Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Rzeczpospolita Polska

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Fundusz Spójności

OCENA WPŁYWU DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH W RAMACH IX OSI PRIORYTETOWEJ PO IIŚ 2014-2020 NA POPRAWĘ STANU ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA - ETAP I

RAPORT KOŃCOWY

Zamawiający:

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Wykonawca:

EU-CONSULT sp. z o.o.
ul. Toruńska 18C, lokal D
80-747 Gdańsk

Gdańsk 2021

Celem głównym badania było opracowanie metodyki i pilotażowa ocena wpływu działań podjętych w ramach IX Osi Priorytetowej (OP) PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej. Na potrzeby ewaluacji przeprowadzone zostały: analiza danych zastanych, analiza makroekonomiczna, badanie ankietowe z beneficjentami IX OP PO IiŚ (293 respondentów), indywidualne wywiady pogłębione (7 wywiadów z kadrą zarządzającą IP, opiekunami projektów oraz z pracownikami IZ PO IiŚ), zogniskowany wywiad grupowy z ekspertami środowiskowymi, a także analiza studiów przypadku (case study).

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, w tym wyniku przeprowadzonych badań ilościowych i jakościowych, udzielone wsparcie w pełni odpowiadało zaplanowanej logice interwencji. Celem OP IX było zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej. W tym celu wsparcie udzielane było dwutorowo, tj. poprzez Działanie 9.1 *Infrastruktura ratownictwa medycznego*, które zapewniało wsparcie w obszarze infrastruktury ratownictwa medycznego oraz Działanie 9.2 *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych* odnoszące się do rozwoju infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych.

Poziom osiągnięcia poszczególnych wskaźników programowych pozwala na pozytywną ocenę skuteczności działań wdrożonych w latach 2014-2020. Już wg stanu na koniec 2020 r. 6 wskaźników osiągnęło wartość docelową (planowaną na 2023 r.) wg zatwierdzonych wniosków o płatność/płatność końcową. Ponadto, większość wskaźników osiągnęła już wartość docelową wg szacunków na podstawie zawartych umów (niejednokrotnie znacznie przekraczając zakładaną pierwotnie wartość docelową). Dotychczasowy poziom realizacji wskaźników programowych w opinii ewaluatora uznać należy za pozytywny, co również zgodnie potwierdzili wszyscy respondenci w ramach przeprowadzonych wywiadów pogłębionych (oraz eksperci biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym), wskazując na brak istotnych ryzyk względem możliwości nieosiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników.

Wpływ interwencji na jakość świadczonych przez placówkę usług medycznych uznać należy za znaczący. Wniosek ten wynika z analizy zakresu wspieranych projektów, kwoty przeznaczonego na ich realizację dofinansowania oraz wyników badań ilościowych i jakościowych. Zarówno w przypadku badanych beneficjentów Działania 9.1, jak i 9.2 odnotowano znaczny wzrost udziału ocen pozytywnych w zakresie jakości świadczonych przez nich usług medycznych w okresach przed realizacją projektu i w momencie przeprowadzenia niniejszego badania.

Przeprowadzone badania ankietowe z beneficjentami OP IX PO IiŚ 2014-2020 potwierdzają również, że uzyskane wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówek do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych.

Główną trudnością napotykaną przez beneficjentów OP IX był problem rosnących cen robót budowlanych. Wsparcie udzielane w ramach OP IX miało w dużej mierze charakter infrastrukturalny, poprzez co wzrosty cen zarówno prac, jak i materiałów budowlanych były mocno odczuwalne przez beneficjentów. Wskazywali oni również na ograniczoną kwalifikowalność wydatków, problemy w zakupie niektórych rodzajów sprzętów medycznych (w tym na opóźnienia w ich dostawach) oraz trudności związane z wystąpieniem sytuacji epidemicznej (poprzez co m.in. ograniczona została liczba realizowanych (planowanych) zabiegów, co powodowało trudności w osiąganiu założonej wartości wskaźnika liczba leczonych w podmiotach objętych wsparciem).

Na potrzeby ewaluacji uzupełniono stosowany dotychczas system monitoringu rzeczowo-finansowego o elementy, które umożliwiłyby m.in. wyjaśnienie mechanizmów oddziaływania zaprogramowanej interwencji na realizację założonego celu szczegółowego OP IX. W tym celu opracowany został *Podręcznik*, opisujący metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP. Metodologia zawarta w ww. dokumencie uwzględnia zarówno badanie beneficjentów i potencjalnych beneficjentów metodą kontrfaktyczną (pozwalając poznać osiągnięty efekt netto interwencji), jak i analizę makroekonomiczną stanowiącą uzupełnienie ww. pomiaru (prezentując informacje kontekstowe, wskazując na zmiany zachodzące w poszczególnych obszarach sektora ochrony zdrowia zarówno w okresie przed wdrożeniem interwencji, jak i w trakcie realizacji projektów oraz (docelowo) po ich zakończeniu w 2023 r. (w ramach pomiaru prowadzonego w przyszłości). Metodyka opracowana na potrzeby *Podręcznika* opiera się wyłącznie na danych statystycznych dostępnych w rejestrach publicznych (lub bazach komercyjnych, do których dostęp został zweryfikowany przez Wykonawcę *Podręcznika*). Szczegółowa lista wskaźników, wraz ze źródłami danych, zawarta została w treści *Podręcznika* (który stanowi aneks do niniejszego opracowania).

Conducted study aimed at the development of a methodology and the pilot assessment of the impact of measures under Priority Axis IX (PA) of the Operational Programme Infrastructure and Environment (OPI&E), undertaken in 2014-2020 for the implementation of the specific objective of the PA. The evaluation adopted following research methods: analysis of existing data, macroeconomic analysis, a survey conducted with beneficiaries of the IX PA of the OPI&E (293 respondents), individual in-depth interviews (7 interviews with the IB management staff, project supervisors and employees of the MA of the OPI&E), focus group interview with environmental experts and analysis of case studies

According to the conducted analysis, including results of quantitative and qualitative research, implemented support was coherent with the planned intervention logic. The objective of IX PA was to provide the population with an access to health care infrastructure and to improve the efficiency of the health care system. In order to fulfil the objective, support was provided in two manners, that is through the Measure 9.1 Medical rescue infrastructure and Measure 9.2 Infrastructure of supra-regional medical entities.

The achievement of programme indicators results in a positive assessment of the effectiveness of measures implemented in 2014-2020. According to approved applications for payment/final payments, at the end of 2020, 6 indicators have already reached the target value (planned for 2023). Furthermore, the most of the indicators have reached the target value according to the estimates based on the signed contracts, often significantly exceeding the originally planned target value. The evaluator concluded that the current level of implementation of programme indicators should be considered positive, confirmed by all respondents of conducted in-depth interviews and experts participating in the focus group interview. Respondents of interviews did not observe any significant risks concerning the possibility of not achieving the assumed target values of indicators.

The impact of implemented support on the quality of offered medical services should be considered significant taking into consideration the analysis of the scope of supported projects, the amount of co-financing allocated to their implementation and results of

quantitative and qualitative research. In the case of surveyed beneficiaries of Measure 9.1 and 9.2 a significant increase was observed, concerning the number of positive assessments regarding the quality of medical services offered before the project implementation and at the time of conducting present study.

Surveys conducted with beneficiaries of the IX PA of the 2014-2020 OPI&E resulted in the conclusion that the obtained support made it possible to adapt facilities to the needs resulting from demographic changes.

Rising prices of construction works constituted the most significant difficulty observed by beneficiaries of IX PA. Support under IX PA to the large extent concerned infrastructure, therefore the increase in prices of works and construction materials were problematic for beneficiaries. They also drew their attention to the limited eligibility of expenses, problems concerning the purchase of certain types of medical equipment (including delays in their deliveries) and difficulties related to the outbreak of the epidemic (which, among others, limited the number of performed (planned) treatments, causing problems in achieving the planned value of the indicator regarding the number of patients treated in the entities covered by support).

The evaluation adapted the supplementation of material and financial monitoring system with elements that would, inter alia, explain the mechanisms of impact of the programmed intervention on the implementation of the specific objective of IX PA. The Manual was developed for this reason, describing the methodology for assessing the impact of measures undertaken under IX PA of the 2014-2020 OPI&E on the implementation of the specific objective of the PA. The methodology contained in the Manual includes the study of beneficiaries and potential beneficiaries using the counterfactual method (assessing the achieved net effect of the intervention) and the macroeconomic analysis supplementing the study, regarding information on changes occurring in individual areas of the health care sector, both in the period before the implementation of the intervention, during the implementation of projects and after their completion in 2023 (as part of the measurement to be conducted in the future). The methodology developed for the Manual is based on statistical data available in public registers (or commercial databases, access to which was verified by the Contractor of the Manual). A detailed list of indicators and sources of data are included in the Manual (constituting an annex to the report).

Spis treści

Streszczenie 3

Summary 5

1. Wykaz skrótów i objaśnienie wykorzystanej terminologii 10

2. Wprowadzenie 11

3. Zarys metodologiczny 15

3.1. Metody i techniki badawcze wykorzystane na potrzeby analizy 15

3.1.1. Analiza danych zastanych 15

3.1.2. Analiza makroekonomiczna 16

3.1.3. Indywidualne wywiady pogłębione realizowane face-to face (IDI) lub telefonicznie (ITI) z pracownikami IP, w tym kadrą zarządzającą IP oraz opiekunami projektów oraz z pracownikami IZ PO IiŚ 16

3.1.4. Zogniskowany wywiad grupowy (FGI) z ekspertami środowiskowymi 16

3.1.5. Analiza studiów przypadku w zakresie efektów wdrażania na przykładowych projektach 17

3.1.6. Wywiad kwestionariuszowy (CAWI/CATI – mixed mode design) z beneficjentami Działania 9.1 PO IiŚ oraz Działania 9.2 PO IiŚ 19

4. Opis wyników badania w podziale na pytania ewaluacyjne 21

4.1. Ocena logiki interwencji 21

4.1.1. Analiza zawartych umów o dofinansowanie 21

4.1.2. Jaka była logika interwencji w ramach IX OP PO IiŚ? 25

4.1.3. Czy udzielone wsparcie odpowiadało zaplanowanej logice interwencji? 27

4.2. Ocena wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej 31

4.2.1. Czy w ramach oceny wpływu należy wykorzystać inne, dostępne wskaźniki ze statystyki publicznej – w stosunku do wskaźników strategicznych przypisanych do IX OP PO IiŚ lub dane wynikające z realizacji niniejszego badania? A jeżeli tak, to jakie i dlaczego? 31

4.2.2. Jakie są ograniczenia oceny wpływu w ramach zaproponowanej metodyki oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej? Jakie czynniki należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników tej oceny? Czy brakuje jakichkolwiek danych i informacji, a jeżeli tak – to jakich? 35

4.2.3. Jakie dane są niezbędne, aby dokonywać oceny wpływu zgodnie z zaproponowaną w ramach niniejszej ewaluacji metodyką? 39

4.2.4. Jak należy ocenić skuteczność działań wdrożonych w latach 2014-2020, biorąc pod uwagę zaplanowaną logikę interwencji (wartości osiągnięte wskaźników programowych w zakresie postępu rzeczowego i finansowego IX OP PO IiŚ), jak również istniejące wyzwania i ograniczenia? 39

4.2.5. Czy realizacja IX OP PO IiŚ przyniosła zmiany w zakresie poprawy świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym? 46

4.2.6. W jakim stopniu zrealizowany został cel szczegółowy IX OP PO IiŚ (zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej) oraz zakładany rezultat przedmiotowej interwencji (nastąpiła poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym)? Jeżeli cel szczegółowy / zakładany rezultat interwencji nie zostały w pełni zrealizowane, to dlaczego? 60

4.2.7. W jakim stopniu zmiany w obszarach zdefiniowanych w PO IiŚ jako priorytetowe z punktu widzenia trendów epidemiologicznych i demograficznych / poprawy świadczonych usług medycznych w obszarach deficytowych z punktu widzenia społeczeństwa i gospodarki mogą być / są wynikiem interwencji ze środków EFRR w ramach IX OP? W jaki sposób realizacja IX OP PO IiŚ wpłynęła na zmiany w tym zakresie? 69

4.2.8. Czy pojawiły się niezamierzone / nieplanowane zmiany w zakresie dostępu do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej, które można przypisać interwencji realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ? Jakie to były zmiany? Czy miały charakter pozytywny? 77

4.3. Zidentyfikowane bariery i ograniczenia 80

4.3.1. Czy przy wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach IX PO IiŚ, biorąc pod uwagę istniejące ograniczenia, można było osiągnąć większy wpływ na dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej? 80

4.3.2. Jakie ograniczenia mogły wpłynąć na wielkość wpływu realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ interwencji? 81

4.4. Zalecenia względem przyszłego okresu programowania w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia 88

4.4.1. Czy i w jakim zakresie, w oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji, należy kontynuować dotychczasowe wsparcie? 88

4.4.2. Jakie zmiany należy wprowadzić w ramach interwencji z EFRR w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027, w oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji? 91

4.4.3. W jaki sposób należy podejmować interwencję publiczną w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia (ze środków IX OP PO IiŚ i podobnych interwencji współfinansowanych z EFRR, w obecnym i kolejnych okresach programowania), aby w największym możliwie stopniu wpłynąć na dostępność infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej? 92

4.5. Wpływ COVID-19 na formę interwencji i osiągane rezultaty 94

4.5.1. W jakim stopniu interwencja podjęta w związku z sytuacją epidemiczną w Polsce (epidemia COVID-19) okazała się skuteczna oraz wpłynęła na realizację celu szczegółowego IX OP PO IiŚ oraz zakładanego rezultatu przedmiotowej interwencji - na obecnym etapie wdrażania projektów? 94

4. Wnioski i rekomendacje 97

5. Spis tabel i elementów graficznych 106

6. Bibliografia 109

7. Aneksy 111

7.1. Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze (plik zewnętrzny) 111

7.2. Analiza studiów przypadku (plik zewnętrzny) 111

7.3. Dokumentacja badawcza z badań ilościowych i jakościowych (zewnętrzne bazy danych i pliki źródłowe) – transkrypcje, tabele wynikowe, ilościowe bazy danych 111

7.4. Podręcznik opisujący metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP (plik zewnętrzny) 111

7.5. Wzory wykorzystanych narzędzi badawczych (plik zewnętrzny) 111

1. Wykaz skrótów i objaśnienie wykorzystanej terminologii

Skrót/termin	Objaśnienie
CU	centrum urazowe
FGI	zogniskowany wywiad grupowy
IDI	indywidualny wywiad pogłębiony
ITI	telefoniczny wywiad pogłębiony
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
KE	Komisja Europejska
LPR	Lotnicze pogotowie ratunkowe
MFiPR	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
OP IX	Oś Priorytetowa IX Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020
Podręcznik	Podręcznik opisujący metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
UE	Unia Europejska

Źródło: opracowanie własne

Celem głównym badania było opracowanie metodyki i pilotażowa ocena wpływu (pomiar bazowy) działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej.
Określono ponadto szereg **celów szczegółowych**:

Rysunek 1. Cele szczegółowe badania

- opis i ocena logiki interwencji przyjętej w ramach IX OP PO IiŚ
- ocena skuteczności działań podejmowanych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na podstawie dostępnych danych (wskaźników programowych – produktu i rezultatu bezpośredniego)
- opracowanie metodyki oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP na podstawie dostępnych danych (wskaźników strategicznych / innych, dostępnych danych) wraz z propozycją narzędzi badawczych
- pilotaż narzędzi oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP
- ocena wpływu działań podejmowanych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na osiągniecie celu szczegółowego przedmiotowej OP i zakładanych w jej ramach rezultatów wsparcia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie SOPZ

Realizacja celu głównego badania (oraz celów szczegółowych) nastąpiła w drodze udzielenia odpowiedzi na szereg przedstawionych poniżej pytań ewaluacyjnych (zagregowanych do powiązanych ze sobą zestawów pytań odnoszących się do poszczególnych obszarów tematycznych):

Tabela 1. Pytania ewaluacyjne

L.p.	Obszar tematyczny	Pytania ewaluacyjne
1.	**Ocena logiki interwencji**	✓ Jaka była logika interwencji w ramach IX OP PO IiŚ? ✓ Czy udzielone wsparcie odpowiadało zaplanowanej logice interwencji? ✓ Jak należy ocenić skuteczność działań wdrożonych w latach 2014-2020, biorąc pod uwagę zaplanowaną logikę interwencji (wartości osiągnięte wskaźników programowych w zakresie postępu rzeczowego i finansowego IX OP PO IiŚ), jak również istniejące wyzwania i ograniczenia?
2.	**Ocena wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej**	✓ Czy w ramach oceny wpływu należy wykorzystać inne, dostępne wskaźniki ze statystyki publicznej – w stosunku do wskaźników strategicznych przypisanych do IX OP PO IiŚ lub dane wynikające z realizacji niniejszego badania? A jeżeli tak, to jakie i dlaczego? ✓ Jakie są ograniczenia oceny wpływu w ramach zaproponowanej metodyki oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej? ✓ Jakie czynniki należy wziąć pod uwag przy interpretacji wyników tej oceny? ✓ Jakie dane są niezbędne, aby dokonywać oceny wpływu zgodnie z zaproponowana w ramach niniejszej ewaluacji metodyką? ✓ Czy brakuje jakichkolwiek danych i informacji, a jeżeli tak – to jakich? ✓ Czy realizacja IX OP PO IiŚ przyniosła zmiany w zakresie poprawy świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym? ✓ W jakim stopniu zrealizowany został cel szczegółowy IX OP PO IiŚ (zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej) oraz zakładany rezultat przedmiotowej interwencji (nastąpiła poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów

L.p.	Obszar tematyczny	Pytania ewaluacyjne
		ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym)? ✓ Jeżeli cel szczegółowy / zakładany rezultat interwencji nie zostały w pełni zrealizowane, to dlaczego? ✓ W jakim stopniu zmiany w obszarach zdefiniowanych w PO IiŚ jako priorytetowe z punktu widzenia trendów epidemiologicznych i demograficznych / poprawy świadczonych usług medycznych w obszarach deficytowych z punktu widzenia społeczeństwa i gospodarki mogą być / są wynikiem interwencji ze środków EFRR w ramach IX OP? ✓ W jaki sposób realizacja IX OP PO IiŚ wpłynęła na zmiany w tym zakresie? ✓ Czy pojawiły się niezamierzone / nieplanowane zmiany w zakresie dostępu do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej, które można przypisać interwencji realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ? Jakie to były zmiany? Czy miały charakter pozytywny?
3.	**Zidentyfikowane bariery i ograniczenia**	✓ Czy przy wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach IX PO IiŚ, biorąc pod uwagę istniejące ograniczenia, można było osiągnąć większy wpływ na dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej? ✓ Jakie ograniczenia mogły wpłynąć na wielkość wpływu realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ interwencji?
4.	**Zalecenia względem przyszłego okresu programowania w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia**	✓ Czy i w jakim zakresie, w oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji, należy kontynuować dotychczasowe wsparcie? ✓ Jakie zmiany należy wprowadzić w ramach interwencji z ERRR w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027, w oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji? ✓ W jaki sposób należy podejmować interwencję publiczną w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia (ze środków IX OP PO IiŚ i podobnych interwencji współfinansowanych z EFRR, w obecnym i kolejnych okresach programowania), aby w największym możliwie stopniu wpłynąć na dostępność infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej?
5.	**Wpływ COVID-19 na formę**	✓ W jakim stopniu interwencja podjęta w związku z sytuacją epidemiczną w Polsce (epidemia COVID-19) okazała się

L.p.	Obszar tematyczny	Pytania ewaluacyjne
	interwencji i osiągane rezultaty	skuteczna oraz wpłynęła na realizację celu szczegółowego IX OP PO IiŚ oraz zakładanego rezultatu przedmiotowej interwencji - na obecnym etapie wdrażania projektów?

Źródło: Opracowanie własne na podstawie SOPZ

Zakres czasowy badania objął okres od początku wdrażania interwencji do końca 2020 r.

3.1. Metody i techniki badawcze wykorzystane na potrzeby analizy

Poniżej przedstawione zostały poszczególne metody/techniki gromadzenia i analizy danych wykorzystane w niniejszym badaniu.

