI 8vi, PI 9a PI 9iv)[51] w latach 2015-2016 należy wspomnieć o **opóźnieniach części regionów w zakresie ogłaszania konkursów w obszarze zdrowia do końca 2016 roku związanych m.in. uwarunkowaniami lokalnymi, niezależnymi od funkcjonowania KS.**[52]

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

- ✓ w województwie pomorskim ogłoszono konkursy w trzech priorytetach inwestycyjnych (brak konkursów w PI 2c),

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

[52] Opóźnienia na tym etapie potwierdzał również stan realizacji wskaźników produktu i rezultatu przypisanych do poszczególnych naborów konkursowych w ramach PD na lata 2015-2016. Informację w tym zakresie na I etapie badania przekazało 6 IZ RPO (kujawsko-pomorskie, podlaskie, lubelskie, podkarpackie, małopolskie, pomorskie). W przypadku 5 regionów (oraz wszystkich wskaźników) ich wartość wynosiła „0”. Jedynie w Małopolsce wskaźniki (stan realizacji wskaźnika – wartość w %) osiągnęły minimalne wartości – 1,12% (*liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS*) oraz 1% (*liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badania profilaktyczne*). Na podstawie tych informacji, w ocenie ewaluatora, jest jeszcze zbyt wcześnie (ze względu na wciąż trwające projekty lub nie ogłoszenie wszystkich konkursów w regionach), aby możliwe było osiągniecie, choć części zakładanych wskaźników przez regiony. Rekomendowany jest jednak stały monitoring w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych województwach przez KS. Takie wnioski wynikały również z badań jakościowych.

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

Oznacza to, że do końca 2016 roku jedynie w 2 województwach ogłoszono konkursy we wszystkich priorytetach inwestycyjnych (małopolskie oraz warmińsko-mazurskie), w 7 regionach w ramach 3 PI, w 1 województwie w 2 PI, a w 5 regionach tylko w jednym. Pod koniec 2017 roku takich poważnych problemów już nie zidentyfikowano[53].

W ramach analizy dokumentacji stwierdzono, że na koniec roku 2017 zrealizowano PD w zakresie zdrowia w następującym zakresie:

- ✓ **w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020:**
  - na 28 uzgodnionych konkursów ogłoszono 15 konkursów,
  - zrealizowano 8 projektów pozakonkursowych

[53] W przypadku jednego z regionów (Dolnego Śląska) pierwsze konkursy w ramach PI 9iv rozplanowane były na początek 2018 roku. W przypadku zaledwie kilku regionów opóźnienia dotyczą tylko jednego PI – podkarpackie, podlaskie, zachodniopomorskie (Patrz: *Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2017 roku*).

- zawarto 238 umów o dofinansowanie (45 – profilaktyka; 222 – działania projakościowe; 433 – jakość kształcenia; 201 – kompetencje zawodowe)

✓ **w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020:**
- na 10 uzgodnionych konkursów ogłoszono 10 konkursów,
- zrealizowano 66 projektów pozakonkursowych (14 – nowe SOR, 14 – doposażenie istniejących centrów urazowych, 11 – utworzenie nowych centrów urazowych, 6 – budowa lądowisk przy jednostkach wyspecjalizowanych w obszarze ratownictwa, 2 – doposażenie baz oraz wyposażenie śmigłowców HEMS, 8 – projekty w obszarze onkologii, 9 – projekty w zakresie leczenia niepłodności, 2 – projekty w obszarze chorób psychicznych),
- zawarto 231 umów o dofinansowanie (175 – infrastruktura ratownictwa medycznego, 56 – infrastruktura szpitali ponadregionalnych),

✓ **w ramach RPO Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020:**
- na 12 uzgodnionych konkursów ogłoszono 10 konkursów,
- zawarto 84 umowy o dofinansowanie (32 – e-zdrowie, 41 – infrastruktura, 11 – aktywne i zdrowe starzenie się),

✓ **w ramach RPO Województwa Kujawsko – Pomorskiego 2014 – 2020:**
- na 15 uzgodnionych konkursów ogłoszono 8 konkursów
- zawarto umowy o dofinansowanie na 2 projekty pozakonkursowe,
- zawarto 52 umowy o dofinansowanie (1 – e-zdrowie, 37 – infrastruktura, 14 – profilaktyka),

✓ **w ramach RPO Województwa Lubelskiego 2014 – 2020:**
- na 12 uzgodnionych konkursów ogłoszono 11 konkursów,
- na 3 uzgodnione projekty pozakonkursowe zawarto umowę o dofinansowanie na 1 projekt,
- zawarto 16 umów o dofinansowanie (11 – profilaktyka, 4 – usługi zdrowotne, 1 – infrastruktura),

✓ **w ramach RPO Województwa Lubuskiego 2014 – 2020:**
- na 6 uzgodnionych konkursów ogłoszono 5 konkursów,
- na 3 uzgodnione projekty pozakonkursowe zawarto umowy o dofinansowanie na 2 projekty,
- zawarto 12 umów o dofinansowanie (4 – zdrowie, 3 – profilaktyka, 5 – infrastruktura),

✓ **w ramach RPO Województwa Łódzkiego 2014 – 2020:**
- na 23 uzgodnione konkursu ogłoszono 18 konkursów,
- na 1 uzgodniony projekt pozakonkursowy nie podpisano umowy na żaden
- zawarto 42 umowy o dofinansowanie (9 – infrastruktura, 19 – usługi zdrowotne, 14 – profilaktyka),

✓ **w ramach RPO Województwa Małopolskiego 2014 – 2020:**
- na 6 uzgodnionych konkursów ogłoszono 6 konkursów,
- na 4 uzgodnione projekty pozakonkursowe zawarto umowy o dofinansowanie na 2 projekty,
- zawarto 22 umowy o dofinansowanie (12 – profilaktyka, 10 – infrastruktura),

- ✓ **w ramach RPO Województwa Mazowieckiego 2014 – 2020:**
  - na 16 uzgodnionych konkursów ogłoszono 14 konkursów,
  - na 1 uzgodniony projekt pozakonkursowy nie podpisano umowy na żaden ,
  - zawarto 148 umów o dofinansowanie (75 – e-zdrowie, 73 – dostęp do usług zdrowotnych),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Opolskiego 2014 – 2020:**
  - na 18 uzgodnionych konkursów ogłoszono 12 konkursów,
  - zawarto 68 umów o dofinansowanie (6 – profilaktyka, 35 – dostęp do usług zdrowotnych, 27 – infrastruktura),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Podkarpackiego 2014 – 2020:**
  - na 6 uzgodnionych konkursów ogłoszono 3 konkursy,
  - na 6 uzgodnionych projektów pozakonkursowych podpisano umowy o dofinansowanie na 4 projekty,
  - zawarto 34 umów o dofinansowanie (19 – infrastruktura, 5 – profilaktyka, 10 – zwiększenie dostępności do usług),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Podlaskiego 2014 – 2020:**
  - na 10 uzgodnionych konkursów ogłoszono 7 konkursów.
  - zawarto 7 umów o dofinansowanie (3 – profilaktyka, 4 – infrastruktura),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Pomorskiego 2014 – 2020:**
  - na 6 uzgodnionych konkursów ogłoszono 5 konkursów,
  - na 4 uzgodnione projekty pozakonkursowe podpisano umowy o dofinansowanie na 3 projekty,
  - zawarto 33 umowy o dofinansowanie (3 – zdrowie na rynku pracy, 15 – infrastruktura, 15 – e-zdrowie),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Śląskiego 2014 – 2020:**
  - na 15 uzgodnionych konkursów ogłoszono 22 konkursy,
  - na 4 uzgodnione projekty pozakonkursowe podpisano żadnej umowy o dofinansowanie,
  - zawarto 62 umowy o dofinansowanie (7 – profilaktyka, 55 – usługi zdrowotne),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Świętokrzyskiego 2014 – 2020:**
  - na 29 uzgodnionych konkursów ogłoszono 25 konkursów,
  - zawarto 29 umów o dofinansowanie (10 – infrastruktura, 19 – aktywne i zdrowe starzenie się),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Warmińsko – Mazurskiego 2014 – 2020:**
  - na 10 uzgodnionych konkursów ogłoszono 10 konkursów,
  - zawarto 37 umów o dofinansowanie (5 – aktywne i zdrowe starzenie się, 12 – e-zdrowie, 20 – infrastruktura),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Wielkopolskiego 2014 – 2020:**
  - na 24 uzgodnione konkursy ogłoszono 19 konkursów,
  - na 2 uzgodnione projekty pozakonkursowe podpisano umowy o dofinansowanie na 1 projekt,
  - zawarto 22 umowy o dofinansowanie (5 – e-zdrowie i e-usługi, 7 – profilaktyka, 3 – usługi zdrowotne, 7 – infrastruktura),
- ✓ **w ramach RPO Województwa Zachodniopomorskiego 2014 – 2020:**
  - na 2 uzgodnione konkursy ogłoszono 2 konkursy,

- na 9 uzgodnionych projektów pozakonkursowych podpisano umowy o dofinansowanie na 6 projektów,
- zawarto 9 umów o dofinansowanie (9 – infrastruktura).

Wszystkie województwa wykazały realizacje projektów, nie stwierdza się miejsc, w których nie podjęto działań związanych z realizacją uzgodnionych PD. Pomimo powyższych danych ewaluator nadal rekomenduje, aby prowadzony był bardziej sformalizowany (od obecnie funkcjonującego) system sprawozdawczości m.in. w zakresie wskaźników.

W przypadku oceny rekomendacji KS dotyczących kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych realizowanych przez RPO, PO WER, PO IiŚ i w obszarze e-zdrowia w latach 2015-2017, przedstawia się ona dość umiarkowanie. Większość ankietowanych członków Komitetu Sterującego (choć tylko 34%) wskazywała, że rekomendacje te był trafne; 14 % było przeciwnego zdania, a aż 52% nie potrafiła ich jednoznacznie ocenić (z czego aż 24% nie miało zdania na ten temat). Wśród podstawowych problemów, związanych z rekomendacjami, wskazywanych przez ankietowanych członków KS podkreślano przede wszystkim:

- ✓ wysoki stopień skomplikowania oraz niejednoznaczności treści formułowanych kryteriów wpływających na trudności w ich zrozumieniu,
- ✓ zbyt dużą liczbę rekomendacji wpływających na niski stopień ich czytelności, co powoduje brak możliwości jednoznacznego kierunku wsparcia w ramach poszczególnych konkursów,
- ✓ brak uwzględniania kontekstu regionalnego (potrzeb w regionalnym systemie ochrony zdrowia), co wymuszało w sytuacji zatwierdzenia kryteriów obligatoryjnych zmianę wcześniej przyjętej polityki i planów w obszarze zdrowia np. w zakresie Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT)[54].

Biorąc pod uwagę powyższe problemy wskazywane przez ankietowanych członków Komitetu Sterującego (w szczególności wysoki stopień skomplikowania oraz dużą liczbę rekomendacji w zakresie kryteriów wyboru projektów) proponowane jest, aby w przypadku uchwał w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych, zamieszczać uzasadnienia dla proponowanych zapisów. Dotyczyć powinno to, zarówno rekomendacji o charakterze fakultatywnym jak i obligatoryjnym. W opinii ewaluatora sprawi to, że proces formułowania rekomendacji będzie bardziej transparentny dla wszystkich interesariuszy. Stanowić będzie to także element edukacyjny oraz komunikacyjny pomiędzy MZ a regionami, wpływający na lepsze zrozumienie argumentów merytorycznych i formalnych stojących za takimi propozycjami. Ponadto ze względu na fakt, że w procesie formułowania rekomendacji, część z nich bazuje na analizach wynikających z map potrzeb zdrowotnych (w przypadku których istnieją potrzeby szkoleniowe w zakresie ich stosowania przez członków KS[55]) pozwoli to łatwiej wykształcić umiejętności korzystania z nich poprzez bezpośrednie odnoszenie się do nich w ramach rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia. Będzie to o tyle łatwiejsze, że MZ planuje w najbliższym czasie (według zapowiedzi przedstawicieli kierownictwa MZ w czasie XVII KS – w grudniu 2018 roku) wdrożenie platformy internetowej dot. publikacji danych m.in. w zakresie danych wykorzystanych przy tworzeniu map potrzeb

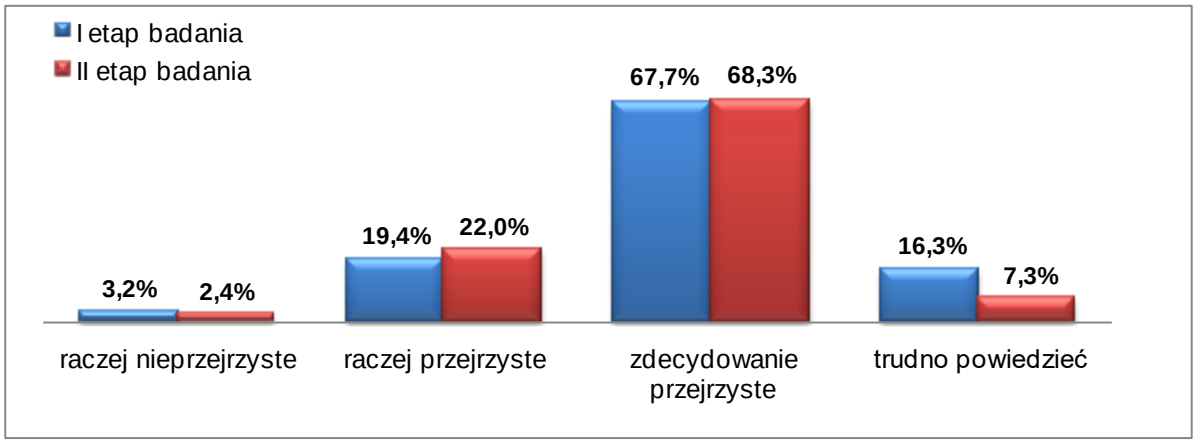
[54] ZIT to narzędzie, za pomocą którego realizowane są strategie terytorialne (w ramach RPO).
[55] Takie wnioski sformułowane zostały w dalszej części raportu.

zdrowotnych, która powinna bardziej przyjazna i użyteczna dla użytkowników. Potwierdza to jedna z wypowiedzi przedstawiciela MZ:

prezentacja danych z map jest trochę utrudniona bo jest zrobiona w PDF-ach, więc teraz bardzo intensywnie pracujemy z Departamentem Danych i Strategii żeby te dane miały bardziej charakter taki interaktywny i wydaje mi się że lada chwila będziemy mogli już jakby upublicznić te działania (…) (respondent IDI).

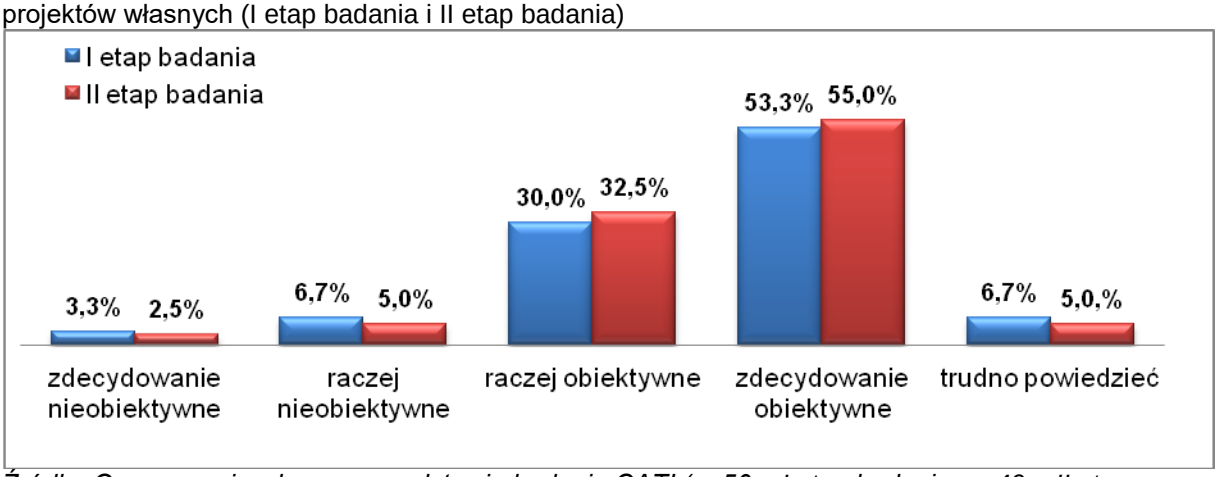
Jednocześnie, beneficjenci, realizujący projekty wybrane na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS dostarczonych (w ramach I części badania), z województw a także przez MZ – w zakresie PO WER i PO IiŚ oceniali, że kryteria wyboru projektów są zdecydowanie przejrzyste (87,1% odpowiedzi pozytywnych – raczej przejrzyste i zdecydowanie przejrzyste) oraz obiektywne (83,3% odpowiedzi pozytywnych – raczej obiektywne i zdecydowanie obiektywne). W ramach II etapu badania wartości te były jeszcze wyższe – w przypadku przejrzystości kryteriów (90,2% odpowiedzi pozytywnych), w przypadku obiektywności kryteriów (87,5% odpowiedzi pozytywnych). Szczegóły badania w ramach I i II etapu prezentują poniższe wykresy.

Wykres 4. Opinie beneficjentów na temat przejrzystości kryteriów wyboru stosowanych przy ocenie projektów własnych (I i II etap badania)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CATI (n=50 – I etap badania; n=49 – II etap badania)

Wykres 5. Opinie beneficjentów na temat obiektywności kryteriów wyboru stosowanych przy ocenie projektów własnych (I etap badania i II etap badania)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CATI (n=50 – I etap badania; n=49 – II etap badania)

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

W ramach rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. *W jakim stopniu i zakresie PD wypełniają cele przewidziane dla tego narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia? Czy funkcjonowanie PD przekłada się na zapewnienie lepszej koordynacji wsparcia w obszarze zdrowia, świadczonego zarówno ze środków z EFSI, jak i wyłącznie krajowych? (Raport Metodologiczny pyt. nr 1)*
2. *W jakim stopniu dzięki realizacji PD zrealizowany został cel główny oraz cele szczegółowe (długoterminowe i operacyjne) opisane w Policy Paper? W jakim stopniu dzięki PD osiągnięte zostały wskaźniki określone w Policy Paper? Jaki jest wpływ PD na realizację postanowień i celów Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020 oraz Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju? (Raport Metodologiczny pyt. nr 2)*
3. *Jakie są najważniejsze problemy w realizacji postanowień PD w sektorze zdrowia i jak im przeciwdziałać? Jakie są najważniejsze problemy w procesie uzgadniania PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? (Raport Metodologiczny pyt. nr 6)*
4. *Jaki kształtuje się proces komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami i partycypacji różnych interesariuszy w procesie tworzenia i realizacji PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? Czy w obszarze komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami w procesie realizacji PD zidentyfikowano bariery zakłócające/utrudniające ją w kontekście skuteczności? Jakie zmiany w tym obszarze należy wprowadzić? Czy można wskazać przykłady dobrych praktyk przyczyniających się do minimalizowania barier w procesie skutecznej komunikacji pomiędzy poszczególnymi interesariuszami w procesie realizacji PD. Czy można wskazać przykłady dobrych praktyk w tym zakresie? (Raport Metodologiczny pyt. nr 7)*
5. *Jakie dobre praktyki w zakresie skutecznego opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich skuteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia? (Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*
6. *Jaka jest jakość (skuteczność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)? (Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*
6. *Jaki jest wpływ PD na realizację działań podejmowanych w ramach interwencji publicznej w obszarze zdrowia w ramach poszczególnych programów operacyjnych współfinansowanych ze środków EFRR i EFS, a także na cele szczegółowe tych programów? W których programach jest on najbardziej widoczny, a w których najmniej i dlaczego? (Raport Metodologiczny pyt. nr 3)*
7. *Jakie są kluczowe obszary ryzyka w skutecznej i efektywnej realizacji PD? Czy poszczególni interesariusze PD mają świadomość elementów ryzyka oraz czy dostrzegają je w zbliżonych obszarach? Czy w ramach realizacji PD uwzględniono procedurę zarządzania ryzykiem? (Raport Metodologiczny pyt. nr 12)*
8. *Jak kształtuje się system monitoringu/sprawozdawczości realizacji celów PD w kontekście zadań Komitetu do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (dalej: EFSI) w sektorze zdrowia, do których należy bieżąca analiza kwestii*

związanych z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE, osiągania oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji PD na cele PP, UP i programów operacyjnych? Jaka jest ocena jakości danych statystycznych wykorzystywanych w monitoringu/ sprawozdawczości? Czy dane statystyczne umożliwiają rzetelną ocenę długofalowych efektów działań wynikających z postanowień i zapisów PD? Dane statystyczne, z których źródeł oceniane są jako najbardziej rzetelne? (Raport Metodologiczny pyt. nr 13)

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

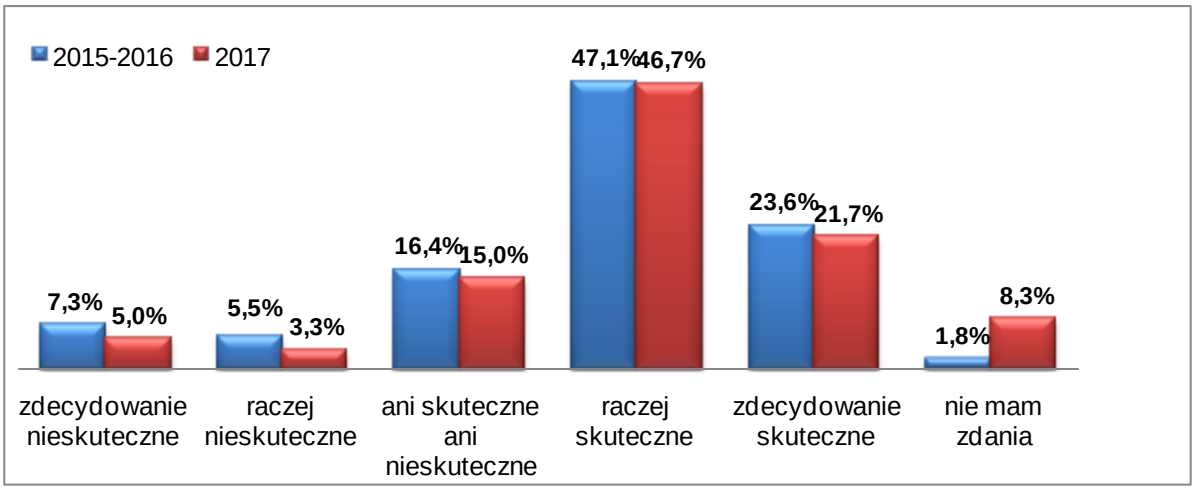
Badanie ewaluacyjne (zarówno w I jaki i II części) wykazało, że, Plany Działania stanowią dobre narzędzie koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia, ponieważ powodują konieczność opisania potrzeb przez władze samorządowe, a następnie zaproponowanie działań (projektów) zmierzających do realizacji tych potrzeb. Potwierdzają to m.in. wnioski z badań jakościowych[56]:

Nigdy to nie było takie uporządkowane myślenie [przed powstaniem KS], co jest rzeczywiście pilne, z jakiego punktu widzenia, epidemiologicznego, takiego, takiego. Natomiast teraz to widać, że gdzieś to ma sens i jakąś logikę. Oczywiście, można się jakichś pewnych ułomności pewnie doszukać, chociaż ja mam za małą wiedzę żeby o tych ułomnościach mówić. To bez wątpienia. Natomiast ja widzę sens w tym systemie. Teraz rzeczywiście, przynajmniej ja z punktu widzenia programowania mam określone logiczne wszystkie działania i ja wiem, o co chodzi w tym wszystkim.
(respondent FGI)

Również ankietowani przedstawiciele Komitetu Sterującego wyrażają jednoznaczne opinie w zakresie tego, że **Plany Działań z lat 2015-2016 są skutecznym narzędziem koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia** (prawie 70% pozytywnych odpowiedzi). Podobne oceny, w tym zakresie, ankietowani Członkowie Komitetu Sterującego wskazywali w przypadku PD za 2017 rok. Pozytywne oceny deklarowało ponad 2/3 respondentów, podczas gdy tylko nieco ponad 8% twierdziło, że PD nie są skutecznym narzędziem koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia. Szczegółowe dane w tym zakresie zamieszczono w poniższym zestawieniu.