3.1.1. Analiza danych zastanych

Analiza danych zastanych objęła:

a) dokumenty strategiczne i programowe (m.in. *Strategię na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*, *Umowę Partnerstwa na lata 2014-2020*, *Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, PO IiŚ 2014-2020, SzOOP PO IiŚ 2014-2020, wytyczne MFiPR - w tym *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020*);
b) dokumentację konkursową oraz projektową w ramach IX OP PO IiŚ (w tym wszystkie regulaminy konkursów oraz wybrane wnioski o dofinansowanie projektów – analiza na próbie n=200 wniosków o dofinasowanie projektów, o których mowa w pkt III.1.3) lit. d SOPZ))[1];
c) dane o postępie rzeczowo-finansowym IX OP PO IiŚ z systemu SL2014;
d) sprawozdania roczne z wdrażania Programu oraz IX OP PO IiŚ za 2020 rok i wcześniejsze;
e) aktualne na dzień realizacji badania informacje kwartalne z realizacji IX OP PO IiŚ;
f) dane wskaźnikowe PO IiŚ 2014-2020 (wskaźniki postępu rzeczowego z poziomu projektów zgromadzone w systemie SL2014 oraz wskaźniki rezultatu strategicznego obserwowane w ramach systemu STRATEG[2];

[1] Wnioski zostały wylosowane przez Wykonawcę spośród puli wszystkich przekazanych przez Zamawiającego WOD.
[2] Wskaźniki: Liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy [osoby] oraz Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (OECD) [dni]. Ponadto przeanalizowane zostały inne wskaźniki, niezwiązane bezpośrednio z OP IX, lecz odnoszące się do sektora ochrony zdrowia.

g) wyniki badań ewaluacyjnych lub analiz związanych tematycznie z przedmiotem badania;
h) informacje kontekstowe, takie jak prawodawstwo, zalecenia i wytyczne;
i) inne powszechnie dostępne dokumenty naukowe i publikacje, bazy danych oraz statystyki publiczne[3].

3.1.2. Analiza makroekonomiczna

Analiza makroekonomiczna dotyczyła oceny wpływu interwencji w ramach IX OP PO IiŚ na sektor ochrony zdrowia w Polsce, z uwzględnieniem celów i rezultatów określonych dla IX OP PO IiŚ. Analiza objęła szereg dostępnych danych statystycznych dotyczących sektora ochrony zdrowia w Polsce i objęła m.in. przedstawienie liniowej funkcji trendów oraz współczynnika R^2 informującego o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Pełne wyniki analizy zamieszczone zostały w *Podręczniku*, a w syntetycznej formie opisano je w treści niniejszego raportu.

3.1.3. Indywidualne wywiady pogłębione realizowane face-to face (IDI) lub telefonicznie (ITI) z pracownikami IP, w tym kadrą zarządzającą IP oraz opiekunami projektów oraz z pracownikami IZ PO IiŚ

Ze względu na sytuację epidemiczną, wywiady przeprowadzone zostały w formie telefonicznej (ITI) oraz w formie zdalnej, przy wykorzystaniu platformy do komunikacji online.

Wielkość próby: 7.

Sposób doboru próby: Wykonawca zrealizował wywiady z pracownikami IP, w tym kadrą zarządzającą IP i opiekunami projektów (ogółem 4 wywiady) oraz 3 wywiady z pracownikami IZ PO IiŚ.
Badanie pozwoliło na uzyskanie pogłębionych informacji odnoszących się bezpośrednio do stawianych badaniu pytań ewaluacyjnych od osób zaangażowanych we wdrażanie wsparcia.

3.1.4. Zogniskowany wywiad grupowy (FGI) z ekspertami środowiskowymi

FGI przeprowadzone zostało na stosunkowo wczesnym etapie procesu badawczego. Podejście to wynikało z potrzeby zaangażowania ekspertów środowiskowych w tworzony *Podręcznik* opisujący metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP na podstawie dostępnych danych. Jednocześnie, prócz zagadnień związanych z ww. *Podręcznikiem*,

[3] Szczegółowa lista źródeł umieszczona została w raporcie metodologicznym.

podczas badania postawione zostały również inne pytania, odnoszące się do pytań ewaluacyjnych.

Spotkanie, ze względów epidemicznych, przeprowadzone zostało w formule zdalnej, przy wykorzystaniu platformy do komunikacji online.

Wielkość próby: 1 FGI, w którym wzięło udział 6 ekspertów środowiskowych.

Sposób doboru próby: Celowy – eksperci zostali wybrani ze względu na dorobek naukowy oraz doświadczenie zawodowe związane z tematyką ewaluacji. W wywiadzie udział wzięli: ekspert oceniający wnioski o dofinansowanie, pracownicy naukowi Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, opiekunowie projektów oraz przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.

3.1.5. Analiza studiów przypadku w zakresie efektów wdrażania na przykładowych projektach

Przeprowadzona analiza dotyczyła projektów realizowanych w ramach Działania 9.1 i Działania 9.2 PO IiŚ 2014-2020.

Liczba studiów przypadku: 6.

Dobór próby: Celowy – case study przeprowadzone zostały dla projektów cechujących się wyjątkową skutecznością. Przeprowadzono 6 studiów przypadku w podziale na:

- 3 projekty wybrane w trybie konkursowym,
- 2 projekty wybrane w trybie pozakonkursowym,
- 1 projekt wybrany w trybie nadzwyczajnym.

Struktura próby:

Tabela 2. Struktura próby do badania case study

L.p.	Numer umowy/ decyzji/ aneksu	Tytuł projektu	Tryb wyboru	Beneficjent
1.	POIS.09.01.00-00-0252/17-02	Budowa lądowiska przy Szpitalu Miejskim w Miastku Sp. z o.o. w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego na obszarze powiatu bytowskiego oraz powiatów ościennych	Pozakon kursowy	SZPITAL MIEJSKI W MIASTKU SP. Z O.O.

L.p.	Numer umowy/ decyzji/ aneksu	Tytuł projektu	Tryb wyboru	Beneficjent
2.	POIS.09.01.00-00-0188/17-01	Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łęcznej	Konkursowy	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZNEJ
3.	POIS.09.02.00-00-0094/17-02	Modernizacja infrastruktury Kliniki Chorób Wewnętrznych i pracowni diagnostyczno-terapeutycznych IMW	Konkursowy	INSTYTUT MEDYCYNY WSI IM. WITOLDA CHODŹKI
4.	POIS.09.02.00-00-0089/17-02	Poprawa funkcjonowania ponadregionalnego wysokospecjalistycznego ośrodka medycznego poprzez zakup wyposażenia dla Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Konkursowy	ORTOPEDYCZNO - REHABILITACYJNY SZPITAL KLINICZNY IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
5.	POIS.09.02.00-00-0194/20-00	Wzmocnienie infrastruktury ochrony zdrowia poprzez zakup aparatury i sprzętu medycznego doraźnie ratującego zdrowie i życie wszystkich chorych w tym osób zagrożonych epidemią „COVID-19”	Nadzwyczajny	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH
6.	POIS.09.02.00-00-0122/17-01	Rozbudowa i modernizacja zakładu radioterapii w celu poprawy dostępności	Pozakonkursowy	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA

L.p.	Numer umowy/ decyzji/ aneksu	Tytuł projektu	Tryb wyboru	Beneficjent
		i jakości leczenia pacjentów onkologicznych w SP ZOZ MSWIA z WMCO w Olsztynie – etap nr 1 wymiana istniejącego akceleratora wraz z adaptacją istniejącego bunkra na potrzeby instalacji oraz dostosowaniem istniejącej infrastruktury		SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI Z WARMIŃSKO - MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE

Źródło: Opracowanie własne

3.1.6. Wywiad kwestionariuszowy (CAWI/CATI – mixed mode design) z beneficjentami Działania 9.1 PO IiŚ oraz Działania 9.2 PO IiŚ

Wielkość populacji badanej: 437 projektów.

Wielkość próby: Wykonawca dążył do realizacji 437 wywiadów, tj. próby pełnej, obejmującej całość populacji (podjęto próby realizacji badania ze wszystkimi podmiotami, przy czym należy zaznaczyć, że skuteczna realizacja badania pełnego przy tak licznej populacji jest w praktyce niemożliwa, szczególnie biorąc pod uwagę typ beneficjenta i wpływ aktualnej (na moment prowadzenia badań) sytuacji epidemicznej na ich funkcjonowanie).
Jednostkę analizy stanowił projekt. Zgodnie z SOPZ za minimum przyjęte zostało 200 skutecznych wywiadów (100 projektów z beneficjentami Działania 9.1 PO IiŚ oraz 100 projektów z beneficjentami Działania 9.2 PO IiŚ). Ostatecznie udało się przekroczyć minimalną, wskazaną powyżej, wielkość próby badawczej i **zrealizowano łącznie 293 wywiady** (189 w przypadku beneficjentów Działania 9.1 oraz 104 w ramach Działania 9.2). Taka liczba przeprowadzonych wywiadów wynika ze stosunkowo wysokiego poziomu responsywności w przypadku badania CAWI. Metodą ta zrealizowano bowiem 290 wywiadów (189 w przypadku Działania 9.1 oraz 101 w przypadku działania 9.2). Pozostałe 3 wywiady przeprowadzone zostały metodą CATI i przypadły na Działanie 9.2 (potrzeba ich realizacji wynikała z konieczności spełnienia założeń przyjętej próby badawczej.

Poniżej przedstawiono szczegółowy rozkład próby badawczej. Warto zaznaczyć, że warunek reprezentatywności dla badanej populacji (przy założeniu błędu maksymalnego na poziomie 5% oraz poziomie ufności 95%) spełniony został już na poziomie realizacji 204 wywiadów.

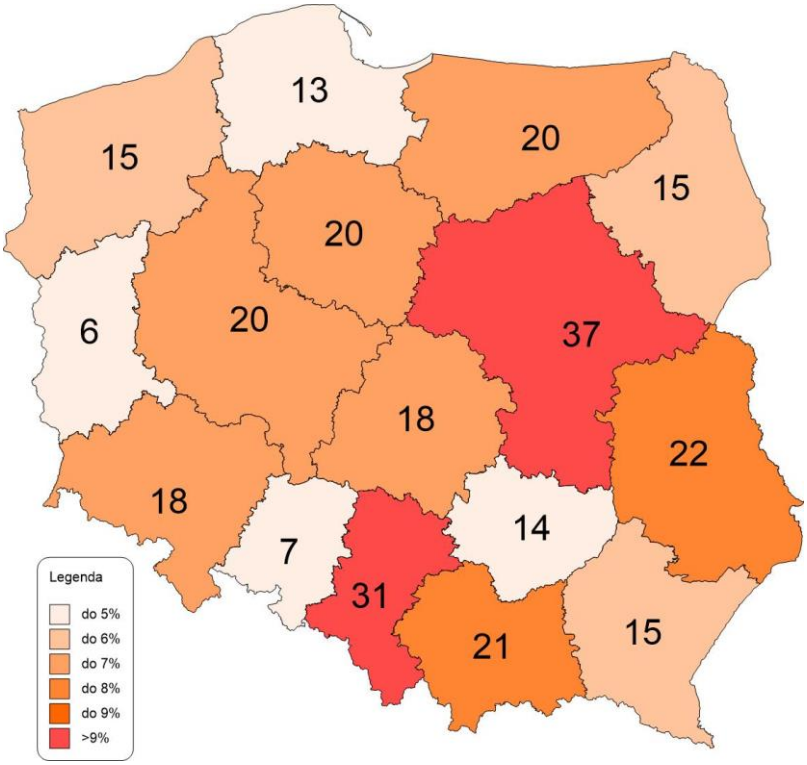
Zrealizowane badanie znacznie przekracza więc ten poziom. Ponadto, również biorąc pod uwagę strukturę beneficjentów (ich liczebności przypadające na Działanie 9.1 oraz 9.2) w badaniu zachowana została bardzo wysoka zbieżność.

Tabela 3. Struktura zrealizowanej próby badawczej

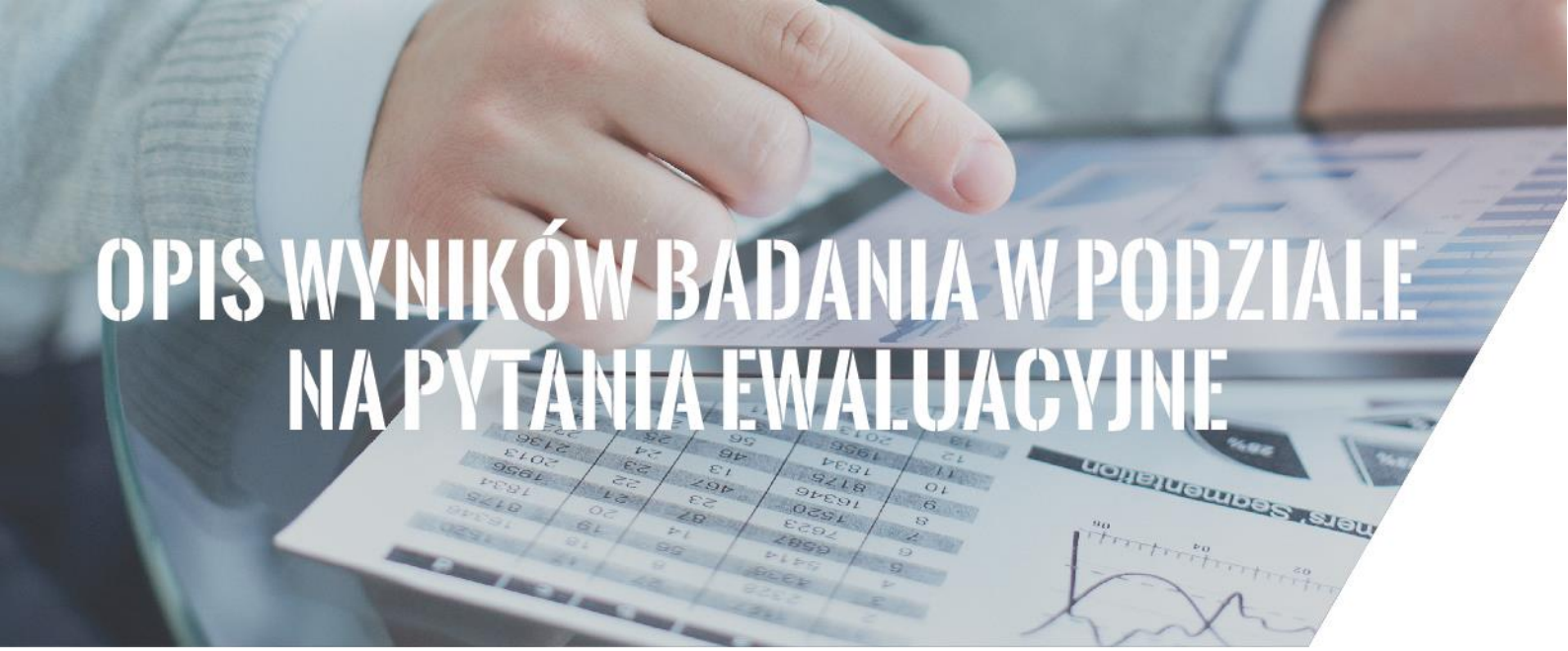
Działanie	Konkursowy	Nadzwyczajny	Pozakonkursowy	Razem
9.1	75	21	93	189
9.2	58	7	39	104
Suma końcowa	**133**	**28**	**132**	**293**

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań, n=293

Mapa 1. Struktura próby badawczej wg siedziby respondenta (udział % w ogólnej liczbie respondentów oraz liczba przeprowadzonych wywiadów)



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań, n=293



4.1. Ocena logiki interwencji

4.1.1. Analiza zawartych umów o dofinansowanie

Zgodnie ze Szczegółowym opisem osi priorytetowych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020OP możliwe do dofinansowania typy projektów, to:

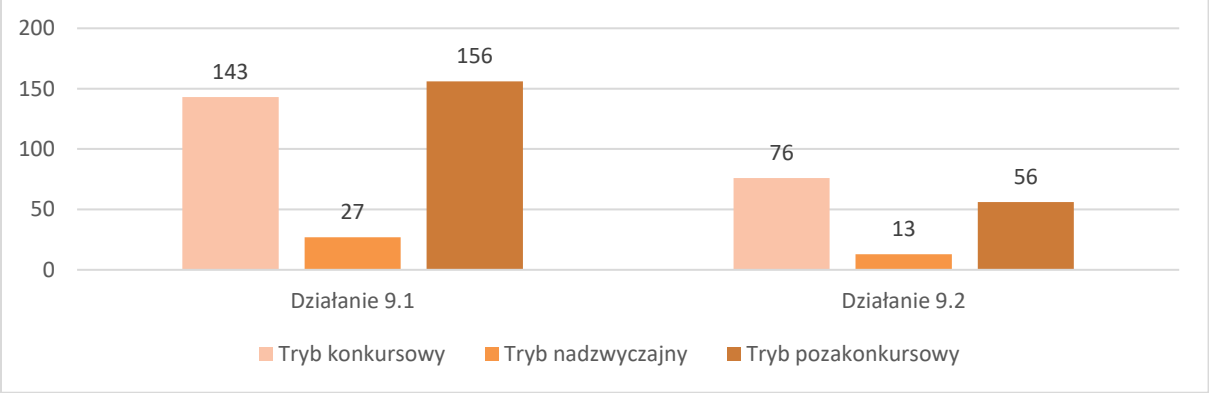
- Działanie 9.1:
  - wsparcie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie);
  - utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie);
  - modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie);
  - utworzenie nowych centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie);
  - 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);
  - wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy;
  - zakup ambulansów spełniających wymagania normy PN:EN 1789 – Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – Ambulanse drogowe właściwe dla ambulansów typu B i C, środków ochrony indywidualnej dla Zespołów Ratownictwa Medycznego oraz środków do dezynfekcji w związku z realizacją działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem „COVID-19” oraz innych chorób zakaźnych.

- Działanie 9.2:
    - wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom układu krążenia, nowotworowym, układu kostno – stawowo – mięśniowego, układu oddechowego, psychicznym (roboty budowlane, doposażenie);
    - wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie);
    - wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali, udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych dedykowanych chorobom zakaźnym (roboty budowlane, doposażenie, w tym zakup wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków ochrony indywidualnej oraz środków do dezynfekcji);
    - wsparcie pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z jednostkami wskazanymi w SZOOP (roboty budowlane, doposażenie, w tym zakup wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków ochrony indywidualnej oraz środków do dezynfekcji);
    - wsparcie jednostek/podmiotów innych niż SZOOP zaangażowanych w realizację działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem „COVID-19" (roboty budowlane, doposażenie, w tym zakup wyrobów medycznych jednorazowego użytku, środków ochrony indywidualnej oraz środków do dezynfekcji)[4].

Najwięcej projektów uzyskało dofinansowanie w trybie pozakonkursowym (212 umów). Należy jednak zaznaczyć, że przygotowany został także tryb nadzwyczajny, który związany był z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem „COVID-19" oraz innych chorób zakaźnych. Dofinansowanie w trybie nadzwyczajnym uzyskało 40 projektów. Natomiast w trybie konkursowym, dofinansowanie uzyskało łącznie 219 projektów.

[4] Szczegółowy opis osi priorytetowych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

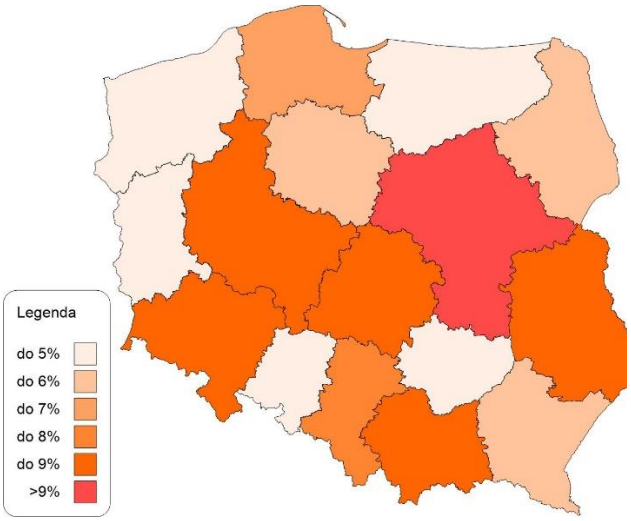
Rysunek 2. Tryb wyboru projektu



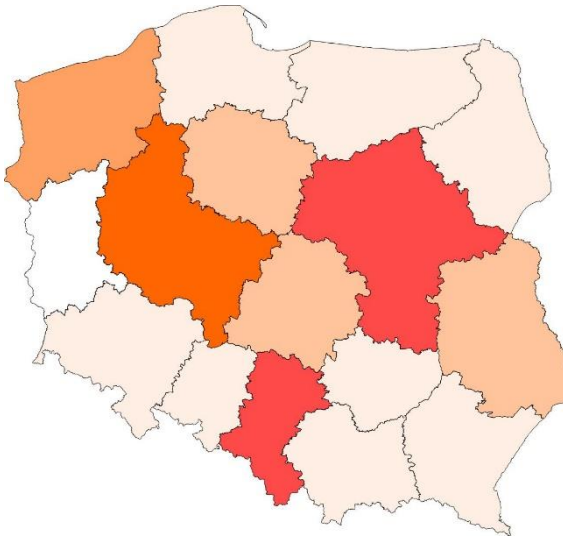
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego (dane z systemu SL2014, wg stanu na 31.12.2020 r.)

Warto podkreślić, że 69,21% projektów uzyskało dofinansowanie w ramach Działania 9.1 a 30,79% w ramach Działania 9.2. Najwięcej projektów zrealizowano w województwie mazowieckim (13,16%), województwie śląskim (9,55%) i województwie zachodniopomorskiem (8,07%). Najmniejsza liczba projektów realizowana była w województwie opolskim (2,55%). Co więcej, miejscem realizacji dla 10 projektów był cały kraj. Szczegółowe dane zostały przedstawione na poniższych rysunkach, gdzie uwzględniono także podział na działania.

Mapa 2. Projekty dofinansowane w ramach Działania 9.1



Mapa 3. Projekty dofinansowane w ramach Działania 9.2



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego (dane z systemu SL2014, wg stanu na 31.12.2020 r.)

Wartość projektów ogółem wyniosła 4 010 572 326,29 zł, a wartość dofinansowania 3 248 852 474,30 zł. Wartość największych projektów przekroczyła 200 mln, co było związane z:

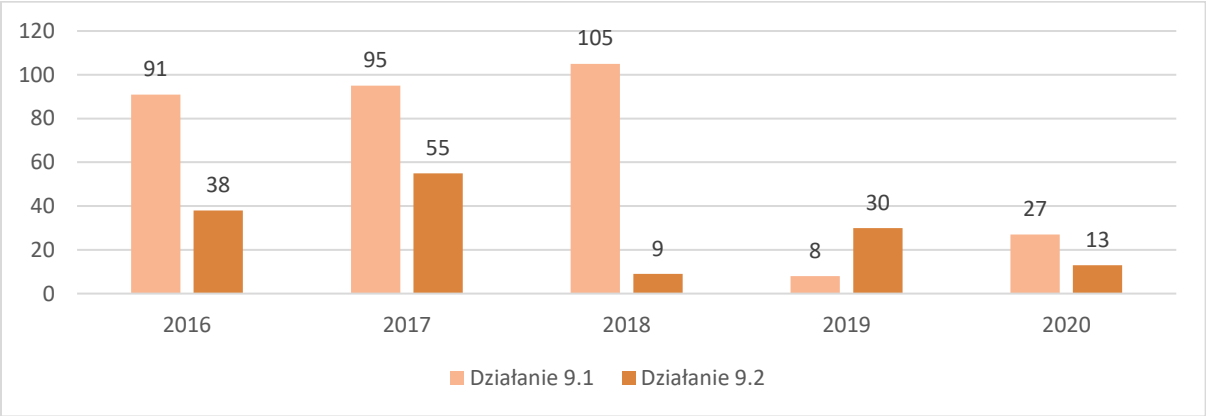
- zakupem środków ochrony indywidualnej jako niezbędne działanie do zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 - etap I (działanie 9.2);
- zakupem środków do dezynfekcji jako niezbędne działanie do zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 (działanie 9.2).

Natomiast w ramach Działania 9.1 zrealizowane dwa projekty powyżej 100 mln każdy, które dotyczyły:

- budowy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z Centrum Medycyny Ratunkowej i Interwencyjnej jako I etap organizacji Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego U.M. w Poznaniu;
- rozbudowy, przebudowy i doposażenia USK im. WAM - CSW w Łodzi celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z lądowiskiem dla helikopterów.

W ramach OP IX zawarto w latach 2016-2020 471 umów o dofinansowanie[5]. Największa liczba umów zawarta została w 2017 r., tj. 150 umów (95 w ramach Działania 9.1 i 55 projektów w ramach Działania 9.2). Na tenże rok przypadła jednocześnie najwyższa wartość dofinansowania w ramach podpisanych umów (blisko 1,44 mld PLN, tj. niemal 36% ogólnej wartości zawartych dotychczas umów). Szczegółowe informacje zostały przedstawione na poniższym rysunku i w tabeli.

Rysunek 3. Liczba zawartych umów o dofinansowanie w podziale na lata



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego (dane z systemu SL2014, wg stanu na 31.12.2020 r.)

[5] Stan na dzień 31.12.2020 r., na podstawie danych z SL2014.

Tabela 4. Liczba i wartość zawartych umów o dofinansowanie w podziale na lata

Rok podpisania umowy	Liczba zawartych umów		Wartość dofinansowania w ramach umów (w PLN)	
	9.1	9.2	9.1	9.2
2016	91	38	617 160 281,80	398 203 430,70
2017	95	55	552 406 219,30	887 182 846,60
2018	105	9	19 9591 561,40	90 188 925,25
2019	8	30	178 200 250,30	27 8801 056,00
2020	27	13	58 078 741,68	750 759 013,40
RAZEM	326	145	160 543 7054,00	2 405 135 272,00
PODSUMOWANIE		**471**		**4 010 572 326,00**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od Zamawiającego (dane z systemu SL2014, wg stanu na 31.12.2020 r.)

4.1.2. Jaka była logika interwencji w ramach IX OP PO IiŚ?

Weryfikacja logiki interwencji wymaga odniesienia się do dwóch aspektów, tj. logiki pionowej oraz poziomej. Obejmują one:

- ✓ zgodność interwencji w ramach Działań 9.1 i 9.2 z celami OP oraz Programu – logika pionowa;
- ✓ prawidłowość i zasadność przyjętych wskaźników, zastosowanych w celu monitorowania osiągnięcia celów OP – logika pozioma.

Biorąc pod uwagę powyższe zapisy, **logika pionowa** umożliwia dokonanie oceny zgodności celów projektów z celami analizowanych Działań, IX OP oraz celami szczegółowymi i głównym PO IiŚ. W wyniku przeprowadzonych badań i pogłębionej analizy desk research, logika ta została oceniona pozytywnie. Ocena ta podyktowana została czytelnym, kaskadowym i hierarchicznym połączeniem celu Działania 9.1 (poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego) i Działania 9.2 (poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach ze względu na trendy epidemiologiczne oraz zasoby pracy) z celem szczegółowym OP IX (zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej), który jednocześnie związany jest z celem głównym Programu, tj. wsparcie gospodarki efektywnie korzystającej z zasobów i przyjaznej środowisku oraz sprzyjającej spójności terytorialnej i społecznej. Jednocześnie wskazać należy, że działania realizowane w ramach OP IX wpisują się w realizację Celu Tematycznego 9, tj. *wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem w* ramach Priorytetu Inwestycyjnego 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[6].

Z kolei **logika pozioma**, jak wskazano powyżej, pozwala na zbadania prawidłowości i zasadności przyjętych wskaźników, zastosowanych w celu monitorowania osiągnięcia celów OP. Analizując wskazany powyżej cel interwencji (cel szczegółowy OP IX), ocenia się, że zastosowane wskaźniki produktu i rezultatu pozwalają na skuteczne (oraz zgodne z ideą interwencji) zbadanie efektów, które przyniosła realizacja projektów z zakresu OP IX PO IiŚ 2014-2020.

Wśród wskaźników produktu dla Działania 9.1 znalazły się:

- *1a) liczba wspartych podmiotów leczniczych, w tym 1b) liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte);*
- *2) nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte);*
- *3a) liczba wybudowanych / wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte), w tym 3b) liczba wybudowanych lotnisk / lądowisk dla śmigłowców (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte) oraz 3c) liczba przebudowanych lotnisk / lądowisk dla śmigłowców (regiony słabiej rozwinięte).*

Z kolei w ramach wskaźników produktu dla Działania 9.2 wyróżnia się:

- *1a) liczba wspartych podmiotów leczniczych, w tym 1b) liczba wspartych podmiotów leczniczych, z wyłączeniem ratownictwa medycznego (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte);*
- *2) nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej medycznego (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte).*

Ponadto, dla obu analizowanych Działań wyznaczono jeden wskaźnik rezultatu bezpośredniego, tj. liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem (w podziale na regiony słabiej i lepiej rozwinięte).

[6] Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR), wersja 17.0, 2020 r.

Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione powyżej wskaźniki (w tym ich charakterystykę i zakres zbieranych za ich pośrednictwem danych) w pełnym zakresie wpisują się one w możliwość oceny realizacji celu strategicznego IX OP.

Należy również zauważyć, że ze względu na nastaną sytuację epidemiczną, zakres monitorowanych wskaźników uległ rozszerzeniu. Na poziomie interwencji wyliczane są również tzw. wspólne wskaźniki wyznaczone przez Komisję Europejską w ramach interwencji antyepidemicznej:

- *liczba wspartych podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19;*
- *wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19;*
- *wartość zakupionych środków ochrony indywidualnej;*
- *liczba zakupionych środków ochrony indywidualnej;*
- *liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory;*
- *wartość zakupionego sprzętu medycznego;*
- *liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19;*
- *liczba karetek pogotowia i pojazdów zakupionych na potrzeby reagowania kryzysowego.*

Wymienione wskaźniki, mimo iż wyznaczone zostały już w trakcie wdrażania interwencji, również wpisują się w cel szczegółowy OP IX.

Warto podkreślić, że wszyscy respondenci biorący udział w wywiadach pogłębionych oraz eksperci środowiskowi uczestniczący w zogniskowanym wywiadzie pogłębionym zgodnie potwierdzili prawidłowość logiki interwencji.

Biorąc pod uwagę powyższe zapisy należy wskazać, że logika ewaluowanej interwencji podjętej w ramach OP IX – zarówno pionowa, jak i pozioma - zasługuje na pozytywną ocenę.

4.1.3. Czy udzielone wsparcie odpowiadało zaplanowanej logice interwencji?

Celem OP IX było zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej. W tym celu wsparcie udzielane było dwutorowo, tj. poprzez Działanie 9.1, które zapewniało wsparcie w obszarze infrastruktury ratownictwa medycznego oraz Działanie 9.2 odnoszące się do rozwoju infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych. Tym samym, analizowana interwencja pomaga w tworzeniu dodatkowych jednostek systemu państwowego ratownictwa medycznego, wspieraniu istniejących już jednostek tego rodzaju oraz oddziałów szpitalnych w podmiotach leczniczych o znaczeniu ponadregionalnym dedykowanych chorobom stanowiącym główne problemy zdrowotne osób dorosłych (choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego oraz psychiczne). Jednocześnie,

w zakres wspieranych działań zalicza się również utrzymanie dobrego stanu zdrowia przyszłych zasobów pracy poprzez wsparcie oddziałów w szpitalach ponadregionalnych dedykowanych dzieciom oraz oddziałów ginekologicznych i położniczych. Ze względu na sytuację epidemiczną, część działań (mających na celu zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19) dodanych do zakresu OP IX nie wynika z uzgodnień Komitetu Sterującego oraz z mapy potrzeb zdrowotnych. Projekty te wybierane były w trybie nadzwyczajnym[7].

Należy zauważyć, że w ramach zarówno Działania 9.1, jak i 9.2 bardzo precyzyjnie wskazano zakres typów podmiotów, które mogą ubiegać się o wsparcie. Dzięki dobrze sprecyzowanej grupie potencjalnych beneficjentów możliwe było udzielenie wsparcia wyłącznie tym podmiotom, względem których było adresowane zgodnie z zakładaną logiką interwencji (np. w przypadku Dziania 9.1 zakres typów podmiotów ściśle ograniczał się do podmiotów związanych z ratownictwem medycznym, zgodnie m.in. z obowiązującą Ustawą[8]). Również w przypadku typów projektów wskazanych w SzOOP mówić można o precyzyjnie wyznaczonym zakresie działań, który bezpośrednio odnosi się do zakładanych celów (zarówno działań, jak i całej OP IX). Analogiczne wnioski przynosi również analiza wyników wywiadów pogłębionych.

- Z jednej strony mamy twardo zdefiniowany cel, ale później dosyć twardo i dokładnie zdefiniowane typy działań i rodzaje projektów, które ten cel będą nam realizowały. Bo jeżeli chodzi o to Działanie 9.1, mamy infrastrukturę ratownictwa medycznego, zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, mamy portfolio projektów podmiotów, które wspieramy - zdefiniowane na wejściu, że są to centra urazowe czy szpitalne oddziały ratunkowe. I dzięki temu nie było ryzyka i dowolności, że mogliśmy przyjąć jakiś projekt, który niekoniecznie na cel [działania] wpływa. Bo tutaj nie było takiej możliwości. Jak dokonujemy zakupu jakiegoś sprzętu na SOR, wymiany na nowszy, bardziej nowoczesny czy robimy jakiś remont w SOR, budujemy czy remontujemy lądowisko to w efekcie tego, zakończenia tego projektu z sukcesem, poprawia nam się efektywność, możliwość udzielania świadczeń ratowniczych w tych podmiotach.
Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

Podczas wywiadów pogłębionych respondenci pozytywnie odnosili się do samej logiki programu oraz możliwości realizacji celu szczegółowego OP IX poprzez odpowiednio określone cele działań (9.1/9.2). Podkreślano, że etap programowania wsparcia odbywał się przy eksperckim wsparciu Ministerstwa Zdrowia, co umożliwiło identyfikację obszarów, które były najbliższe założeniom analizowanej OP oraz odpowiadały najpilniejszym potrzebom

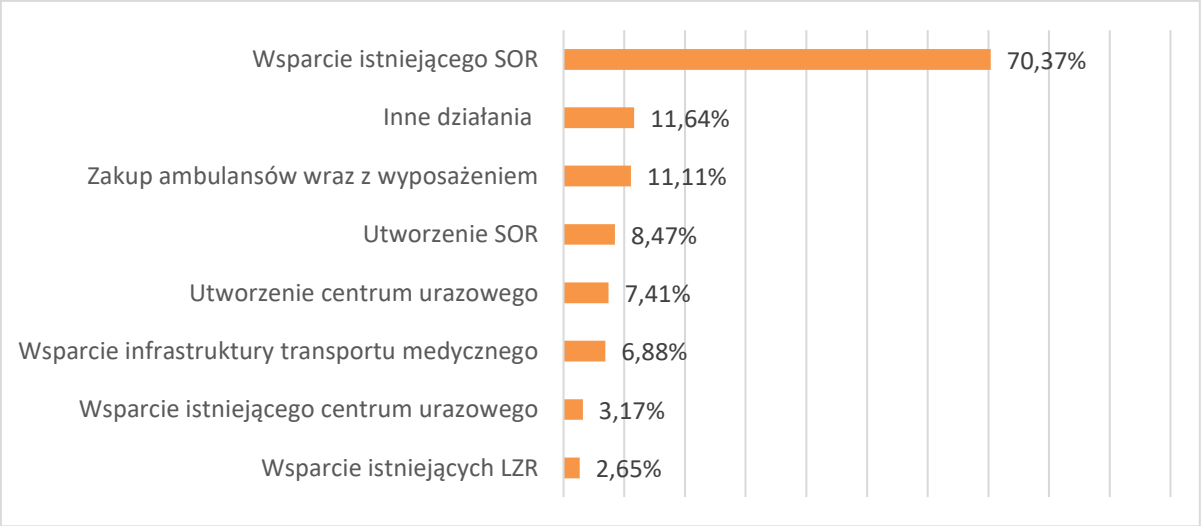
[7] Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020, MFIPR, wersja 17.0, 2020 r.
[8] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

w zakresie sektora ochrony zdrowia. Co więcej zaznaczano, że weryfikacja zgodności udzielanego wsparcia względem założonej logiki weryfikowana jest również na bieżąco na poziomie Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Badani podkreślali również trafność przyjętej logiki interwencji w kontekście wspieranych typów działań, które wynikały z map potrzeb zdrowotnych i odnosiły się do aspektów w których występowało największe zapotrzebowanie (choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego oraz psychiczne).

O adekwatności udzielonego wsparcia względem zaplanowanej logiki interwencji stanowią również rodzaje działań, które wdrażane były przez badanych beneficjentów OP IX. W przypadku ponad 70% badanych respondentów stanowiących beneficjentów Działania 9.1 podejmowano się wsparcia istniejącego SOR (z kolei z wyzwaniem tworzenia nowego SOR mierzyło się 8,47% badanych). Stosunkowo istotny udział (ponad 11%) przypadł na zakup ambulansów wraz z wyposażeniem. Wśród odpowiedzi „inne", na którą wskazało ponad 11% badanych znalazły się głównie działania związane zakupem środków ochrony indywidualnej i środków do dezynfekcji.

Rysunek 4. Działania podejmowane przez beneficjentów w ramach realizowanego projektu – beneficjenci działania 9.1

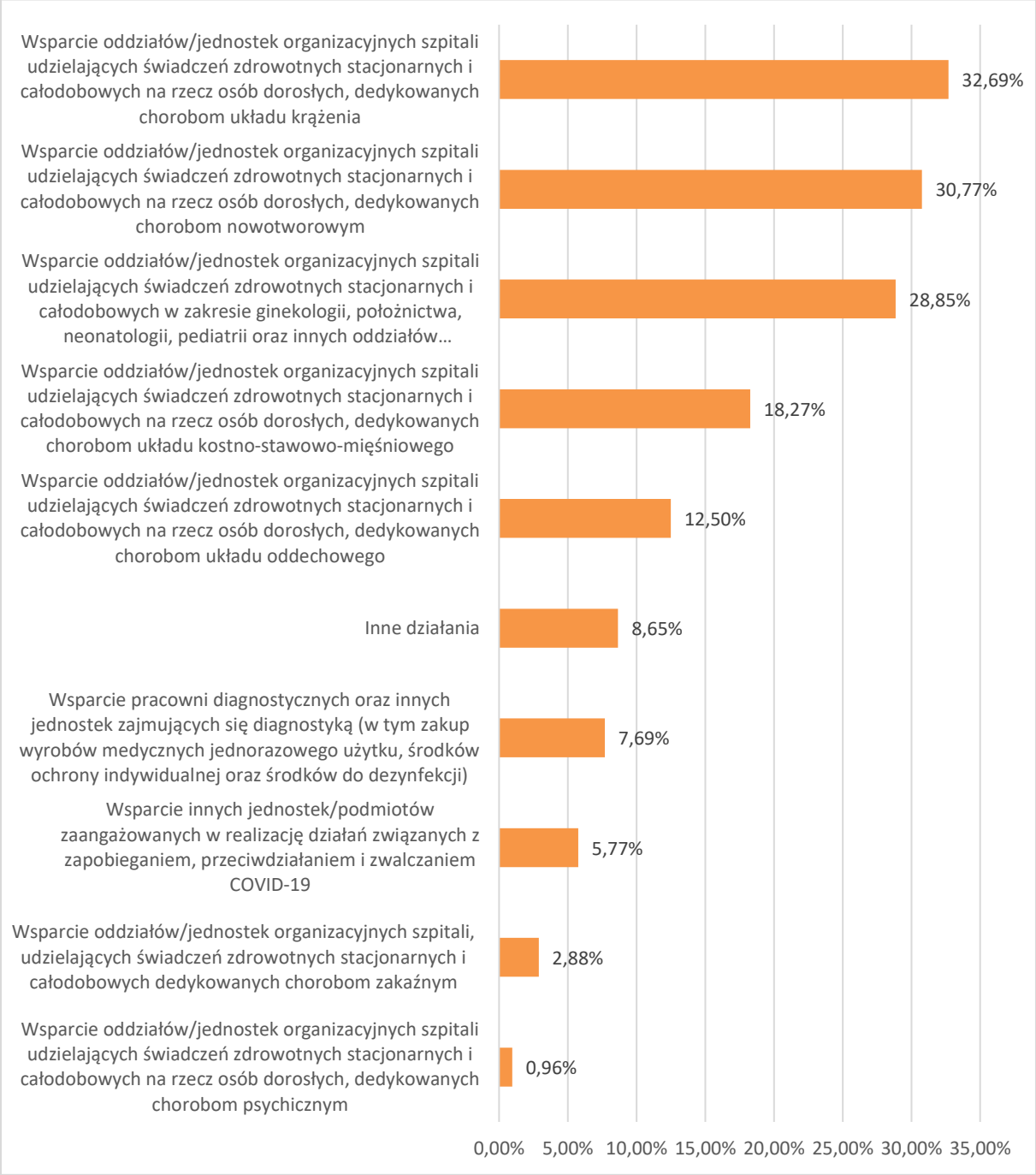


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=189

Również w przypadku badanych beneficjentów Działania 9.2, zakres podejmowanych przez nich działań stricte odpowiadał zaplanowanej logice interwencji. Celem tego Działania była poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach ze względu na trendy epidemiologiczne oraz zasoby pracy. Wśród działań realizowanych przez respondentów znalazły się przede wszystkim wsparcie oddziałów/jednostek organizacyjnych szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych

chorobom układu krążenia (niemal 1/3 ogółu badanych) oraz chorobom nowotworowym (niemal 31%). Stosunkowo wysoki udział wskazań przypadł również na wsparcie oddziałów/jednostek organizacyjnych szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (niemal 29%).