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

Wykres 6. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie oceny skuteczności Planów Działań z lat 2015-2016 i 2017 jako narzędzie koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia



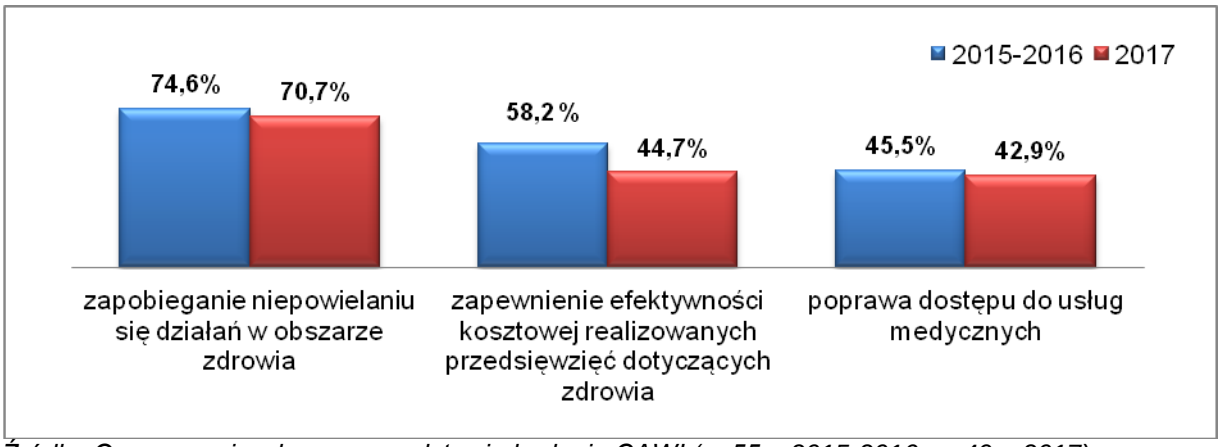
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

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

Niepowielanie się działań w obszarze ochrony zdrowia, to największa wartość dodana Planów Działań w ocenie ankietowanych członków Komitetu Sterującego w ramach I części badania. Twierdzi tak prawie 75% tych, którzy wypełnili kwestionariusz CAWI, co jest najwyższym udziałem odpowiedzi pozytywnych porównując różnorodne wymiary funkcjonowania PD. **Nieco mniej optymistycznie oceniany jest wpływ Planów Działań z lat 2015-2016 na poprawę efektywność kosztowej realizowanych przedsięwzięć dotyczących zdrowia** (58,2% odpowiedzi pozytywnych oraz 23,6% odpowiedzi negatywnych), **a w najmniejszym stopniu na poprawę dostępu do usług medycznych** (45,5% odpowiedzi pozytywnych oraz 23,6% odpowiedzi negatywnych). W przypadku Planów Działań z 2017 roku, choć kolejność wskazywanych przez ankietowanych Członków Komitetu Sterującego, pozytywnych skutków funkcjonowania PD jest identyczna, to ich ocena jest nieco mniej optymistyczna. Dotyczy to w szczególności wpływu PD na zapewnienie efektywności kosztowej realizowanych przedsięwzięć dotyczących zdrowia, która jest oceniania o ponad 13 p.p. niżej niż w I części badania. Zmiana opinii w takim zakresie może wynikać z wzrastającego przekonania o tym, że PD w ograniczony sposób mogą wpływać na zapewnienie efektywności kosztowej realizowanych przedsięwzięć, ponieważ w trakcie realizowania projektów wyraźnie widać duże dysproporcje pomiędzy środkami zaplanowanymi w budżetach projektów, a wydatkowanymi w trakcie realizacji działań. Dzieje się tak z kilku powodów, po pierwsze trzeba brać pod uwagę czas pomiędzy planowaniem budżetu, a jego realizacją (w tym czasie wydatki mogą wahać się w obie strony), a po drugie wnioskodawcy często projektując budżet nie są świadomi stawek rynkowych za poszczególne zadania, które finansowane muszą być w postępowaniu konkurencyjnym. W tym znaczeniu dochodzi często do znacznych rozbieżności pomiędzy kosztami zaplanowanymi w PD, później w projektach, a finalnie w rozliczanych zadaniach. Z tego powodu być może uzyskane wyniki dowodzą świadomości respondentów, że PD jako narzędzie wstępnie definiujące koszty przedsięwzięć nie zapewniają efektywności kosztowej, ponieważ ta zależna jest od znacznie większej ilości czynników, które pojawiają się już

na etapie realizacji projektu. A wpływ tych czynników może być dla kosztów projektu bardzo istotny.

Wykres 7. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie skuteczności Planów Działań z lat 2015-2016 i 2017 w sektorze zdrowia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

PD opracowywane są na poziomie PO IiŚ i PO WER (MZ) oraz samorządów regionalnych (RPO), a następnie zatwierdzane są przez KS, czyli gremium funkcjonujące na szczeblu centralnym, dlatego też ich funkcjonowanie przekłada się na lepszą koordynację działań samorządowo-rządowych, dając instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w regionach w kolejnym roku i na odwrót, ale pozwalając na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. Z punktu widzenia projektów o charakterze infrastrukturalnym (np. rozbudowa SOR-ów i lądowisk dla helikopterów) ma to znaczenie tym większe, że opiera się o system funkcjonujący jednolicie w całym kraju i dotyczący wszystkich mieszkańców. Natomiast z punktu widzenia projektów konkursowych, PD pozwalają na zarządzanie środkami w taki sposób, aby alokować je w miejscach zidentyfikowanych jako kluczowe z punktu widzenia potrzeb lokalnych, a także – w przypadku gdy wartość ogłoszonego konkursu będzie niższa niż deklarowana (np. wobec zmniejszenia kosztów realizacji projektów w wyniku oszczędności), do rozszerzenia alokacji na inne obszary lub też na ten sam obszar w kolejnym naborze.

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

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

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

Celami długoterminowymi są:

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

Spośród programów planowanych do finansowania wiele z nich zostało uruchomionych z opóźnieniem, a w wielu przypadkach wybór wnioskodawców przedłużał dodatkowo te okresy, co doprowadziło do istotnych opóźnień w realizacji wsparcia. W PP wskazano, że narzędziami implementacji celów operacyjnych będą:

1. **Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych, zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem** – w analizowanym okresie narzędzie to nie zostało wykorzystane, konkurs dotyczący podniesienia jakości świadczeń w POZ zmierzający do zbudowania platformy współpracy pomiędzy lekarzami rodzinnymi i lekarzami specjalistami został ogłoszony i przeprowadzony w roku 2016. Skuteczność tego narzędzia będzie więc oceniona w ramach dalszej analizy.
2. **Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu** – w analizowanym okresie narzędzie to zostało wykorzystane, w województwach wdrożono programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, niektóre województwa (jak np. dolnośląskie) zleciło opracowanie zewnętrznej analizy dotyczącej identyfikacji najistotniejszych dla regionu problemów zdrowotnych, która stanowiła podstawę do wskazania niezbędnego obszaru interwencji.
3. **Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane, w celu uruchomienia naborów projektów w ramach regionalnych programów zdrowotnych. Program został opracowany między innymi w województwie opolskim[57], łódzkim[58] oraz innych województwach, będących przedmiotem analizy.

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

4. **Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane, program został uruchomiony m.in. w województwie opolskim[59]
5. **Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane, przeprowadzono w wielu województwach programy profilaktyczne wczesnego wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi, dla przykładu program taki został uruchomiony w województwie opolskim[60].
6. **Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)** – w analizowanym okresie narzędzie zostało wykorzystane we wszystkich województwach, które przedstawiły PD.
7. **Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane we wszystkich województwach będących przedmiotem analizy w ocenianym okresie. Narzędzie to było bardzo często wykorzystywane głównie w szpitalach powiatowych, które dzięki interwencji mogły wzmocnić własny potencjał świadczeń w zakresie medycyny ratunkowej. Dla przykładu narzędzie wykorzystano w Kępnie (woj. wielkopolskie)[61], Mielcu (woj. podkarpackie)[62], Olkuszu (woj. małopolskie)[63], Elblągu (woj. warmińsko – mazurskie)[64].
8. **Modernizacja istniejących CU** *(centrów urazowych – przypis własny*) **(roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie programów m.in. w woj. świętokrzyskim[65]. Interwencja została skierowana wyłącznie do projektów zgłoszonych w trybie pozakonkursowym, wykazanych w Wykazie Projektów Zidentyfikowanych.
9. **Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naborów w trybie pozakonkursowym. Z interwencji skorzystały m.in. szpitale w Kielcach, Krakowie, Olsztynie, Lublinie, Gdańsku, Częstochowie, Wrocławiu, Łodzi[66].
10. **Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez

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

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

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

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

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

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

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

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

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

uruchomienie naborów w trybie pozakonkursowym we wszystkich województwach będących przedmiotem analizy.

11. **Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naboru w trybie pozakonkursowym[67]
12. **Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie interwencji w trybie konkursowym[68], z wyłączeniem województwa mazowieckiego.
13. **Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane we wszystkich regionach[69], zgodnie z identyfikowanym zapotrzebowaniem wynikającym z analizy struktury hospitalizacji[70]
14. **Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)** – narzędzie zostało wykorzystane poprzez uruchomienie naborów w trybie konkursowym w regionach. Dla przykładu uruchomiono nabory w województwie podlaskim[71] oraz województwie opolskim[72].

Cele długoterminowe:

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

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

W Policy Paper jako metodę osiągnięcia celu wskazano m.in. opracowanie i wdrożenie *ustawy z dnia 11 września 2015 roku* o *zdrowiu publicznym*. Zdaniem eksperta to działanie

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

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

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

[70] Raport „Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych
w Polsce”, Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala w Warszawie, Warszawa, czerwiec 2016

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

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

zostało zrealizowane, ale jest nieskuteczne i nie funkcjonuje odpowiednio. Uzasadnieniem dla takiego stwierdzenia jest fakt, że nie realizuje się dotąd programów profilaktyki zdrowotnej w oparciu o tą ustawę, nie angażuje się absolwentów kierunków zdrowie publiczne oraz specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego w realizację działań opisanych w PP jako „zdrowie we wszystkich politykach” (cz. 5.3.1. PP, s. 136). Ustawa nie stanowi także podstawy dla planowania działań o charakterze prozdrowotnym, ponieważ zasady finansowania takich działań (obecnie głównie ze środków NFZ w ramach programów profilaktycznych oraz ze środków UE w ramach programów operacyjnych) nie pokrywają się z mechanizmami finansowania opisanymi w ustawie.

Zgodnie z Policy Paper cel powinien zostać osiągnięty także dzięki opracowaniu i wdrożeniu mapowania potrzeb zdrowotnych. Działanie to jest realizowane, dzięki środkom EFSI oraz środkom krajowym udaje się tworzyć mapy potrzeb zdrowotnych, terminy przygotowania poszczególnych map potrzeb zdrowotnych zostały wynegocjowane z Komisją Europejską. Cel miał także zostać osiągnięty poprzez opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Zdrowia. W analizowanym okresie (2015-2017) obowiązującym był *Narodowy Program Zdrowia 2007 – 2015*, a następnie *Narodowy Program Zdrowia 2016 – 2020*. Aktualnie obowiązujący NPZ zakłada cele zbieżne z PP, jak również zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.

Kolejnym zadaniem prowadzącym do realizacji wspomnianego celu (Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych miał być wzrost rozpowszechnienia zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa. Stanowi to poważne wyzwanie społeczne, ponieważ zachowań zdrowotnych nie można zmienić w perspektywie krótkoterminowej. Priorytet 5.1. PO WER jest adresowany głównie na realizację projektów, które mają wpływać na minimalizowanie ryzyk epidemiologicznych, jak również na zmianę zachowań prozdrowotnych Polaków.

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

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

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

W Policy Paper jako zadania do realizacji w ramach niniejszego celu wskazano: wdrożenie długofalowej polityki senioralnej w Polsce – póki co zadanie to nie jest realizowane. Opracowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej *„Założenia*

Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014 – 2020” przewidują w ramach tej perspektywy finansowej m.in. następujące obszary wsparcia:

- ✓ Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych, w tym tworzenie innowacyjnych rozwiązań z zakresu farmakoterapii i technicznego wsparcia programów prozdrowotnych aktywizujących osoby starsze, podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa, poprawę zabezpieczenia socjalnego, chroniącego przed skutkami niepełnosprawności i inwalidztwa, a także budowanie właściwych relacji społecznych i więzi pokoleniowych, walka z wykluczeniem społecznym, przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do rozwiązań niezbędnych dla wzrastającej w tej grupie wielochorobowości i inwalidztwa, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju geriatrii i wprowadzenia jej do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wczesne wykrywanie i prewencja chorób przewlekłych przez badania skriningowe i programy profilaktyczne.
- ✓ Priorytet 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna.
- ✓ Priorytet 3. Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

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

W ramach projektu systemowego pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, współfinansowanego ze środków z EFS w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2012-2015, organizowane były szkolenia z zakresu opieki nad osobami starszymi, w których udział wzięło ogółem 8239 przedstawicieli kadr medycznych, w tym 1 369 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 4064 pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, 2176 fizjoterapeutów, 467 opiekunów medycznych oraz 163 terapeutów środowiskowych[73].

W ramach edukacji kadr pielęgniarskich, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych realizowało w ramach PO KL projekt systemowy pn. „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących

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

następstwem starzejącego się społeczeństwa”, a także „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”. W kursie specjalistycznym realizowanym w ramach drugiego z ww. projektów udział wzięło i podniosło swoje kwalifikacje 12 876 pielęgniarek i pielęgniarzy z całego kraju.[74]

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

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

W lipcu 2015 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło w ramach PO WER konkurs mający na celu pilotażowe wdrożenie przez resort, rozwiązań służących utworzeniu dziennych domów opieki medycznej (DDOM). W ramach przedmiotowego konkursu realizowany jest cel szczegółowy pn. „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”. W szczególności zaplanowano objęcie narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi 40 podmiotów leczniczych, zdeinstytucjonalizowanie 400 miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostaną utworzone w ramach programu. Na wymienione działanie przewidziano alokację środków finansowych w wysokości 40 mln zł. Zgodnie z założeniami, standard dziennego domu opieki medycznej został pilotażowo przetestowany na poziomie centralnym (ze środków PO WER), a następnie zmodyfikowany w oparciu o wyniki ewaluacji zleconej przez Ministerstwo Zdrowia[75] i upowszechniony z wykorzystaniem środków finansowych dostępnych w ramach regionalnych programów operacyjnych wdrażanych w latach 2014-2020. Najważniejszym zadaniem DDOM jest rehabilitacja lecznicza osób niesamodzielnych w celu przywrócenia pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku lokalnym. Nie mniej ważna jest kontynuacja leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. Ponadto świadczenia zdrowotne udzielane przez DDOM dotyczą również edukacji zdrowotnej, a w przyszłości będą również obejmować przygotowanie pacjenta i jego opiekunów do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji.

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

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

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

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

- ✓ Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej

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

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

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

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

- ✓ **brak współpracy wewnątrzsektorowej w ochronie zdrowia pomiędzy szpitalami, ambulatoryjną opieką zdrowotną i podstawową opieką zdrowotną, a także międzysektorowej – pomiędzy systemem ochrony zdrowia, a pomocą społeczną, wymiarem sprawiedliwości, edukacją szkolną i pozaszkolną, rynkiem pracy, w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, a w szczególności dzieci chorych psychiczne**. Nie istnieje obecne żadna platforma wymiany informacji pomiędzy lekarzem psychiatrą w szpitalu, lekarzem poradni zdrowia psychicznego, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową, kuratorem sądowym, na temat potrzeb pacjenta. Wobec braku takich wspólnych platform, każdy z interesariuszy realizuje swoje zadania niezależnie, często wzajemnie powielając się, nie tworząc opieki kompleksowej, a przede wszystkim w obszarach

pozamedycznych (np. w kontekście rynku pracy czy opieki kuratora sądowego) nie biorąc pod uwagę aspektów zdrowotnych (*I. Mazur, P. Karniej. J. Jończyk, „Zdrowie psychiczne. Organizacja – zarządzanie – standardy”, CeDu Wrocław 2015*),

- ✓ **brak współpracy międzysektorowej pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a specjalistami w dziedzinie zdrowia publicznego**, wyrażający się m.in. w realizowaniu w wielu miastach w ramach budżetów obywatelskich projektów z obszaru zdrowia (np. siłownie na wolnym powietrzu, trasy rowerowe, infrastruktura drogowa – chodniki, drogi, programy żywieniowe w szkołach), bez faktycznej współpracy ze specjalistami w zakresie zdrowia publicznego. Rezultatem takich działań może być np. nie uwzględnienie w tych inwestycjach potrzeb osób z niepełnosprawnościami (wysokie krawężniki uniemożliwiające poruszanie się na wózku). (*D. Kraszewski, K. Mojkowski, Budżet obywatelski w Polsce, Fundacja Batorego, 2014*),
- ✓ **brak współpracy pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a specjalistami z zakresu zdrowia publicznego w tworzeniu i realizacji regionalnych programów przeciwdziałania zanieczyszczeniu powietrza**, co przekłada się na ogólny wniosek wskazujący, że władze publiczne działają nieskutecznie w sferze ochrony powietrza, nie zapewniając ochrony ludzi i środowiska naturalnego przed negatywnymi skutkami zanieczyszczenia. (*raport Najwyższej Izby Kontroli „Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami” (LKR-4101-007-00/2014*).

Wykazane mankamenty nie decydują oczywiście o tym, że polityka „zdrowie we wszystkich politykach” nie jest realizowana w ogóle. Niemniej należy stwierdzić, że istnieją mankamenty w jej realizacji, które należy sukcesywnie eliminować, dążąc do jak największej profesjonalizacji zdrowia publicznego jako dyscypliny wspierającej także w samorządach inne obszary i polityki w wymiarze strategicznym.[76]

Jako dodatkowe działania na rzecz realizacji tego celu wskazano:

- ✓ **Wprowadzenie zmian w zarządzaniu i finansowaniu ochrony zdrowia, stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie inwestycji** – zadanie zostało zrealizowane dzięki wprowadzeniu systemu IOWISZ, a także dzięki samym Planom Działań, które stanowią narzędzie monitorowania finansowania inwestycji i działań w ochronie zdrowia. W dniu 12.04.2018 roku przyjęto nowelizację ustawy dotyczącej Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) poprzez zmianę podmiotową wnioskodawców mogących występować o wydanie wniosku o celowości inwestycji (obecnie może być to podmiot wykonujący działalność leczniczą, podmiot zamierzający utworzyć podmiot wykonujący działalność lecznicza, a także podmiot zamierzający wykonywać działalność leczniczą, jak również zakłady opiekuńczo – lecznicze, hospicja i inne). Zmiana ta przyczyniła się do uniknięcia możliwych sytuacji konieczności faktycznego tworzenia podmiotu leczniczego, aby ten mógł się ubiegać o wydanie opinii w sprawie działań, które dopiero mają zostać rozpoczęte. Kluczowym z punktu widzenia użyteczności narzędzia jest też umożliwienie uzyskania fakultatywnej opinii niezależnie od wartości inwestycji

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

we wszystkich przypadkach (dotychczas o opinię niezależnie od wartości inwestycji można było się ubiegać wyłącznie na potrzeby starania się przez wnioskodawcę o środki europejskie). Opinia o celowości inwestycji nadal będzie wydawana dla inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przy czym wniosek o wydanie opinii dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w objętych wnioskiem dziedzinach medycyny, Zdefiniowano „inną inwestycję” poprzez wskazanie na czym konkretnie mają polegać inwestycje, które mogą być objęte opiniowaniem – przez zastosowanie dynamicznego odesłania do definicji zawartych w ustawie z dnia 7 lutego 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2017 r. poz. 1332, ze zm.). Zatem przez inną inwestycję rozumie się roboty budowlane w rozumieniu (…) ustawy (…) Prawo budowlane lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji. Zmiana ta ma na celu uniknięcie wątpliwości interpretacyjnych. Doprecyzowano, że zmiana adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub połączenie, podział albo przekształcenie spółek, w rozumieniu ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych, stanowiące podstawę zmiany wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, nie stanowi inwestycji, o której mowa w ust. 1, jeżeli jej głównym celem nie była budowa, przebudowa, rozbudowa obiektu lub wyposażenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą i nie wpływa na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

- ✓ **Udoskonalenie systemów finansowania, kwalifikowania, taryfikacji, kontraktowania, wykonywania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej** – zadanie realizowane m.in. poprzez zmiany organizacyjne po stronie płatnika (NFZ), opracowanie map potrzeb zdrowotnych służących kontraktowaniu świadczeń, projekty pozakonkursowe NFZ w ramach PO WER dotyczące organizacji opieki koordynowanej oraz POZ+.
- ✓ **Wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, wczesna diagnostyka na poziomie POZ, zapewnienie ciągłości i kompleksowości świadczeń** – zadanie realizowane poprzez szkolenia podnoszące kompetencje lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych, jak również poprzez tworzenie platform współpracy podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzami specjalistami i szpitalami; realizowane w ramach tego zadania programy są obecnie w trakcie realizacji i nie można póki co, określić ich efektywności, jednak z pewnością podejmowane działania prowadzą do realizacji celu. Obecnie realizowany jest także projekt POZ+, tzn. model poszerzonej podstawowej opieki zdrowotnej (ogłoszenie Prezesa NFZ o preselekcji świadczeniodawców do realizacji programu z dnia 26.06.2017), ponieważ projekt ten jest w trakcie realizacji nie można odnieść się do jego rezultatów.
- ✓ **Wypracowanie i przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów działania służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia** – zadanie to realizowane jest w ramach opracowania wspólnych międzysektorowych (pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i opieka szpitalną) platform informatycznych, służących wymianie informacji medycznej, dokumentacji medycznej i obiegu dokumentów, projekt koordynowanej

opieki zdrowotnej (Organizacji Opieki Koordynowanej – OOK). Programy w tym konkursie są obecnie na etapie opracowywania i realizowania, rezultaty ich działań będzie można ocenić dopiero po ich zakończeniu.

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

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

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

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

- ✓ **Wdrożenie procesu mapowania potrzeb na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej** – cel realizowany poprzez tworzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych.

  Jednocześnie w chwili przygotowywania raportu końcowego (połowa 2018 roku) zaktualizowano mapy onkologiczne i kardiologiczne, mapy zabezpieczenia szpitalnego, a także mapy opracowane dla 30 grup chorób (wszystkie mapy opracowane dla Polski i dodatkowo dla każdego z województw). Ponadto zaktualizowano mapę w zakresie potrzeb ratownictwa medycznego. Z punktu widzenia istotności dokumentów należy uznać, że jakkolwiek są one oparte o dane zastane (bardziej lub mniej historyczne), a źródło pochodzenia danych – materiał statystyczny przekazywany przez podmioty lecznicze i instytucje lokalne – nie jest rzetelny[77], to jednak w oparciu o posiadane dane źródłowe trudno byłoby spodziewać się innych map. Podkreślali to również przedstawiciele MZ:

  Rozumiem dyskusję o aktualności mapy – dane pochodzące sprzed roku, półtora. W rzeczywistości do zastosowań, dla których mapy stworzono, nie stanowi to jednak problemu. W prezentacji wskazywałem na konieczność wyjścia poza dane z NFZ. Związane są z nimi liczne ograniczenia, gdyż dane raportowane są tam do celów rozliczeniowych. Są to jednak elementy ograniczeń analizy i nie było możliwości do tej pory, co było zawsze powtarzane przez Ministerstwo, żeby zrobić to inaczej. Mogliśmy wykorzystać dane NFZ…. Albo mogliśmy powiedzieć, że nie mamy żadnych danych, bo te są niedokładne, tamte są niedokładne. (respondent IDI).

  Mapy zostały przygotowane w oparciu o analizę danych dostępnych w systemie. Lepszych nie ma. Oczywiście można dyskutować na temat kwestii rejestrów medycznych, które wymagają na pewno poprawy. Końcowa ocena w raporcie NIK jest pozytywna, przy wskazaniu elementów wymagających poprawy. Elementy te zostały uwypuklone w prasie i ogólnym przekazie. Natomiast trzeba uzmysłowić sobie różnicę w sytuacji, w której byliśmy, a w której jesteśmy… nastąpiła znacząca poprawa jeżeli chodzi o analityczne wsparcie ministra, regionów i wszystkich uczestników systemu. (respondent IDI)

  Niemniej warto dostrzec przywołane w raporcie NIK mankamenty, eliminując pojawiające się błędy, dążąc do poprawy jakości informacji statystycznej źródłowej, a także wpływając na wykorzystywanie samych map jako narzędzia kreowania lokalnej polityki zdrowotnej. Podobne opinie w zakresie map potrzeb zdrowotnych dominowały także wśród przedstawicieli regionów:

[77] Krytykę map potrzeb w tym zakresie przeprowadziła Najwyższa Izba Kontroli w raporcie pokontrolnym KZD.430.008.2017 „Informacja o wynikach kontroli. Tworzenie map potrzeb zdrowotnych”, NIK, 27.02.2018 r.

Natomiast jeżeli chodzi jeszcze wracając do tych map bez żadnych tutaj związków i jakieś obrony departamentu mówię obiektywnie, że uważam, że to jest jakiś krok do przodu (…) Natomiast nikt się nie myli kto chyba nic nie robi i nie możemy tego, że tak powiem krytykować (respondent FGI)

Podsumowując przeprowadzona analiza wykorzystania potrzeb zdrowotnych, a także głos ekspertów uczestniczących w panelu ekspertów dowodzą, że pomimo krytycznej oceny Najwyższej Izby Kontroli, mapy potrzeb w obecnym kształcie spełniły swoje zadanie jako narzędzia stanowiącego podstawę prac nad planowaniem świadczeń medycznych w Polsce. Krytyka NIK skupiła się wokół zarzutów jakoby mapy potrzeb nie były oparte o rzetelne dane (wyłącznie historyczne, statystyczne pochodzące od świadczeniodawców oraz od płatnika), dodatkowo dane zaburzone modyfikacją systemu rozliczania usług medycznych. Eksperci potwierdzili te zarzuty, zwrócili ponadto uwagę, że mapy de facto stanowią „mapy nierówności w wykonanych świadczeniach zdrowotnych”, nie opierają się o przewidywania dotyczące stanu zdrowotności środowisk lokalnych, nie wybiegają w przyszłość w kontekście rzeczywistych potrzeb ludzi. Jednak w ocenie map potrzeb zdrowotnych trzeba stwierdzić, że zostały one wykonane na podstawie rzetelnej oceny posiadanych danych statystycznych, udowodniono rozbieżność pomiędzy istniejącymi bazami danych (np. rejestrów nowotworów w porównaniu z danymi NFZ i GUS), co spowodowało podjęcie prac nad doprecyzowaniem rejestrów. System został równocześnie skupiony na rozwijaniu rejestrów medycznych, które (niezależnie od systemu płatnika, będącego zawsze źródłem o ograniczonej wiarygodności, ze względu na stosowane systemy optymalizacji rozliczeń i kodowanie usług medycznych) powinny być same z siebie źródłem danych do opracowania kolejnych map. Eksperci uznali z pewnością, że funkcjonujące obecnie mapy powinny być podstawą dla dalszych prac, tym razem zmierzających do ustalenia w badaniach populacyjnych faktycznych potrzeb, w których badania ex-post stanowić będą tylko wyjściowe źródło danych. Zdaniem ekspertów problem w wiarygodności opracowanych obecnie map potrzeb zdrowotnych wynikał także z istniejącej presji czasu, braku czasu na uzgodnienia pomiędzy płatnikiem, decydentami, ośrodkami eksperckimi i środowiskiem naukowym. W kolejnych pracach należy zapewnić większą przejrzystość procedur, zapewniając im znacznie dłuższy czas na konsultacje i uzgodnienia.

- ✓ **Rozwój i modernizacja zasobów infrastrukturalnych ochrony zdrowia, zgodnie z identyfikowanymi potrzebami kraju i regionów** – zadanie realizowane poprzez inwestycje infrastrukturalne w system ratownictwa medycznego (medycyna ratunkowa), m.in. SOR-y, lądowiska dla helikopterów, podnoszenie kompetencji ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych w systemie PRM.
- ✓ **Zwiększenie liczby pracujących w systemie ochrony zdrowia profesjonalistów medycznych** – zadanie realizowane w ramach programów adresowanych do uczelni kształcących pielęgniarki i położne, jak również w kontekście umożliwienia realizowania programów specjalizacyjnych przez lekarzy oraz projektu tworzenia centrów symulacji medycznych na uczelniach kształcących w zawodach medycznych (projekt podzielony na dwa konkursy: adresowany do uczelni medycznych oraz adresowany do uczelni kształcących pielęgniarki i położne (w tym niepubliczne).

Realizowane w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego analizy, skłaniają również ewaluatora do sformułowania rekomendacji w zakresie uzyskania przez Policy Paper statusu

strategii zintegrowanej, co oznaczałoby wprowadzenie zmian w systemie zarządzania rozwojem kraju[78].

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

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

W ramach Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju kwestie związane bezpośrednio ze zdrowiem nie są ujęte w jednym obszarze czy celu, mimo iż wśród oczekiwanych efektów SOR wymienia się „zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej, poprawiającej zdrowotność obywateli”. Działania dotyczące zdrowia rozproszone są po różnych częściach dokumentu, co utrudnia jednoznaczne sformułowanie celów w tym zakresie.

[78] Taką potrzebę potwierdziły również wyniki warsztatu.

CEL/OBSZAR	ZAPISY DOTYCZĄCE ZDROWIA	REALIZACJA ZAPISÓW PRZEZ PD
Cel szczegółowy I – Trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną		
Reindustrializacja	Określenie priorytetów oraz celów państwowej polityki lekowej i wyrobów medycznych, wzmocnienie roli i sukcesywnego rozwoju potencjału sektora farmaceutycznego oraz przemysłu wyrobów medycznych w Polsce.	Brak tego typu działań w PD
	Projekt flagowy *Telemedycyna*	Działania związane z telemedycyną realizowane są w ramach Priorytetu 2c
	Projekt flagowy *Centrum Rozwoju Biotechnologii*	Nie jest realizowane w ramach PD
	Projekt *Polskie wyroby medyczne*	Na projekt może wpływać dążenie do implementacji rozwiązań innowacyjnych (PO WER 5.2)
Cel szczegółowy II – Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony		
Spójność społeczna	Wskazuje się na problem niepłodności oraz plan wdrożenia „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce”.	Szereg działań może przyczynić się do redukcji problemu niepłodności i poprawy zdrowia prokreacyjnego (PO IiŚ, PO WER). Zrealizowano konkurs w ramach PO WER i projekty pozakonkursowe w ramach PO IiŚ.
	Wskazuje się na nierówny dostęp do usług zdrowotnych i konieczność deinstytucjonalizacji	Szereg działań w ramach PI 9iv. Działania dotyczące deinstytucjonalizacji wykonywane są w ramach PO WER (m. in. DDOM) oraz RPO województw: lubelskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, śląskiego, świętokrzyskiego.
	Wskazuje się na problem starzenia się społeczeństwa, konieczność realizacji programów aktywizacyjnych i profilaktycznych	Na ww. problem odpowiada szereg działań związanych z wdrażaniem PI 8vi.
Rozwój zrównoważony terytorialnie	Wskazuje się na nierówny dostęp do usług zdrowotnych	Jak w przypadku obszaru „Spójność społeczna”
Cel szczegółowy III – Skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu		
Prawo w służbie obywatelom i gospodarce	Brak zapisów nt. zdrowia	Brak tego typu działań w PD
Instytucje prorozwojowe i strategiczne zarządzanie rozwojem	Przeprowadzenie zmian i dostosowań w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym reformy instytucjonalne (m.in. likwidacja NFZ, przekształcenie wojewódzkich oddziałów NFZ w wojewódzkie urzędy zdrowia zależne od Ministra Zdrowia, utworzenie państwowego funduszu celowego na finansowanie świadczeń zdrowotnych, nowy sposób kontraktowania świadczeń gwarantowanych, nowa podstawowa opieka zdrowotna – zespoły POZ, powołanie Urzędu Zdrowia Publicznego, stworzenie sieci szpitali).	W ramach PD podjęta tylko kwestia sieci szpitali
E-państwo	SOR w tej części nie zawiera wprost zapisów dot. zdrowia, mimo iż e-zdrowie jest istotnym elementem e-państwa; zapisy takie są ujęte raczej	Szereg działań w zakresie priorytetu 2c

CEL/OBSZAR	ZAPISY DOTYCZĄCE ZDROWIA	REALIZACJA ZAPISÓW PRZEZ PD
	w części pt. Kapitał ludzki i społeczny	
Finanse publiczne	Brak zapisów nt. zdrowia	Brak tego typu działań w PD
Efektywność wykorzystania środków UE	Brak zapisów nt. zdrowia	Brak tego typu działań w PD
Obszary wpływające na osiągnięcie celów Strategii		
Kapitał ludzki i społeczny	Jest to obszar w SOR, w którym najwięcej miejsca poświęcono sytuacji zdrowotnej	n/d
	Wskazano na problem złego stanu zdrowia Polaków ogółem i niskiego poziomu jakości opieki zdrowotnej, co wiąże się z niskim jej dofinansowaniem (działania: poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, poprawa jakości świadczeń medycznych	Wszystkie działania PD odnoszą się bezpośrednio lub pośrednio do tych problemów
	Wskazano na problem niskiej świadomości zdrowotnej I wykrywalności chorób	Szereg działań diagnostycznych i profilaktycznych (zwłaszcza PI 8vi)
	Wskazano na niski poziom cyfryzacji w medycynie (działanie: rozwój e-zdrowia)	Szereg działań w zakresie priorytetu 2c
	Wskazano na konieczność poprawy systemu kształcenia kadr medycznych	Odpowiadają na tę kwestię działania PO WER
	Programy dotyczące badań i rozwoju, innowacyjnych wyrobów medycznych itp.	Brak działań w PD
	Ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej	Brak działań w PD
	Rozwój turystyki zdrowotnej	Brak działań w PD
Cyfryzacja	Brak zapisów nt. zdrowia	n/d
Transport	Brak zapisów nt. zdrowia	n/d
Energia	Brak zapisów nt. zdrowia	n/d
Środowisko	Zapisy jedynie pośrednie	n/d

Źródło: opracowanie własne na podstawie Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju

Podsumowując, w ramach analizy zidentyfikowano kilka obszarów SOR związanych ze zdrowiem, które nie są realizowane przez PD. Przede wszystkim w PD brakuje koordynacji działań stricte medycznych z tematyką związanej z badaniami i rozwojem na rzecz zdrowia, w tym z przemysłem farmaceutycznym. Kilkanaście projektów z tego zakresu realizowanych jest w ramach PO IR (np. „Opracowanie serii innowacyjnych leków oftalmologicznych niezawierających konserwantów w nowoczesnych opakowaniach wielodawkowych”), jednak nie są one koordynowane z projektami w ramach PD.

Brak ujętych w PD działań związanych z turystyką medyczną oraz kwestiami migracyjnymi obejmującymi medyczne rynki pracy, na co zwracał uwagę jeden z respondentów wywiadu:

Przewijał się temat na przykład turystyki zdrowotnej. (...) No nie mamy takiego wsparcia teraz - być może w nowej perspektywie... Jeszcze trzeba by to z rynkiem pracy powiązać. No, ale rozumiem, że gdzieś tam związek jakiś jest. Kwestia też kształcenia lekarzy z zagranicy, tak, żeby u nas zdobywali kwalifikacje i żeby pracowali u nas w związku z tą luką pokoleniową, i brakiem kadr medycznych. To też, gdzieś tam w Powerze, będzie możliwe pewnie jeszcze po przeglądzie śródokresowym i w nowej perspektywie.

W obecnej perspektywie programowania turystyka jest wspierana w mniejszym stopniu (jedynie pośrednio, np.: w działaniach dotyczących przedsiębiorczości (wspieranie tworzenia produktów turystycznych), w działaniach dotyczących ochrony środowiska (np. szlaki turystyczne) oraz dotyczących rewitalizacji). Należy rozważyć ujęcie działań dotyczących turystyki zdrowotnej w PD.

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

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

Istnieje, co prawda procedura konkursowa przeznaczona dla szpitali, które w sieci się nie znajdą, jednak jest to zaledwie 7% budżetu NFZ na lecznictwo szpitalne i wobec tego środków tych nie może wystarczyć dla prawidłowego i niezakłóconego realizowania dotychczasowej działalności, na której opierały się m.in. analiza ryzyka dokumentacji konkursowej, wniosek konkursowy i wreszcie zawarta umowa projektowa. Sieć szpitali nie brała pod uwagę tego, czy jednostka realizuje czy nie realizuje projekty w ramach środków europejskich, a więc istnieje konieczność przeanalizowania ryzyka dotyczącego nowej rzeczywistości organizacyjno-finansowej w kontekście jej wpływu na realizacje Planów Działań. Badania prowadzone przez ekspertów z dziedziny ekonomiki zdrowia[79] wskazują, że na etapie oceny projektów konkursowych w projektach PO WER, PO IiŚ, jak również w projektach pozakonkursowych finansowanych ze środków regionalnych programów operacyjnych nie brano dotychczas pod uwagę możliwości nie udzielania przez szpital usług medycznych w ramach umowy z publicznym płatnikiem w przypadku, gdy ten deklarował posiadanie aktualnej umowy z NFZ. Ta nowa okoliczność powinna być podstawą dla rozważenia wpływu ryzyka finansowego w kontekście sieci szpitali na możliwość realizowania już kontynuowanych projektów.

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

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

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

W związku z powyższym ewaluator na I etapie badania rekomendował zlecenie przez Ministerstwo Rozwoju (w ramach zamówienia publicznego) analizy/ekspertyzy w zakresie zagadnienia związanego z możliwością wypadnięcia szpitali przewidzianych do realizacji jakiegoś programu z sieci szpitali. W celu zachowania zasady transparentności przedstawienie wyników tej analizy powinno nastąpić w trakcie posiedzenia Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Informacje z analizy/ekspertyzy będą szczególnie istotne dla Ministerstwa Rozwoju w kontekście wydatkowania środków unijnych w PO WER oraz PO IiŚ. Dane dla potencjalnego wykonawcy przedmiotowej analizy/ekspertyzy powinien przygotować NFZ[80], co byłoby gwarancją ich wiarygodności i rzetelności.

Podsumowując istnienie ryzyka dotyczącego funkcjonowania sieci szpitali jako czynnika wpływającego na destabilizację systemu świadczenia usług medycznych, eksperci w trakcie panelu, zwrócili uwagę, że jest zbyt wcześnie na rzetelną ocenę tego zjawiska. Wobec tego, że obecnie system sieci szpitali od niedawna funkcjonuje, nie istnieją żadne wiarygodne i wieloośrodkowe dane porównawcze, pozwalające stwierdzić czy problem rzeczywiście funkcjonuje. Istnieje potrzeba, aby w perspektywie około roku od wprowadzenia sieci przeprowadzić analizę dotyczącą kolejek oczekujących, alokację środków na oddziały szpitale i jednoimienne poradnie AOS, przesunięcia finansowe pomiędzy zakresami świadczeń zdrowotnych, jak również zmiany na mapie szpitali – zarówno publicznych

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

jak i prywatnych. Istnieje przypuszczenie, że sieć szpitali nie spowodowała dotychczas zagrożenia dla systemu opieki zdrowotnej, chociaż nie można wykluczyć, że nie spowodowała zagrożeń jednostkowych w poszczególnych podmiotach leczniczych. Eksperci zwracają uwagę na jeden element systemu, który wiąże się z systemem sieci, a już obecnie widać jego istotny wpływ na kształt systemu – nocną i świąteczną pomoc medyczną. Te świadczenia zostały z chwilą opublikowania rozporządzenia o szpitalach wchodzących do sieci przypisane tylko szpitalom. W wielu miejscach personel świadczący opiekę nocną i świąteczną został przeniesiony do szpitala, ale niestety z okresem zatrudnienia od początku roku kalendarzowego 2018. Ponieważ szpitale, aby wypłacić zatrudnionym pielęgniarkom podwyższone wynagrodzenie z puli, o której mowa w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (tzw. „zembalówka”) musiały wykazać te pielęgniarki do końca września poprzedniego roku, a nie zrobiły tego z oczywistych względów, do końca roku kalendarzowego muszą pokrywać podwyższone wynagrodzenie (zgodnie z przyjętymi u siebie układami zbiorowymi i zarządzeniami dyrektorów) z własnych środków. Problem jest znany Ministerstwu Zdrowia – eksperci dysponują pismami szpitali w tej sprawie – jednak nie znaleziono na ten problem żadnego prawnego rozwiązania. Z tego punktu widzenia sieć szpitali, wskutek niedoprecyzowania przepisów i niedoszacowania kosztów, wykazała nieprawidłowe funkcjonowanie.

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

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

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

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

W jej wyniku, powinny zostać przygotowane wytyczne w tym zakresie przez KS, co pozwoliłoby uporządkować cały proces oraz sprawić, że nie będzie on aż tak pracochłonny. Dodatkowo, powstanie takich wytycznych stanowiłoby czytelny i jednoznaczny sygnał dla regionów dotyczący usystematyzowania procesu uzgadniania i modyfikacji PD. Rozwiązaniem, które częściowo rozwiązuje ten problem jest zmiana w Regulaminie Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia wprowadzona Uchwałą Komitetu Sterującego Nr 25/2018/O z dnia 28 maja 2018 roku.

W przeprowadzonym badaniu nie zidentyfikowano **wpływu w procesie uzgadniania PD jednej z instytucji odpowiedzialnej za realizację programów – Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, odpowiedzialnego za realizację projektów w obszarze podnoszenia szkolnictwa wyższego.** W ramach tego zadania zawarto umowy o dofinansowanie projektów także wpływających na rozwijanie kompetencji kadry medyczne (np. umowa z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu o dofinansowanie projektu pn. „Podniesienie kompetencji studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i zwiększenie konkurencyjności absolwentów na rynku pracy”, który dotyczy zarówno studentów ostatnich lat studiów licencjackich, jak również magisterskich, czyli aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, dietetyków). Wydaje się istotne, aby instytucja ta mogła uczestniczyć w pracach Komitetu Sterującego, tym bardziej z punktu widzenia efektu synergii wskaźników kontekstowych wpływających na realizację wspólnej polityki kadrowej w ochronie zdrowia.

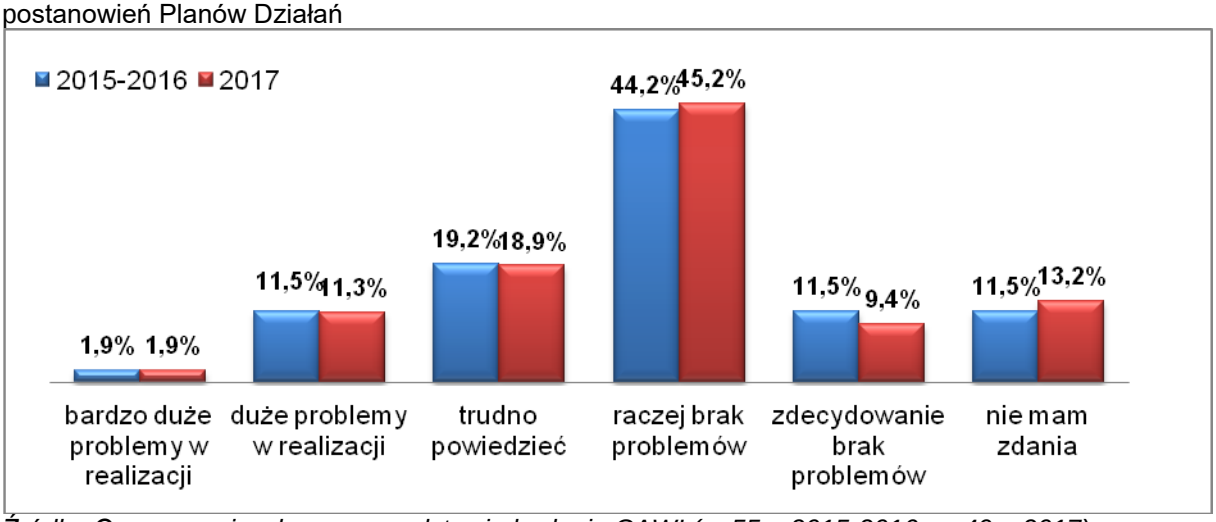
Ponadto, aby PD mogły być bardziej skuteczne muszą być lepiej dopasowane do rzeczywistości, a więc zaleca się rozszerzenie grona interesariuszy o podmioty, mające wpływ na politykę kadrową w zawodach medycznych, czyli np. samorządy zawodowe lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, organizacje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

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

Zdecydowana większość ankietowanych Członków Komitetu Sterującego nie dostrzegała poważniejszych problemów związanych z realizowaniem Planów Działań w latach 2015-

2016. Trudności dostrzega jedynie nieco ponad 14,5% respondentów. Również w przypadku PD za 2017 wyniki prezentują się niemal identycznie. Potwierdza to powyższy wykres.

Wykres 8. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie problemów związanych z realizowaniem postanowień Planów Działań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

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

Proces komunikacji oceniany jest przez ankietowanych Członków Komitetu Sterującego bardzo poprawnie. Najlepiej oceniania jest proces komunikacji z pracownikami sekretariatu Komitetu Sterującego oraz Kierownictwem Komitetu Sterującego[81], a więc przedstawicielami instytucji, która zajmuje centralne miejsce w systemie uzgadniania Planów Działań. Najwięcej negatywnych deklaracji wskazano w przypadku komunikacji z Ministerstwem Rozwoju i Inwestycji (14%), NFZ (14%) oraz Komitetami Monitorującymi RPO (10%). Szczegółowe zestawienie oceny poszczególnych instytucji w kontekście trudności komunikacyjnych prezentuje poniższa tabela.

Tabela 3. Ocena procesu komunikacji z poszczególnymi instytucjami/gremiami w systemie uzgadniania Planów Działań.

Instytucja/gremium	Brak trudności w komunikacji	Pojawiały się trudności w komunikacji*	Nie mam zdania/nie współpracowałem
Pracownicy Sekretariatu Komitetu Sterującego	84%	6%	12%
Kierownictwo Komitetu Sterującego	50%	6%	44%
Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju	48%	14%	32%
Komitety Monitorujące RPO	42%	10%	40%
NFZ	30%	14%	56%

[81] W skład Kierownictwa Komitetu Sterującego wchodzą przewodniczący oraz zastępca przewodniczącego. Według stanu na lipiec 2018 roku są to przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia: Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (przewodniczący) oraz Naczelnik, Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (zastępca przewodniczącego).

Ministerstwo Zdrowia - IP PO WER	28%	2%	70%
Ministerstwo Zdrowia - IP PO IiS	26%	0%	72%
CSIOZ	24%	0%	70%
Stali obserwatorzy	20%	4%	76%
Ministerstwo Cyfryzacji	16%	0%	84%
Komitet Monitorujący PO WER	14%	0%	86%
Komitet Monitorujący PO IiŚ	12%	0%	88%

Źródło: Opracowanie własne

*Suma odpowiedzi – (i) pojawiało się dużo trudności oraz (ii) czasami pojawiały się trudności. Poszczególne wiersze nie sumują się do 100% ponieważ w ramach każdej odpowiedzi nie wskazywano trudności w komunikacji z instytucją, której jest się reprezentantem [odpowiedź wskazywana wówczas przez respondenta – nie dotyczy (jestem członkiem/pracownikiem wymienionej instytucji) nie została uwzględniona w tabeli].

W przeprowadzonych badaniach jakościowych (m.in. w ramach warsztatu) oraz wywiadów IDI z opiekunami stwierdzono, że jednym ze zgłaszanych problemów w uzgadnianiu zapisów PD jest z jednej strony chęć uzgadniania wszystkich poprawek i korekt w przesłanych planach, a także dokonywania uzgodnień w ramach jednolitych PD przez przedstawicieli regionów w Warszawie, co wymusza konieczność udziału tych przedstawicieli osobiście. Dzieje się tak ze szkodą dla codziennych czynności zawodowych i wymusza angażowanie przedstawicieli do 2-3 godzinnego spotkania. Z drugiej strony zwrócono uwagę, że przyjmowanie zmian w PD w trybie obiegowym (korespondencyjnym) obniża rangę samych PD. Tak więc przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym zmiany o charakterze kluczowym będą przedyskutowywane na posiedzeniach stałych, z udziałem przedstawicieli regionów, a zmiany formalne (literowe, językowe) będą przyjmowane obiegowo. Problem został zidentyfikowany i zdaniem respondentów rozwiązany, nie będzie stanowił wobec tego przedmiotu rekomendacji. Niemniej musi być tu wskazany jako kluczowy element przeprowadzonego badania. Jako realną barierę (trudność) w realizacji przyjętych postanowień PD może być ich nieracjonalność z powodu braku odpowiedniej kadry lub możliwości realizacji. Projekty przewidziane do realizacji w ramach PD rzadko umożliwiają pełne finansowanie zaangażowania specjalisty (np. etatu lekarza, technika, pielęgniarki), co powoduje, że projekty te pomimo dokonania zakupów inwestycyjnych nie realizują swoich celów.[82]

W procesie komunikacji, pomiędzy interesariuszami tworzącymi PD zidentyfikowano barierę jaką jest konieczność dojazdów do Warszawy w celu spotkania. W toku badań stwierdzono, że realizacja samorządowych programów polityki zdrowotnych, finansowanych jedynie ze środków samorządowych odznacza się niską skutecznością (m.in. ze względu na liczne wady systemowe), co może oznaczać, że w toku realizacji PD w realizacji podobnych działań współfinansowanych ze środków unijnych mogą pojawić się podobne problemy[83].

[82] Braki w zakresie specjalistów były sygnalizowane w czasie posiedzenia KS w dniu 19 września 2017 roku w kontekście dyskusji nad Dziennymi Domami Opieki Medycznej. W jej trakcie przedstawiciel UMWP wskazywał na braki lekarzy geriatrów. W tym kontekście apelowano, aby „(…) *z uwagi na brak lekarzy geriatrów uwzględnić w Standardzie również lekarzy internistów przynajmniej w okresie początkowym tworzenia DDOM, kiedy to MZ podejmuje działania mające na celu zwiększenie liczby geriatrów” (patrz: Protokół z XIV posiedzenia Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia).*

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

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

Jako kluczową barierę zgłaszaną przez respondentów w przeprowadzonym badaniu należy wskazać krótki czas na konsultacje, który wynosi 2 dni[84], co zdaniem respondentów badania jest zbyt krótkim czasem na rzetelne zapoznanie się z materiałami. Potwierdza to poniższa wypowiedź:

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

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

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

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

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

W ramach II etapu badania nadal rekomenduje się dodatkową analizę przez Sekretariat KS w zakresie terminów konsultacji m.in. z NFZ i instytucjami, które mogą wypowiedzieć się w sprawach dotyczących finansowania, organizacji lub kadr w regionach, w których projekty mają być realizowane. Dodatkowo, w celu usprawnienia komunikacji na linii NFZ-KS **proponujemy, aby oddziały NFZ w regionach miały dostęp do Bazy Wiedzy o Funduszach Europejskich (analogiczny jak w przypadku członków KS)[85].**

W trakcie badania (w szczególności przedstawiciele regionów) wskazywali, że przed posiedzeniami Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, z częścią materiałów zapoznają się dopiero w trakcie ich trwania. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku XVIII KS. Potwierdza to wypowiedź respondenta:

(…) *Ja tak dlatego, że dzwoniłam chyba dwa dni temu o jakiekolwiek materiały. Które będą dzisiaj na tym Komitecie* [XVIII KS – przyp. Wykonawca]. *Natomiast no to czy te prezentację czy ten załącznik no to nie było. Podobno wczoraj po południu się pojawił*
(respondent FGI)

Jest to czas zdecydowanie niewystarczający na rzetelne zapoznanie się z przedstawionymi wówczas przez MZ, po raz pierwszy materiałami m.in. w sprawie istotnych zmian wzoru planów działań w sektorze zdrowia, które omawiano w trakcie XVIII KS. Postulowane jest w związku z tym bardziej restrykcyjne dotrzymywanie terminów określonych w art. 3 Posiedzenia Komitetu Sterującego (Regulamin Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia) w zakresie przekazywania dokumentów będących przedmiotem obrad KS.

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

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

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

[85] Zasadność takiej rekomendacji potwierdzono w ramach warsztatu.

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

Ważnym elementem, w ocenie ewaluatora, jest także wysoki stopień transparentności, aktualności oraz dostępności do materiałów na portalu Baza Wiedzy o Funduszach Europejskich (dla uczestników Komitetu Sterującego) oraz wszystkich zainteresowanych na stronie internetowej http://zdrowie.gov.pl. Zalety takiego podejścia dla bieżącej pracy przedstawicieli KS, podkreślał m.in. jeden z respondentów IDI:

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

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

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

Trzeba też stwierdzić, że przedstawione do oceny wnioski stanowią tylko dane deklarowane przez wnioskodawców na etapie oceny projektu. Eksperci nie dysponują natomiast żadnymi danymi na temat faktycznego zrealizowania przez tych wnioskodawców ich projektów, nie można więc odnieść się do tego jaka jest rzeczywista skuteczność projektów na podstawie założonych wskaźników jak również wskaźników proponowanych przez samych wnioskodawców. Na podstawie wiedzy eksperckiej wynikającej z tego, że jeden

z ekspertów niniejszego opracowania jest także ekspertem oceniającym wnioski unijne, należy stwierdzić, że wartości wskaźników deklarowanych we wnioskach różni się często od wartości wskaźników sprawozdawanych na zakończenie projektu. Różnice te są zarówno wartościami większymi niż deklarowane (co może oznaczać lepszą skuteczność niż zakładana) lub niższymi (co może oznaczać niższą skuteczność niż zakładana). W większości wypadków jednak okazuje się, że problem leży po stronie jakości tych wskaźników (głównie proponowanych przez wnioskodawców) i faktycznych trudnościach w ich osiągnięciu. Niemniej niezależnie od tego, uwagi zawarte w niniejszym podpunkcie odnoszą się do wartości deklarowanych, a nie rzeczywistych, a więc w obecnym stanie dokumentacji przedstawionej do badania, nie można ocenić skuteczności projektów aktualnie realizowanych.

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

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

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

Do głównych obszarów ryzyka w skutecznej realizacji PD w latach 2015-2017 wskazanych przez respondentów w badaniach jakościowych (ITI/TDI, FGI, IDI) jak również przez interesariuszy należą:

- ✓ **Ryzyko w zakresie decyzyjności** – brak możliwości właściwego uzgodnienia założeń dla PD, w szczególności w kontekście planowanych w interwencji obszarów, jednostek lub grup wnioskodawców, jak również brak możliwości odbywania

niezakłóconych spotkań roboczych (niewdrożone mechanizmy komunikacji telekonferencyjnej).