Rysunek 5. Działania podejmowane przez beneficjentów w ramach realizowanego projektu – beneficjenci działania 9.2



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=104

Ponadto należy wskazać, że projekty dofinansowane w ramach IX OP mają pozytywny wpływ na proces realizacji unijnych priorytetów inwestycyjnych, określonych w *Strategii Europa 2020*. Jednocześnie, ze *Strategią* tą spójne są krajowe i unijne dokumenty strategiczne (*Country-Specific Recommendations dla Polski, Umowa Partnerstwa, Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju*), poprzez co cele wynikające z ww. dokumentów zbieżne są z wpływem generowanym przez analizowaną interwencję. Z kolei jak wynika z przeprowadzonej analizy wniosków o dofinansowanie, w przypadku 25% badanych wniosków wskazano na zbieżność projektu z założeniami *Strategii Rozwoju Polski Zachodniej do 2020 r.* (w przypadku *Strategii dla Polski Centralnej i Wschodniej* udziały te były niższe i wynosiły każdorazowo po 5%).

4.2. Ocena wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej

4.2.1. Czy w ramach oceny wpływu należy wykorzystać inne, dostępne wskaźniki ze statystyki publicznej – w stosunku do wskaźników strategicznych przypisanych do IX OP PO IiŚ lub dane wynikające z realizacji niniejszego badania? A jeżeli tak, to jakie i dlaczego?

Na wstępie do tego podrozdziału należy zwrócić uwagę na wyniki przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, podczas których respondenci wskazali na szeroki zakres monitorowanych wskaźników programowych w ramach OP IX. Wskaźniki te, zdaniem badanych, z powodzeniem służą zarówno monitorowaniu postępu wdrażania interwencji, jak i określaniu jej wpływu na sektor ochrony zdrowia. Podczas prowadzonych wywiadów pogłębionych respondenci nie byli również w stanie wskazać dodatkowych wskaźników, w tym ze źródeł statystyki publicznej, które ich zdaniem należałoby wykorzystać od oceny wpływu podjętych działań.

- Myślę, że akurat w OP IX mamy dość szeroką paletę wskaźników, które są monitorowane na poziomie programu operacyjnego, ram wykonania, ale też i szczegółowego opisu osi priorytetowych. I naprawdę dużo jest tych wskaźników już po interwencji anty covidowej. Zostały też wprowadzone specjalne wskaźniki odnoszące się stricte do COVID-19. I myślę, że dysponujemy dość dobrym zasobem danych, które pozwalają [ocenić wpływ] i szczerze mówiąc nie przychodzi mi do głowy żaden rodzaj wskaźników, żadna luka, którą byśmy mogli zapełnić.

Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

Warto wskazać, że w ramach monitorowania wpływu interwencji wybrane zostały już dotychczas dwa wskaźniki rezultatu strategicznego, tj. *liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy* oraz *średni czas pobytu pacjenta w szpitalu*. W przypadku pierwszego

z wymienionych wskaźników wartość docelowa wyznaczona została na 152 000, a wartość przypadająca na koniec 2019 r. wyniosła 161 952. W celu osiągniecia wartości docelowej konieczne jest więc dalsze zmniejszenie średniej liczby osób przypadających na jeden SOR. Biorąc jednak pod uwagę dynamikę spadku tejże wartości obserwowaną od 2014 r., nie przewiduje się wystąpienia problemów w osiągnięciu wartości zakładanej na 2023 r. Natomiast w ramach drugiego z ww. wskaźników, wartość docelowa określona została na poziomie 6,3 dnia, a osiągnięta dotychczas wyniosła 7 dni. Nie została więc dotychczas osiągnięta zakładana wartość, lecz należy jednak zaznaczyć, że najaktualniejsze dostępne dane dotyczą końca 2018 r.

Tabela 5. Wskaźniki rezultatu strategicznego dla OP IX PO IiŚ, lata 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2023 Wartość docelowa
Liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy [osoby]	175 935	173 597	185 256	177 399	176 507	175 513	173 905	170 060	167 005	161 952	152 000
Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (OECD) [dni]	7,6	7,4	7,1	7,0	6,9	7,3	7,1	7,0	7,0	.	6,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Systemu Monitorowania Rozwoju STRATEG (https://strateg.stat.gov.pl/#/programy/krajowe/44)

Na potrzeby ewaluacji należy jednak uzupełnić stosowany dotychczas system monitoringu rzeczowo-finansowego o elementy, które umożliwiłyby m.in. wyjaśnienie mechanizmów oddziaływania zaprogramowanej interwencji na realizację założonego celu szczegółowego OP IX pn. *Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia*, którym jest: *zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej*.

W tym celu przeprowadzona została analiza desk research w zakresie możliwych do wykorzystania wskaźników z zakresu statystyki publicznej odnoszącej się do sektora ochrony zdrowia w Polsce, mających odniesienie do podjętej interwencji, w tym względem celu szczegółowego OP IX. Następnie sformułowane zostały robocze zapisy stanowiące podstawę opracowywanego *Podręcznika* opisującego metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP (stanowiącego załącznik do niniejszego dokumentu). Zapisy te zweryfikowane zostały z ekspertami środowiskowymi podczas przeprowadzonego zogniskowanego wywiadu grupowego. Ostateczna forma *Podręcznika* uwzględnia zarówno badanie beneficjentów i potencjalnych beneficjentów metodą kontrfaktyczną (pozwalając poznać osiągnięty efekt

netto interwencji), jak i analizę makroekonomiczną stanowiącą uzupełnienie ww. pomiaru (prezentując informacje kontekstowe, wskazując na zmiany zachodzące w poszczególnych obszarach sektora ochrony zdrowia zarówno w okresie przed wdrożeniem interwencji, jak i w trakcie realizacji projektów oraz (docelowo) po ich zakończeniu w 2023 r. (w ramach pomiaru prowadzonego w przyszłości).

W ramach **metody kontrfaktycznej** *Podręcznik* przewiduje realizację badania na reprezentatywnej próbie beneficjentów OP IX, przy założeniu poziomu ufności równego 95% oraz wysokości błędu maksymalnego 5% (obecnie, ze względu na brak możliwości określenia ostatecznej liczby beneficjentów nie jest możliwe wyliczenie wysokości tejże próby badawczej). Zmienne badane w ramach ww. metody, będące miarą wyniku interwencji (efekt netto) określono następująco:

- Dla działania 9.1:
    - liczba osób leczonych;
    - liczba udzielonych porad lekarskich;
    - średni czas pobytu w szpitalu;
    - liczba ratowników medycznych;
    - zmienne ilościowe (skala ocen 1-10) z przeprowadzonego badania ankietowego (m.in. stopień przyczynienia się realizacji projektów do zapewnienia dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej).
- Dla działania 9.2:
    - liczba osób leczonych;
    - liczba udzielonych porad lekarskich;
    - liczba dostępnych tomografów;
    - liczba dostępnych rezonansów magnetycznych;
    - liczba dostępnych skanerów pozytonowej tomografii emisyjnej;
    - liczba dostępnych urządzeń do radioterapii;
    - liczba dostępnych mammografów;
    - liczba dostępnych gammakamer;
    - średni czas pobytu w szpitalu;
    - zmienne ilościowe (skala ocen 1-10) z przeprowadzonego badania ankietowego (m.in. stopień przyczynienia się realizacji projektów do zapewnienia dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej).

Wskazane powyżej dane pozyskane zostaną (w ramach przyszłego pomiaru) za pośrednictwem przeprowadzonych w tym celu badań ankietowych (wzory planowanych do wykorzystania narzędzi badawczych znajdują się w końcowej części *Podręcznika*, stanowiącego załącznik do niniejszego dokumentu).

Jak wskazano powyżej, na potrzeby określenia wpływu interwencji na realizację założonego celu szczegółowego Osi wymagane jest również uzupełnienie materiału o analizę makroekonomiczną, prezentującą kontekst i charakter zachodzących zmian w sektorze ochrony zdrowia. W tym celu zidentyfikowany został szereg danych odnoszących się do statystyki publicznej.

Tabela 6. Podział wskaźników do analizy makroekonomicznej

Wskaźniki
Wskaźniki kluczowe
1. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców 2. Liczba osób leczonych na oddziałach szpitalnych na 100 tys. mieszkańców 3. Liczba łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych na 100 tys. mieszkańców 4. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych 5. Średni czas pobytu w szpitalu 6. Liczba śmigłowców w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego 7. Liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy 8. Liczba zespołów ratownictwa medycznego 9. Liczba ratowników medycznych (kadra medyczna pracująca w zespołach ratownictwa medycznego)
Wskaźniki uzupełniające
1. Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego ogółem w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców 2. Liczba porad lekarskich udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na 100 tys. mieszkańców 3. Liczba lekarzy (personel pracujący ogółem) na 10 tys. mieszkańców 4. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców 5. Liczba położnych na 10 tys. mieszkańców 6. Liczba świadczeń zdrowotnych udzielonych przez zespoły ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców 7. Liczba przeszczepień narządów na 1 mln mieszkańców 8. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia 9. Odsetek zgonów z powodu nowotworów 10. Liczba dostępnych rezonansów magnetycznych 11. Liczba dostępnych skanerów pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) 12. Liczba dostępnych gammakamer 13. Liczba dostępnych tomografów komputerowych 14. Liczba dostępnych mammografów 15. Liczba wykonanych badań mammograficznych 16. Liczba dostępnych urządzeń do radioterapii 17. Przeciętne dalsze trwanie życia (wg nowonarodzonych osób płci męskiej)

Wskaźniki
18. Przeciętne dalsze trwanie życia (wg nowonarodzonych osób płci żeńskiej)
19. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (wg nowonarodzonych osób płci męskiej)
20. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu (wg nowonarodzonych osób płci żeńskiej)

Źródło: Opracowanie własne.

Kolorem pomarańczowym oznaczono wskaźniki kontekstualne, służące nie tyle ukazaniu bezpośredniego wpływu interwencji, ile ukazaniu kontekstu, jaki należy wziąć pod uwagę w przypadku badania wpływy OP IX PO IiŚ.

Uzasadnienie wyboru poszczególnych wskaźników, źródło pozyskania danych oraz sposób interpretacji wartości zamieszczony został w treści *Podręcznika*.

4.2.2. Jakie są ograniczenia oceny wpływu w ramach zaproponowanej metodyki oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej osi priorytetowej? Jakie czynniki należy wziąć pod uwagę przy interpretacji wyników tej oceny? Czy brakuje jakichkolwiek danych i informacji, a jeżeli tak – to jakich?

Analizując ograniczenia w zakresie możliwości oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego OP IX przy wykorzystaniu opracowanej metodologii zaznaczyć należy, że badanie metodą kontrfaktyczną opierać będzie się o **reprezentatywną próbę badawczą**, wobec czego dopuszcza się wystąpienie błędu maksymalnego na poziomie 5%. Podejście to jest jednak konieczne, ze względu na zbyt liczną populację beneficjentów, w stosunku do podmiotów, które nie ubiegały się o wsparcie i charakteryzują się podobnymi cechami (bliźniacy statystyczni). Celem ograniczenia ryzyka wynikającego z niewystarczającej liczby potencjalnych beneficjentów Wykonawca *Podręcznika* zastosował odpowiednie rozwiązania, mogące zostać wykorzystane w różnych wariantach dostępnej liczebności tejże grupy podczas przyszłego badania.

Ponadto należy wskazać na **brak możliwości pełnego przeprowadzenia oceny wpływu (pomiaru efektu netto) na obecnym etapie**. W momencie przeprowadzenia niniejszego badania wiele spośród projektów znajdowało się bowiem na etapie realizacji, co (szczególnie biorąc pod uwagę infrastrukturalny charakter wsparcia) uniemożliwia określenie tego rodzaju wpływu (zarówno po stronie beneficjentów, którzy przed zakończeniem realizacji projektu nie byliby w stanie trafnie ocenić jego wpływu na analizowane aspekty, jak i w ramach analizy makroekonomicznej, w ramach której wpływ interwencji na kształtowanie się poszczególnych zmiennych z zakresu statystyki publicznej zauważalne będzie dopiero w przyszłości. Z tego względu, możliwość pełnej oceny wpływu wsparcia na realizacje celu

szczegółowego możliwa będzie dopiero w 2023 r. (kiedy to planowane jest przeprowadzenie pomiaru z wykorzystaniem zapisów opracowanego obecnie *Podręcznik*a).

Opis **właściwego sposobu interpretacji** poszczególnych wskaźników w ramach analizy makroekonomicznej został zawarty w *Podręcznik*u (wraz z przykładowym opisem opierającym się na przeprowadzonym pomiarze bazowym). Ponadto wskaźniki podzielone zostały na kluczowe i uzupełniające (wraz z przypisaniem im wynikających z tego względu wag) oraz wskazane zostały zmienne, które traktować należy jako kontekstualne, tj. służące nie tyle ukazaniu bezpośredniego wpływu interwencji, ile ukazaniu kontekstu, jaki należy wziąć pod uwagę w przypadku badania wpływu OP IX PO IiŚ. Tak jak w przypadku każdego rodzaju danych statystycznych, tak i w tym przypadku wpływ na nie ma nie tylko sama interwencja, wobec czego na potrzeby analizy przypisano im określoną wagę.

W zakresie sugerowanego sposobu interpretacji poszczególnych wskaźników zaznaczono jednak, że sposób interpretacji niektórych z nich wynikać będzie ostatecznie z kształtowania się przyszłej sytuacji epidemicznej (trudnej do przewidzenia w momencie opracowywania *Podręcznik*a). Mowa mianowicie o takich wskaźnikach, jak *liczba łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców*. Zgodnie z praktyką funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej dąży się do tego, by liczba wykorzystanych łóżek w szpitalach była określona poprzez niezbędne minimum, zaś pacjenci powinni korzystać z alternatywnych świadczeń (m.in. w ramach AOS lub POZ). Wskaźnik prezentuje jednak liczbę łóżek, które system zapewnia pacjentom, co jest istotne, zwłaszcza w sytuacji zwiększonego zapotrzebowania na opiekę szpitalną. Może to mieć istotne znaczenie w kontekście skutków pandemii – zarówno bezpośrednich (konieczność hospitalizacji osób borykających się z chorobą COVID-19), jak i pośrednich (wynikających ze zbyt późnej diagnostyki w kierunku chorób m.in. nowotworowych i kardiologicznych oraz związanej z tym przyszłej konieczności hospitalizacji osób zdiagnozowanych w tym kierunku). Przewiduje się bowiem, że liczba ta będzie w najbliższych latach większa, niż predykcje dokonywane przed pandemią. Sposób interpretacji będzie więc odmienny w zależności od czasu, w którym wykonywany będzie pomiar oraz od przyszłej sytuacji epidemicznej.

Powyższe czynniki należy mieć na uwadze również podczas interpretowania przyszłych wartości wskaźnika *liczba łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych na 100 tys. mieszkańców*. Szczególna sytuacja dotyczy również *wskaźnika liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego ogółem w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców*. Za pozytywny uznać należy trend spadkowy wartości wskaźnika. Jednocześnie, podczas interpretacji tego wskaźnika podczas przyszłych pomiarów należy wziąć pod uwagę wpływ sytuacji epidemicznej, tj. kiedy to wyraźny spadek wartości tego wskaźnika może determinować jednak negatywny wpływ na sektor ochrony zdrowia (tj. oddziaływać negatywnie na pozostałe z analizowanych wskaźników, np. odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych).

W ramach prac prowadzonych nad *Podręcznikiem opisującym metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP*, wykonano także **pilotaż wewnętrzny i zewnętrzny** rekomendowanych do wykorzystania narzędzi badawczych. Po wprowadzeniu na serwer Wykonawcy narzędzi badawczych, członkowie Zespołu Badawczego dokonali ich sprawdzenia pod kątem: poprawności tzw. przejść pomiędzy pytaniami, kompletności wprowadzenia poszczególnych pytań oraz ich kafeterii, prawidłowości zastosowania reguł (możliwości wyboru jednej bądź wielu odpowiedzi). W wyniki tego etapu pilotażu wprowadzono do narzędzia niewielkie zmiany, polegające m.in. na ujednoliceniu wielkości czcionki w ramach poszczególnych pytań oraz poprawy drobnych błędów edycyjnych.

Zaproszenia do pilotażu zewnętrznego wysłane zostały do 15 beneficjentów i 10 potencjalnych beneficjentów. Pilotaż przeprowadzony został na próbie 6 beneficjentów i 1 potencjalnego beneficjenta. W badaniu wzięły udział takie podmioty jak:

Tabela 7. Wykaz uczestników pilotażu

Nazwa beneficjenta	Działanie	Tytuł projektu	Tryb wyboru
BENEFICJENCI			
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie	POIS.09.02.00	Poprawa jakości i skuteczności leczenia pacjentów onkologicznych wraz z dostosowaniem klinik do aktualnych standardów opieki w CO-I Oddział w Krakowie poprzez remont Klinik Onkologii i Ginekologii Onkologicznej oraz Zakładu Patomorfologii Nowotworów	Konkursowy
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy	POIS.09.01.00	Przebudowa, rozbudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZOZ w Świdnicy oraz modernizacja lądowiska	Konkursowy
Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie	POIS.09.01.00	Działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz innych chorób zakaźnych	Nadzwyczajny
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	POIS.09.01.00	Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	Pozakonkursowy

Nazwa beneficjenta	Działanie	Tytuł projektu	Tryb wyboru
		w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu	
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej	POIS.09.01.00	Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łęcznej	Konkursowy
Narodowy Instytut Onkologii Im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy	POIS.09.02.00	Centrum Doskonałości Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej (CeDEON)	Pozakonkursowy
POTENCJALNI BENEFICJENCI			
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie			

Źródło: opracowanie własne.

W wyniku badania pilotażowego żaden respondent nie zgłosił uwag do zaprezentowanych kwestionariuszy (dot. beneficjentów i potencjalnych beneficjentów). Podsumowując wyniki badania pilotażowego, należy podkreślić, że:

- nie wykazano błędów w przygotowanych narzędziach (dot. beneficjentów i potencjalnych beneficjentów);
- wszystkie pytania są kompletne – respondenci nie zgłaszali zastrzeżeń co do formy prowadzonego badania ani jego zakresu;
- wszystkie przejścia przygotowane zostały w odpowiedni i czytelny dla uczestników badania sposób;
- odnotowano udzielenie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania – oznacza to, że w przypadku wszystkich obowiązkowych pytań, odpowiedzi zapisują się poprawnie na serwerze wykonawcy.

Wykonawca sprawdził poprawność ankiety oraz proces zapisywania i generowania wszystkich odpowiedzi. Uczestnicy badania rozumieją cel badania oraz trafność zadawanych pytań. W związku z tym, że pilotaż nie wykazał żadnych błędów narzędzi badawczych, ułomności technicznych, językowych, strukturalnych, niedoskonałości zaburzających prawidłowy kontakt z beneficjentem, itp. W związku z tym, rekomenduje się pozostawienie kwestionariuszy załączonych w *Podręczniku* bez zmian.

4.2.3. Jakie dane są niezbędne, aby dokonywać oceny wpływu zgodnie z zaproponowaną w ramach niniejszej ewaluacji metodyką?

Metodyka opracowana na potrzeby *Podręcznik*a opiera się **wyłącznie na danych dostępnych w statystyce publicznej** (lub bazach komercyjnych, do których dostęp został zweryfikowany przez Wykonawcę *Podręcznik*a). W toku prac nad opracowaniem *Podręcznik*a weryfikowano bowiem znacznie szerszy zakres wskaźników (mogących zostać wykorzystanych w zakresie analizy makroekonomicznej), niż ostatecznie zawarty w dokumencie. Odrzucenie części wskaźników wynikało z ograniczonego dostępu do danych. Część wskaźników bowiem prezentowana jest w dostępnych zbiorach wyłącznie w ograniczonym okresie. Tym samym, z zakresu analizy makroekonomicznej odrzuceniu musiały ulec wskaźniki, względem których nie są dostępne dane sprzed 2014 r. (tj. nie ma możliwości odniesienia się do okresu sprzed interwencji) bądź dane nie są publikowane systematycznie (tj. dane nie są publikowane rokrocznie).

Ponadto, osobny zestaw danych (zmiennych kontrolnych) wskazany został do zebrania na potrzeby techniki PSM, w celu dobrania odpowiednich bliźniaków statystycznych beneficjentów wsparcia. *Podręcznik* każdorazowo przedstawia jednak źródła danych, skąd mogą one zostać zaczerpnięte (w tym z zakresu danych dostępnych publicznie, jak i komercyjnych baz danych). W toku prac odrzucone zostały również inne, pierwotnie zidentyfikowane wskaźniki, które jednak okazały się być niedostępnymi z poziomu poszczególnych podmiotów (tj. ich udostępnienie możliwe było wyłącznie w formie zbiorczej, bez możliwości przypisania do poszczególnych jednostek).

Ostateczna metodologia pomiaru (zawarta w *Podręcznik*u) **nie zawiera żadnych elementów, które nie byłyby możliwe do pozyskania** w ramach przyszłego, planowanego do przeprowadzenia pomiaru (zgodnie z zapisami poprzedniego podrozdziału).