- ✓ **Ryzyko prawno – organizacyjne systemu** – realizowanie określonego programu w obszarze interwencji przez podmiot, który nie został uwzględniony w sieci szpitali i z tego powodu nie może uczestniczyć w realizowaniu świadczeń ze środków publicznych, lub też: podmiot z powodu zmian organizacyjno-prawnych utracił prawo do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. prywatne podmioty ratownictwa medycznego), przez co nie może uzyskać zakładanych wartości wskaźników.
- ✓ **Ryzyko niedostatecznego wpływu samorządu**[86] – zgłaszane przez środowiska samorządowe, wskazujące na to, że pomimo dużego zaangażowania samorządów lokalnych w tworzenie PD, ich głos nie jest decydujący w podejmowaniu decyzji o charakterze strategicznym. Uwagi takie dotyczą zarówno konfliktu pomiędzy samorządem wojewódzkim, a powiatowym (dla samorządu powiatowego istnienie szpitala może być kluczowe, mimo że dla wojewódzkiego nie jest to tak jednoznaczne, może dochodzić w tym miejscu do konfliktu interesów). Z drugiej strony zgodnie z uwagami instytucji centralnych (MZ, MR) głos samorządów musi pozostać doradczy, a niedecydujący.
- ✓ **Ryzyko braku kadry (niezaistnienia warunków wymaganych do realizacji programu)** – na etapie oceny projektów przez ekspertów czy nawet wcześniej, na etapie tworzenia PD i założeń konkursowych, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy projekt może być realizowany z wykorzystaniem wymaganej kadry. Zostawia się to decyzyjności wnioskodawców, którzy często deklarują, że pozyskają do współpracy niezbędnych wykonawców (w tym lekarzy, pielęgniarek). W toku pracy projektowej okazuje się to niemożliwe, wnioskodawca występuje z wnioskiem o modyfikację założeń lub w ostateczności deklaruje odstąpienie od realizacji projektu. Aby przeciwdziałać temu ryzyku należy przed rozpoczęciem projektu, najlepiej na etapie tworzenia PD, a najdalej na etapie oceny formalnej, upewnić się czy deklarowana do projektu kadra może być rzeczywiście wykorzystana, czy jest dostępna.
- ✓ **Ryzyko finansowe** – na etapie tworzenia PD zakłada się przekazanie na realizację projektu określonych środków, przy założeniu ich pełnego wykorzystania przez wnioskodawców w ogłoszonych konkursach. W rzeczywistości stawki prezentowane przez wnioskodawców w projektach – jakkolwiek spełniają zasadę racjonalnej wyceny – to jednak w praktyce okazują się zawyżone. W przypadku zobowiązania wykonawców do prowadzenia postępowań konkurencyjnych okazuje się, że wykorzystanie środków (pomimo prawidłowej realizacji projektu) jest znacznie

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

niższe niż zakładane. Tym samym wartości przewidziane w PD nie zostają skonsumowane.

- ✓ **Ryzyko dotyczące rynku pracy i wynagrodzeń w ochronie zdrowia** – w II etapie badania bardzo ważnym w systemie ochrony zdrowia stały się negocjacje wybranych grup zawodowych z Ministrem Zdrowia w zakresie zwiększenia wynagrodzeń, w tym w szczególności pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych. W obu tych grupach zawodowych doszło do porozumienia w kwestiach wynagrodzenia, czego rezultatem są zmiany legislacyjne, m.in. rozporządzenia i ustawa zmieniające podstawowe wynagrodzenie w sektorze opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia realizacji projektów przewidzianych w PD w latach 2015 – 2017, kontynuowanych w dłuższej perspektywie, wymaga to od zarządzających zupełnego przebudowania modelu finansowego projektu, bez zmian w finansowaniu samego projektu. Z punktu widzenia ryzyka jest ono podejmowane i finansowane ze środków samego podmiotu leczniczego, co powoduje poważne niebezpieczeństwo w zachwianiu sytuacji ekonomicznej podmiotów leczniczych realizujących projekty. Zmiany w poziomie finansowania i wynagradzania grup zawodowych prowadzących negocjacje z Ministrem Zdrowia prowadzą w dalszej konsekwencji do konieczności wyrównania wynagrodzeń innym pracownikom podmiotów leczniczych, a także zwiększenia pochodnych od wynagrodzeń zasadniczych, co już nie jest przedmiotem porozumień[87].
- ✓ **Ryzyko migracyjne** – w badaniach zidentyfikowano duży wpływ migracji zawodowej pracowników medycznych i absolwentów uczelni medycznych do innych regionów lub innych krajów, co powoduje ograniczenie w planowaniu zasobów osobowych do realizacji określonych działań w sektorze zdrowia. Nie opracowano dla całości kraju żadnych rozwiązań wspierających młodą kadrę medyczną (lekarzy, pielęgniarki, położne, ratowników medycznych), kadrę menedżerską w sektorze opieki zdrowotnej (badania dowodzą niedostatku kompetentnych menedżerów opieki zdrowotnej, zastępowanie ich osobami przypadkowo zaangażowanymi do prowadzenia podmiotów leczniczych), nie istnieje długoterminowa polityka inwestycji w kadry medyczne na etapie podyplomowym. Istniejące działania zmierzające do zwiększania limitów przyjęć na uczelnie medyczne wydaje się słuszna, ale jej konsekwencje będzie można ocenić po upływie wielu lat, konfrontując je m.in. z poziomem emigracji zarobkowej[88].

[87] Kubalski G., „Nieodpowiedzialne porozumienie”, Dziennik Warto Wiedzieć, 22.07.2018; Prus K., „Lekarze i pielęgniarki chcą podwyżek. Dyrektor wyliczył ile by to kosztowało”, Dziennik Wschodni, 10.01.2018; Stanowisko Polskiej Federacji Szpitali w sprawie podwyżek dla pielęgniarek, Polska Federacja Szpitali, 09.2017; Stanowisko Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej w sprawie indywidualnych porozumień Ministra Zdrowia z wybranymi grupami zawodowymi, dotyczącymi wynagrodzeń, STOMOZ, 06.2018; Stanowisko Prezydium OPZZ z dnia 11.07.2018 w sprawie złamania dialogu społecznego.

[88] Raport „Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa i położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu”, badanie na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, 14 - 20.05.2018, Wrocław (publikacja elektroniczna); Małas Z., „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w opiekę pielęgniarską i położniczą w związku z migracjami personelu i zmianą systemu emerytalnego”, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, 9.01.2018; Kurowska A., „To mit, że wyjeżdżają młodzi. Starsi lekarze też decydują się na emigrację”, Gazeta Prawna, 11.01.2016; Łada A., Seges Frelak J., „Wykwalifikowani migranci w zawodach medycznych w Polsce i w Niemczech - wniosku z badań i rekomendacje”, Analizy i opinie, Nr 149 (2017), badanie w ramach projektu „Wykwalifikowani migranci w Polsce i w Niemczech” realizowanego we współpracy Instytutu Spraw

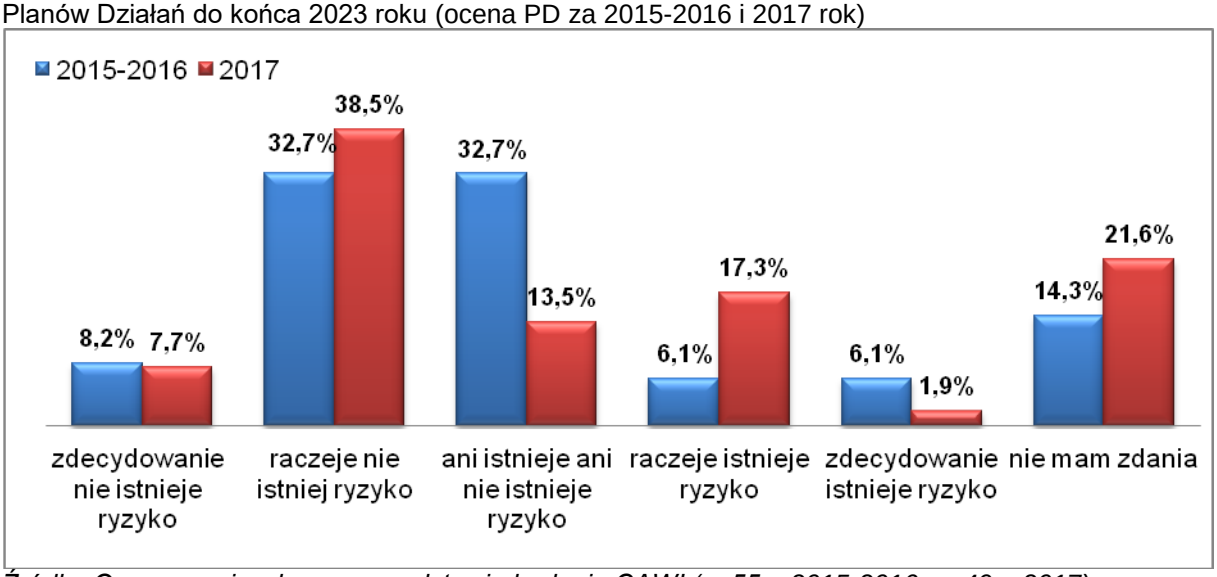
Spośród zidentyfikowanych obszarów ryzyk, w przeprowadzonej analizie, ewaluator jako te o najwyższym stopniu wskazuje ryzyko w zakresie decyzyjności, prawno-organizacyjne, a także to związane z brakiem kadry. W kontekście braku kadry podjęto m.in. działania polegające na zdefiniowaniu niezbędnych specjalistów w mapach potrzeb, ale wobec niedostatku lekarzy, pielęgniarek, położnych na rynku pracy, deklaracje te są często trudne do spełnienia. Ponadto, zdaniem ekspertów uczestniczących w panelu dostrzega się problem braku kadr chętnych do udziału w projektach podnoszących kompetencje zawodowe. Zjawisko to obserwuje się zarówno wśród pielęgniarek (położnych) jak i wśród lekarzy (lekarzy dentystów). Przyczynę takiego stanu rzeczy upatruje się w dwóch okolicznościach. Pierwszym z nich jest generalny brak wystarczającej kadry medycznej w Polsce i duże obciążenie pracą obecnie pracujących (co przekłada się na brak czasu na podnoszenie kwalifikacji i kompetencji, potrzebę łączenia etatów wobec niskich zarobków, brak perspektywy poprawy swojego statusu zawodowego po ukończeniu szkolenia). Drugą przyczyną jest brak zachęt do podejmowania pracy w zawodach medycznych wobec obcokrajowców, w szczególności pochodzących z Europy Wschodniej (Ukraina, Białoruś) oraz ograniczenia prawne dla uznawania wykształcenia średniego. Zawarte z Białorusią i Ukrainą porozumienia międzynarodowe dotyczą wyłącznie potwierdzania kwalifikacji (tzw. nostryfikacji) dyplomów zawodowych lekarzy i pielęgniarek, którzy ukończyli studia wyższe (w pielęgniarstwie dyplom „bakaławra”). Brak jest jakichkolwiek procedur uznawania wykształcenia średniego pielęgniarek i położnych (dyplom „młodszego asystenta”), a więc niemożliwe jest zatrudnianie w Polsce pielęgniarek ukraińskich z wykształceniem średnim. Zarówno w przypadku lekarzy jak i pielęgniarek ukraińskich, dodatkową barierą w uznawaniu wykształcenia jest często potrzeba uzupełnienia szkolenia praktycznego. Zdaniem ekspertów brak jest systemowych zachęt dla samorządów lokalnych i wsparcia działań samorządowych do zatrudniania lekarzy (zarówno Polaków jak i obcokrajowców) w małych ośrodkach gminnych i powiatowych, na wzór polityki stosowanej w Niemczech, gdzie Rząd Federalny przekazuje landom i gminom dodatkowe środki na finansowanie zwiększonych wynagrodzeń lub z przeznaczeniem na cele mieszkaniowe. Wobec tego obserwuje się znaczącą dysproporcję pomiędzy ośrodkami wielkomiejskimi i gminnymi w zakresie zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek (Raport Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego). Eksperci zwracają także uwagę na przyczynę znacznych opóźnień w realizacji projektów w ramach RPO (dla wielu regionów wskaźniki realizacji projektów zostały zidentyfikowane na poziomie „0”). Uznaje się, że w wielu województwach brak jest kompetentnych kadr, które mogłyby takie projekty tworzyć, a następnie sprawnie realizować. Potwierdza się teza, zgodnie z którą w województwach zatrudnia się bardzo małe zespoły ds. projektów europejskich, odpowiedzialne za szeroki obszar zadań, nie oferując atrakcyjnego wynagrodzenia, a także obarczając winą za ewentualne błędy i porażki. Takie nastawienie – zdaniem ekspertów – nie prowadzi do poprawy jakości projektów regionalnych, jak również nie niesie z sobą przyspieszenia prac nad projektami realizowanymi w województwach. Z punktu widzenia ochrony zdrowia, eksperci stwierdzają brak kompetentnych kadr znających specyfikę zdrowia w realizacji projektów, jak również dostrzegają brak angażowania ekspertów do prac konsultacyjnych czy doradczych z tego zakresu (z wyjątkiem oceny projektowej, co wynika z innych procedur).

W I części badania wśród respondentów badania CAWI – członków Komitetu Sterującego nie jest jednak dostrzegane jako poważne ryzyko związane z nie osiągnięciem istotnych celów

Publicznych z Fundacją im. Friedricha Eberta, przy wsparciu finansowym Fundacji Współpracy Polsko – Niemieckiejhttp://www.isp.org.pl/uploads/analyses/2082342909.pdf.

Planów Działań do końca 2023 roku. Opinię dotyczącą jego wystąpienia dostrzega mniej niż 13,5% ankietowanych.

Wykres 9. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie ryzyka nieosiągnięcia istotnych celów Planów Działań do końca 2023 roku (ocena PD za 2015-2016 i 2017 rok)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

W przypadku oceny Planów Działań za 2017 rok, takie ryzyko dostrzega już jednak 19,2% ankietowanych członków Komitetu Sterującego (o niemal 6 p.p. więcej niż w I części badania).

Wśród wskaźników, które mogą zostać nieosiągnięte najczęściej wskazywane są:

- ✓ wskaźniki RPO (7 wskazań przez respondentów),
- ✓ wskaźniki kontekstowe (2 wskazania respondentów),
- ✓ wskaźniki POWER (1 wskazanie przez respondentów).

W ocenie losowo wybranych beneficjentów z naborów konkursowych ogłoszonych w latach 2015-2016 (na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS) w ramach priorytetów inwestycyjnych dedykowanych wsparciu w obszarze zdrowia, 72% z nich deklaruje, ze wskaźniki projektów osiągane są zgodnie z planem. Problemy sygnalizuje co piąty ankietowany (badanie CATI). Jednocześnie ryzyko nieosiągnięcia wskaźników zadeklarowało około 18% ankietowanych beneficjentów, natomiast nieco ponad 60% nie widziało zagrożenia w nieosiągnięciu wskaźników realizacji projektu. Wśród wskaźników o podwyższonym poziomie ryzyka najczęściej wskazywano te związane z partycypacją pacjentów, ale również personelu medycznego (np. pielęgniarek). Potwierdza to wypowiedź respondenta w czasie wywiadu FGI:

> *No mówię najgorzej to jest znaleźć beneficjentów którzy chcieli by realizować programy i z nimi rozmawiać. Bo tak naprawdę co z tego, że do departamentu zdrowia on wysyła do naszych jednostek. Robimy spotkania dla beneficjentów, że są fundusze do wykorzystania żeby przychodzić i jaki obszar …nie ma chętnych.* (respondent FGI).

Jako szczególną trudność w realizacji projektu beneficjenci wskazywali przede wszystkim procedury przetargowe. Wśród propozycji formułowanych przez ankietowanych członków Komitetu Sterującego dotyczących poprawy sytuacji w tym zakresie wskazywane są następujące działania:

- ✓ szersza akcja informacyjna i promocyjna w zakresie organizowanych konkursów skierowana do potencjalnych wnioskodawców (zwłaszcza w sytuacji braku zainteresowania podmiotów konkursami),
- ✓ bieżące reagowanie na sygnały od beneficjentów,
- ✓ przyspieszenie ogłaszania konkursów, które są opóźnione ze względu na długotrwałą procedurę biurokratyczną (w szczególności uzyskanie pozytywnej opinii AOTMiT).

Cześć respondentów wskazuje, że opóźnienia wynikają z samych założeń funkcjonowania Komitetu Sterującego, wydłużającego procedurę konkursową o dodatkowe etapy:

Znaczy pod kątem celów mechanizm Komitetu sterującego wydłuża proces wdrażania funduszy unijnych, bo jest to kilka etapów do wykonania zanim będzie możliwe rozpoczęcie konkursu, czyli mamy tutaj aspekt opóźnienia czasowego.
(respondent ITI)

Ważnym elementem są także opóźnienia wynikające z przedłużających się prac nad mapami potrzeb zdrowotnych, których ocena (także MZ[89] oraz generalnie przedstawicieli regionów) pomimo uwag z raportu NIK pod innymi względami wypada pozytywnie:

Wpływ map potrzeb na wdrażanie konkursów. Raport NIK-u ani słowem o tym nie wspominał kilkuletnie opóźnienia w konkursach spowodowane czekaniem na mapy potrzeb, to jest bardzo istotne (respondent ITI)

Na ryzyko braku osiągnięcia wskaźników – nie tylko w obszarze zdrowia (w szczególności przez regiony w ramach RPO) zawracali również szczególną uwagę przedstawiciele MIiR.

W zakresie ryzyk dotyczących rynku pracy i wynagrodzeń wydaje się, że interesariusze nie dostrzegają zagrożeń wynikających z konsekwencji braku systemowych rozwiązań dotyczących wynagradzania wszystkich pracowników ochrony zdrowia (pomimo wejścia w życie *ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*). W uzgodnieniach z poszczególnymi grupami pracowników nie bierze się pod uwagę opinii środowiska zarządzających podmiotami leczniczymi, szczególnie w zakresie źródeł pochodzenia środków dodatkowych, np. na świadczenia wyrównawcze dla osób wykonujących takie same zadania w systemie lub też na pochodne od zwiększonych wynagrodzeń zasadniczych.

W zakresie ryzyka migracyjnego interesariusze wydają się być go świadomi, jednak podejmowane działania na szczeblu lokalnym i krajowym (m.in. w kontekście zmiany procedur nostryfikacji dyplomów lekarzy i pielęgniarek z krajów poza Unią Europejską) są niewystarczające.

[89] W czasie XVII KS przedstawiciel MZ podkreślił, że projekt PO WER dotyczący mapowania potrzeb zdrowotnych, realizowany od 2014 r., został wyróżniony przez European Institute of Public Administration w Maastricht prestiżowym certyfikatem Best Practice European Public Sector Award 2017 (EPSA) (patrz: https://www.gov.pl/zdrowie/mapy-potrzeb-zdrowotnych-baza-analiz-systemowych-i-wdrozeniowych).

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

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

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

- ✓ *Sprawozdanie z realizacji procesu koordynacji EFSI w sektorze zdrowia w 2015 roku*,
- ✓ *Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2016 roku*,
- ✓ *Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2017 roku*.

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

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

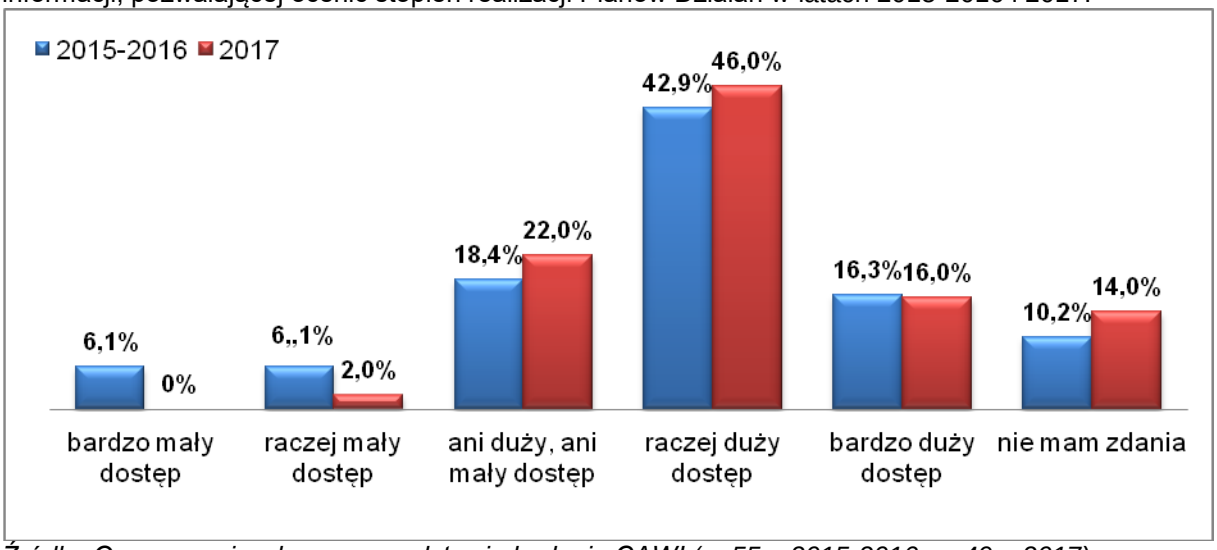
W związku z powyższym rekomendowane, jest wprowadzenie bardziej sformalizowanej (od obecnie funkcjonującej) i rozszerzonej sprawozdawczości koordynowanej przez KS Ponadto, istotnym elementem, zwiększającym przede wszystkim kompetencje analityczne Sekretariatu KS, jest zapewnienie dostępu opiekunom do systemu SL[90], co umożliwi samodzielne przygotowywanie raportów dostosowanych do indywidualnych potrzeb analitycznych. Konieczne jest także bardziej pogłębiona analiza porównawcza zwłaszcza w ujęciu regionalnym (z wykorzystaniem benchmarkingu).

Jednocześnie należy podkreślić, że bardzo wysoko oceniany jest przez respondentów – Członków KS, dostęp do rzetelnej i wystarczającej informacji pozwalającej ocenić stopień realizacji Planów Działań w latach 2015-2016. Negatywne opinie w tym zakresie wyrażało tylko nieco ponad 13% respondentów. W przypadku opinii ankietowanych członków Komitetu

[90] Potwierdziły to również wyniki warsztatu.

Sterującego oceniających PD za 2017 rok, w zakresie dostępu KS do rzetelnej i wystarczającej informacji pozwalającej ocenić stopień realizacji PD, są one jeszcze bardziej pozytywne (62% respondentów). Negatywne oceny w tym zakresie wskazało jedynie 2% ankietowanych. Porównanie danych, za lata 2015-2016 rok oraz 2017 rok, prezentuje poniższy wykres.

Wykres 10. Opinie członków Komitetu Sterującego w zakresie dostępu do rzetelnej i wystarczającej informacji, pozwalającej ocenić stopień realizacji Planów Działań w latach 2015-2016 i 2017.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania CAWI (n=55 – 2015-2016; n=49 – 2017)

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

W ramach rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

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

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

W ramach I i II części badania dokonano analizy spójności w jej dwóch aspektach: **spójności wewnętrznej, jak i zewnętrznej Planów Działania**. W ramach badania kryterium spójności rozumiane jest jako ocena poziomu wzajemnego uzupełniania się – komplementarności zapisów PD oraz ich niepowielania się w stosunku do działań finansowanych z budżetu państwa, w szczególności tych wskazanych w załączniku nr 1 do PD oraz – w możliwym zakresie – do siebie nawzajem.

Jest to więc spójność wewnętrzna, rozumiana jako spójność między poszczególnymi Planami Działania jeśli chodzi o ich treść, a także jako właściwa konstrukcja samego narzędzia. Dodatkowo przeanalizowano także spójność zewnętrzną – rozumiana jest ona jako spójność z dokumentami strategicznymi (Umowa Partnerstwa, Policy Paper i inne).

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

Tabela 4. Spójność zapisów poszczególnych PD

Plan działania	Spójność wewnętrzna (w obrębie regionu/programu - z działaniami finansowanymi z innych środków, zwłaszcza budżetu państwa)	Spójność wewnętrzna (pomiędzy działaniami danego programu)	Spójność zewnętrzna (RPO <-> PO WER i PO IiŚ)
PO IiŚ Oś IX - 2015	nie dotyczy, brak wskazanych projektów w zał. 1	Jednoznaczne linie demarkacyjne występują między poszczególnymi konkursami	Tu może wystąpić problem komplementarności - realizacja tych samych działań lub podobnych działań w ramach RPO i w ramach PO IiŚ (jeśli chodzi o pokrywające się zakresy działań - dot. infrastruktury szpitali ponadregionalnych i współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych
PO IiŚ Oś IX - 2016	Wskazano 148 zakończonych przedsięwzięć z PO IiŚ z poprzedniego okresu programowania, które co do założenia mają być komplementarne z nowo wybranymi projektami	Jednoznaczne linie demarkacyjne występują między poszczególnymi konkursami/naborami pozakonkursowymi (terytorium, zakres)	Tu może wystąpić problem komplementarności - realizacja tych samych działań lub podobnych działań w ramach RPO i w ramach PO IiŚ (jeśli chodzi o pokrywające się zakresy działań - dot. infrastruktury szpitali ponadregionalnych i współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych
PO IiŚ Oś IX - 2017	Wskazano 297 zakończonych przedsięwzięć z PO IiŚ z poprzedniego okresu programowania, które co do założenia mają być komplementarne z nowo wybranymi projektami	Jednoznaczne linie demarkacyjne występują między poszczególnymi konkursami/naborami pozakonkursowymi (terytorium, zakres)	Tu może wystąpić problem komplementarności - realizacja tych samych działań lub podobnych działań w ramach RPO i w ramach PO IiŚ (jeśli chodzi o pokrywające się zakresy działań - dot. infrastruktury szpitali ponadregionalnych i współpracujących z nimi jednostek diagnostycznych
PO WER - 2015	Występuje pełna komplementarność z działaniami z PO KL w formie kontynuacji działań	Projekty komplementarne ze sobą i niepowielające się	Nie istnieje niebezpieczeństwo powielania się - działania realizowane są w ramach innych narzędzi Policy Paper w PO WER i w pozostałych programach. Są w pełni ze sobą komplementarne
PO WER - 2016	Występuje pełna komplementarność z działaniami z PO KL w formie kontynuacji działań	Projekty komplementarne ze sobą i niepowielające się	Projekty profilaktyczne: komplementarność polega na różnym podejściu (w PO WER - projekty pilotażowe i testujące)
PO WER - 2017	Nie wskazano projektów spoza EFSI, co może budzić wątpliwości - nie jest możliwa ocena, czy działania są komplementarne wobec innych, niefinansowanych z EFSI	Projekty komplementarne ze sobą i niepowielające się	Jw.