4.2.4. Jak należy ocenić skuteczność działań wdrożonych w latach 2014-2020, biorąc pod uwagę zaplanowaną logikę interwencji (wartości osiągnięte wskaźników programowych w zakresie postępu rzeczowego i finansowego IX OP PO IiŚ), jak również istniejące wyzwania i ograniczenia?

W poniższej tabeli przedstawione zostały dane dotyczące postępu w realizacji wskaźników programowych wg stanu na koniec 2020 r. Poziom osiągnięcia poszczególnych wskaźników pozwala na pozytywną ocenę skuteczności działań wdrożonych w latach 2014-2020. Już wg stanu na koniec 2020 r. 6 wskaźników osiągnęło wartość docelową (planowaną na 2023 r.) wg zatwierdzonych wniosków o płatność/płatność końcową. Ponadto, większość wskaźników osiągnęła już wartość docelową wg szacunków na podstawie zawartych umów (niejednokrotnie znacznie przekraczając zakładaną pierwotnie wartość docelową).

Zgodnie z informacjami z informacji kwartalnej z realizacji OP IX PO IiŚ 2014-2020 za IV kwartał 2020 r., (komentarz do wartości wskaźnika) wskaźnik *liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców* (zarówno w przypadku regionu lepiej, jak i słabiej rozwiniętego) cechuje stagnacja. Zdaniem ewaluatora, wynika to z charakteru tego wskaźnika (długi czas realizacji inwestycji, której efektem jest wartość prezentowana przez rzeczony wskaźnik), a biorąc pod uwagę wartości szacowane na podstawie podpisanych już umów (wartość 100%), nie występuje w tym zakresie ryzyko nieosiągnięcia zakładanych wysokości wskaźników.

Warto zaznaczyć, że występuje spore zróżnicowanie miedzy aktualnym, a szacowanym poziomem osiągnięcia zakładanych wartości w przypadku wskaźników związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Fakt ten wynika jednak ze stosunkowo krótkiego okresu, który upłynął od ich dodania do zakresu wskaźników (wobec rozszerzenia zakresu wsparcia w 2020 r.), a wobec wysokich wartości szacowanych na podstawie zawartych już umów nie przewiduje się problemów w osiągnieciu wartości docelowych.

Na moment przeprowadzenia niniejszego badania trudno jednak jednoznacznie wskazać, że nie występuje zagrożenie w realizacji wskaźnika *liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19*. Zarówno w przypadku wskaźnika odpowiadającemu regionowi lepiej rozwiniętemu, jak i słabiej, poziom osiągnięcia wartości docelowej wg wniosków o płatność wynosi 0%, a wg poziomu szacowanego 42,86%-59,26%. Należy jednak mieć na uwadze, że realizacja tego wskaźnika związana jest zarówno z długotrwałymi procedurami zakupowymi, jak i bezpośrednim powiązaniem z kształtowaniem się przyszłej sytuacji epidemicznej. Poza tym potrzeba osiągnięcia tego rodzaju wskaźników pojawiła się stosunkowo niedawno, a nowe umowy wciąż są zawierane. Ponadto zaznaczyć należy, że samo szacowanie wartości docelowej względem tego rodzaju wskaźnika jest bardzo problematyczne i obarczone ryzykiem przeszacowania (ze względu na dynamiczne zmiany sytuacji epidemicznej i bardzo ograniczone możliwości w zakresie skutecznego prognozowania faktycznego zapotrzebowania).

Biorąc pod uwagę pozostałe wskaźniki, nie osiągnięto jeszcze (na podstawie wartości szacowanej) zakładanej wartości wskaźnika *wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19*, lecz pozostała różnica jest niewielka (2,8 p.p.) wobec czego (i faktu ww. dalszego podpisywania nowych umów) nie przewiduje się w tym zakresie wystąpienia problemu w osiągnięciu założonej wartości.

W związku z tym, dotychczasowy poziom realizacji wskaźników programowych w opinii ewaluatora uznać należy za pozytywny, co również zgodnie potwierdzili wszyscy respondenci w ramach przeprowadzonych wywiadów pogłębionych (oraz eksperci biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym), wskazując na brak istotnych ryzyk względem możliwości nieosiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników. Ponadto, w

Sprawozdaniu rocznym za 2020 r. wskazano na brak większych zakłóceń we wdrażania przedmiotowej OP oraz pozytywnie oceniono tempo jej wdrażania[9].

Również w przypadku **analizy postępu finansowego** realizacji IX OP PO IiŚ 2014-2020 nie zidentyfikowano zagrożenia nieosiągnięcia zakładanego poziomu wydatkowania. Cel zakładany do osiągnięcia na koniec 2020 r. został przekroczony w przypadku regionu słabiej rozwiniętego. Postęp finansowy względem regionu lepiej rozwiniętego nie osiągnął co prawda ww. wartości docelowej na 2020 r., lecz różnica była stosunkowo niewielka (6,34%) a poziom realizacji celu na koniec 2023 r. wyniósł niemal 77%.

[9] Sprawozdanie z wdrażania IX OP Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 za rok 2020.

Tabela 8. Poziom realizacji wskaźników programowych wg stanu na koniec 2020 r.

Nazwa wskaźnika	Jednostka pomiaru wskaźnika	Kategoria regionu (*słabiej rozwinięty, lepiej rozwinięty)*	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa dla 2023 r.	% realizacji wartości docelowej dla 2023 r.	
			Szacowana[10]	Aktualna[11]		według wartości szacowanej	według wartości aktualnej
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	osoby/rok	słabiej rozwinięte	22 835 974	7 414 553	9 000 000	253,73%	82,38%
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	osoby/rok	lepiej rozwinięte	1 413 028	1 012 877	1 000 000	141,30%	101,29%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych, w tym:	szt.	słabiej rozwinięte	189	164	186	101,61%	88,17%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	szt.	słabiej rozwinięte	189	164	186	101,61%	88,17%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych, w tym:	szt.	lepiej rozwinięte	19	17	19	100,00%	89,47%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	szt.	lepiej rozwinięte	19	17	19	100,00%	89,47%
Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej*	zł	słabiej rozwinięte	1 221 960 825,36	1 038 943 028,35	1 000 000 000	122,20%	103,89%
Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	zł	lepiej rozwinięte	232 216 955,71	197 242 792,16	188 000 000	123,52%	104,92%
Liczba wybudowanych/wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych, w tym:	szt.	słabiej rozwinięte	58	45	58	100,00%	77,59%

[10] Na podstawie zawartych umów o dofinansowanie.
[11] Na podstawie zatwierdzonych wniosków o płatność/płatność końcową.

Nazwa wskaźnika	Jednostka pomiaru wskaźnika	Kategoria regionu (*słabiej rozwinięty, lepiej rozwinięty*)	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa dla 2023 r.	% realizacji wartości docelowej dla 2023 r.	
			Szacowana[10]	Aktualna[11]		według wartości szacowanej	według wartości aktualnej
Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	szt.	słabiej rozwinięte	48	35	48	100,00%	72,92%
Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	szt.	słabiej rozwinięte	10	10	10	100,00%	100,00%
Liczba wybudowanych/wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych, w tym:	szt.	lepiej rozwinięte	2	1	2	100,00%	50,00%
Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	szt.	lepiej rozwinięte	2	1	2	100,00%	50,00%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych, w tym:	szt.	słabiej rozwinięte	56	40	49	114,29%	81,63%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	słabiej rozwinięte	56	40	49	114,29%	81,63%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych, w tym:	szt.	lepiej rozwinięte	14	12	13	107,69%	92,31%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	lepiej rozwinięte	14	12	13	107,69%	92,31%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19 - CV12	szt.	słabiej rozwinięte	3 374	109	335	1007,13%	32,54%
Liczba wspartych podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19 - CV12	szt.	lepiej rozwinięte	305	7	49	622,71%	14,29%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 - CV29	EUR	słabiej rozwinięte	162 859 168,27	42 865 865,20	167 553 426	97,20%	25,58%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 - CV29	EUR	lepiej rozwinięte	14 469 699,31	2 857 724,35	12 052 518	120,06%	23,71%
Wartość zakupionych środków ochrony indywidualnej	EUR	słabiej rozwinięte	74 364 400,18	42 065 861,47	60 322 595	123,28%	69,73%

Nazwa wskaźnika	Jednostka pomiaru wskaźnika	Kategoria regionu (*słabiej rozwinięty, lepiej rozwinięty)*	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa dla 2023 r.	% realizacji wartości docelowej dla 2023 r.	
			Szacowana[10]	Aktualna[11]		według wartości szacowanej	według wartości aktualnej
Wartość zakupionych środków ochrony indywidualnej	EUR	lepiej rozwinięte	6 182 850,11	2 804 390,76	4 921 053	125,64%	56,99%
Liczba zakupionych środków ochrony indywidualnej	szt.	słabiej rozwinięte	100 317 512	106 226 748	80 674 240	124,35%	131,67%
Liczba zakupionych środków ochrony indywidualnej	szt.	lepiej rozwinięte	6 549 715	7 081 783	5 024 000	130,37%	140,96%
Liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory - CV15	szt.	słabiej rozwinięte	14 029	1 359	1 467	956,31%	92,66%
Liczba zakupionego sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory - CV15	szt.	lepiej rozwinięte	181	91	93	194,62%	97,45%
Wartość zakupionego sprzętu medycznego	EUR	słabiej rozwinięte	28 978 727,83	153 186,59	9 475 836	305,82%	1,62%
Wartość zakupionego sprzętu medycznego	EUR	lepiej rozwinięte	761 885,87	10 212,44	604 840	125,96%	1,69%
Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19	szt.	słabiej rozwinięte	134	0	226	59,29%	0,00%
Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19	szt.	lepiej rozwinięte	6	0	14	42,86%	0,00%
Karetki pogotowia i pojazdy zakupione w celu reagowania kryzysowego	szt.	słabiej rozwinięte	90	0	75	120,00%	0,00%
Karetki pogotowia i pojazdy zakupione w celu reagowania kryzysowego	szt.	lepiej rozwinięte	7	0	5	140,00%	0,00%

Źródło: Informacja kwartalna z realizacji IX OP PO IiŚ – IV kwartał 2020 r.

*w przypadku wartości szacowanych kolorem zielonym oznaczono wskaźniki, które osiągnęły już zakładaną wartość docelową. W przeciwnym przypadku oznaczone zostały kolorem czerwonym.

Tabela 9. Postęp finansowy w realizacji IX OP PO IiŚ wg stanu na koniec 2020 r.

Nazwa wskaźnika	Jednostka pomiaru wskaźnika	Kategoria regionu	Wartość osiągnięta na koniec okresu sprawozdawczego	Cel do osiągnięcia na koniec roku bieżącego roku	% realizacji celu na koniec bieżącego roku	Wartość docelowa na koniec 2023 r	% realizacji celu
Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych	EUR	słabiej rozwinięte	464 376 733,82	449 714 826	103,26%	686 171 712	67,68%
Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych	EUR	lepiej rozwinięte	77 591 251,62	82 846 224	93,66%	100 782 921	76,99%

Źródło: Informacja kwartalna z realizacji IX OP PO IiŚ – IV kwartał 2020 r.

4.2.5. Czy realizacja IX OP PO IiŚ przyniosła zmiany w zakresie poprawy świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym?

Zgodnie *Umową Partnerstwa na lata 2014-2020* wśród głównych problemów systemu ochrony zdrowia w Polsce zalicza się nierówny dostęp do świadczeń ratownictwa medycznego, niską dostępność oddziałów szpitalnych w podmiotach leczniczych, zajmujących się chorobami układu krążenia, nowotworowymi, układu kostno-mięśniowo-stawowego, układu oddechowego i chorób psychicznych, a także dostępność oddziałów dziecięcych oraz ginekologicznych i położniczych.

Respondenci wywiadów pogłębionych zwracali uwagę na brak możliwości pełnej oceny zmian, jakie zaszły w zakresie poprawy świadczonych usług medycznych ze względu na istotny udział projektów, które jeszcze się nie zakończyły. Zwracano jednakże uwagę na dobrze ukierunkowane wsparcie, które ich zdaniem w znacznym stopniu wpływa pozytywnie na usługi medyczne świadczone w obszarach deficytowych. W szczególności podkreślano wpływ interwencji na możliwość świadczenia odpowiednich usług z zakresu onkologii i układu krążenia, w tym dzięki zakupowi sprzętu umożliwiającego lepsze obrazowanie zmian chorobowych. Podobnego zdania byli eksperci środowiskowi biorący udział w wywiadzie grupowym. Wskazywali przy tym na znaczny rozwój infrastruktury sprzętowej szpitali specjalistycznych, co z jednej strony pozwoliło na rozszerzenie zakresu świadczonych usług, a z drugiej wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa samych pacjentów.

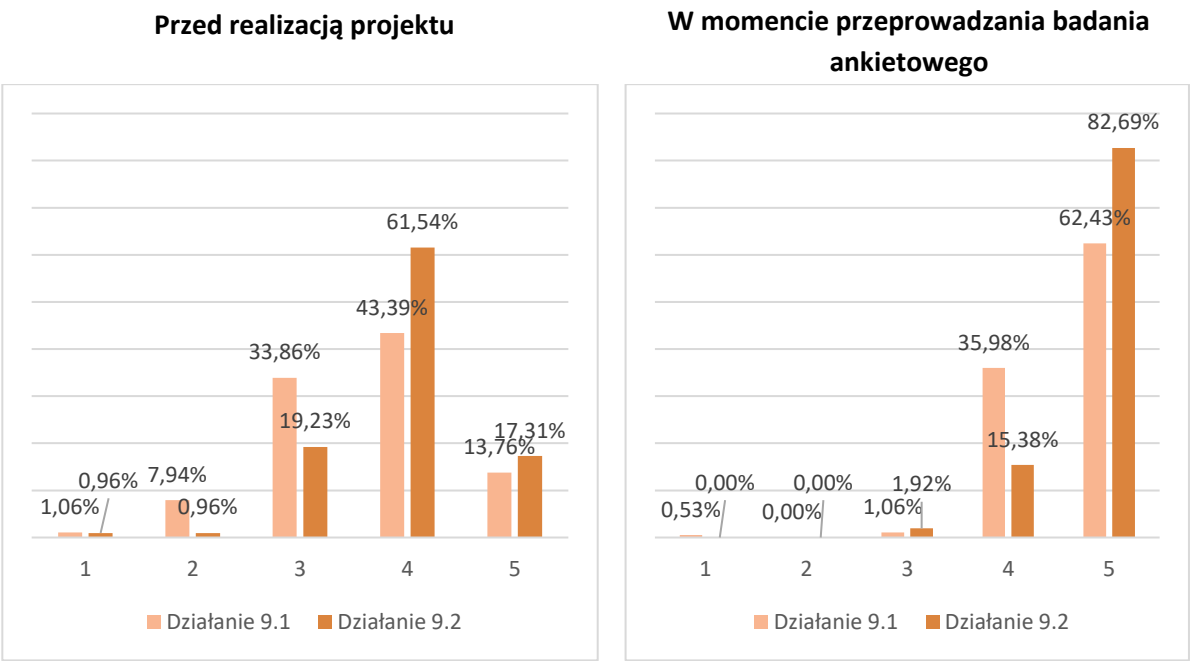
W celu precyzyjnego określenia wpływu interwencji na jakość świadczonych usług medycznych poproszono respondentów badania (beneficjenci OP IX) o udzielenie adekwatnej oceny – zarówno biorąc pod uwagę okres sprzed realizacji projektu, jak i względem momentu, w którym przeprowadzane było badanie. Analizując wyniki badania w podziale na oba ww. okresy zauważyć można **znaczny wzrost udziału ocen bardzo dobrych**, przypadających na moment przeprowadzania badania (tj. po zakończeniu bądź w trakcie realizacji dofinansowanych projektów). Wzrost ten wyniósł blisko 49 punktów procentowych (p.p.) w przypadku beneficjentów Działania 9.1 oraz ponad 65 p.p. w przypadku beneficjentów Działania 9.2. Oczywiście ocena tego rodzaju pozostaje obarczona pewną dozą subiektywizmu, lecz biorąc pod uwagę skalę zmian, wpływ interwencji na jakość świadczonych przez placówkę usług medycznych uznać należy za znaczący. Wśród uzasadnień tego rodzaju zmiany znalazły się przede wszystkim:

- kompleksowy charakter otrzymanego wsparcia;

- możliwość świadczenia wyższej jakości usług dzięki zakupionemu w ramach projektu sprzętowi (znacznie usprawniającego pracę jednostki dzięki zastąpieniu starej generacji sprzętu bądź wyposażenie go w rodzaj sprzętu, którego dotychczas nie posiadał);
- posiadanie całodobowego lądowiska, które znacznie wpływa na dostępność placówki i czas transportu pacjentów;
- zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu personelu, zarówno poprzez wyposażenie podmiotu w lepszy sprzęt, jak i zapewnienie środków ochrony osobistej (szczególnie istotne ze względu na sytuację epidemiczną);
- zwiększenie komfortu pacjentów (m.in. poprzez wymianę łóżek szpitalnych oraz wyposażenie w nowocześniejszy sprzęt umożliwiający skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitali);
- skrócenie czasu pobytu w szpitalu warunkujący możliwość przyjęcia ich większej liczby w danym okresie;
- wzrost wskaźnika przeżywalności w związku m.in. z poprawą dostępności do usług zdrowotnych w zakresie chorób nowotworowych (oraz, poprzez to, umożliwienie powrotu do wykonywania zawodu przez osoby z przebytą chorobą nowotworową);
- pozytywne opinie pacjentów względem usług świadczonych po zrealizowaniu projektu (na podstawie badań satysfakcji pacjentów);
- dostosowanie obiektu do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Warto zaznaczyć, że spośród wszystkich badanych beneficjentów (tj. 293 podmiotów), tylko w jednym przypadku odnotowano spadek oceny względem okresu sprzed realizacji projektu (zmiana z oceny bardzo dobrej na dobrą), co jednak zostało uargumentowane zmianami związanymi z sytuacją epidemiczną, które znacznie utrudniły funkcjonowanie placówki. Ponadto, respondenci którzy w momencie przeprowadzania badania ankietowego ocenili jakość świadczonych usług medycznych jako dostateczną (ocena 3), uargumentowali ją również ograniczeniami związanymi z epidemią COVID-19 oraz faktem stosunkowo wczesnego etapu realizacji ich projektu, co uniemożliwiało dokonanie oceny w tym zakresie (łącznie ocenę dostateczną wybrało jedynie 4 badanych beneficjentów).

Rysunek 6. Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez placówkę reprezentowaną przez beneficjentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=239

Do analizy wyników wg **narzędzi *Policy Paper*** *dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, wybrane zostały wskaźniki, w których zauważono największy wzrost jakości świadczonych usług medycznych przed i po realizacji projektu. Jak wynika z analizy danych, większość beneficjentów zdecydowanie lepiej ocenia jakość świadczonych usług medycznych po realizacji projektów. Największy wzrost ocen pozytywnych (w stosunku do okresu sprzed realizacji projektu) odnotowano w przypadku takich narzędzi, jak *Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy SOR-ach oraz w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego* oraz *Wsparcie baz LPR oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy.* Poniżej przedstawiono szczegółowy rozkład odpowiedzi.

Tabela 10. Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez placówkę reprezentowaną przez beneficjentów – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper

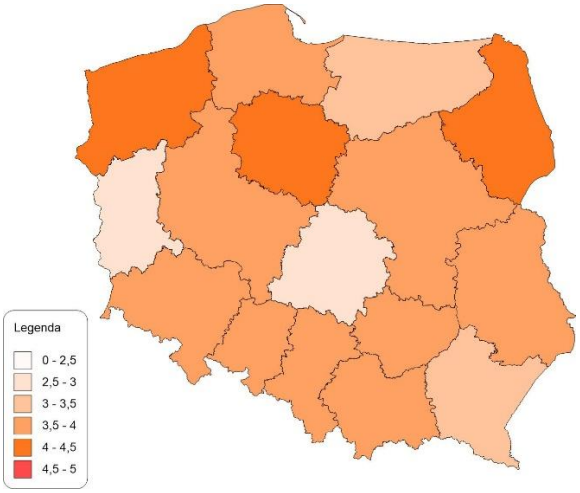
Narzędzie	Suma odpowiedzi pozytywnych (punktacja 4 i 5) przed realizacją projektów	Suma odpowiedzi pozytywnych (punktacja 4 i 5) po realizacji projektów
Utworzenie nowych SOR-ów, powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie)	43,75%	87,50%

Narzędzie	Suma odpowiedzi pozytywnych (punktacja 4 i 5) przed realizacją projektów	Suma odpowiedzi pozytywnych (punktacja 4 i 5) po realizacji projektów
Modernizacja istniejących SOR-ów, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)	44,36%	99,25%
Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)	83,33%	100,00%
Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie)	53,85%	100,00%
Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy SOR-ach oraz w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)	37,50%	100,00%
Wsparcie baz LPR (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy	40,00%	100,00%

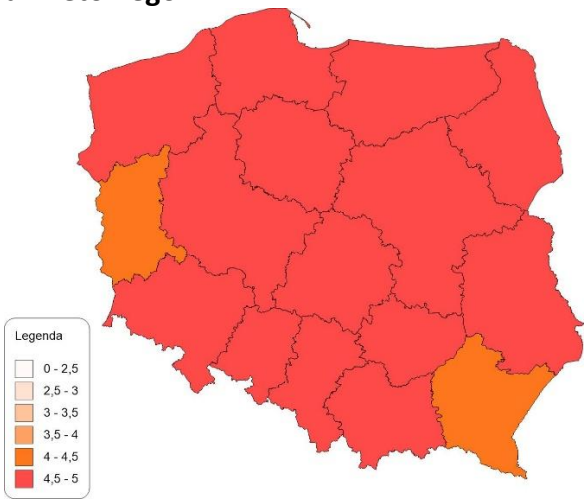
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Wyniki przeprowadzonego badania ankietowego pozwalają również na potwierdzenie występowania silnego, **terytorialnego wpływu wsparcia** na poprawę świadczonych usług medycznych. Obserwując rozkład ocen sprzed realizacji projektu i z momentu przeprowadzania niniejszego badania, odnotowano wzrost oceny jakości świadczonych usług we wszystkich województwach.