Plan działania	Spójność wewnętrzna (w obrębie regionu/programu - z działaniami finansowanymi z innych środków, zwłaszcza budżetu państwa)	Spójność wewnętrzna (pomiędzy działaniami danego programu)	Spójność zewnętrzna (RPO <-> PO WER i PO IiŚ)
RPO Dolnośląskie 2015	Ogłoszone konkursy w zakresie e-zdrowia stanowią rozwinięcie działań finansowanych z poprzedniego RPO - brak zastrzeżeń	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą (konkurs 1 niezbędny dla konkursu 2) i z konkursem dot. profilaktyki	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Dolnośląskie 2016	Ogłoszone konkursy w zakresie e-zdrowia stanowią rozwinięcie działań finansowanych z poprzedniego RPO - brak zastrzeżeń	Konkursy w obszarze infrastruktury komplementarne między sobą (konkurs 1 niezbędny dla konkursu 2)	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Dolnośląskie 2017	Pełna spójność - różne zakresy	nie dotyczy - działania dotyczą jednego priorytetu, dwa konkursy zróżnicowane geograficznie	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Kujawsko-Pomorskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów poza EFSI	Projekty z Włocławka i z Torunia o podobnym zakresie, ale komplementarne geograficznie.	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Kujawsko-Pomorskie 2016	Nie występuje problem powielania się.	Działania są spójne, nie powielają się.	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Kujawsko-Pomorskie 2017	Nie występuje problem powielania się.	Działania są spójne, nie powielają się.	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Lubelskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów poza EFSI	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Lubelskie 2016	Zakres projektów w ramach PI8 i projektów spoza EFSI częściowo pokrywa się (diagnostyka raka szyjki macicy), jednakże były to projekty punktowe lub kończone w 2015 r.	jedynie projekty dot. profilaktyki	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Lubelskie 2017	Trudno jednoznacznie stwierdzić, na czym polega komplementarność - zakładamy, że polega ona na wpasowywaniu się projektów w ogół projektów zdrowotnych realizowanych na terenie województwa	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Lubuskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów poza EFSI	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Lubuskie 2016	Zakres projektów w ramach PI8 i projektów spoza EFSI częściowo pokrywa się (diagnostyka raka szyjki macicy), jednakże były to projekty punktowe lub kończone przed 2016 r.	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Lubuskie 2017	Trudno jednoznacznie stwierdzić, na czym polega komplementarność - zakładamy, że polega ona na wpasowywaniu się projektów w ogół projektów zdrowotnych	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna

Plan działania	Spójność wewnętrzna (w obrębie regionu/programu - z działaniami finansowanymi z innych środków, zwłaszcza budżetu państwa)	Spójność wewnętrzna (pomiędzy działaniami danego programu)	Spójność zewnętrzna (RPO <-> PO WER i PO IiŚ)
	realizowanych na terenie województwa		
RPO Łódzkie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów z RPO	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów z RPO
RPO Łódzkie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Łódzkie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2016 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Małopolskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów spoza EFSI	nie dotyczy - brak projektów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Małopolskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	wszystkie projekty pozakonkursowe dotyczą Krakowa, dokładniejsza analiza - po ich zgłoszeniu	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Małopolskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2017 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Mazowieckie 2015	Realizuje się wiele projektów i programów związanych z obszarem e-zdrowia. Istnieje niebezpieczeństwo niezachowania komplementarności	Realizuje się wiele projektów i programów związanych z obszarem e-zdrowia. Istnieje niebezpieczeństwo niezachowania komplementarności	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Mazowieckie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Mazowieckie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2016 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Opolskie 2015	Wskazany w załączniku 1 projekt ma charakter punktowy i był realizowany jedynie w 2014 r., więc nie ma zagrożenia dla spójności	Nie dotyczy - tylko jeden zgłoszony konkurs z RPO	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Opolskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Opolskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Podkarpackie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów (choć wskazana jest, prawdopodobnie omyłkowo, alokacja na 2015 r.)	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Podkarpackie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna

Plan działania	Spójność wewnętrzna (w obrębie regionu/programu - z działaniami finansowanymi z innych środków, zwłaszcza budżetu państwa)	Spójność wewnętrzna (pomiędzy działaniami danego programu)	Spójność zewnętrzna (RPO <-> PO WER i PO IiŚ)
RPO Podkarpackie 2017	Projekty dotyczą innych kwestii niż projekt wskazany w planie; brak jednak pokrywania się	Występuje komplementarność między dwoma zgłoszonymi projektami	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Podlaskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów
RPO Podlaskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy. Co więcej, ogłoszono konkurs, który ma być komplementarny wobec drugiego (z EFS)	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Podlaskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy. Co więcej, ogłoszono konkurs, który ma być komplementarny wobec drugiego (z EFS)	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Pomorskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Pomorskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Pomorskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Śląskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów
RPO Śląskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Śląskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Świętokrzyskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów z EFSI	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Świętokrzyskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Świętokrzyskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2015 r. W niektórych przypadkach komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Warmińsko-Mazurskie 2015	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów i konkursów	nie dotyczy - brak zgłoszonych projektów
RPO Warmińsko-Mazurskie	Wskazano projekty realizowane do 2016 r., w większości punktowe. W przypadku projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub	Występuje pełna spójność zewnętrzna

Plan działania	Spójność wewnętrzna (w obrębie regionu/programu - z działaniami finansowanymi z innych środków, zwłaszcza budżetu państwa)	Spójność wewnętrzna (pomiędzy działaniami danego programu)	Spójność zewnętrzna (RPO <-> PO WER i PO IiŚ)
2016	profilaktycznych komplementarność polega na kontynuacji projektów	obszary geograficzne	
RPO Warmińsko-Mazurskie 2017	Wskazano projekty realizowane do 2016 r., w większości punktowe. W przypadku projektów profilaktycznych komplementarność polega na kontynuacji projektów	Występuje pełna komplementarność - różne zakresy lub obszary geograficzne	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Wielkopolskie 2015	Zadania z zakresu informatyzacji, jak i profilaktyki są komplementarne (nowy projekt pozakonkursowy w zakresie informatyzacji (EDM) dotyczy innych jednostek niż te, które dotąd były objęte projektami; programy profilaktyki dotyczyły innych schorzeń)	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Wielkopolskie 2016	Wskazano projekty realizowane do 2016 r. za wyjątkiem utworzenia SOR przy budowanym Wielkopolskim Centrum Zdrowia Dziecka, które jest w pełni komplementarne z projektem pozakonkursowym w ramach PI 9a.	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Wielkopolskie 2017	Wskazano 21 projektów z różnych lat, także realizowanych obecnie	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	Pełna spójność zewnętrzna; wskazano komplementarny projekt PO WER dotyczący jakości usług medycznych
RPO Zachodniopomorskie 2015	nie wskazano projektów spoza EFSI	wskazano tylko 1 projekt pozakonkursowy	wskazano tylko 1 projekt pozakonkursowy
RPO Zachodniopomorskie 2016	Projekty infrastrukturalne kończą się w 2016 r., więc komplementarność może być zapewniona na podstawie kontynuacji. Trzeci projekt komplementarny jest z infrastrukturą dot. opieki długoterminowej (proponuje alternatywne jej formy)	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	Występuje pełna spójność zewnętrzna
RPO Zachodniopomorskie 2017	Jako jedyne województwo, zachodniopomorskie wskazało przedsięwzięcia faktycznie i niewątpliwie komplementarne względem realizowanych z EFSI projektów	Konkursy w obszarze zdrowia komplementarne między sobą - dotyczą uzupełniających się obszarów	Występuje pełna spójność zewnętrzna

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

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

Należy tu podkreślić, że komplementarność najczęściej realizowana jest na najniższym poziomie – dotyczącym niepowielania się i realizacji projektów w różnych obszarach. Rzadką sytuacją jest stosowanie dodatkowych mechanizmów do zapewniania komplementarności. Przykładem dobrej praktyki jest konkurs na inwestycje komplementarne wobec projektów finansowanych z EFS (z PI 8vi), który ogłaszało województwo podlaskie w 2016 r. i 2017 r., w ramach PI 9a. Rozwiązanie polega na realizacji konkursu dedykowanego jedynie inwestycjom komplementarnym. Jako typ projektu wskazane zostały inwestycje uzupełniające interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową – wyklucza to projekty niekomplementarne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podsumowując, należy pozytywnie ocenić spójność horyzontalną analizowanych dokumentów. Zwłaszcza dotyczy to spójności z Policy Paper, gdzie poziom spójności jest najwyższy i wykazany wprost. Na poziomie zapisów analizowanych dokumentów nie

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

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

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

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

Tabela 5. Wskaźniki użyte w Planach Działań na lata 2015-2017

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości 3 - dwustronna interakcja (szt.)	37,0%	20	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości 4 - transakcja (szt.)	14,8%	8	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych w podmiotach wykonujących zadania publiczne (szt.)	18,5%	10	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba podmiotów, które udostępniły on-line informacje sektora publicznego	29,6%	16	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba zdigitalizowanych dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	9,3%	5	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba udostępnionych on-line dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba osób korzystających z usług on-line	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**nie**	**rezultat**
Odsetek obywateli korzystających z e-administracji	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**nie**	**rezultat**
Liczba pobrań/odtworzeń dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**rezultat**
Liczba wspartych podmiotów realizujących zadania publiczne przy wykorzystaniu TIK	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba podmiotów udostępniających usługi wewnątrzadministracyjne (A2A)	9,3%	5	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba udostępnionych usług wewnątrzadministracyjnych (A2A)	7,4%	4	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba uruchomionych platform cyfrowych w obszarze e-zdrowia	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba urzędów, które wdrożyły katalog rekomendacji dotyczących awansu cyfrowego	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**nie**	**produkt**
Liczba utworzonych API	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba baz danych udostępnionych on-line poprzez API	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**produkt**
Liczba pobrań/uruchomień aplikacji opartych na ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego i e-usług publicznych	42,6%	23	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**rezultat**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Pojemność zdigitalizowanej informacji sektora publicznego (obligatoryjny)	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**rezultat**
Rozmiar udostępnionych on-line informacji sektora publicznego (obligatoryjny)	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 2c. Wzmocnienie zastosowań TIK dla (…) e-zdrowia	**tak**	**rezultat**
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb regionu, w tym pracodawców	44,4%	24	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**tak**	**produkt**
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**nie**	**produkt**
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**nie**	**produkt**
Liczba programów profilaktycznych przygotowanych i gotowych do pilotażowego wdrożenia	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**nie**	**produkt**
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	55,6%	30	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**tak**	**rezultat**
Liczba osób objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania gruźlicy	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**nie**	**rezultat**
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	46,3%	25	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**tak**	**rezultat**
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	0,0%	0	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**tak**	**rezultat**
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**tak**	**rezultat**
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	51,9%	28	Priorytet Inwestycyjny 8vi. Aktywne i zdrowe starzenie się	**nie**	**rezultat**
Liczba wspartych podmiotów leczniczych	63,0%	34	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną	**tak**	**produkt**
Liczba jednostek objętych dotacją (!)	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Powierzchnia zabudowy dobudowanego obiektu 949 m^2	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego (dla regionów słabiej rozwiniętych)	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego (dla regionów lepiej rozwiniętych)	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zak. udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa med. (dla regionów słabiej rozwiniętych)	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa med. (dla regionów lepiej rozwiniętych)	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba urządzeń aparatury medycznej/sprzętu medycznego zakupionych w programie	11,1%	6	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	42,6%	23	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Nakłady inwestycyjne na budowę/modernizację infrastruktury zdrowia	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba wspartych ośrodków opieki nad osobami zależnymi	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba przebudowanych obiektów ochrony zdrowia	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną	**tak**	**produkt**
Liczba wyposażonych/doposażonych obiektów ochrony zdrowia	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	22,2%	12	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami	14,8%	8	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Liczba ulepszonych usług zdrowotnych w wyniku realizacji projektu	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**produkt**
Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi	51,9%	28	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną	**tak**	**rezultat**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**rezultat**
Liczba porad udzielonych	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem (dla regionów słabiej rozwiniętych)	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem (dla regionów lepiej rozwiniętych)	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Średni pobyt chorego w szpitalach ogólnych	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Liczba nowo utworzonych miejsc pracy – pozostałe formy	9,3%	5	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Liczba utrzymanych miejsc pracy	7,4%	4	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Wzrost zatrudnienia we wspieranych podmiotach	11,1%	6	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów wykorzystujących TIK	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**produkt**
Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Udział osób w gospodarstwach domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ludności ogółem	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba osób korzystających z zakupionej aparatury medycznej	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba osób korzystających z przebudowanego obiektu ochrony zdrowia	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**rezultat**
Potencjalna liczba specjalistycznych badań, które zostaną wykonane zakupioną aparaturą	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9a. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (…)	**tak**	**rezultat**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	38,9%	21	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**tak**	**rezultat**
Liczba osób objętych usługami zdrowotnymi w programie	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w programie (C0005)	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**tak**	**rezultat**
Liczba osób, u których po opuszczeniu programu zostały zdiagnozowane i/lub ograniczone problemy zdrowotne	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu	35,2%	19	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**tak**	**produkt**
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu, zdobywających kwalifikacje, pracujących	11,1%	6	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**tak**	**produkt**
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba dzieci objętych usługami zdrowotnymi	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba dzieci objętych programami zdrowotnymi	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych wsparciem w programie	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych programem zarządzania bezpieczeństwem opieki w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły program zarządzania bezpieczeństwem opieki w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, objętych programem restrukturyzacyjnym w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły program restrukturyzacyjny w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, objętych wsparciem w programie	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba modeli opieki koordynowanej przygotowanych do pilotażowego wdrożenia	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba konferencji poświęconych możliwości implementacji rozwiązań zagranicznych dotyczących opieki koordynowanej do warunków polskich	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba opisów/opracowań najlepszych rozwiązań dedykowanych opiece koordynowanej na przykładzie wybranych krajów Europy i świata	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, utworzonych w ramach programu	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba opracowanych analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**produkt**
Liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia niezbędnych dla prawidłowego procesu mapowania potrzeb zdrowotnych	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 9iv. Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług (…) opieki zdrowotnej	**nie**	**rezultat**
Liczba programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Liczba wdrożonych programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**rezultat**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
Liczba wprowadzonych rozwiązań systemowych w formie aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń)	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły model współpracy z uczelnią kształcącą pielęgniarki i położne	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**rezultat**
Odsetek uczelni, które wdrożyły znowelizowane standardy kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej zwiększające kompetencje zawodowe	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba opracowanych projektów rozwiązań prawnych (ustaw, rozporządzeń)	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Liczba rocznych analiz w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte pilotażem dotyczącym standaryzacji opieki pielęgniarskiej i położniczej	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Analiza rynku usług pielęgniarskich	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Analiza liczby studentów oraz potrzeb/oczekiwań absolwentów wraz z rekomendacjami	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Platforma internetowa- Akademia Pielęgniarki i Położnej	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Analiza jakości kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Model współpracy między uczelniami kształcącymi pielęgniarki i położne a podmiotami leczniczymi	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Liczba przeprowadzonych audytów na uczelniach kształcących na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo w zakresie kształcenia z wykorzystaniem technik symulacji	3,7%	2	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**

Wskaźnik	Odsetek planów	Liczba planów	Priorytet	Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych	Typ wskaźnika
medycznej					
Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programu	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**produkt**
Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 10ii. Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 10iii. Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie (…)	**nie**	**produkt**
Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w programie uzyskały kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 10iii. Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie (…)	**nie**	**rezultat**
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	5,6%	3	Priorytet Inwestycyjny 10iii. Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie (…)	**nie**	**produkt**
Liczba lekarzy, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	1,9%	1	Priorytet Inwestycyjny 10iii. Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie (…)	**nie**	**rezultat**

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

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

- ✓ *Liczba urządzeń aparatury medycznej/sprzętu medycznego zakupionych w programie* (RPO Kujawsko-Pomorskie, Mazowieckie, Pomorskie) – wskaźnik może odnosić się do sprzętu bardzo różnego rodzaju (np. może zostać wypełniony przez zakup bardzo dużej liczby drobnego sprzętu), wątpliwości budzi, czy sztuka jako jednostka miary jest właściwa;

- ✓ *Liczba osób korzystających z zakupionej aparatury medycznej* (RPO Kujawsko-Pomorskie) – dubluje się ze wskaźnikiem z WLWK: *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*.

W kilku przypadkach widać niespójność w wypełnianiu części dotyczącej wskaźników, np. Wskaźniki ze Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych powtarzane są potem w dalszej części planu jako wskaźniki produktu lub rezultatu, a czasami są tam wskazane jedynie wskaźniki specyficzne. **Rozwiązaniem mogłoby być dodanie kolumny dodatkowej wskazującej czy dany wskaźnik pochodzi z WLWK, czy też jest wskaźnikiem specyficznym.**

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

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

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

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

Wskazują też, że raczej nie ma obaw, co do możliwości osiągnięcia wartości docelowych wskaźników. W ramach warsztatu także nie pojawiły się żadne wątpliwości dotyczące wskaźników. Zasadniczo uwag do wskaźników nie mieli też respondenci ITI z IZ – ich zdaniem wskaźniki są obiektywne i klarowne, jednak jeden z badanych postulował bardziej elastyczne podejście do wskaźników dotyczących programów rehabilitacyjnych:

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

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

W przypadku Umowy Partnerstwa, jak już wskazywano powyżej, spójność zapewnia obecność w każdym PD wskaźników z WLWK. Z kolei Policy Paper do części narzędzi przypisuje odpowiednie wskaźniki PO WER i PO IiŚ. Jeśli chodzi natomiast o RPO, Policy

Paper nie wskazuje jednoznacznego zestawu wskaźników (stosuje zapis „Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w RPO”. W związku z tym **należałoby się zastanowić nad stworzeniem matrycy umożliwiającej mierzenie osiągnięcia celów Policy Paper – np. poprzez najczęściej powtarzające się w Planach wskaźniki** (przykład zestawu wskaźników – w tabeli 6) **i przypisanie ich do narzędzi Policy Paper.**

Tabela 6. Propozycje wskaźników

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

Źródło: Opracowanie własne

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

Jeżeli chodzi o stopień osiągnięcia wskaźników, dokonano analizy sprawozdań z RPO realizacji programów w obszarze zdrowia. W sprawozdaniach monitorowano łącznie 32 wskaźniki. Pełne dane na ten temat wskazuje załącznik nr 3. Dla części wskaźników sprawozdania prezentują także osiągnięcie prognozowane na zakończenie realizacji programu.

Analiza osiągnięcia wskaźników w 2017 r. dowodzi, że zostały one osiągnięte w bardzo małym stopniu, w zdecydowanej większości nieprzekraczającym 10%. Duża część wskaźników nie została osiągnięta w ogóle. Wyjątkiem jest wskaźnik nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej, osiągnięty w 43,2%.

Natomiast osiągnięcie prognozowane w przypadku większości wskaźników przekracza wartość docelową, choć w niektórych przykładach zależy to od pewnej dowolności w mierzeniu wskaźników (np. „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, o czym w dalszej części raportu).

Respondenci badania ilościowego wskazują, że raczej nie ma obaw co do możliwości osiągnięcia wartości docelowych wskaźników. W ramach panelu ekspertów wskazano, że opóźnienia w realizacji wskaźników nie są jednoznaczne z obawami o ich nieosiągnięcie.

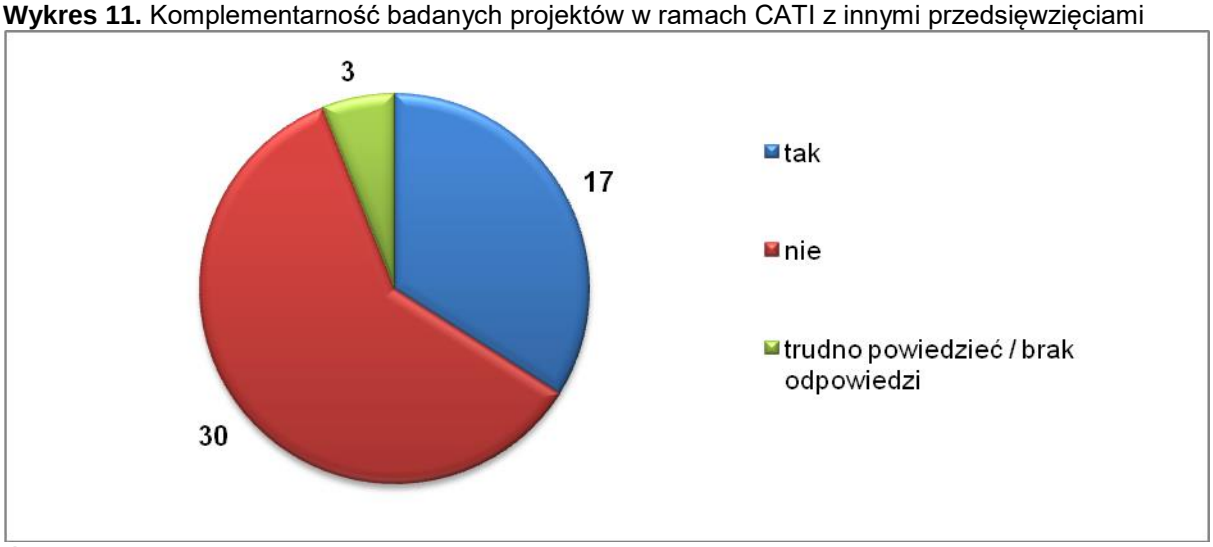
Każdy z badanych wskaźników oceniono pod względem poprawności metodologicznej, przejrzystości, obiektywności i mierzalności. Zwłaszcza wskaźniki z WLWK zarówno w przypadku EFS, jak i EFRR zostały dokładnie zdefiniowane. Jednak analiza danych ze sprawozdań wskazuje, że występują między IZ istotne różnice co do interpretacji wskaźników:

- ✓ wskaźnik „Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne” interpretowany jest przez niektóre IZ (np. IZ RPO Woj. Lubelskiego, Dolnośląskiego czy Kujawsko-Pomorskiego) jako odsetek, a przez inne (np. IZ RPO Woj. Małopolskiego czy Lubuskiego) jako liczba całkowita mimo iż definicja wskaźnika wyraźnie mówi o liczbie, „osoba” jest wskazana jako jednostka miary, a definicja głosi: „Wskaźnik mierzy liczbę osób, które dzięki działaniom finansowanym z EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne”;
- ✓ wskaźnik „Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu” interpretowany jest przez niektóre IZ (np. IZ RPO Woj. Lubelskiego i Łódzkiego) jako odsetek, a przez inne (np. IZ RPO Woj. Małopolskiego) jako liczba całkowita;
- ✓ przy mierzeniu wskaźnika „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi” w niektórych IZ przy zliczaniu wartości z projektów każda osoba liczona jest jeden raz, a w innych – wielokrotnie, co prowadzi np. do tego, że w ramach RPO Województwa Małopolskiego wartość docelowa wskaźnika na 2023 r. wynosi 3 300 000 osób, a wartość osiągnięta w 2017 r. wynosi 212 442 650 osób, czyli dużo więcej niż wynosi liczba ludności nie tylko woj. małopolskiego, ale i całej Polski. Rekomendujemy, by wskaźnik mierzony był dla unikatowej liczby osób.

Aby w sposób efektywny monitorować wartości ww. wskaźników, konieczne jest ujednolicenie sposobów ich mierzenia pomiędzy różnymi IZ.

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

Wykres 11. Komplementarność badanych projektów w ramach CATI z innymi przedsięwzięciami



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

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

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

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

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

Tabela 7. Cele Policy Paper a kryteria wyboru

Cel operacyjny Policy Paper	Przykłady kryteriów
Cel A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.	RPO, PO IiŚ – kryteria dotyczące zakresu wsparcia, np. RPO Lubuskie: „Zakres wsparcia. Projekt dotyczy: a) realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi (projekt nr 1), albo b) projekt dotyczy realizacji programu profilaktyki raka jelita grubego (projekt nr 2)”
Cel B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.	kryteria dotyczące zakresu działań, w tym premiujące, np. w RPO Warmińsko-Mazurskim kryterium „Opieka nad matka i dzieckiem” (premiujące): W ramach kryterium weryfikowane

	będzie, czy w ramach projektów w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, projekty realizowane są w oddziałach neonatologicznych zlokalizowanych w podmiotach wysokospecjalistycznych.
Cel C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.	kryteria związane z organizacją i technologią, przykład: RPO Dolnośląskie: wsparcie działań konsolidacyjnych i innych form współpracy podmiotów leczniczych (kryterium premiujące)
Cel D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.	kryteria PO WER

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Planów Działania

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

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

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

Cele projektów również wpisują się w zapisach PD, ponieważ dotyczą konkretnych operacji realizowanych w ramach działań i poddziałań, których typy projektów są ustalone. Uszczegółowienia zawarte w PD znajdują odzwierciedlenie w kryteriach wyboru projektów i podlegają ocenie KOP. Dotyczą one na przykład wskazania konkretnych map potrzeb zdrowotnych lub zgodności z politykami dotyczącymi danego sektora ochrony zdrowia (np. onkologia, kardiologia itp.) W praktyce nie zaobserwowano, aby cele wskazane w projektach były sprzeczne z Planami Działania w zakresie celów, które realizują. Zaimplementowany system wyboru projektów posiada skuteczne narzędzia eliminacji projektów, które nie są spójne z celami danego poddziałania – narzędziami tymi są systemy kryteriów formalnych i merytorycznych.

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

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

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

W ramach rozdziału Wykonawca udzielił odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. *Jakie są najważniejsze problemy w realizacji postanowień PD w sektorze zdrowia i jak im przeciwdziałać? Jakie są najważniejsze problemy w procesie uzgadniania PD? Jakie zmiany w tym procesie należy wprowadzić? (Raport Metodologiczny pyt. nr 6)*
2. *Jakie dobre praktyki w zakresie opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich użyteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia? (Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*
3. *Jaka jest jakość (użyteczność) projektów wybranych na podstawie zapisów PD/zapisów kryteriów wyboru projektów rekomendowanych w PD i ich wpływ na realizację zapisów strategii ogólnokrajowych, w tym m.in. poprawę dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (np. na podstawie analizy kluczowych wskaźników kontekstowych)? (Raport Metodologiczny pyt. nr 9)*
4. *Jaka jest użyteczność kryteriów zaproponowanych w PD dla instytucji zarządzających programów operacyjnych wdrażających projekty w obszarze zdrowia? Jakiego rodzaju kryteria się nie sprawdzają w praktyce i dlaczego? (Raport Metodologiczny pyt. nr 10)*
5. *Jakie są kluczowe obszary ryzyka pod kątem użyteczności realizacji PD? Czy poszczególni interesariusze PD mają świadomość elementów ryzyka oraz czy dostrzegają je w zbliżonych obszarach? Czy w ramach realizacji PD uwzględniono procedurę zarządzania ryzykiem? (Raport Metodologiczny pyt. nr 12)*
6. *W jakim stopniu PD wykorzystywane są przy planowaniu przedsięwzięć współfinansowanych wyłącznie ze środków budżetu państwa/ samorządu? Jaka jest ich użyteczność w tym zakresie? W jakim stopniu PD są przydatne dla instytucji systemu polityki spójności? (Raport Metodologiczny pyt. nr 14)*

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

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

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

finansowanych ze środków publicznych i jako taka nie mogła zostać wykorzystana w praktyce[91]. Późniejsze konkursy wdrożeniowe w tej dziedzinie napotkały na podobne problemy prawne, dotyczące braku spójności pomiędzy planowanymi do realizacji założeniami, a obowiązującym prawem (oczekuje się obecnie na przyjęcie ustawy o pilotażach w ochronie zdrowia, co jednak nie może być rozwiązaniem o charakterze systemowym).

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

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

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

- ✓ **Rzetelne opracowywanie danych o wskaźnikach realizacji projektów przez IZ**, a następnie przekazywanie ich do zbiorczej analizy przez KM, w konsekwencji przeprowadzanie analizy porównawczej i prezentowanie przez KM wyników benchmarków regionalnych.
- ✓ **Udział KM w przygotowaniu danych analitycznych** (w tym wskaźnikowych) z realizowanych w regionach programach, w wyniku tego stałe doskonalenie jakości wskaźników (ich rodzaju, doprecyzowania, wartości docelowych).
- ✓ **Monitorowanie przyjętych do realizacji projektów** pod kątem zgodności deklarowanych wskaźników z rzeczywistością i poprawności wskaźników z intencją Instytucji Zarządzającej (np. czy wskaźniki rezultatu faktycznie odnoszą się do rezultatów, a nie do produktów).
- ✓ **Organizowanie przez instytucje zarządzające okresowych konferencji monitorujących,** których celem byłoby wskazanie aktualnego etapu realizacji projektów, ewentualnych trudności w realizacji projektów i wdrożenia pomysłów

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

na poprawę ich jakości. Należy założyć, że uwagi przedstawiane przez realizatorów powinny być rzetelne i nie mogą być podstawą roszczeń o nieprawidłowe realizowanie (funkcja doradcza i mentorska na etapie realizacji projektu, bez funkcji penalizacyjnej).

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

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

O wciąż istniejących potrzebach – w zakresie wymiany dobrych praktyk – świadczą odpowiedzi ankietowanych członków Komitetu Sterującego w ramach ankiety CAWI na II etapie badania. Respondenci w ramach różnorodnych propozycji szkoleń identyfikowali również potrzebę wymiany oraz prezentacji dobrych praktyk w zakresie systemu uzgadniania PD. Dodatkowe potrzeby szkoleniowe (niemal ¼ członków Komitetu w badaniu CAWI, zadeklarowało, że posiada bieżące potrzeby szkoleniowe w związku z uczestnictwem w pracach Komitetu Sterującego) wskazywali przede wszystkim przedstawiciele regionów oraz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, którzy wymieniali przede wszystkim te w zakresie:

- ✓ stosowania map potrzeb zdrowotnych[92] ,
- ✓ korzystania z platformy internetowej dot. publikacji danych, której wdrożenie jest planowane na II połowę 2018 roku.
- ✓ bieżących zmian w przepisach w zakresie kompetencji Komitetu Sterującego ds. Koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych, systemie ochrony zdrowia, opieki koordynowanej, aktualizacja IOWISZA). **Należy podkreślić, że takie szkolenia są prowadzone, co w ocenie ewaluatora jest bardzo wartościowym działaniem**. W 2017 roku (…) *z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia w dniu 17 marca 2017 r. przedstawiciele Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprowadzili szkolenie pn. „Programy polityki zdrowotnej z perspektywy AOTMiT – aspekty prawne, proces opiniowania”. Była to druga edycja szkolenia (pierwsze spotkanie odbyło się w grudniu 2016 r.), skierowanego głównie do przedstawicieli Urzędów Marszałkowskich, którzy uczestniczą w procesie opracowania i wdrażania programów polityki zdrowotnej. Podczas szkolenia przedstawiono aspekty prawne dotyczące tworzenia programów polityki zdrowotnej oraz prawidłową strukturę programu. Ponadto omówiono najczęściej popełniane błędy przy budowaniu tego typu programów, a także przedstawiono proces analityczny dokonywania przez Agencję oceny programów polityki zdrowotnej*[93]

Jednocześnie w ramach niniejszego kryterium (podobnie jak w przypadku pozostałych) ewaluator jako dobrą praktykę wskazuje przede wszystkim narzędzia jakim jest KS i PD,

[92] Wynika to z faktu, że mapy oceniane są jako dokumenty o wysokim poziomie skomplikowania, co potwierdzają wypowiedzi przedstawicieli regionów.
[93]Patrz: Sprawozdanie z koordynacji wsparcia ochrony zdrowia ze środków EFSI w 2017 r.

a także funkcjonowanie opiekunów, których kompetencje powinny zostać jeszcze bardziej wzmocnione. przyczyniając się do większej użyteczności planów działań w sektorze zdrowia.

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

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

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

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

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

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

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

Na niższy stopień użyteczności rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych wpływ ma ich ilość skutkująca niskim stopniem ich czytelności. Potwierdzają to m.in. respondenci z regionów:

Są nie precyzyjne i niejednoznaczne [rekomendacja dla kryteriów wyboru projektów – przyp. Wykonawca] *już pominę kwestie, że są bardzo rozbudowane niespotykane w innych osiach wsparcia* (respondent ITI)

W sumie KS zarekomendował aż 93 kryteria, z czego większość dla PI 9a (46% wszystkich kryteriów) przy jednoczesnej równowadze kryteriów obligatoryjnych i fakultatywnych. W przypadku poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych wartości kształtują się w następujący sposób:

- ✓ **Priorytet Inwestycyjny 9a** – Rekomendacja dla Kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym (23), Rekomendacje dla Kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym (20),
- ✓ **Priorytet Inwestycyjny 8vi** – Rekomendacje dla Kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym (3), Rekomendacje dla Kryteriów dostępu o charakterze fakultatywnym (2), Rekomendacje dla Kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym (1), Rekomendacje dla dodatkowych Kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka piersi (2), Rekomendacje dla dodatkowych Kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy (2), Rekomendacje dla dodatkowych Kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego (4), Rekomendacje dla dodatkowych Kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego (1), Rekomendacja dla Kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym (8),
- ✓ **Priorytet Inwestycyjny 2c** – Rekomendacje dla Kryteriów dostępu (5), Rekomendacje dla Kryteriów premiujących (8),
- ✓ **Priorytet Inwestycyjny 9iv** – Rekomendacje dla kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym (2), Rekomendacje dla kryteriów dostępu o charakterze fakultatywnym (2), Rekomendacje dla kryteriów premiujących o charakterze obligatoryjnym (1), Rekomendacje dla kryteriów premiujących o charakterze fakultatywnym (9),
- ✓ **Priorytet Inwestycyjny 4 c** – Rekomendacje dla Kryteriów dostępu o charakterze obligatoryjnym (3).

Szczegółowe oceny kryteriów w ramach PI (2c, 9a, 8vi, 9iv) zawiera aneks 6.3. *Wyniki ankiety w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów*. W sumie analizie poddano 63 kryteria (13 w ramach PI 2c, 34 w ramach PI 9a, 13 w ramach PI 8vi oraz 3 w ramach 9iv). **Jednocześnie należy podkreślić, że poszczególne regiony ogólnie oceniają kryteria jako raczej użyteczne w procesie wyboru projektów.** Oceny dla poszczególnych PI prezentują się w tym zakresie następująco (najlepiej ocenione zostały kryteria w ramach PI 9iv):

- ✓ PI 9iv (średnia ocen 1,58),
- ✓ PI 2c (średnia ocen 1,89),
- ✓ PI 9a (średnia ocen 1,93),
- ✓ PI 8vi (średnia ocen 2,13).

Poniższej zaprezentowano najgorzej ocenione kryteria przez respondentów:

- ✓ **kryterium numer 50** (Kryteria zapewniają, że grupę docelową w projekcie stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej, będące w grupie podwyższonego ryzyka, które zostaną objęte badaniami skriningowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrycia choroby, o ile projekt obejmuje badania skriningowe) w ramach PI 8vi (średnia ocen 2,72)[94]

  Uwagi respondentów:
  - *Wymogi wskazane w rekomendacji wynikają z Wytycznych w obszarze zdrowia (zarówno grupa docelowa – tj. osoby w wieku aktywności zawodowej, jak i fakt kierowania wsparcia do osób najbardziej potrzebujących(grupy podwyższonego ryzyka). Dodatkowo Programy krajowe (dot. profilaktyki nowotworowej) wskazują już na konkretne grupy szczególnie narażone za zachorowania i dlatego właśnie do tych grup kierowane jest wsparcie. W przypadku zaś RPZów – grupa do której kierowane będzie wsparcia wynika z treści RPZ (który podlega ocenie AOTMiT (uzasadnienie i epidemiologia) – zatem także ta grupa należy do grup podwyższonego ryzyka. Nie ma potrzeby wprowadzania rekomendacji KS.*
  - *Regionalny Program Zdrowotny zawiera konkretny opis grupy docelowej. Komitet Monitorujący przyjął kryterium bezwzględne dotyczące zgodności z RPZ. Tym samym zagwarantowany jest prawidłowy dobór grupy docelowej.*
  - *IOK uważa, że w przypadku konkursów profilaktycznych (w zakresie raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego) rekomendacja nie jest użyteczna, gdyż grupa docelowa została jednoznacznie określona w każdym z ww. programów).*
  - *W ramach Programów zdrowotnych jednym z elementów jest dokładne zdefiniowanie grupy docelowej z czynnikami ryzyka, do której kierowane będzie wsparcie. W związku z powyższym obligatoryjne stosowania kryterium wskazanego pkt. 48 (dotyczącego realizacji projektu zgodnie z programem zdrowotnym załączonym do dokumentacji konkursowej) już spełnia przedmiotowe kryterium. W związku z powyższym nie ma zasadności jego powielania.*

- ✓ **kryterium numer 30** (Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty posiadające wysoką efektywność finansową) w ramach PI 9a (średnia ocen 2,72),

  Uwagi respondentów:
  - *Rekomendacja niejasna, nieprecyzyjna, budząca wątpliwości beneficjentów jak należy ją rozumieć i stosować.*
  - *Z uwagi na zazwyczaj wysoki poziom zadłużenia jednostek, podmioty mają trudność w uzyskaniu wysokiej efektywności finansowej.*
  - *Niektóre szpitale realizują świadczenia nisko wycenione.*

- ✓ **kryterium numer 58** (Kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są wyłącznie na rzecz osób pracujących, uczących się lub posiadających miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka jelita grubego [szczegółowa lista obszarów znajduje się w załączniku nr 3 do niniejszych rekomendacji] w ramach PI 8vi (średnia ocen 2,68),

[94]**Kryteria oceniane były przez respondentów od 1 do 5 (1- Zdecydowanie użyteczne, 2 - Raczej użyteczne, 3 - Ani użyteczna, ani nie użyteczna, 4 – raczej nieużyteczne, 5 – zdecydowanie nieużyteczne).**

Uwagi respondentów:

- *Brak możliwości oceny użyteczności tej rekomendacji z uwagi na brak na obecnym etapie doświadczeń w zakresie oceny / stosowania kryteriów wyboru projektów opartych na tej rekomendacji – w odniesieniu do projektów w ramach RPO. Nie mniej jednak nakładanie kolejnych ograniczeń na projekty realizowane z RPO ze środków EFS negatywnie wpłynie na zainteresowanie konkursami (ograniczenie możliwości wsparcia tylko do 3 powiatów w województwie), zbyt dużą konkurencję na danym terenie.*
- *Teoretycznie kryterium pozwala na zapewnienie koncentracji działań na obszarach najbardziej wymagających wsparcia, co jak najbardziej jest zgodne z ideą wsparcia udzielanego w ramach EFS. Jednakże przedmiotowe kryterium ograniczając grupę docelowa wyłącznie do uczestników z obszaru białych plam istotnie zawęża grupę docelową, co może utrudnić realizacje projektu z punktu widzenia beneficjenta. Ponadto koncentracja na poziomie obszaru gminy wymusza na beneficjencie poniesienie dodatkowych kosztów zapewniających dotarcie do wymaganych uczestników. W związku z powyższym omawiane kryterium, jako kryterium dostępu może powodować komplikacje na etapie realizacji projektu, jednakże jako kryterium premiujące może pomóc w wyborze bardziej efektywnych projektów, w ramach których beneficjent świadomie przeanalizował swoją zdolność do realizacji wymagań z niego wynikających.*
- *Kryterium powinno być premiujące ze względu na ograniczenia i małą populację osób spełniających kryteria. Ponadto kryterium jest badane w odniesieniu do uczestników projektu, którymi mogą być tez osoby biorące udział w krótkotrwałych formach (a zatem beneficjent nie ma do końca możliwości wpływu na grupę docelową), a musi ostatecznie osiągnąć 30% osób, które zawsze jest liczone od liczby osób, które już są w projekcie.*
- *W ramach raka jelita grubego wprowadzono jeszcze większe obostrzenie niż w przypadku raka piersi i szyjki macicy co wydaje się być działaniem niezasadnym. Może bowiem się okazać, iż mimo powzięcia starań przez Beneficjenta nie będzie on w stanie przebadać takiej liczby osób* ***wyłącznie*** *z terenu białych plam. Należy bowiem wziąć pod uwagę, iż obecne obszary „białych plam” powstały bez uwzględnienia faktu, iż obszary te zostały uwzględnione we wcześniej prowadzonych badaniach profilaktycznych. I tak np.: w województwie poprzednia lista wskazywała 10 powiatów, w obecnej zostały usunięte 4 i aktualnie wskazywanych jest 6 powiatów. Zgodnie z ogłoszeniem konkursowym oraz zapisami umowy realizowanego aktualnie projektu Profilaktyki nowotworów dolnego odcinka przewodu pokarmowego realizowanego na terenie całego regionu, gminy z 10 powiatów białych plam, uwzględnione są w badaniach dwukrotnie – w pierwszym i trzecim roku realizacji. Tym samym dostęp do kolonoskopii na terenie wszystkich powiatów można potraktować jako zapewniony w systemie oportunistycznym (jak zakłada się w Uchwale Komitetu Sterującego na kolejne lata) i trudno będzie utrzymać przekonanie o istnieniu obszarów białych plam na terenie woj., a tym samym realizacji profilaktyki nowotworu raka jelita grubego wyłącznie na rzecz mieszkańców tych obszarów. W związku z powyższym warto również rozważyć inne kryteria zapraszania mieszkańców powiatów do udziału w badaniach profilaktycznych np. zastosowanie kryterium dot. wskaźników zachorowalności i/lub umieralności na danym obszarze.*

✓ **kryterium numer 27** (Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty posiadające zatwierdzony przez podmiot tworzący program restrukturyzacji zaktualizowany w oparciu o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych, zawierający działania prowadzące do poprawy ich efektywności – dotyczy szpitali) w ramach PI 9a (średnia ocen 2,66),

Uwagi respondentów:

- *Kryterium na potrzeby RPO WO 2014-2020 zostało zmodyfikowane, gdyż uwzględniono również podmioty, które nie wymagają programu restrukturyzacji, tj. działające już efektywnie. W ramach kryterium przewidziano przyznawanie punktów ww. podmiotom.*
- *Nie są znane przypadki, aby szpitale aktualizowały program restrukturyzacji w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych.*

✓ **kryterium numer 26** (Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty, które zrealizowały, realizują lub planują realizację działań konsolidacyjnych lub podjęcie innych form współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach modelu opieki koordynowanej) w ramach PI 9a (średnia ocen 2,55),

Uwagi respondentów:

- *De facto każdy podmiot leczniczy współpracuje z innymi podmiotami leczniczymi (przy czym często nie są to wyszukane formy współpracy – np. przekazywanie próbek do analizy), w związku z czym bardzo trudno było o beneficjenta, który nie spełniałby tej rekomendacji*
- *Kryterium nieużyteczne w zakresie opieki koordynowanej – brak regulacji dotyczących opieki koordynowanej*

✓ **kryterium numer 25** (Kryteria premiują projekty, które zakładają działania ukierunkowane na przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu lecznictwa szpitalnego na rzecz POZ i AOS, w tym poprzez: (i) wprowadzenie lub rozwój opieki koordynowanej, lub (ii) rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności środowiskowych form opieki[2] (projekt zawiera działania mające na celu przejście od opieki instytucjonalnej do środowiskowej zgodnie z *„Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”* oraz z *„Krajowym Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”*) w ramach PI 9a (średnia ocen 2,5),

Uwagi respondentów:

- *Rekomendacja niejasna, nieprecyzyjna, budząca wątpliwości beneficjentów jak należy ją rozumieć i stosować, biorąc pod uwagę brak całościowych, systemowych uregulowań prawnych dla opieki koordynowanej oraz bardzo dużą nieprecyzyjność i ogólnikowość dokumentów „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” oraz z „Krajowym Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020” w zakresie deinstytucjonalizacji)*
- *Kryterium nieużyteczne w zakresie opieki koordynowanej – brak regulacji dotyczących opieki koordynowanej*

✓ **Kryterium numer 21** (Projekty dotyczące oddziałów pediatrycznych[1] mogą być realizowane wyłącznie przez podmioty, które sprawozdały co najmniej 700 hospitalizacji na oddziale pediatrycznym) w ramach PI 9a (średnia ocen 2,5).

Uwagi respondentów:

- *Ograniczenie dostępu do udziału w konkursie jednostkom wykonującym mniej niż 700 hospitalizacji na oddziale pediatrycznym (np. szpitalom powiatowym).*

Przedstawiona powyżej analiza użyteczności kryteriów dla PI wykazuje – jak wcześniej wspomniano – wysoką ocenę (raczej użyteczne), jednak przeprowadzone badanie ujawniło także uwagi krytyczne do części z kryteriów. Pierwszy z obszarów krytyki dotyczy powielania wytycznych w obszarze zdrowia czy programów krajowych (grupa docelowa, szczególne grupy narażone na zachorowania). Być może intencją twórców rekomendacji było wyrażenie spójności pomiędzy rekomendacjami, a tymi dokumentacji, jednak w opinii uczestników badania takie działanie jest niecelowe.

Istotne z punktu widzenia interpretacji jest kryterium 30 dotyczące wysokiej efektywności finansowej podmiotu realizującego projekt. Warto zwrócić uwagę, że prawdopodobnym celem takiej rekomendacji jest zapewnienie bezpieczeństwa finansowego projektu, wyeliminowanie ryzyka finansowego (np. wynikającego z opóźnień w rozliczaniu poszczególnych etapów projektu), zapewnienie posiadania własnych środków na pomostowe realizowanie części zadań. Niestety rzeczywistość polskiej ochrony zdrowia niezupełnie pozwala na stawianie takiej rekomendacji. Respondenci w badaniu – słusznie zresztą – stwierdzili, że szpitale mają wysoki poziom zadłużenia i tym samym nie są efektywne finansowo. Z danych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że na koniec 1 kwartału 2018 całkowite zadłużenie wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wyniosło 1 mld 397 mln 619 tyś. zł[95]. Do tego w większości szpitali dochodzi problem konieczności sfinansowania z własnych środków pochodnych od wzrostu wynagrodzeń, wynegocjowanych z Ministrem Zdrowia przez pielęgniarki i ratowników medycznych. Uwarunkowania te prowadzą do wniosku, że jakkolwiek kryterium jest z gruntu słuszne, to jednak w obecnej rzeczywistości premiuje podmioty prywatne, które funkcjonując w warunkach spółek prawa handlowego, mogą wykazać wyższą efektywność finansową niż publiczny szpital. Pewnym rozwiązaniem tego problemu jest istniejące obecnie rozróżnienie w realizacji projektów europejskich, polegające na zadeklarowaniu przychodów na odpowiednim poziomie, co dotyczy tylko jednostek niebędących częścią sektora finansów publicznych. W odniesieniu do SPZOZ-ów, podobnie zresztą jak innych podmiotów publicznych, kryterium finansowej efektywności przychodów nie jest obecnie brane pod uwagę. Przy zachowaniu więc rekomendacji, a równocześnie zastosowaniu odchylenia dedykowanego jednostkom sektora finansów publicznych, kryterium to nie wpływa zbyt istotnie na możliwość realizacji projektów.

Respondenci wskazywali ponadto, że kryterium 58 dotyczące koncentracji działań projektowych wyłącznie na określonym obszarze wsparcia prowadzi do trudności w zebraniu odpowiedniej grupy pacjentów. W interpretacji tej uwagi wyłania się problem braku monitorowania projektów już realizowanych (w trakcie ich realizacji), w kontekście wskaźników pośrednich. W niniejszym raporcie wskazywano już wielokrotnie potrzebę doprecyzowania takich wskaźników, które pozwolą m.in. projektować kolejne, równolegle biegnące projekty, z uwzględnieniem populacji już przebadanej, lub przygotowanej do udziału w innych projektach. Bardzo często zdarza się, że projekt przewiduje udział pacjentów, którzy wcześniej nie byli badani w ramach programów przesiewowych, co biorąc pod uwagę ich różnorodność i różne źródła finansowania, może utrudnić realizację projektu.

Respondenci w badaniu zwrócili ponadto uwagę na niepotrzebne wiązanie map potrzeb zdrowotnych z programami restrukturyzacji szpitali (kryterium 27). Jakkolwiek w założeniu

[95] Raport „Zadłużenie SPZOZ”, źródło internetowe, https://www.gov.pl/zdrowie/zadluzenie-spzoz, dostęp: 20.08.2018.

takie powiązanie jest celowe, to jednak – jak wskazuje jeden z respondentów – „nie są znane przypadki, aby szpitale aktualizowały program restrukturyzacyjny w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych’. Rzeczywiście eksperci potwierdzają takie stanowisko, restrukturyzacja szpitala częściej wynika z potrzeby dostosowania jego działalności do lokalnych oczekiwań społecznych, posiadanej kadry medycznej (lekarzy określonej specjalności, pielęgniarek, położnych), ograniczenia nieefektywnych procedur na rzecz zwiększenia efektywności finansowej, niż z konieczności adaptacji do map potrzeb zdrowotnych.

Krytycznie oceniono kryterium 26 dotyczące premiowania podmiotów, które podejmują współpracę z innymi podmiotami leczniczymi. Z praktyki zarządzania wynika, że w zasadzie każdy szpital współpracuje z jakimś innym podmiotem, czy to w zakresie diagnostyki (laboratoryjnej, obrazowej), konsultacji specjalistycznych, wspólnych zakupów grupowych, niezależnie od tego czy jest to placówka publiczna czy prywatna. Tak więc użyteczność tego kryterium oceniono negatywnie, eksperci potwierdzają jej nieużyteczność w premiowaniu wnioskodawców.

Sporą dyskusję wzbudziła ocena kryterium 25, dotyczącego przeniesienia na poziom lecznictwa otwartego części lub całości działań z zakresu lecznictwa szpitalnego w ramach projektów. Intencją takiego kryterium były wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do koordynowanej oraz „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2010”. Zwrócono uwagę, że brak jest możliwości prawnej transpozycji zaleceń do rzeczywistości, tym bardziej, że zgodnie z definicją świadczenia szpitalnego są to świadczenia, które „(...) nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych” (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej art. 2.1 pkt. 11). Tym samym projektowanie świadczeń, które mogą być realizowane poza szpitalami z gruntu oznacza kwestionowanie ich wykonywania wcześniej na terenie szpitala. Rozbieżność jest niebezpieczna dla świadczeniodawców, a dla oceniających projekty prowadzi do niedających się rozstrzygnąć wątpliwości. W uzupełnieniu zwrócono uwagę, że wobec braku regulacji dotyczących opieki koordynowanej, to kryterium nie ma praktycznego zastosowania.

Negatywnie zweryfikowano także kryterium 21 dotyczące świadczeń pediatrycznych, poprzez postawienie ograniczenia obowiązku udzielania przez szpital co najmniej 700 hospitalizacji rocznie, co ogranicza możliwość występowania w konkursach małych szpitali powiatowych z oddziałami pediatrycznymi. Jakkolwiek uwaga ta jest słuszna, to jeszcze – zdaniem ekspertów – prowadzi do zjawiska nadmiernego przedłużania hospitalizacji pediatrycznych. Od 1.10.2017 w procedurach szpitalnych w pediatrii zmieniono wskaźniki wyceny hospitalizacji, poprzez opublikowanie nowych taryf. Wartości wycen wzrosły, jednak równocześnie zwiększył się do 4 dni okres hospitalizacji, który jest wymagane przez płatnika dla pełnej zapłaty. Zdaniem ekspertów w dziedzinie pediatrii średni czas pobytu na oddziale wynosi ok. 3,6 dni, co oznacza, że przyjęte rozwiązania de facto zmniejszą przychody z hospitalizacji pediatrycznych[96]. Zdaniem respondentów badania kryterium to jest niecelowe.

[96] J. Dziekoński, Wymuszona dłuższa hospitalizacja dzieci, publ. elektr., https://pediatria.mp.pl/aktualnosci/badania/175926,wymuszona-dluzsza-hospitalizacja-dzieci, dostęp. 20.08.2018.

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

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

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

PD wykorzystywane są zarówno do planowania przedsięwzięć ze środków europejskich jak również z innych źródeł. Wskazuje na to załącznik nr 1 do PD, w ramach którego instytucje zobowiązane do złożenia PD definiują, jakie inne działania zostały podjęte przez podmioty lecznicze[97], w celu osiągnięcia synergii tych działań z planami zawartymi w PD.