Mapa 4. Średnia ocen w zakresie jakości świadczonych usług medycznych – przed realizacją projektu



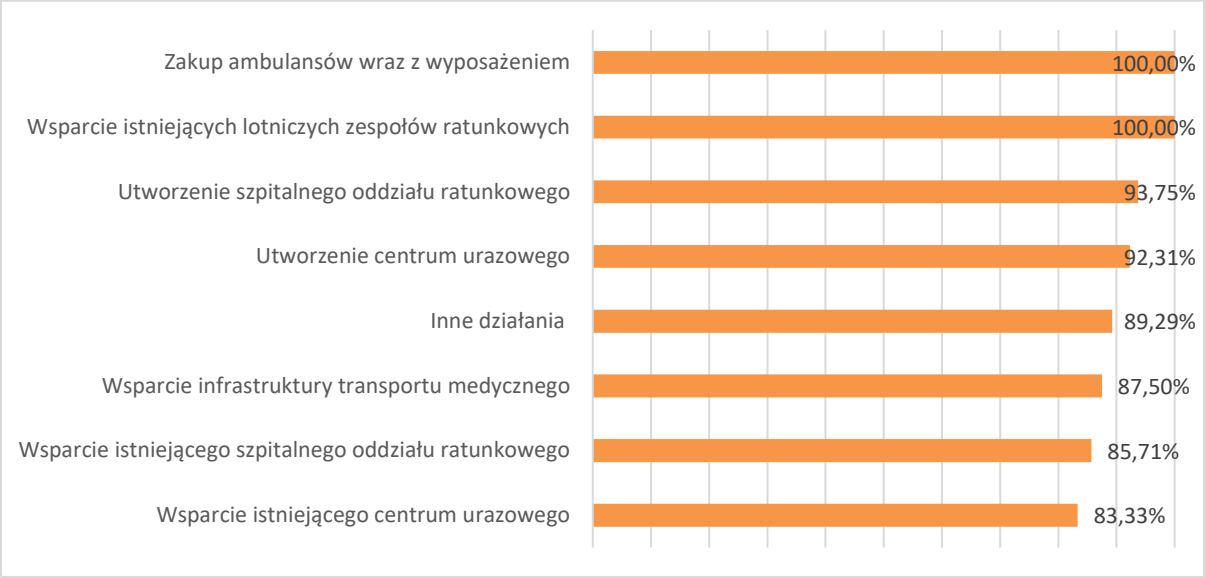
Mapa 5. Średnia ocen w zakresie jakości świadczonych usług medycznych – w momencie przeprowadzania badania ankietowego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=239

W ramach przeprowadzonego badania ankietowego uzupełniono analizowaną powyżej kwestię o ocenę rodzaju wsparcia i, związaną z nim, poprawą świadczonych usług medycznych. Na potrzeby analizy zsumowano oceny „raczej duży wpływ" oraz „bardzo duży wpływ", wobec czego w przypadku beneficjentów Działania 9.1 najlepiej oceniono (względem wpływu na poprawę świadczonych usług medycznych) zakup ambulansów wraz z wyposażeniem oraz wsparcie istniejących lotniczych zespołów ratunkowych (po 100% ocen przypadło na wariant raczej duży i duży wpływ). Na kolejnych pozycjach znalazło się z kolei utworzenie SOR oraz CU (kolejno 93,75% i 92,31%). Pozostałe rodzaje działań realizowanych w ramach Działania 9.1 również ocenione zostały pod tym względem wysoko, lecz łączny udział ww. ocen nie przekroczył już poziomu 90%.

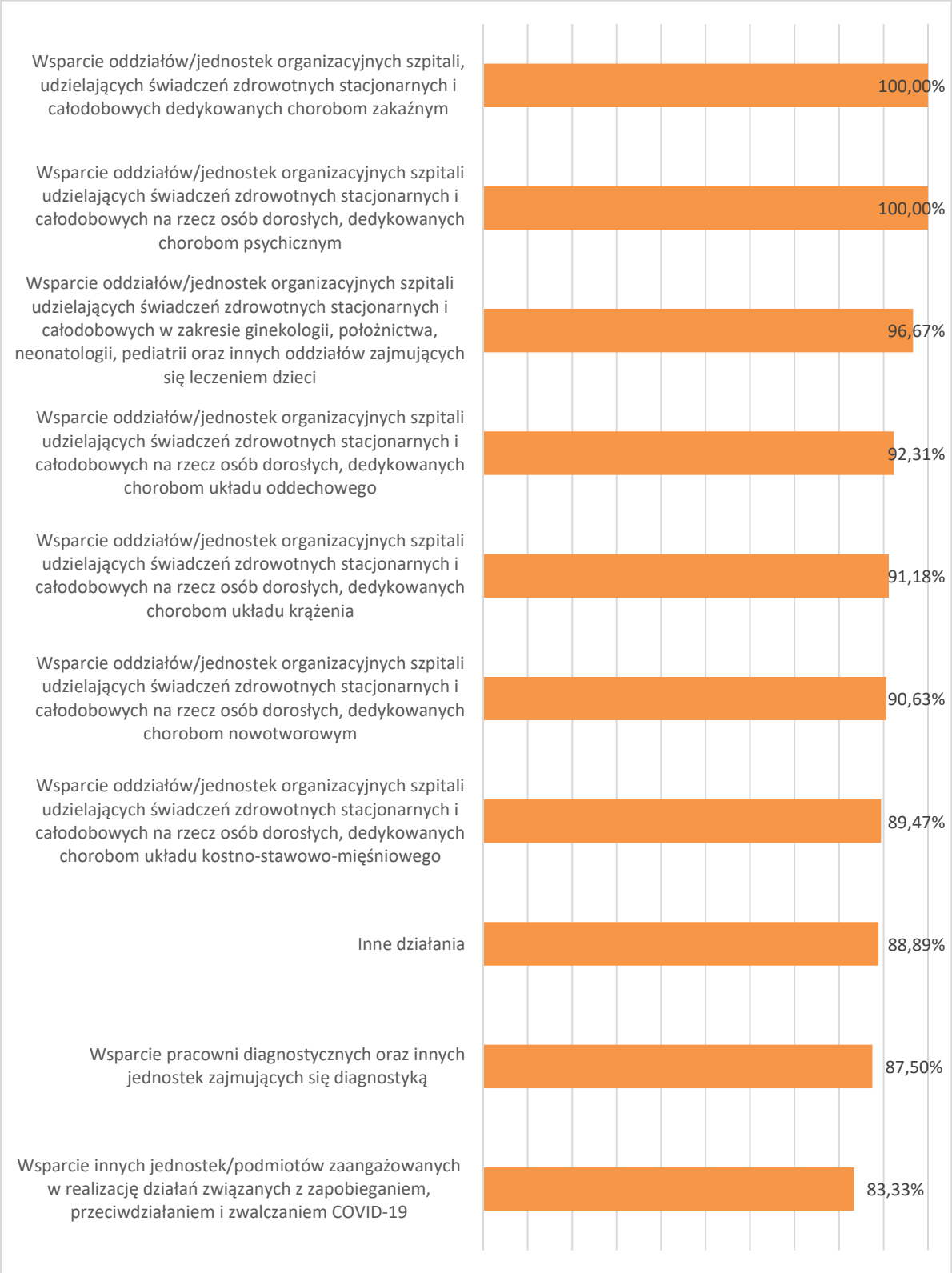
Rysunek 7. Ocena wpływu realizacji projektu na poprawę świadczonych usług medycznych – beneficjenci działania 9.1, suma udziału wskazań dla ocen „Bardzo duży wpływ" oraz „Raczej duży wpływ"



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=189

W przypadku beneficjentów Działania 9.2, największy wpływ na poprawę świadczonych usług medycznych odnotowano w przypadku takich działań, jak wsparcie oddziałów/jednostek organizacyjnych szpitala, udzielających świadczeń zdrowotnych dedykowanym chorobom zakaźnym i chorobom psychicznym (po 100% dla udziału wskazań ocen raczej duży i duży wpływ). Również w przypadku wsparcia szpitali specjalizujących się w pozostałych rodzajach chorób odnotowano bardzo wysokie udziały tego rodzaju ocen. Stosunkowo najniższy udział tychże ocen przypadł na wsparcie pracowni diagnostycznych czy jednostek zaangażowanych w realizację działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, lecz i w tych przypadkach udział ten był stosunkowo wysoki (ponad 80%).

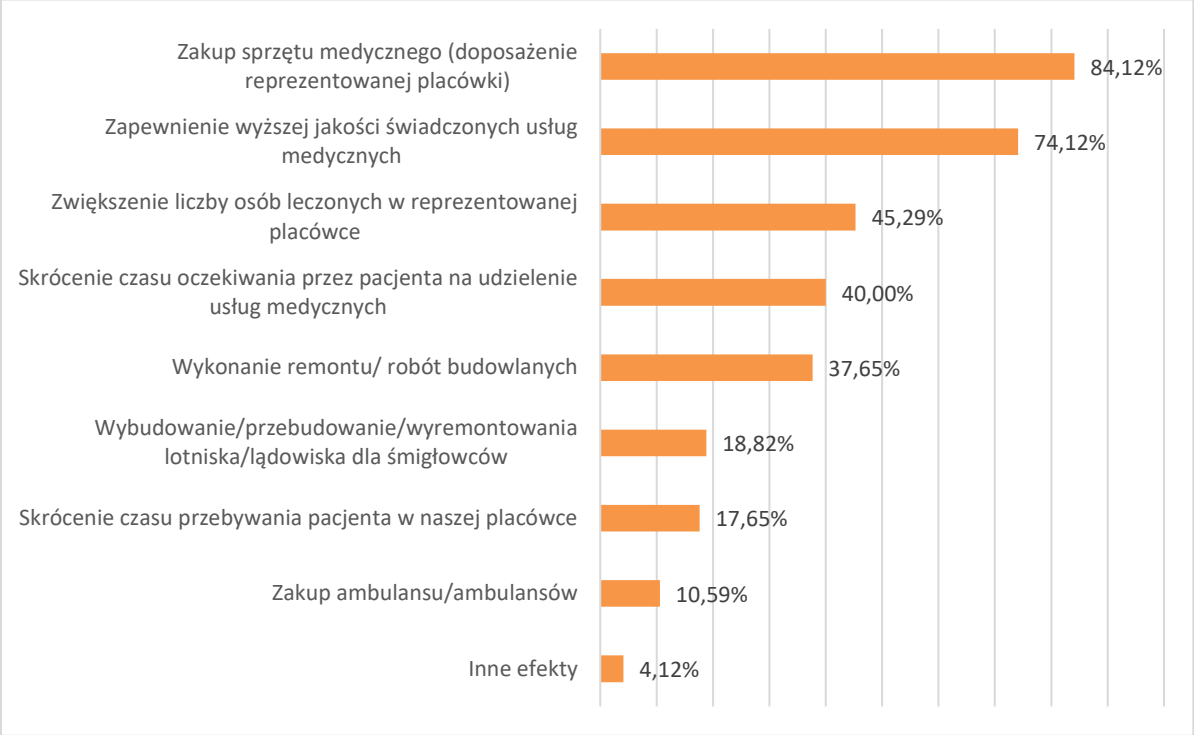
Rysunek 8. Ocena wpływu realizacji projektu na poprawę świadczonych usług medycznych – beneficjenci działania 9.2, suma udziału wskazań dla ocen „Bardzo duży wpływ" oraz „Raczej duży wpływ"



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=104

Wśród efektów osiągniętych w wyniku realizacji projektów w ramach Działania 9.1 badani beneficjenci wskazywali przede wszystkim na zakup sprzętu medycznego (84,12%) oraz zapewnienie wyższej jakości świadczonych usług medycznych (74,12%). Na trzeciej pozycji w poniższym zestawieniu znalazło się zwiększenie liczby osób leczonych, lecz w tym przypadku udział wskazań był już znacznie niższy (45,29%).

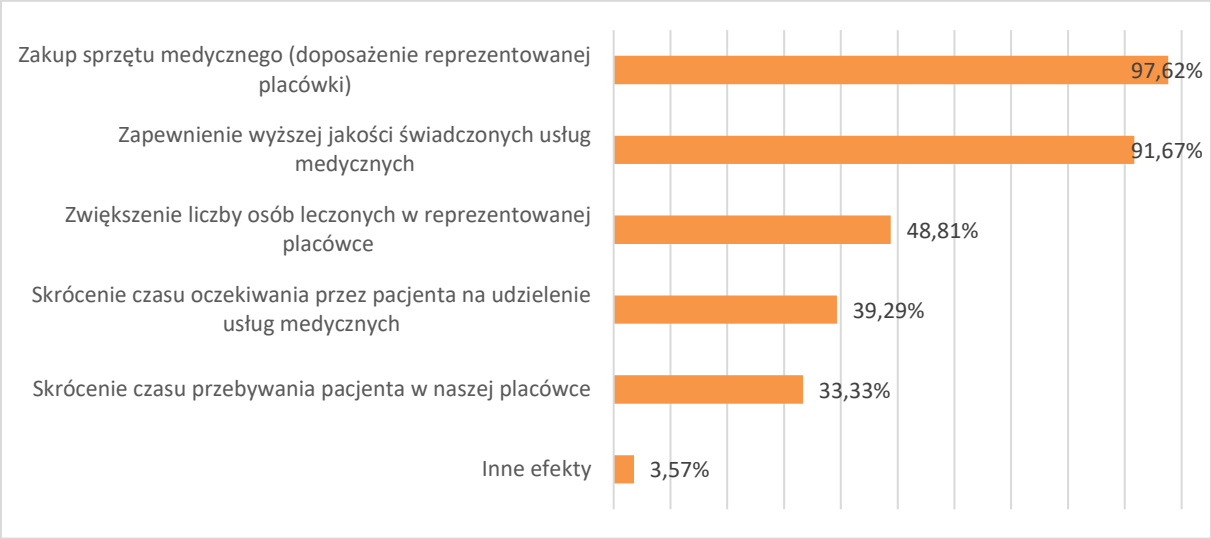
Rysunek 9. Odsetek wskazań w zakresie rodzaju efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu – działanie 9.1



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=170

Wśród efektów osiągniętych w wyniku realizacji projektów w ramach Działania 9.2 beneficjenci wskazywali w głównej mierze na analogiczne aspekty, tj. zakup sprzętu medycznego (aż 97,62%) oraz zapewnienie wyższej jakości świadczonych usług medycznych (niemal 92%). Na trzeciej pozycji również znalazło się zwiększenie liczby osób leczonych w reprezentowanej placówce (niemal 49%).

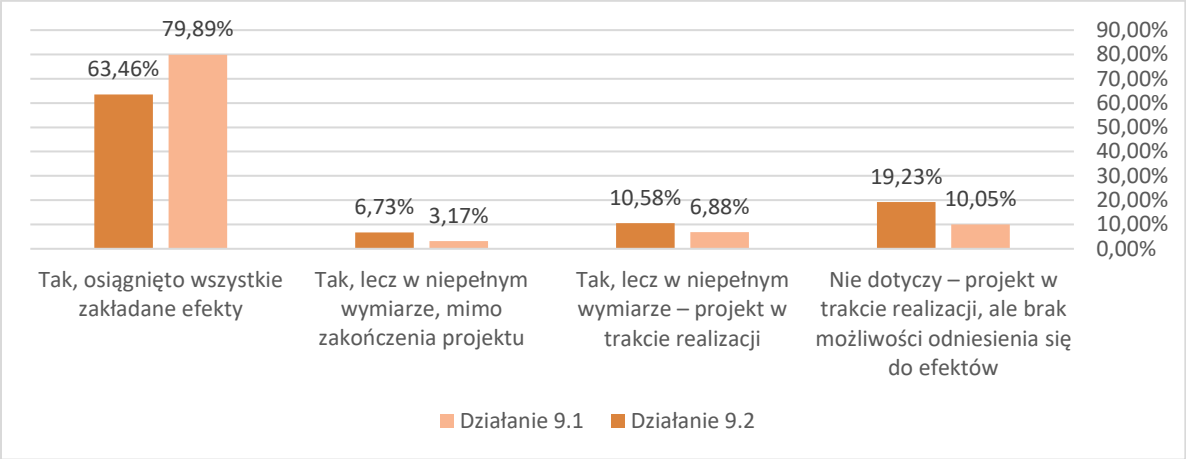
Rysunek 10. Odsetek wskazań w zakresie rodzaju efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu – działanie 9.2



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=80

Jak wynika z przeprowadzonych badań ankietowych **większość beneficjentów potwierdziła osiągnięcie wszystkich zakładanych efektów** (kolejno 63,46% dla Działania 9.1 oraz 79,89% dla Działania 9.2). Pozostały udział w znacznej mierze przypadł na nieosiągnięcie jeszcze wszystkich zakładanych wskaźników, ze względu na fakt braku jego zakończenia w momencie przeprowadzania niniejszego badania. Tym samym, na beneficjentów, którzy nie osiągnęli zakładanych wskaźników, pomimo zakończenia projektu, przypadło kolejno 6,73% (Działanie 9.1) oraz 3,17% (Działanie 9.2). Niemal wszystkie tego rodzaju sytuacje wytłumaczone zostały sytuacją epidemiczną w 2020 r., która uniemożliwiła osiągnięcie części zakładanych na ten okres wskaźników (co nastąpiło w wyniku zamknięcia bądź ograniczeniu działalności placówki). W jednym przypadku wskazano inny powód, a mianowicie problem z dokonaniem zakupu jednej z pozycji sprzętowych w okresie kwalifikowalności.

Rysunek 11. Odsetek wskazań w zakresie efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Analizując wyniki wg wybranych narzędzi Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, zdecydowana większość beneficjentów osiągnęła wszystkie zakładane efekty. W podziale na narzędzia, wyniki przedstawiają się następująco.