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

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

Dodatkowo rekomendujemy, aby dla właściwego wykorzystania załącznika nr 1 zawierał on dodatkowe informacje w tym m.in. zgodność konkursu z innymi realizowanymi projektami ze środków europejskich[98].

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

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

W ramach rozdziału Wykonawca udzieli odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

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

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

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

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

Ponadto, eksperci wypowiadający się w ramach panelu na temat wpływu PD na optymalne wykorzystanie kadr w ochronie zdrowia zwracają uwagę, że istnieje problem w aspekcie efektywności projektów adresowanych do pielęgniarek i lekarzy. W szczególności chodzi o uprawnienia pielęgniarek i położnych do wystawiania recept, gdzie według danych na połowę roku 2017 szkolenia uprawniające do wystawiania recept ukończyło 8409 pielęgniarek, w trakcie szkolenia było dalszych 809 osób. Według danych NFZ do czerwca 2017 uprawnienia do pobierania recept numerowanych przyznano 1054 pielęgniarkom i położnym, zaś do czerwca 2017 pielęgniarki i położne wystawiły łącznie 95736 recept, z czego 94417 w ramach kontynuacji ordynacji lekarskiej (98,62%), a 85642 jako recepty pro auctorae i pro familia (89,46%). Dane dowodzą, że z punktu widzenia efektywności systemu szkolenia nie służą odciążeniu lekarzy od wystawiania recept, a więc wpływ PD na zmianę wykorzystania kompetencji kadr pielęgniarskich nie potwierdził się.

Wydaje się, że w celu lepszego dopasowania potrzeb szkoleniowych w ww. zakresie do oczekiwań rynku (pielęgniarek i położnych, płatnika, pacjentów), należy połączyć realizowane szkolenia z kampanią informacyjną na temat nowych uprawnień pielęgniarek, zwiększania ich woli jako dysponenta recept wśród pacjentów, a także działań na rzecz wprowadzania osobnej porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego ze środków NFZ[99].

2. ***Jakie dobre praktyki w zakresie opracowywania, przyjmowania i realizacji postanowień PD można zidentyfikować i wykorzystać, aby zwiększyć ich skuteczność jako narzędzia koordynacji działań publicznych realizowanych w obszarze zdrowia?*** *(Raport Metodologiczny pyt. nr 8)*[100]

W kontekście kryterium wpływu można wskazać następujące kryteria, wpływające na jakość PD, co potwierdziły analizy z I i II części badania:

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

[99] Według informacji opublikowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w dniu 10.07.2018, Minister Zdrowia złożył deklarację wprowadzenia porady pielęgniarskiej jako świadczenia gwarantowanego finansowanego przez NFZ (źródło: http://nipip.pl/nipip-wraz-ozzpip-podpisaly-porozumienie-ministrem-zdrowia-narodowym-funduszem-zdrowia/)

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

4. Wnioski i rekomendacje

Nr	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
1	W ramach raportu podkreślono liczne pozytywne elementy funkcjonowania Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Dodatkowo wskazano, że Plany Działań spełniają bardzo dobrze rolę narzędzia koordynacji interwencji publicznej w sektorze zdrowia. Istotne jest, że ten pozytywny aspekt planowania w sektorze dostrzegany jest przez wszystkich uczestników systemu koordynacji, co bez wątpienia wpływa na ich duże zaangażowanie w opracowywanie i wdrażanie postanowień PD. Ze względu na to, że PD uzgadniane są na forum KS, zapewniona jest lepsza koordynacja działań o charakterze centralnym z tymi realizowanymi na szczeblu regionalnym. Daje to instytucjom centralnym nie tylko obraz działań zaplanowanych do realizacji w kolejnym roku na szczeblu regionalnym, ale pozwala również na koordynowanie tych działań poprzez ich zatwierdzanie lub eliminowanie. W przypadku regionów efekt ten przekłada się na to, że ich przedstawiciele posiadają wiedzę o działaniach planowanych na szczeblu centralnym, np. w ramach PO WER czy PO IiŚ oraz w innych województwach. Ponadto istnienie PD odnoszących się do finansowania ze środków EFSI pozwala na dodatkową, lepszą alokację środków krajowych, które mogą działać komplementarnie lub substytucyjnie – zgodnie z wolą decydentów. Nie dochodzi jednocześnie przy tym do zaburzenia przepływu finansowego pomiędzy środkami	1.Należy zapewnić funkcjonowanie Komitetu Sterującego ds. koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia do końca okresu realizacji perspektywy finansowej 2014-2020 oraz kontynuowanie działania Komitetu w kolejnej perspektywie finansowej - po 2020 roku – po wyrażeniu zgody przez KE. Będzie jednakże to możliwe pod warunkiem, że zaprogramowany model wsparcia w obszarze zdrowia z polityki spójności po 2020 r. będzie nadal zdecentralizowany. 2.Ponadto należy w przyszłości zastanowić się nad kwestią silniejszego umocowania w ustawodawstwie dotyczącym zasad wdrażania polityki spójności tego rodzaju ciała, jakim jest komitet sterujący funkcjonujący m.in. w obszarze zdrowia, tj. zapewnić mu możliwość wpływu na decyzje zapadające na komitetach monitorujących programy operacyjne. 3. W kontekście braku trzeciego szczebla zarządzania służba zdrowia rekomendowane jest przeanalizowanie przez decydentów w MZ włączenia jako ważnego elementu funkcjonowania systemu uzgadniania realizacji PD, niezależnego monitora dysponowania środków i oceny efektywności (skuteczności) działań, na wzór krajów Europy Zachodniej np. Wielkiej Brytanii.	Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego Ministerstwo Zdrowia Komisja Europejska	1.Zapewnienie przez Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego (w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia oraz Komisją Europejską) kontynuowania działania Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia lub podobnie działającego komitetu w kolejnej pespektywie finansowej po 2020 roku. 2.Ewentualna decyzja, co do umocowania w przyszłości KS w szerszym zakresie niż obecnie powinna zostać podjęta przez Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego (w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia oraz Komisją Europejską) z chwilą ustalenia zasadniczego kształtu wsparcia w ramach perspektywy po 2020 oraz z uwzględnieniem ról przewidzianych dla poszczególnych instytucji. 3.Zainicjowanie przez Ministerstwo Zdrowia dyskusji w zakresie powołania niezależnego monitora dysponowania środków i oceny efektywności (skuteczności) działań w służbie zdrowia jako trzeciego szczebla zarządzania służbą zdrowia (obok centralnego i lokalnego/ regionalnego) – z założenia nie podlegającemu Ministrowi Zdrowia.	31.12.2021	rekomendacja horyzontalna strategiczna

	krajowymi, a EFSI, ponieważ oba te strumienie kierowane są niezależnie od siebie, aczkolwiek komplementarnie do wcześniej zaplanowanych obszarów interwencji. Należy jednak w przyszłości zastanowić się nad kwestią silniejszego umocowania w ustawodawstwie dotyczącym wdrażania polityki spójności ciała, jakim jest KS w zakresie jego wpływu na decyzje zapadające na komitetach monitorujących programy operacyjne, w ramach których wdrażane jest wsparcie w obszarze zdrowia. Dodatkowo analiza systemu uzgadniania Planów Działań, potwierdziła, że brakuje w Polsce trzeciego szczebla zarządzania służbą zdrowia (obok centralnego i lokalnego/regionalnego) jakim jest niezależny monitor dysponowania środków i oceny efektywności (skuteczności) działań. W krajach europejskich (np. w Wielkiej Brytanii) istnieją takie agencje, których zadaniem jest niezależna i ekspercka ocena zarówno szczebla centralnego jak i poszczególnych szczebli lokalnych, w zakresie prawidłowości podejmowania decyzji strategicznych jak i taktycznych. Być może obecność takiej agencji - z założenia niepodlegającej Ministrowi Zdrowia - mogłaby być odpowiedzią na obserwowany, zdaniem ekspertów, brak zaufania organów centralnych do lokalnych i odwrotnie. **Szczegółowe informacje znajdują się na 19, 20, 23, 28 i 29 stronie raportu.**	Jednocześnie efekty utworzenia instytucji monitorującej, w ocenie ewalautora, mogą pozytywnie wypłynąć na cały system zarządzania służbą zdrowia, wykraczający poza funkcjonowania KS oraz obszar uzgadniania i realizacji PD.				
2	W ramach badania wskazano, że kluczowy jest brak realnego (formalnego) wpływu KS na decyzje zapadające na Komitetach Monitorujących przede wszystkim na szczeblu regionalnym (KM RPO) oraz	Wzmocnienie wpływu Komitetu Sterującego ds. Koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia na Komitety Monitorujące (KM RPO) oraz KM PO WER i KM PO IŚ w zakresie projektów	Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Ministerstwo Zdrowia, Komitet Sterujący	Podjęcie uchwały przez Ministra Inwestycji i Rozwoju w sprawie kontynuowanie działania Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	po 2020 roku (*kolejna perspektywa finansowa*)	Rekomendacja strategiczna

	w mniejszym stopniu krajowym (KM PO WER oraz PO IiŚ). Potrzebę silniejszej koordynacji wskazywali przedstawiciele MZ w zakresie projektów pozakonkursowych oraz wymagań Komisji Europejskiej w zakresie map potrzeb zdrowotnych, a więc zadań leżących w bezpośredniej odpowiedzialność MZ. **Szczegółowe informacje znajdują się na 22, 24, 25, 28 i 29 stronie raportu.**	pozakonkursowych oraz wymagań Komisji Europejskiej w zakresie map potrzeb zdrowotnych.	ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia,	w kolejnej pespektywie finansowej po 2020 roku uwzględniającej silniejszą koordynację przez KS Komitetów Monitorujących w zakresie projektów z obszaru zdrowia w szczególności projektów pozakonkursowych w ramach regionalnych programów operacyjnych oraz krajowych programów operacyjnych, a także w zakresie map potrzeb zdrowotnych.		
3	W trakcie wywiadu FGI respondenci (w szczególności przedstawiciele regionów) wskazywali, że przed XVII posiedzenia Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, które odbyło się w dniu 12 czerwca 2018 r, z częścią materiałów zapoznali się dopiero w trakcie posiedzenia. Był to czas niewystarczający na rzetelne zapoznanie się z przedstawionymi przez MZ, po raz pierwszy, w trakcie posiedzenia materiałami m.in. w sprawie istotnych zmian wzoru planów działań w sektorze zdrowia. **Szczegółowe informacje znajdują się na 69 stronie raportu.**	Rekomendowane jest bardziej restrykcyjne dotrzymywanie terminów określonych w art. 3 Posiedzenia Komitetu Sterującego w punkcie 8 (Regulamin Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia) w zakresie przekazywania dokumentów będących przedmiotem obrad KS. Dodatkowo zasadne jest wydłużenie dyskusji w sprawie zagadnień podlegających głosowaniu (zwłaszcza w sytuacji, gdy materiały nie dotarły na czas do uczestników KS)	Ministerstwo Zdrowia Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Modyfikacja Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia na najbliższym posiedzeniu Komitetu w zakresie punktu 9. Wydłużenie terminu przekazania projektów uchwał dotyczących rekomendacji dla komitetów monitorujących programy operacyjne do kryteriów wyboru projektów z obszaru zdrowia, przy czym w odniesieniu do projektów z e-zdrowia również w zakresie konkursów obejmujących szerszy zakres tematyczny, z 2 dni roboczych do co najmniej 5 dni roboczych. Rekomendowane jest, aby inicjatorem ww. propozycji było Kierownictwo Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia, które powinno przedstawić je w czasie obrad Komitetu Sterującego.	31.12.2020	Rekomendacja operacyjna
4	W przypadku uchwał w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych nie ma uzasadnienia dla proponowanych poszczególnych rekomendacji zarówno tych fakultatywnych jak i obligatoryjnych. Brak	Zamieszczenie w ramach uchwał uzasadnień dla poszczególnych rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych. Jest to szczególnie istotne w przypadku rekomendacji	Ministerstwo Zdrowia, Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	W przypadku kolejnych uchwał w sprawie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych, wprowadzenie obowiązku dodawania uzasadnień dla proponowanych	31.12.2020	Rekomendacja operacyjna

	takich rozwiązań sprawia, że argumenty stojące za takimi zapisami nie będą dla wszystkich interesariuszy w pełni transparentne. Jest to szczególnie ważne ze względu na fakt, że kryteria przez interesariuszy (w szczególności regiony) oceniane są jako skomplikowane. **Szczegółowe informacje znajdują się na 41, 105 i 106 stronie raportu.**	formułowanych w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych. Będzie to o tyle łatwiejsze, że MZ planuje w najbliższym czasie (według zapowiedzi przedstawicieli kierownictwa MZ w czasie XVII KS będzie to grudzień 2018 roku) wdrożenie platformy internetowej dot. publikacji danych m.in. w zakresie danych wykorzystanych przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych, które powinny z tego względu bardziej przyjazne i użyteczne dla potencjalnych użytkowników.		rekomendacji (wraz z podaniem danych źródłowych np. w postaci map potrzeb zdrowotnych, danych statystycznych, założeń Programów Operacyjnych itp.). Rekomendowane jest, aby inicjatorem wprowadzenie takiego zapisu w Regulaminie Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia było Kierownictwo Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia.		
5	W przypadku rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w ramach poszczególnych Priorytetów Inwestycyjnych brakuje dostatecznego uwzględniania lokalnych uwarunkowań udzielania świadczeń zdrowotnych. Branie ich pod uwagę pozwoli lepiej ocenić możliwość realnej realizacji danej rekomendacji w danych regionach. Ww. zagadnienia powinny być dodatkowo monitorowe przez Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia we współpracy z NFZ. Stanowić to będzie dodatkowe źródło informacji w zakresie realnych możliwości (a tym samym efektywności i skuteczności) implementacji proponowanych w ramach rekomendacji postulatów. **Szczegółowe informacje znajdują się na 21, 22, 72, 105, 106 i 113 stronie raportu.**	Monitorowanie przez Komitet Sterujący ds. Koordynacji proponowanych rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w kontekście lokalnych uwarunkowań udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście tego, że istotnym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest nierównomierne rozmieszczenie zasobów, w tym kadry medycznej, które nie odpowiada lokalnym potrzebom ludności.	Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Zapisanie (propozycja powinna zostać zgłoszona przez Kierownictwo Komitetu Sterującego) w Regulaminie Komitetu Sterującego obowiązku monitorowania proponowanych rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów z sektora zdrowia w kontekście lokalnych uwarunkowań udzielania świadczeń zdrowotnych. W praktyce oznaczałoby to możliwość nie stosowania przez dany region rekomendacji w zakresie kryteriów wyboru projektu (w szczególności tych obligatoryjnych) jeżeli ma to swoje uzasadnienie merytoryczne (np. związanych z sytuacją w regionie). Takie uzasadnienie powinien przygotować dany region we współpracy z opiekunem z MZ i przekazać do Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji w sektorze zdrowia.	31.12.2020	Rekomendacja operacyjna
6	Istotnym problemem (wskazanym w czasie posiedzenia XVII posiedzenia Komitetu Sterującego przez przedstawiciela MZ) jest częściowe dublowanie się działań Grupy	Określenie nowej roli grupy roboczej ds. e-zdrowia funkcjonującej w ramach KS z uwzględnieniem innych gremiów zajmujących się e-zdrowiem.. W tym	Ministerstwo Zdrowia	Dyskusja (zainicjowana przez Kierownictwo Komitetu Sterującego)_ dotycząca miejsca grupy roboczej ds. e-zdrowia w systemie koordynacji	31.12.2020	Rekomendacja operacyjna

	Roboczej do spraw e-zdrowia z innymi gremiami funkcjonującymi w zakresie e-zdrowia (na co wskazywali uwagę przedstawiciele kierownictwa MZ). Dotyczy to określenia przede wszystkim zakresu współpracy z Komitetem Rady Ministrów ds. Cyfryzacji, a w szczególności kooperacji z gremiami na podobnym poziomie koordynacji działań w obszarze e-zdrowia, co Grupa Robocza ds. e-zdrowia, które powołane zostały w I połowie 2018 roku. Są to: Rada Informatyzacji oraz Zespół Zadaniowy „Efekt Zdrowie”. **Szczegółowe informacje znajdują się na 23, 24, 26 i 27 stronie raportu.**	kontekście konieczne jest uwzględnienie zakresu kompetencji następujących gremiów: Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji, Rada Informatyzacji, Zespół Zadaniowy „Efekt Zdrowie” i skonfrontowanie ich z obowiązkami grupy roboczej ds. e-zdrowia.		działań współfinansowanych z EFSI w zakresie e-zdrowia powinna odbyć się w trakcie posiedzenia Komitetu Sterującego z udziałem przedstawicieli grupy roboczej ds. e-zdrowia. Wypracowane rozwiązana powinny zostać przedstawione kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Dodatkowo w celu większej koordynacji działań konieczne jest oddelegowanie (przez KS) przedstawicieli Grupy Roboczej ds. e-zdrowia do prac w następujących gremiach – Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji, Rada Informatyzacji, Zespół Zadaniowy „Efekt Zdrowie”. Powinno to usprawnić komunikację, efektywność współpracy, a także spójność realizowanych działań przez ww. zespoły. W opinii ewaluatora grupa robocza ds. e-zdrowia powinna realizować zadania przypisane ww. gremiom w obszarze kompetencyjnym KS, a więc realizacji projektów ze środków europejskich w obszarze e-zdrowia (RPO, POWER, POIŚ). Ostateczna decyzja w zakresie szczegółowych ram współpracy oraz jej trybu powinna zostać podjęta po nawiązaniu kontaktu przedstawicieli Grupy Roboczej ds. e-zdrowia z ww. gremiami. Jednocześnie sprawozdania ze współpracy Grupy Roboczej ds. e-zdrowia z ww. gremiami powinny być prezentowane na każdym spotkaniu tego zespołu.		

7	Zarówno badania ilościowe (CAWI) jak i jakościowe potwierdziły występowanie umiarkowanych potrzeb szkoleniowych wśród członków Komitetu Sterującego. Niemal ¼ członków Komitetu zadeklarowało, że posiada bieżące potrzeby szkoleniowe w związku z uczestnictwem w pracach Komitetu Sterującego. Byli to przede wszystkim przedstawiciele regionów oraz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju. Najbardziej optymalną formułą tych szkoleń, wskazywaną przez ankietowanych były warsztaty. **Szczegółowe informacje znajdują się na 104 stronie raportu.**	Zapewnienie szkoleń dla przedstawicieli regionów oraz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju przede wszystkim w zakresie: stosowania map potrzeb zdrowotnych oraz bieżących zmian w przepisach w zakresie kompetencji Komitetu Sterującego ds. Koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych, systemie ochrony zdrowia, opieki koordynowanej, aktualizacja IOWISZA). Istotne są także szkolenia w zakresie korzystania z platformy internetowej dot. publikacji danych, której wdrożenie jest planowane na II połowę 2018 roku. Jednocześnie aktualne potrzeby szkoleniowe członków Komitetu Sterującego powinny być na bieżąco monitorowane w latach 2019-2020.	Ministerstwo Zdrowia	Organizacja szkoleń (w ramach systemu koordynacji) z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia dla przedstawicieli regionów oraz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju przede wszystkim w zakresie stosowania map potrzeb zdrowotnych oraz bieżących zmian w przepisach w zakresie kompetencji Komitetu Sterującego ds. Koordynacji interwencji w sektorze zdrowia (zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych, systemie ochrony zdrowia, opieki koordynowanej, aktualizacja IOWISZA). Optymalną formułą są warsztaty najczęściej wskazywane przez respondentów – Członków Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia.	31.12.2020	Rekomendacja operacyjna
8	Konieczne jest dodatkowe wsparcie dla opiekunów programów operacyjnych w MZ jako kluczowych osób w procesie pracy nad Planami Działań (zwłaszcza w zakresie intensywnych kontaktów roboczych na linii: MZ – samorządy województw). **Szczegółowe informacje znajdują się na 77, 104 i 105 stronie raportu oraz w I raporcie cząstkowym.**	Opiekunowie programów operacyjnych w MZ powinni zostać objęci systemem intensywnych szkoleń odpowiadających zakresem pełnionych przez nich obowiązków.	Ministerstwo Zdrowia	Rekomenduje się, aby zabezpieczone zostały przez MZ w ramach PO PT środki na bieżące szkolenia dla opiekunów programów operacyjnych (pracowników MZ) odpowiadające zakresowi pełnionych przez nich obowiązków oraz wizyty w IZ RPO w celu wymiany wiedzy i doświadczeń. Treść szkoleń powinna zostać uzgodniona przez kierownictwo Komitetu Sterującego (przewodniczącego i/lub zastępcę przewodniczącego) z opiekunami i wpisywać się w zidentyfikowane przez opiekunów potrzeby w tym zakresie.	31.12.2020	rekomendacja horyzontalna operacyjna
9	W przypadku przedstawicieli instytucji, które są w umiarkowanym stopniu zaangażowane	Opracowywanie skróconych protokołów z posiedzeń Komitetów Sterujących	Ministerstwo Zdrowia,	Opracowywanie skróconej wersji	31.12.2020	Rekomendacja

	w prace Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia (np. MIiR), protokoły są zbyt rozbudowane. **Szczegółowe informacje znajdują się na 32 i 33 stronie raportu.**	przez przedstawicieli Sekretariatu Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia.	Sekretariat Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	(obok obecnie już istniejącej) protokołów z posiedzeń Komitetów Sterujących zawierających listę najważniejszych decyzji podjętych w trakcie ich trwania.		operacyjna
10	W ramach analiz zostały zaobserwowane niskie wartości osiągnięte wskaźników produktu i rezultatu (według stanu na koniec 2017 roku) w poszczególnych RPO. Dodatkowo około 20% respondentów członków Komitetu Sterującego dostrzega ryzyko nieosiągnięcia istotnych celów PD do końca 2023 roku (w szczególności nie zrealizowania planowanych wskaźników RPO). Jednocześnie 1/5 beneficjentów z naborów konkursowych ogłoszonych w latach 2015-2016 (na podstawie kryteriów rekomendowanych przez KS) deklarowała, ze wskaźniki realizacji projektu nie są osiągane zgodnie z planem. **Szczegółowe informacje znajdują się na 74-76 stronie raportu oraz w załączniku 5.2 Wyniki osiągnięcia wskaźników w ramach RPO.**	Zorganizowanie dyskusji w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu w obszarze zdrowia w ramach 16 RPO, PO POWER oraz PO IŚ w trakcie jednego z wybranych posiedzeń Komitetu Sterującego. Rekomendowany jest również stały monitoring w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych województwach przez KS.	Ministerstwo Zdrowia, Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Zorganizowanie dyskusji, w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu, w obszarze zdrowia w ramach 16 RPO, PO POWER oraz PO IŚ, na najbliższym posiedzeniu Komitetu Sterującego. Rekomendowany jest również stały monitoring w zakresie stanu realizacji wskaźników produktu i rezultatu w poszczególnych województwach przez KS. W ocenie ewalautora takie wyniki dla poszczególnych regionów powinny być prezentowane minimum raz na pół roku do końca perspektywy finansowej. Dyskusja o której mowa powinna skupiać się na problemach dotyczących osiąganych wskaźników realizacji projektów (np. liczba ogłoszonych konkursów, zawartych umów, wartość umów, czas realizacji, monitoring etapów pośrednich w projekcie na podstawie wniosków beneficjentów o płatności okresowe itd.), Efektem takich działań monitorujących może być m.in. szybkie zorientowanie się w opóźnieniach.	31.12.2018	Rekomendacja operacyjna
11	W części formularza PD dotyczącej fiszki konkursowej oraz projektu pozakonkursowego wymagane jest wskazanie danych kontaktowych osoby do kontaktów roboczych w instytucji	Należy na forum KS podjąć dyskusję dotyczącą zmiany wzoru formularza PD – w celu jego uproszczenia, a także Załącznika nr 1 do PD – w celu jego uproszczenia, a także bardziej trafnego	Ministerstwo Zdrowia, Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Podjęcie przez KS uchwały w zakresie: 1) usunięcia w arkuszu „konkurs” oraz „projekt pozakonkursowy” następującej rubryki: *Dane*	31.12.2018	rekomendacja horyzontalna operacyjna

	składającej PD. Takie samo pole figuruje w części ogólnej formularza PD. Można jednakże przyjąć, że dane zawarte w informacji ogólnej oraz w części konkursowej i dotyczącej projektów pozakonkursowych są ze sobą połączone w jeden plik, zatem niepotrzebne jest powtarzanie w kilku fiszkach danych osoby kontaktowej, ponieważ stanowi to element strony/arkusza „informacje ogólne”. Jednocześnie, w wyniku warsztatu podsumowującego pierwszy etap badania ewaluacyjnego podkreślono, że Załącznik nr 1 zawiera wiele zbędnych i niepotrzebnych danych, które nie są wykorzystywane przez KS oraz MZ. Ponadto ich gromadzenie stanowi duże obciążenie dla regionów. **Szczegółowe informacje znajdują się od 31 do 36 stronie raportu.**	wykorzystania informacji tam zawartych do celów koordynacji. Wprowadzenie ww. zmian oznaczać może aktualizację Instrukcji wypełniania Planu działań w sektorze zdrowia.		*kontaktowe osoby (osób) w instytucji składającej Plan działań do kontaktów roboczych (imię i nazwisko, komórka organizacyjna, stanowisko, tel., e-mail)* i pozostawienie jej tylko w arkuszu „informacje ogólne”; 2) usunięcia następujących kolumn z Załącznika nr 1 do PD: ✓ identyfikator /numer umowy o dofinansowanie; ✓ lokalizacja działania/projektu/ programu/ (z wyjątkiem województwa); ✓ działania planowane/ realizowane w ramach przedsięwzięć (główne rezultaty); ✓ dofinansowanie UE [PLN] W przypadku, gdy ww. zmiany zostaną zaakceptowane, konieczna będzie aktualizacja przez MZ *Instrukcji wypełniania PD w sektorze zdrowia przez KS*.		
12	Badanie potwierdziło, brak jednoznacznego celu jakiemu ma *de facto* służyć załącznik nr 1 i w jaki sposób powinien być wypełniany. Podejście do jego wypełniania i selekcja przedsięwzięć są bowiem bardzo zróżnicowane. Jedne IZ (jak np. IZ RPO Woj. Mazowieckiego) wpisują w zał. 1 wszystkie możliwe realizowane dotąd przedsięwzięcia w sposób kumulatywny, inne (jak np. IZ RPO Woj. Łódzkiego) wpisują co roku inne przedsięwzięcia, a np. IZ RPO Woj. Pomorskiego wpisała te same projekty do RPD dla roku 2016 r. i 2017 r. W części zasadne wydaje się podejście IZ RPO Woj. Zachodniopomorskiego, która wpisuje jedynie	Należy na forum KS podjąć dyskusję dotyczącą jednolitego sposobu wypełniania Załącznika nr 1.	Ministerstwo Zdrowia, Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia	Podjęcie przez KS uchwały w zakresie zmian w załączniku 1, polegających na tym, że w załączniku 1 wskazywane będą: 1) przedsięwzięcia komplementarne z projektami finansowanymi z EFSI,; 2) inne przedsięwzięcia, w których uczestniczą jednostki realizujące zadania zaplanowane w ramach PD, ze wskazaniem relacji do projektów finansowanych z EFSI (komplementarny, neutralny etc.).	31.12.2018	rekomendacja horyzontalna operacyjna

	projekty komplementarne do tych ujętych w RPD, z drugiej strony jednak takie podejście nie umożliwia sprawdzenia, czy projekty z EFSI nie dublują się z innymi, finansowanymi z innych środków. **Szczegółowe informacje znajdują się na 34 i 35 stronie raportu.**					

5. Załączniki

5.1. Zestawienie analizowanych w ramach badania wniosków o dofinansowanie w latach 2015-2016

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

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

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

Źródło: Opracowanie własne

5.2. Wyniki osiągnięcia wskaźników w ramach RPO

Wyniki osiągniętych wskaźników w ramach RPO – plik Excel do raportu końcowego.

5.3. Matryca spójności wewnętrznej

Matryca spójności wewnętrznej – plik Excel do raportu końcowego.

5.4. Matryca analizy wskaźników

Matryca analizy wskaźników – plik Excel do raportu cząstkowego.

5.5. Wyniki ankiety w zakresie rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów

Wyniki w poniższej tabeli zostały przygotowane na podstawie zbiorczych ankiet przekazanych przez 11 urzędów marszałkowskich. Średnia w kolumnie została obliczona na podstawie kafeterii wykorzystanej w ramach kwestionariusza ankiety w zakresie oceny stopnia użyteczności kryterium wyboru projektów (*czy pozwala na wybór projektów, które realizują najlepiej cele konkursu/ projektu pozakonkursowego*):

1. Zdecydowanie użyteczna,
2. Raczej użyteczna,
3. Ani użyteczna, ani nie użyteczna,
4. Raczej nieużyteczna (prośba o uzasadnienie),
5. Zdecydowanie nieużyteczna (prośba o uzasadnienie).

lp.	priorytet inwestycyjny, którego dotyczy rekomendacja dla kryteriów wyboru projektów	rodzaj kryteriów wyboru projektów, którego dotyczy rekomendacja	treść rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów	Średnia
1	2 C	Kryteria dostępu	1. Kryteria zapewniają komplementarność i interoperacyjność z innymi projektami z obszaru e-zdrowia. Oznacza to, że projekty, w tym m.in. polegającymi na dostosowaniu systemów informatycznych świadczeniodawców do wymiany danych z Systemem Informacji Medycznej lub z systemami innych świadczeniobiorców, będą weryfikowane pod kątem komplementarności, interoperacyjności oraz nie dublowania funkcjonalności przewidzianych krajowych Platformach P1 lub P2 lub P4.* **Dokument opisujący funkcjonalności przewidziane w krajowych Platformach P1, P2, i P4 dostępny jest na stronie internetowej CSIOZ*	1,83
2	2 C	Kryteria dostępu	2. Kryteria zapewniają podłączenie wytworzonych w projekcie produktów z Platformą P1 oraz zgodność ze standardami wymiany informacji opracowanymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (zwany dalej: CSIOZ), jeśli projekt obejmuje obszary wspierane w P1.* W przypadku gdy w regionie funkcjonuje platforma regionalna, produkty wytworzone w ramach projektu powinny zostać zintegrowane z Platformą P1 za pomocą platformy regionalnej. **W dokumentacji przetargowej należy zamieścić zapis mówiący o tym, że Wykonawca będzie miał obowiązek dostosowania produktów (systemu Zamawiającego) do standardów zastosowanych w P1. Proponowana treść zapisy do Opisu przedmiotu Zamówienia to: „System Zamawiającego musi zapewnić integrację funkcjonalną z systemem teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, co najmniej w zakresie opisanym w dokumencie: Opis usług biznesowych Systemu P1 wykorzystywanych w systemach usługodawców” opracowanym i udostępnionym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Integracja musi zostać zrealizowana przez Wykonawcę, a jej wynikiem musi być możliwość wymiany komunikatów pomiędzy systemem Zamawiającego i w/w systemem. Obowiązek nie dotyczy sytuacji, w której w trakcie zamówienia nie zostanie uruchomiona platforma P1, tj. nie będzie możliwości zrealizowania prac integracyjnych.”*	1,94
3	2 C	Kryteria dostępu	3. Kryteria zapewniają, że projekt dotyczący regionalnej platformy zapewnia skalowalność platformy poprzez możliwość zwiększenia liczy użytkowników, tj. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych bez względu na typ – opieka szpitalna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna (zwana dalej AOS), podstawowa opieka zdrowotna (zwana dalej: POZ) oraz bez względu na pomiot tworzący.	1,88
4	2 C	Kryteria dostępu	4. Kryteria zapewniają, że projekt dotyczący prowadzenia lub wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (zwany dalej EDM), w tym indywidualnej dokumentacji medycznej (wewnętrznej lub zewnętrznej), uwzględnia rozwiązania umożliwiające zbierania przez podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej jednostkowych danych medycznych w elektrycznym rekordzie pacjenta oraz tworzenie EDM zgodnej ze standardem HL7 CDA, opracowanym i opublikowanym przez CSIOZ.	1,38
5	2 C	Kryteria dostępu	5. Kryteria zapewniają, że projekt w zakresie budowy lub rozbudowy regionalnej platformy uwzględnienia funkcjonalności dotyczącej regionalnego repozytorium EDM, z obsługą przechowywania, archiwizacji i udostępniania EDM zgodnej z HL7 CDA, a w przypadku repozytoriów badań obrazowych przyjmowania, archiwizacji i udostępniania obiektów DICOM.	2,11
6	2 C	Kryteria Premiujące	1. Kryteria premiują projekty ukierunkowane na umożliwienie podmiotom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej i wymiany EDM, w tym poprzez: • Uzupełnienie zasobów infrastruktury techniczno-systemowej tj. sprzęt, oprogramowanie itp., pod warunkiem wykazania deficytów w tym zakresie, lub	2,16

			• Budowę oprogramowania klasy HIS oraz systemów gabinetowych (zawierających m.in. moduły ułatwiające pracę personelu medycznego), pod warunkiem wykazania deficytów w tym zakresie, lub • Szkolenia dla personelu.	
7	2 C	Kryteria Premiujące	2. Kryteria premiują objęcie jak najszerszego kręgu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w danym województwie tj. bez względu na typ – opieka szpitalna, AOS, POZ oraz bez względu na podmiot tworzący.	2,11
8	2 C	Kryteria Premiujące	3. Kryteria premiują, w odniesieniu do projektów dotyczących wymiany EDM, projekty ukierunkowane na możliwość jej wymiany pomiędzy AOS i POZ.	2,00
9	2 C	Kryteria Premiujące	4. Kryteria premiują projekty zawierające funkcjonalności w zakresie budowy i rozwoju usług dla pacjentów (usługi A2C) np. budowę/rozbudowę systemów e-rejestracji.	1,72
10	2 C	Kryteria Premiujące	5. Kryteria premiujące projekty zawierające rozwiązania synergiczne – typu grupowe zakupy systemów wsparcia (oprogramowanie, sprzęt, usługi itp.) czy tworzenie centrów kompetencji, które zapewnią wsparcie m.in. w zakresie budowy architektury systemów informacyjnych, zakupu usług, ITS i oprogramowania oraz przygotowywania OPZ.	2,27
11	2 C	Kryteria Premiujące	6. Kryteria premiują, w odniesieniu do projektów z zakresu telemedycyny, działania ukierunkowane na współpracę szpitala/AOS z POZ (np. telekonsultacje).	1,25
12	2 C	Kryteria Premiujące	7. Kryteria premiują, w odniesieniu do projektów z zakresu telemedycyny, działania ukierunkowane na deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej poprzez rozwój opieki nad pacjentem w warunkach domowych (np. telemonitoring).	2,33
13	2 C	Kryteria Premiujące	8. Kryteria premiują projekty zawierające rozwiązania gwarantujące i podnoszące bezpieczeństwo w zakresie ciągłości działania systemów do prowadzenia EDM, platform regionalnych, w tym w szczególnie w zakresie prowadzenia, wymiany i długoterminowego przechowywania EDM. Dotyczy podmiotów opieki zdrowotnej wykorzystujących i wdrażających te rozwiązania i właścicieli platform regionalnych.	1,61
14	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	1. Projekt jest realizowany wyłącznie w podmiocie posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie zbieżnym z zakresem projektu, a w przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej lub zwiększenie potencjału w tym zakresie, pod warunkiem zobowiązania się tego podmiotu do posiadania takiej umowy najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu.* ** Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.*	1,5
15	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	2. Zgodnie z pkt I.4 projekt jest zgodny z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych. Zgodność z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych oceniana jest przez Komisję Oceny Projektów na podstawie uzasadnienia wnioskodawcy zawartego we wniosku o dofinansowanie oraz - jeśli jest wymagane - OCI.	1,88
16	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	3. Zgodnie z pkt I.7, projekt posiada OCI*, którą załącza się: • w przypadku projektu pozakonkursowego – do fiszki projektu przedkładanej do zatwierdzenia przez Komitet Sterujący oraz wniosku o dofinansowanie, • w przypadku konkursu – do wniosku o dofinansowanie ** OCI dotyczy konkretnej inwestycji (a nie wnioskodawcy), a zatem dopuszczalne jest załączenie OCI wydanej na wniosek podmiotu innego niż beneficjent projektu.*	1,44
17	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	4. Zaplanowane w ramach projektu działania, w tym w szczególności w zakresie zakupu wyrobów medycznych, są uzasadnione z punktu widzenia rzeczywistego zapotrzebowania na dany produkt (wytworzona infrastruktura, w tym ilość, parametry wyrobu medycznego muszą być adekwatne do zakresu udzielanych przez podmiot świadczeń opieki zdrowotnej	1,5

			lub, w przypadku poszerzania oferty medycznej, odpowiadać na zidentyfikowane deficyty podaży świadczeń).	
18	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	5. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem.* **Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.*	1,5
19	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	6. W przypadku projektu przewidującego zakup wyrobów medycznych, wnioskodawca dysponuje lub zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.* **Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.*	1,5
20	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	7. Projekty dotyczące oddziałów o charakterze położniczym mogą być realizowane wyłącznie przez podmioty: i) które zgodnie z prognozą zapotrzebowania na placówki położnicze przedstawioną w mapie potrzeb w zakresie ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad noworodkiem wykazują potencjał na przeprowadzenie minimum 400 porodów w 2020 r., lub ii) których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia szybkiego dostępu do świadczeń położniczych, tj. które jako jedyne zapewniają świadczenia w promieniu 40 km lub iii) które w wyniku realizacji projektu będą przeprowadzać 400 porodów i jednocześnie zmiana udziału porodów powikłanych wśród wszystkich porodów będzie nie większa niż zmiana ogólnopolska.	2,05
21	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	8. Projekty dotyczące oddziałów pediatrycznych[1] mogą być realizowane wyłącznie przez podmioty, które sprawozdały co najmniej 700 hospitalizacji na oddziale pediatrycznym[2]. *[1] VIII część kodu resortowego: 4401* *[2] VIII część kodu resortowego: 4401*	2,5
22	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	9. Projekty dotyczące oddziałów o charakterze zabiegowym mogą być realizowane wyłącznie na rzecz oddziału, w którym udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na tym oddziale wynosi co najmniej 50%.	2,33
23	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	10. Projekty nie zakładają zwiększenia liczby łóżek szpitalnych – chyba, że: • taka potrzeba wynika z danych, o których mowa w pkt I.5, lub • projekt zakłada konsolidację dwóch lub więcej oddziałów szpitalnych/ szpitali, przy czym liczba łóżek szpitalnych w skonsolidowanej jednostce nie może być większa niż suma łóżek w konsolidowanych oddziałach szpitalnych/ szpitalach (chyba, że spełniony jest warunek, o którym mowa w tirecie pierwszym) – dotyczy szpitali.	2,11
24	9a	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	11. Projekty z zakresu onkologii związane z rozwojem usług medycznych lecznictwa onkologicznego w zakresie zabiegów chirurgicznych, w szczególności dotyczące sal operacyjnych, mogą być realizowane wyłącznie przez podmiot leczniczy, który przekroczył wartość progową (próg odcięcia) 60 zrealizowanych radykalnych i oszczędzających zabiegów chirurgicznych rocznie dla nowotworów danej grupy narządowej. Radykalne zabiegi chirurgiczne rozumiane są zgodnie z listą procedur wg klasyfikacji ICD9 zaklasyfikowanych jako zabiegi radykalne w wybranych grupach nowotworów zamieszczoną na platformie.	1,72
25	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	1. Kryteria premiują projekty, które zakładają działania ukierunkowane na przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu lecznictwa szpitalnego na rzecz POZ i AOS, w tym poprzez: • wprowadzenie lub rozwój opieki koordynowanej[1], lub	2,5

			• rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad pacjentem, w szczególności środowiskowych form opieki[2] (projekt zawiera działania mające na celu przejście od opieki instytucjonalnej do środowiskowej zgodnie z *„Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”* oraz z *„Krajowym Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”*). *[1] Rozumianej zgodnie z definicją opieki koordynowanej zawartej w Podrozdziale 6.3.2.3 Krajowych ram strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (str. 191). [2] Zgodnie z zapisami Krajowych ram strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, str. 133 i dalsze.*	
26	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	2. Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty, które zrealizowały, realizują lub planują realizację działań konsolidacyjnych lub podjęcie innych form współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach modelu opieki koordynowanej.	2,55
27	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	3. Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty posiadające zatwierdzony przez podmiot tworzący program restrukturyzacji zaktualizowany w oparciu o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych, zawierający działania prowadzące do poprawy ich efektywności – dotyczy szpitali.	2,66
28	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	4. Kryteria dotyczące oddziałów o charakterze zabiegowym premiują projekty dotyczące oddziałów, w których udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na tym oddziale wynosi powyżej 75%.	2,37
29	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	5. Kryteria dotyczące oddziałów o charakterze zachowawczym premiują projekty dotyczące oddziałów, w których udział przyjęć w trybie nagłym we wszystkich przyjęciach wynosi powyżej 30%.* ** Sugeruje się zróżnicowanie liczby punktów w zależności od wartości ww. udziału.*	2,38
30	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	6. Kryteria premiują projekty realizowane przez podmioty posiadające wysoką efektywność finansową.	2,72
31	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	7. Kryteria dotyczące projektów w zakresie onkologii premiują projekty realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu, kompleksową opiekę onkologiczną, rozumianą jako: • udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oprócz zakresów onkologicznych, tj. chirurgia onkologiczna, onkologia kliniczna, w minimum 2 innych zakresach w ramach lecznictwa szpitalnego i AOS o tym samym profilu, oraz • udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń chemioterapii i radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej.	1,66
32	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	8. Kryteria dotyczące projektów w zakresie onkologii premiują projekty zakładające działania przyczyniające się do: • zwiększenia wykrywalności tych nowotworów, dla których struktura stadiów jest najmniej korzystna w danym regionie, lub • w zakresie chemioterapii – zwiększenia udziału świadczeń z ww. zakresu w trybie jednodniowym lub ambulatoryjnym, lub • wcześniejszego wykrywania nowotworów złośliwych, np. poprzez premiowanie projektów realizowanych w podmiotach, które wdrażają programy profilaktyczne w powiatach, w których dane dotyczące epidemiologii (np. standaryzowany współczynnik chorobowości) wynikające z danych, o których mowa w pkt I.5 są najwyższe w danym województwie.	1,44

33	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	9. Kryteria dotyczące projektów w zakresie kardiologii premiują projekty, które zakładają wsparcie w zakresie zwiększenia dostępu do rehabilitacji kardiologicznej.	1,25
34	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	10. Kryteria dotyczące projektów w zakresie kardiologii premiują projekty realizowane przez podmioty, które zapewniają lub będą zapewniać najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu, kompleksową opiekę kardiologiczną rozumianą jako udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych w ramach posiadanego: • oddziału rehabilitacji kardiologicznej/ oddziału dziennego rehabilitacji kardiologicznej, lub • pracowni elektrofizjologii wykonującej leczenie zaburzeń rytmu, lub • oddziału kardiochirurgii, gdzie wykonywane są wysokospecjalistyczne świadczenia opieki zdrowotnej w co najmniej 2 zakresach spośród zakresów wymienionych w lp. 7 – 13 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. z 2015 r. poz. 1958). Punkty przyznawane są odrębnie za spełnienie każdego z ww. warunków.	1,88
35	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	11. Kryteria premiują projekty, które przyczyniają się do koncentracji wykonywania zabiegów kompleksowych*, w przypadku gdy na oddziale są wykonywane takie zabiegi. Oznacza to, że projekt jest premiowany w przypadku, kiedy realizowany jest na rzecz oddziału, który realizuje co najmniej 60 kompleksowych zabiegów rocznie lub ww. wartość progowa (próg odcięcia) zostanie przekroczony w wyniku realizacji projektu. ** Zabiegi kompleksowe, tj. typ zabiegów zdefiniowany zgodnie z grupami wyróżnionymi w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów.*	2,05
36	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	12. Kryteria premiują projekty przyczyniające się do zwiększenia jakości lub dostępności do diagnozy i terapii pacjentów w warunkach ambulatoryjnych.	1,5
37	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	13. Kryteria dotyczące projektów w zakresie chorób układu oddechowego premiują projekty przewidujące przesunięcie świadczeń z oddziału gruźlicy lub chorób płuc do oddziałów chorób wewnętrznych (z wyłączeniem ośrodków specjalizujących się w diagnostyce pulmonologicznej, w szczególności w diagnostyce inwazyjnej i leczeniu specjalistycznych schorzeń pulmonologicznych) – dotyczy szpitali.	2,44
38	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	14. Kryteria dotyczące projektów w zakresie opieki nad matką i dzieckiem premiują projekty realizowane w oddziałach neonatologicznych zlokalizowanych w podmiotach wysokospecjalistycznych*– dotyczy szpitali. **Sugeruje się zróżnicowanie liczby punktów w zależności od poziomu referencyjności danego podmiotu leczniczego.*	2,05
39	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	15. Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty świadczące podstawową opiekę zdrowotną znajdujące się na terenie powiatów, w których wskaźnik liczby świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności jest wyższy niż wartość dla województwa.	1,66
40	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	16. Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty świadczące podstawową opiekę zdrowotną znajdujące się na terenie powiatów, w których udział świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom w grupie wiekowej 0-5 lat oraz 65+ jest wyższy niż odpowiednie wartości dla województwa.	1,77
41	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	17. Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty świadczące podstawową opiekę zdrowotną znajdujące się na terenie powiatów, w których wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej[1] jest poniżej średniej dla województwa lub które zobowiążą się do osiągniecia w wyniku realizacji projektu wartości niższej niż wartość dla województwa.[2] *[1] Wskaźnik wykorzystania nagłej opieki medycznej definiuje się jako liczbę pacjentów, którzy byli zapisani do danego*	2,16

			świadczeniodawcy POZ, zgłosili się do szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć lub Opieki Nocnej i Świątecznej i w ciągu 2 dni od wizyty nie byli hospitalizowani, przeliczoną na 100 pacjentów zapisanych do danego POZ. *[2] Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.*	
42	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	18. Premiowane będą projekty realizowane na rzecz typu poradni*, dla których liczba porad na 100 tys. ludności w danym województwie jest mniejsza niż wartość dla Polski. **Definiowanego wg VIII części kodu resortowego*	1,83
43	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	19. W obszarze zaburzeń psychicznych premiowane będą projekty realizowane przez podmioty, które zapewniają (lub które zobowiążą się do zapewnienia w wyniku realizacji projektu)[1] kompleksową opiekę psychiatryczną, obejmującą swoim zakresem podmiot udzielający świadczeń w pięciu formach leczenia: oddział dzienny[2], poradnia[3], izba przyjęć[4] lub szpitalny oddział ratunkowy[5], oddział całodobowy[5], zespół leczenia środowiskowego[7] na terenie jednego powiatu lub powiatów sąsiadujących. *[1] Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.* *[2] VIII część kodu resortowego: 2700, 2702, 2704, 2706, 2710.* *[3] VIII część kodu resortowego: 1700, 1702, 1704, 1706, 1710, 1750, 1790.* *[4] VIII część kodu resortowego: 4900.* *[5] VIII część kodu resortowego: 3300.* *[6] VIII część kodu resortowego: 4700, 4702, 4704, 4710, 4712, 4714, 4716.* *[7] VIII część kodu resortowego: 2730, 2732.*	1,61
44	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	20 W obszarze zaburzeń psychicznych premiowane będą projekty realizowane na rzecz wsparcia innych niż stacjonarne form opieki psychiatrycznej, tj. oddziałów dziennych lub ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej (poradnie oraz zespoły leczenia środowiskowego).	1,66
45	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	21. Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty, które zapewniają (lub które zobowiążą się do zapewnienia w wyniku realizacji projektu)* dostęp do różnorodnych form opieki rehabilitacyjnej. **Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.*	1,62
46	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	22. Premiowane będą projekty realizowane przez podmioty, które zobowiążą się do zwiększenia udziału pacjentów rehabilitowanych po hospitalizacji w wyniku realizacji projektu.* ** Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości.*	2,00
47	9a	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	23. W zakresie opieki paliatywnej lub hospicyjnej oraz w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wykonywanych w ramach opieki długoterminowej premiowane będą projekty realizowane przez podmioty znajdujące się na terenie powiatów, w których dotychczas nie były udzielane świadczenia w tym zakresie.	1,83
48	8vi	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	1. Kryteria zapewniają, że działania realizowane w projekcie przez projektodawcę oraz ewentualnych partnerów są zgodne z zakresem właściwego programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, który jest załącznikiem do regulaminu konkursu, o ile przedsięwzięcie jest realizowane w formule RPZ.	1,33
49	8vi	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	2 Kryteria zapewniają, że w przypadku, gdy projekt przewiduje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest to możliwe wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą uprawnione do tego na mocy przepisów prawa	1,33

			powszechnie obowiązującego.	
50	8vi	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	3 Kryteria zapewniają, że grupę docelową w projekcie stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej, będące w grupie podwyższonego ryzyka, które zostaną objęte badaniami skriningowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrycia choroby, o ile projekt obejmuje badania skriningowe.	2,72
51	8vi	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	1 Kryteria premiują projekty, w których wnioskodawca lub partner jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.	2,05
52	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka piersi	1. Kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są zgodnie z warunkami realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka piersi.	2,33
53	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka piersi	2. Kryteria zapewniają, że działania realizowane w projekcie są skoncentrowane na wsparciu osób pracujących, uczących się lub posiadających miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka piersi (szczegółowa lista gmin znajduje się w załączniku nr 1 do niniejszych rekomendacji). Zastrzega się, że minimalny odsetek uczestników projektu będących osobami pracującymi, uczącymi się lub posiadającymi miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka piersi ustalony przez IZ RPO nie może być niższy niż 30% wszystkich uczestników projektu.	2,27
54	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy	1. Kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są zgodnie z warunkami realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy.	2,11
55	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy	2. Kryteria zapewniają, że działania realizowane w projekcie są skoncentrowane na wsparciu osób pracujących, uczących się lub posiadających miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy (szczegółowa lista gmin znajduje się w załączniku nr 2 do niniejszych rekomendacji). Zastrzega się, że minimalny odsetek uczestników projektu będących osobami pracującymi, uczącymi się lub posiadającymi miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy ustalony przez IZ RPO nie może być niższy niż 30% wszystkich uczestników projektu.	2,27
56	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego	1 Kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są zgodnie z warunkami realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka jelita grubego.	1,88
57	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego	2 Kryteria zapewniają, że wykonywanie badań kolonoskopowych w projekcie odbywa się wyłącznie w systemie oportunistycznym.	2,33
58	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita	3 Kryteria zapewniają, że działania w projekcie realizowane są wyłącznie na rzecz osób pracujących, uczących się lub posiadających miejsce zamieszkania na obszarze gminy/gmin wskazanych jako „biała plama” w zakresie profilaktyki raka jelita grubego (szczegółowa lista obszarów znajduje się w załączniku nr 3 do niniejszych rekomendacji).	2,68

		grubego		
59	8vi	Dodatkowe kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka jelita grubego	4 Kryteria zapewniają, że realizatorzy działań w projekcie zobowiązani są do bieżącego wprowadzania danych do systemu informatycznego SI-PBP-EFS.	2,11
60	8vi	Dodatkowe kryteria premiujące dostępu o charakterze obligatoryjnym dla działań z zakresu profilaktyki raka	1 Kryteria premiują projekty, w ramach których będą wykonywane badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w lokalizacji znajdującej się na terytorium powiatu, który stanowi tzw. „białą plamę” przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, które obecnie nie realizują świadczeń zdrowotnych w zakresie kolonoskopii finansowanych ze środków publicznych, w tym środków europejskich na tym terytorium (szczegółowa lista obszarów znajduje się w załączniku nr 3 do niniejszych rekomendacji).	2,27
61	9iv	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	1 Kryteria zapewniają, że w przypadku, gdy projekt przewiduje udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, jest to możliwe wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą uprawnione do tego na mocy przepisów prawa powszechnie obowiązującego.	1,3
62	9iv	Kryteria dostępu o charakterze obligatoryjnym	2 Kryteria zapewniają, że działania realizowane w projekcie przez projektodawcę oraz ewentualnych partnerów są zgodne z zakresem właściwego programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, który jest załącznikiem do regulaminu konkursu, o ile przedsięwzięcie jest realizowane w formule RPZ.	1,15
63	9iv	Kryteria premiujące o charakterze obligatoryjnym	Kryteria premiują projekty, w których wnioskodawca lub partner jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.	2,3