Tabela 11. Odsetek wskazań w zakresie efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper

Narzędzie	tak, osiągnięto wszystkie zakładane efekty	tak, lecz w niepełnym wymiarze, mimo zakończenia projektu	tak, lecz w niepełnym wymiarze – projekt w trakcie realizacji	nie dotyczy – projekt w trakcie realizacji, ale brak możliwości odniesienia się do efektów
Narzędzie 6. *Utworzenie nowych SOR-ów, powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie)*	43,75%	6,25%	31,25%	18,75%
Narzędzie 7. *Modernizacja istniejących SOR-ów, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)*	91,73%	3,76%	1,50%	3,01%

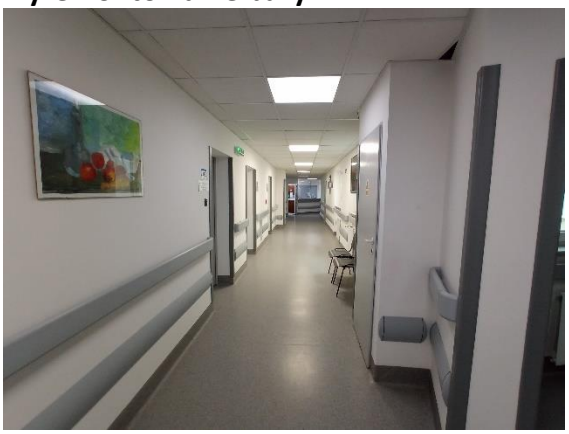
Narzędzie	tak, osiągnięto wszystkie zakładane efekty	tak, lecz w niepełnym wymiarze, mimo zakończenia projektu	tak, lecz w niepełnym wymiarze – projekt w trakcie realizacji	nie dotyczy – projekt w trakcie realizacji, ale brak możliwości odniesienia się do efektów
Narzędzie 8. *Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)*	100,00%	-	-	-
Narzędzie 9. *Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie)*	100,00%	-	-	-
Narzędzie 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)*	62,50%	-	37,50%	-
Narzędzie 11. *Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy)*	100,00%	-	-	-
Narzędzie 12. *Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych*	56,96%	8,86%	11,39%	22,78%

Narzędzie	tak, osiągnięto wszystkie zakładane efekty	tak, lecz w niepełnym wymiarze, mimo zakończenia projektu	tak, lecz w niepełnym wymiarze – projekt w trakcie realizacji	nie dotyczy – projekt w trakcie realizacji, ale brak możliwości odniesienia się do efektów
stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)				
Narzędzie 15. ***Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie)***	63,33%	3,33%	23,33%	10,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Zagadnienie zostało poruszone także w **analizie studiów przypadku**, w trakcie której przeanalizowano projekty, których realizacja w wysokim stopniu pozwoliła na poprawienie jakości świadczonych usług zdrowotnych. Jak wynika z analizy, realizowane projekty wpłynęły przede wszystkim na poprawę efektywności ochrony zdrowia, przyczyniając się do wyrównania dostępu do zasobów ochrony zdrowia i polepszenia stanu zdrowia społeczeństwa. Beneficjenci podkreślali także, że dzięki dofinansowaniu i zrealizowaniu projektów, poprawie uległo bezpieczeństwo pacjentów, poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej i wyposażeniem oddziałów w nowoczesne urządzenia. Co więcej, zwiększyła się skuteczność udzielania pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Podsumowując analizę studiów przypadków, realizacja wszystkich projektów w bardzo wysokim stopniu wpłynęła na poprawę świadczonych usług medycznych. Poniżej przedstawione zostały wybrane zdjęcia, które obrazują osiągnięte efekty.

Zdjęcie 1. Modernizacja infrastruktury Kliniki Chorób Wewnętrznych i pracowni diagnostyczno-terapeutycznych IMW – wyremontowanie bazy



Zdjęcie 2. Modernizacja infrastruktury Kliniki Chorób Wewnętrznych i pracowni diagnostyczno-terapeutycznych IMW – sala pacjentów

Źródło: Zdjęcia przekazane przez Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki

Zdjęcie 3. Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łęcznej – zakupiony sprzęt ratujący życie

Zdjęcie 4. Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łęcznej – zakupiony sprzęt ratujący życie

Źródło: Zdjęcia przekazane przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęcznej.

Zdjęcie 5. Rozbudowa i modernizacja zakładu radioterapii w celu poprawy dostępności i jakości leczenia pacjentów onkologicznych w SP ZOZ MSWIA z WMCO w Olsztynie – zakupiony sprzęt

Źródło: Zdjęcia przekazane przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko - Mazurskim Centrum Onkologii z Olsztynie

Zdjęcie 6. Poprawa funkcjonowania ponadregionalnego wysokospecjalistycznego ośrodka medycznego poprzez zakup wyposażenia – zakupiony sprzęt

Zdjęcie 7. Poprawa funkcjonowania ponadregionalnego wysokospecjalistycznego ośrodka medycznego poprzez zakup wyposażenia – zakupiony sprzęt

Źródło: Zrzuty ekranu z filmu promocyjnego przekazanego przez Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny Im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Biorąc pod uwagę przedstawione wyniki analizy, w opinii ewaluatora, należy potwierdzić występowanie poprawy świadczonych usług medycznych, co wyniknęło z realizacji inwestycji w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym. Precyzyjniejsza ocena będzie jednak możliwa do przeprowadzenia w ramach przyszłych badań, w momencie zakończenia realizowanych jeszcze projektów.

4.2.6. W jakim stopniu zrealizowany został cel szczegółowy IX OP PO IiŚ (zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej) oraz zakładany rezultat przedmiotowej interwencji (nastąpiła poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym)? Jeżeli cel szczegółowy / zakładany rezultat interwencji nie zostały w pełni zrealizowane, to dlaczego?

Możliwość określenia pełnego wpływu udzielonego wsparcia na zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz na poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej możliwy będzie dopiero po zakończeniu realizacji projektów. Jak bowiem podkreślali również respondenci wywiadów pogłębionych, obecnie (tj. w momencie przeprowadzenia niniejszego badania) wiele spośród projektów znajdowało się na etapie realizacji (133 projekty, tj. ponad 28% ogółu), co (szczególnie biorąc pod uwagę infrastrukturalny charakter wsparcia) uniemożliwia określenie tego rodzaju wpływu. Wskazywano natomiast na szeroką skalę udzielanego wsparcia, zarówno biorąc pod uwagę liczebność realizowanych projektów, jak i ich wartość, które niezaprzeczalnie wpłyną na realizację celu szczegółowego Osi. Niemniej **możliwość precyzyjnego określenia tego wpływu możliwe będzie dopiero w 2023 r.** (kiedy to przeprowadzony zostanie pomiar przy wykorzystaniu zapisów metodologicznych opracowanego obecnie *Podręcznik*a, będącego załącznikiem do niniejszego dokumentu).

- Trzeba było by się podpierać jakimiś danymi statystycznymi. Tymczasem cały czas jesteśmy w trakcie wdrażania tych projektów, więc przypuszczam, że nawet takich statystyk do końca nie dałoby się przygotować. Natomiast ze względu na to jak patrzę na rozmiar interwencji w ramach PO IiŚ w ramach naszej alokacji, to myślę, że ten wpływ na pewno jest. Obecnie mamy 471 projektów, których ogólna wartość przekracza 4 mld złotych. Więc to są potężne środki dla systemu opieki zdrowotnej. I też myślę, że to się przekłada też na te efekty. Niestety na nie będziemy musieli poczekać, bo teraz jesteśmy praktycznie na etapie wdrażania tych projektów. Ale przełożenie to na pewno jest.
Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

Podczas przeprowadzanych wywiadów pogłębionych podkreślano również, że sam charakter celu szczegółowego OP IX jest trudny do zweryfikowania (w kontekście jego realizacji), gdyż w pewnym sensie bardziej wskazuje kierunek działań, a nie faktyczny, dokładnie zdefiniowany stan, który należy osiągnąć.

Niemniej zarówno respondenci wywiadów pogłębionych, jak i eksperci środowiskowi biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym wielokrotnie podkreślali **znaczny (i widoczny już) wpływ interwencji** na zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej. Stanowisko to było jednak argumentowane znacznym zakresem środków przeznaczonych na ten cel i trafnym (w odniesieniu do potrzeb) rodzajem dofinansowanych działań.

Warto zauważyć, że w ramach przeprowadzonej analizy wniosków o dofinansowanie zidentyfikowany został bardzo obszerny zakres celów projektów, zbieżnych z celem szczegółowym OP IX (analiza wraz z ww. wykazem znajduje się w aneksie).

Obecnie natomiast, w celu zweryfikowania występowania mierzalnych efektów interwencji, możliwe jest przeprowadzenie aktualnej (na moment sporządzenia niniejszego dokumentu) **analizy makroekonomicznej**, będącej jednym z elementów metodologii oceny wskazanej do wykorzystania w 2023 r. (za ww. *Podręcznik*iem). Tym samym, analizę traktować należy jako pomiar bazowy, do którego odnieść będzie się można również podczas przyszłego badania. Pełna treść analizy umieszczona została w aneksie. Pomimo wskazanego już wcześniej problemu w ustaleniu wpływu udzielonego dotychczas wsparcia (ze względu na brak zakończenia realizowanych projektów w momencie sporządzenia analizy) już pomiar bazowy wskazuje na pozytywne skutki podjętej interwencji.

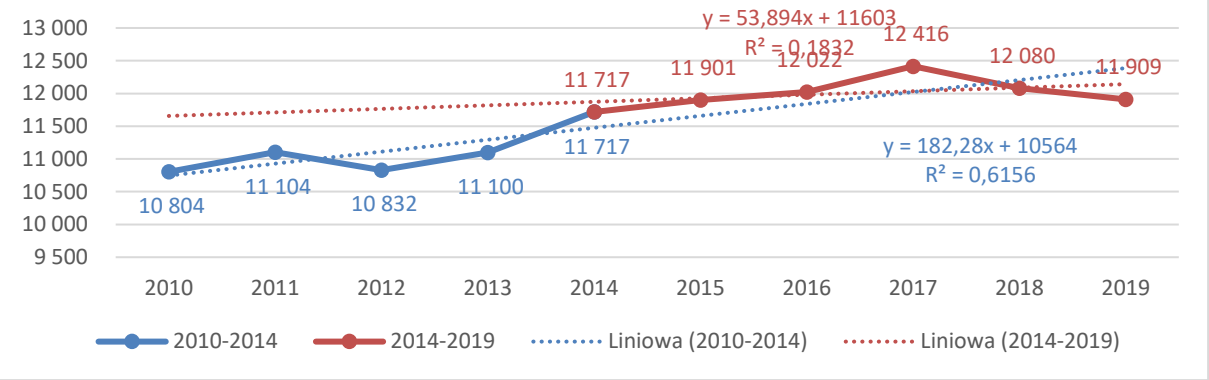
Jej pozytywny wpływ zauważono w ramach 40% analizowanych wskaźników, przy czym zaznaczyć należy, że w ramach wszystkich pozostałych wskaźników nie odnotowano negatywnego wpływu interwencji (zmiany obserwowane w okresie po 2014r. kontynuują wcześniejsze trendy, bądź skala zmian jest na tyle niska, że trudno jednoznacznie ocenić ich charakter). Biorąc jednak pod uwagę aktualne wyniki oraz prognozy wynikające z analizy liniowych funkcji trendu dla okresu po rozpoczęciu wdrażania interwencji, należy spodziewać się, że w ramach przyszłego pomiaru zidentyfikowany zostanie silny i pozytywny wpływ wsparcia na realizację założonego celu szczegółowego Osi. Biorąc również pod uwagę obserwowany obecnie wzrost ocen jakości udzielanego wsparcia (w ramach ocen badanych beneficjentów) w okresie sprzed i po realizacji projektu, spodziewać należy się również zidentyfikowania pozytywnego wpływu wsparcia w ramach przyszłego, planowanego badania metodą kontrfaktyczną.

W dalszej części przedstawione zostały **wyniki analizy makroekonomicznej**, względem wskaźników, w których już na obecnym etapie możliwe było potwierdzenie występowania ww. pozytywnego wpływu interwencji.

Pierwszym z ww. wskaźników jest **liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego ogółem w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców**. Porównując trendy sprzed interwencji oraz po jej rozpoczęciu, zauważyć można spadek pierwotnie prognozowanych wartości wskaźnika od 2017 r. Co więcej, sama wartość faktycznie osiągnięta na koniec 2019 r. jest jeszcze

niższa, niż ww. prognoza (patrz: niebieska kropkowana linia). W związku z tym, **można wnioskować o występowaniu w tym zakresie niskiego, lecz pozytywnego wpływu podjętej interwencji**. Wykorzystana funkcja dla lat 2010-2014 jest w zadowalającym stopniu dopasowana do zaprezentowanych danych (świadczy o tym relatywnie wysoka wartość współczynnika R^2). W przypadku danych dla lat 2014-2019 występują zbyt duże wahania, by możliwe było wyciągnięcie jednoznacznej interpretacji, bez dodatkowego komentarza eksperckiego (świadczy o tym niska wartość współczynnika R^2).

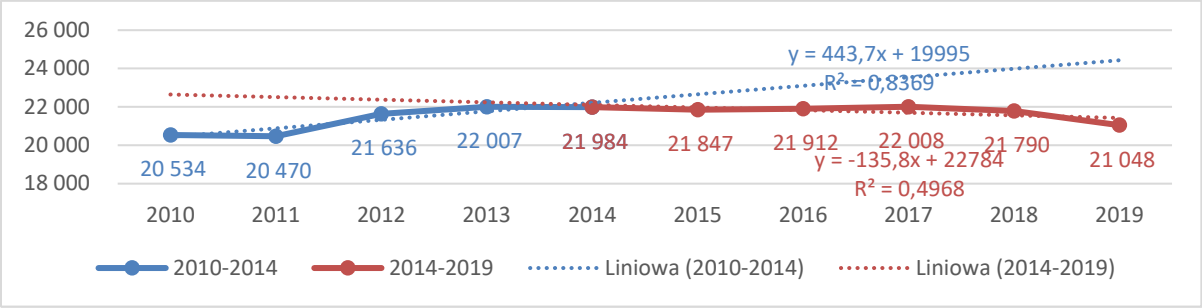
Rysunek 12. Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego ogółem w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne

Liczba osób leczonych na oddziałach szpitalnych na 100 tys. mieszkańców w okresie interwencji zmniejszyła się, wobec czego **wnioskować należy o pozytywnym wpływie interwencji** (biorąc bowiem pod uwagę liniową funkcję trendu z okresu sprzed 2014 r., w przypadku braku wsparcia z OP IX PO IiŚ aktualna wysokość wskaźnika przyjęłaby znacznie wyższą wartość). Trend ten spójny jest z aktualnym założeniem systemowym dotyczącym opieki zdrowotnej, wg którego dąży się do tego, by liczba leczonych w szpitalach była określona poprzez niezbędne minimum, zaś pacjenci powinni korzystać z alternatywnych świadczeń (m.in. w ramach AOS lub POZ). Na kształtowanie się wskaźnika mogą mieć jednak w przyszłości wpływ skutki pandemii– zarówno w formie bezpośredniej (konieczność hospitalizacji osób borykających się z chorobą COVID-19), jak i pośredniej (wynikających ze zbyt późnej diagnostyki w kierunku chorób m.in. nowotworowych i kardiologicznych oraz związanej z tym przyszłej konieczności hospitalizacji osób zdiagnozowanych w tym kierunku. Przewiduje się bowiem, że liczba ta będzie w najbliższych latach większa, niż predykcje dokonywane przed pandemią). Sposób interpretacji będzie więc odmienny w zależności od czasu, w którym wykonywany będzie pomiar oraz od przyszłej sytuacji epidemicznej.

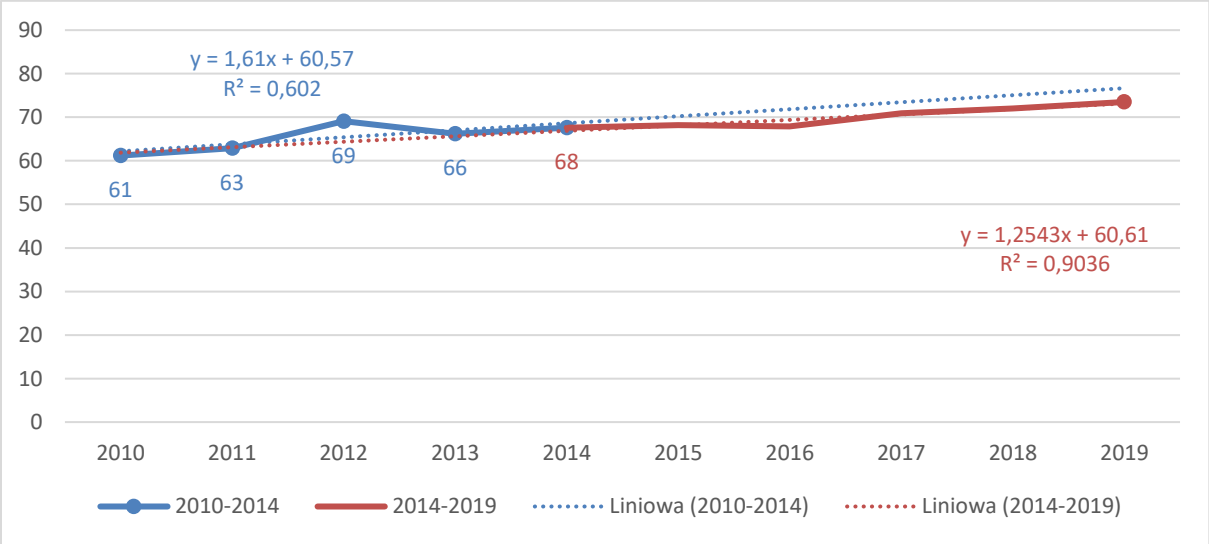
Rysunek 13. Liczba osób leczonych na oddziałach szpitalnych na 100 tys. mieszkańców



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku zmian w **liczbie pielęgniarek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców**, wg danych za 2019 r. wartość wskaźnika przekroczyła tę, którą prognozowała liniowa funkcja trendu z okresu sprzed rozpoczęcia interwencji. Ponadto, od początku jej wdrażania obserwuje się stałą tendencję rosnącą, wobec czego **wnosić można o pozytywnym wpływie udzielanego wsparcia**.

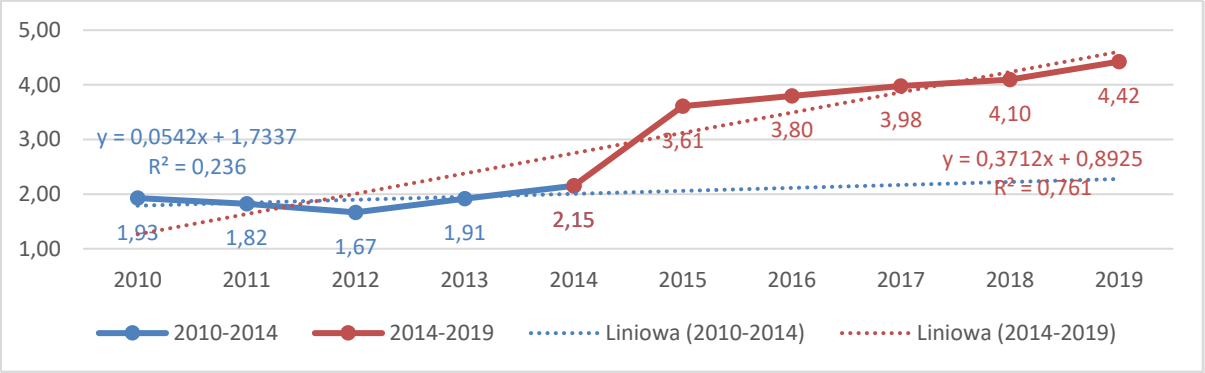
Rysunek 14. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Widać wyraźny pozytywny wpływ interwencji na **dostępność łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych na 100 tys. mieszkańców**. Przed interwencją trudno zidentyfikować jednoznaczny kierunek zmian (niska wartość współczynnika R^2 niepozwalająca na stwierdzenie jednoznacznej tendencji rozwojowej). W okresie objętym interwencją liczba łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych na 100 tys. mieszkańców zaczęła dynamicznie wzrastać i trend ten utrzymuje się.

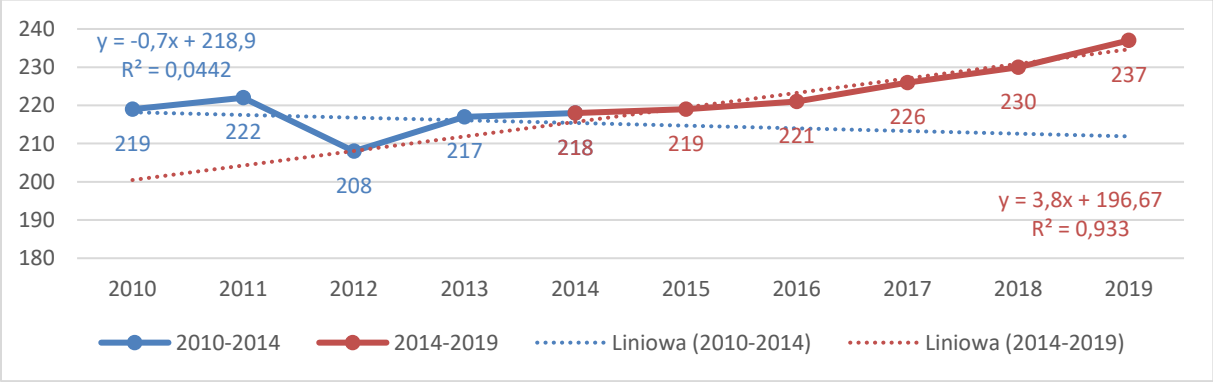
Rysunek 15. Liczba łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych na 100 tys. mieszkańców



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne

Ze względu na stosunkowo niskie wartości w zakresie **liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych** nie zdecydowano się na przeliczanie tego wskaźnika względem liczby mieszkańców. Widać wyraźny pozytywny wpływ interwencji na liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych. Przed interwencją trudno zidentyfikować jednoznaczny kierunek zmian (niska wartość współczynnika R^2, wskazująca na brak jednoznacznego kierunku rozwoju). W okresie objętym interwencją liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych zaczęła dynamicznie wzrastać i trend ten utrzymuje się. **Niewątpliwie można więc wnosić o pozytywnym wpływie podjętej interwencji na kształtowanie się tego wskaźnika.**

Rysunek 16. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych

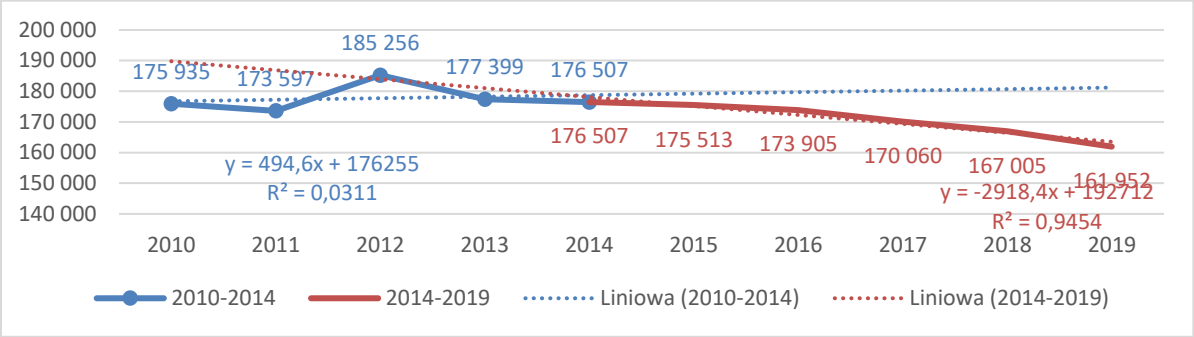


Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Podobnie jak w przypadku poprzednio analizowanego wskaźnika, **widać wyraźny pozytywny wpływ interwencji na liczbę osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy**. Przed interwencją trudno zidentyfikować jednoznaczny kierunek zmian (niska wartość współczynnika R^2, wskazująca na brak jednoznacznego kierunku rozwoju). W okresie objętym interwencją liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy zaczęła

dynamicznie maleć i trend ten utrzymuje się (przy czym aktualna wartość jest zdecydowanie niższa, niż prognozowana na podstawie liniowej funkcji trendu z okresu sprzed podjęcia interwencji).

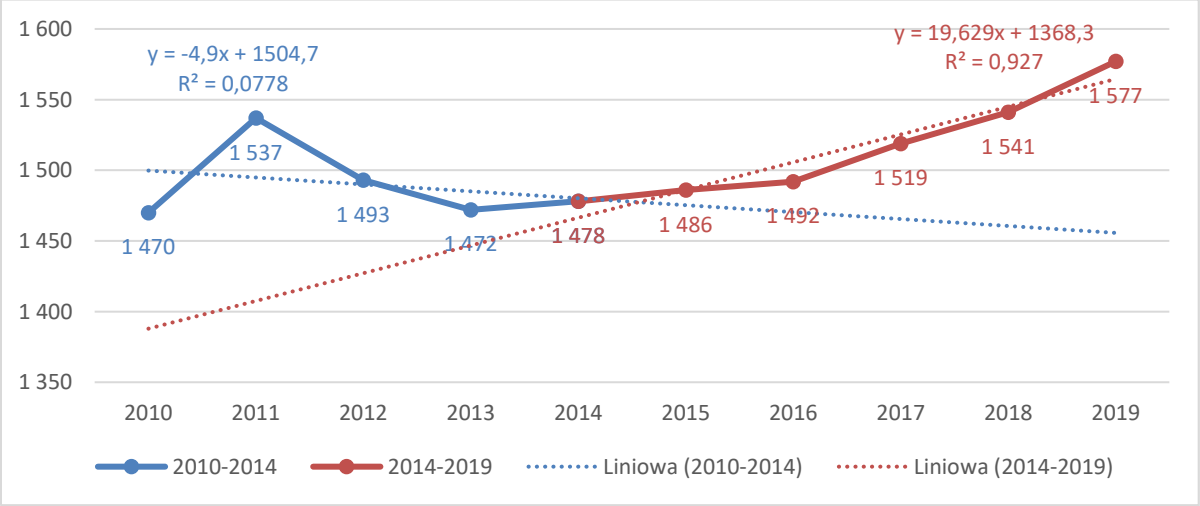
Rysunek 17. Liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Również w przypadku liczby zespołów ratownictwa medycznego **widać wyraźny pozytywny wpływ interwencji na badaną zmienną.** Przed interwencją trudno zidentyfikować jednoznaczny kierunek zmian (niska wartość współczynnika R^2, wskazująca na brak jednoznacznego kierunku rozwoju). W okresie objętym interwencją liczba zespołów ratownictwa medycznego zaczęła wzrastać i trend ten utrzymuje się.

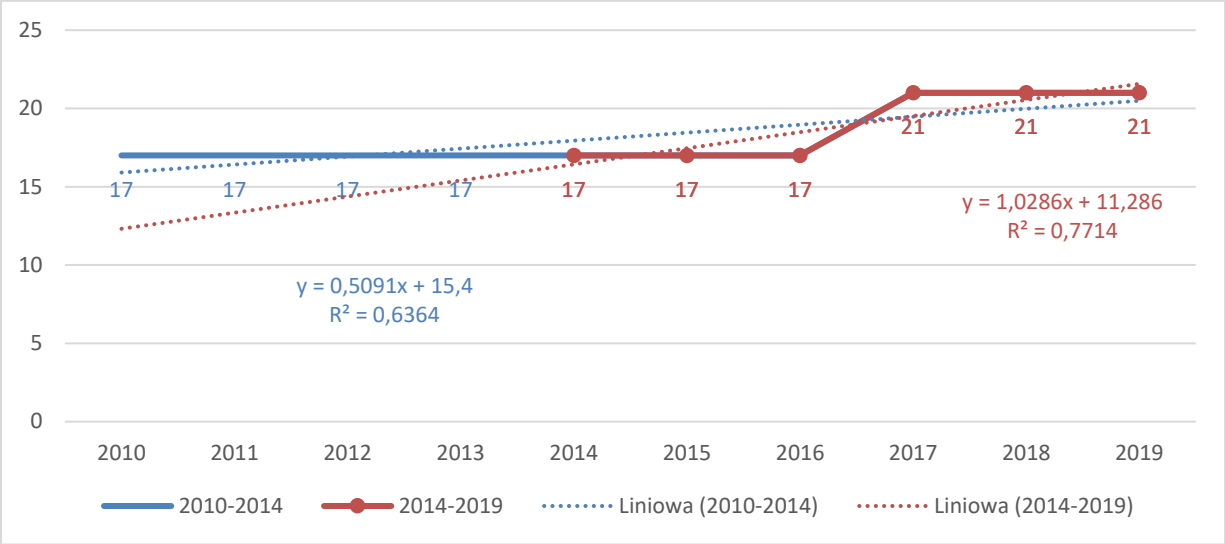
Rysunek 18. Liczba zespołów ratownictwa medycznego



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Liczba śmigłowców w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego utrzymywała się na stałym poziomie aż do 2016 r., kiedy to uległa znacznemu wzrostowi. Ze względu na charakter wsparcia udzielanego w ramach OP IX PO IiŚ, należy w tym zakresie upatrywać **pozytywnego wpływu interwencji**.

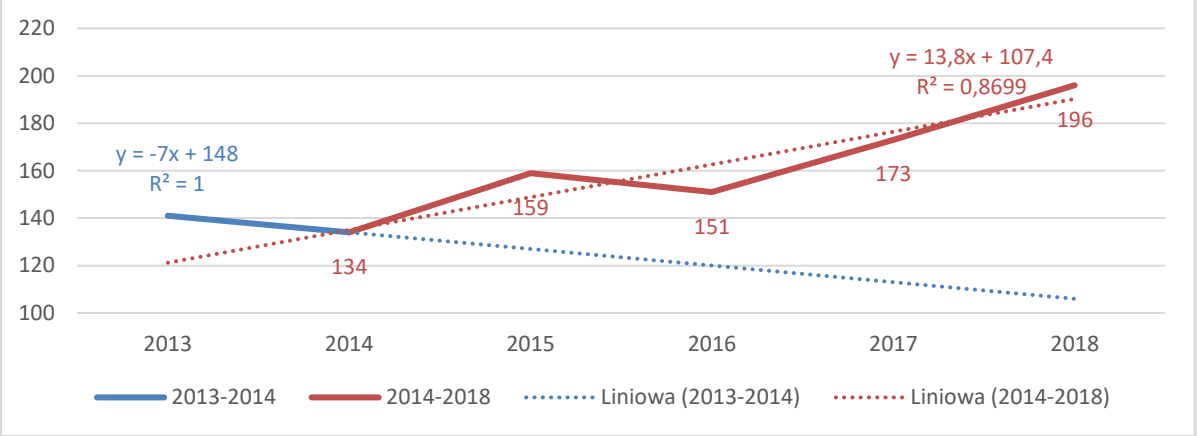
Rysunek 19. Liczba śmigłowców w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Pod względem **liczby urządzeń do radioterapii** trudno porównać obecne dane z okresem przed interwencją (m.in. ze względu na węższy zakres danych (statystyka publiczna obejmuje dane od 2013 r.)), lecz w samym okresie interwencji następuje stały trend wzrostowy, **co wskazywać może na pozytywny wpływ udzielanego wsparcia**.

Rysunek 20. Liczba dostępnych urządzeń do radioterapii

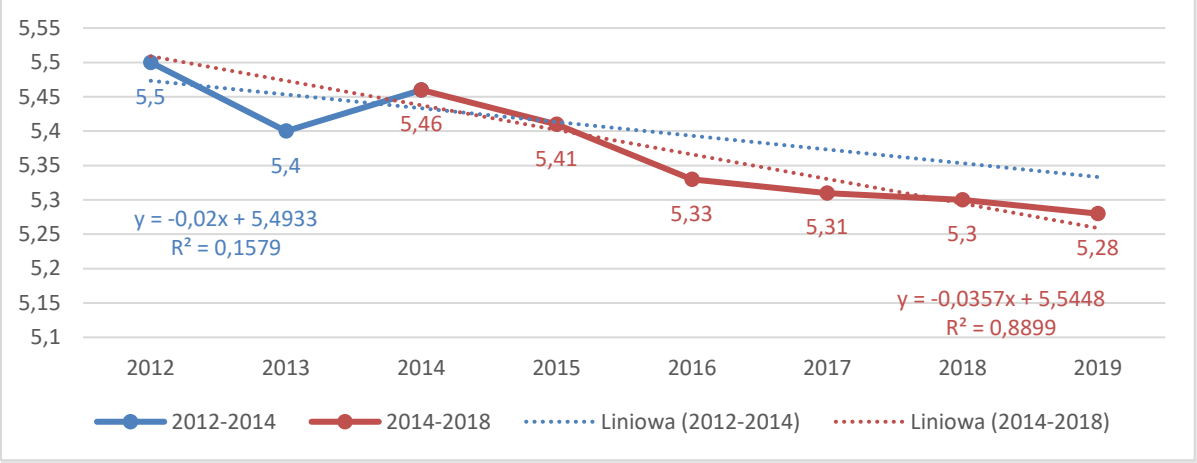


Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne

W okresie objętym interwencją **średni czas pobytu w szpitalu** systematycznie się zmniejszał. Trend jest wyraźny, a równanie trendu stosunkowo dobrze dopasowane do danych empirycznych. Należy zaznaczyć, że przed interwencją trend był trudny do jednoznacznej interpretacji, na co wskazuje niska wartość współczynnika R^2. Wzrastająca wartość tego

współczynnika w okresie objętym interwencją (dążąca do R^2=1) świadczy, że **interwencja przynosi pozytywny skutek**.

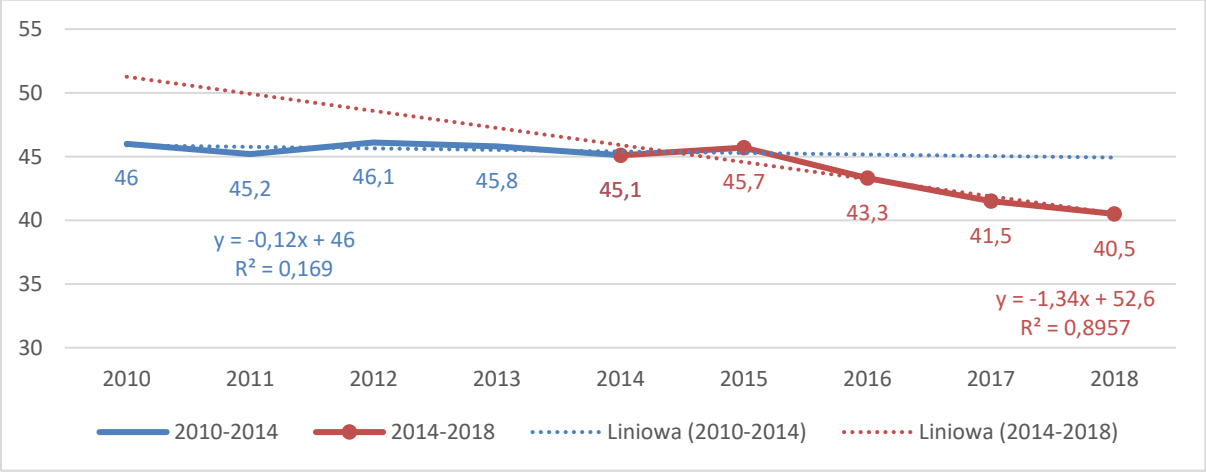
Rysunek 21. Średni czas pobytu w szpitalu



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne

W okresie objętym interwencją zmniejsza się odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia. W okresie poprzedzającym interwencję trudno jest określić jednoznacznie kierunek zmian (niskie R^2). Wydaje się, że w przypadku chorób układu krążenia **interwencja przyniosła pozytywne skutki**. Może to wiązać się z większą dostępnością SOR oraz zespołów ratownictwa medycznego.

Rysunek 22. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia



Uwaga: Na wykresie zaprezentowano liniowe funkcje trendów oraz współczynnik R^2 informujący o poziomie dopasowania funkcji do danych empirycznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Również **analiza studiów przypadku** wykazała, iż cel szczegółowy IX OP PO IiŚ oraz planowane rezultaty interwencji osiągnięte zostały w wysokim stopniu. Dzięki podjętej

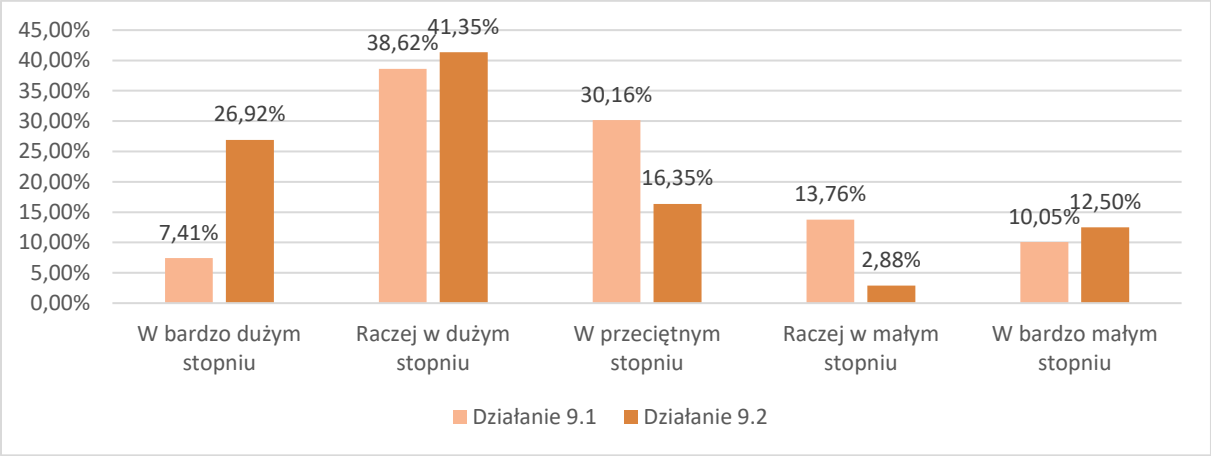
interwencji efektywność systemu opieki zdrowotnej uległa poprawie, a w wyniku realizacji projektów dla populacji obszarów, na które wpływ miały realizowane projekty, zwiększony został dostęp do wysokiej jakości infrastruktury oraz usług w zakresie ochrony zdrowia. Co istotne, projekty o charakterze infrastrukturalnym cechują się ponadregionalnym oddziaływaniem, z uwagi na fakt, że zidentyfikowane zagrożenia, na które odpowiadała interwencja w ramach IX OP zwykle mają związek nie tylko z miejscową ludnością rezydującą w miejscu realizacji projektów, ale także z mieszkańcami innych obszarów, mając zasięg wojewódzki i krajowy (biorąc pod uwagę czynniki takie, jak migracje zawodowe, podróże rodzinne, turystyczne). Tym samym, zapewnienie wysokiej jakości usług i dostępu do nowoczesnej i sprawnej infrastruktury medycznej w wyniku realizacji projektów ma oddziaływanie ponadregionalne. Beneficjenci uczestniczący w badaniu zrealizowanym na potrzeby analizy studiów przypadku wykazali, iż działania w ramach projektu poprzedzone zostały dokładną analizą potrzeb oraz dostępnych zasobów, w związku z czym realizowane projekty w wysokim stopniu odpowiadały na zidentyfikowane braki w infrastrukturze, dążąc do poprawy sytuacji w obszarach deficytowych istotnych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa. Inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia przyczyniły się do poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej i jakości świadczonych usług medycznych odpowiadając na zdiagnozowane problemy takie, jak m.in. brak możliwości świadczenia wszystkich możliwych usług z uwagi na wyeksploatowaną i nieadekwatną infrastrukturę i sprzęt w stosunku do bieżących potrzeb wynikających z liczby przyjmowanych pacjentów, wysokie koszty utrzymania przestarzałego i wysoko eksploatowanego sprzętu, konieczność dokonywania kosztownych napraw, dezorganizacja pracy ze względu na konieczność korzystania z tego samego sprzętu w różnych oddziałach szpitalnych bądź placówkach, ograniczone możliwości przyjmowania pacjentów ze względu na braki sprzętowe. Podsumowując analizę studiów przypadków, cel szczegółowy IX OP PO IiŚ oraz zakładany rezultat przedmiotowej interwencji osiągnięte zostały w wysokim stopniu.

Wskazane również powyżej wybrane elementy analizy makroekonomicznej potwierdzają realizację celu szczegółowego OP IX. Jednakże jak wskazano już we wcześniejszej części analizy, możliwość pełnego zbadania realizacji celu szczegółowego OP IX możliwa będzie dopiero po zakończeniu realizacji wspartych projektów. Obecnie bowiem (tj. w momencie przeprowadzenia niniejszego badania) wiele spośród projektów znajdowało się na etapie realizacji, co (szczególnie biorąc pod uwagę infrastrukturalny charakter wsparcia) uniemożliwia określenie tego rodzaju wpływu. Niemniej biorąc pod uwagę **skalę udzielanego wsparcia**, **wyniki analizy makroekonomicznej** oraz **postęp we wdrażaniu interwencji** (w tym poziom osiągnięcia zakładanych wskaźników i postęp finansowy) **nie przewiduje się problemów w osiągnięciu założonego celu szczegółowego Osi**. Podobnych wniosków dostarcza również analiza wyników wywiadów pogłębionych oraz zogniskowanego wywiadu grupowego z ekspertami środowiskowymi, którzy jednoznacznie potwierdzili widoczny wpływ interwencji na realizację założonego w jej ramach celu szczegółowego.

4.2.7. W jakim stopniu zmiany w obszarach zdefiniowanych w PO IiŚ jako priorytetowe z punktu widzenia trendów epidemiologicznych i demograficznych / poprawy świadczonych usług medycznych w obszarach deficytowych z punktu widzenia społeczeństwa i gospodarki mogą być / są wynikiem interwencji ze środków EFRR w ramach IX OP? W jaki sposób realizacja IX OP PO IiŚ wpłynęła na zmiany w tym zakresie?

Przeprowadzone badanie ankietowe z beneficjentami OP IX PO IiŚ 2014-2020 potwierdza, że **uzyskane wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówek do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych**. Na oceny świadczące o bardzo dużym oraz dużym wpływie na tenże aspekt przypadło kolejno 46,03% oraz 68,27% ogółu wskazań (kolejno dla Działań 9.1/9.2). Ponadto, stosunkowo wysoki udział przypadł na ocenę przeciętną, wobec czego odnotowano kolejno 23,81% oraz 15,38% (w zależności od Działania) beneficjentów, którzy wskazali odpowiedzi świadczące o małym bądź bardzo małym wpływie wsparcia na ten aspekt. Oceny tego rodzaju podyktowane były brakiem zakończenia projektu w momencie przeprowadzania badania, niedostrzeganiem bezpośredniego przełożenia efektów projektu na spełnienie potrzeb wynikających ze zmian demograficznych (badani w tych przypadkach zaznaczali, że dostrzegają taki wpływ, lecz ich zdaniem projekt w większej mierze ukierunkowany był na spełnienie innego rodzaju potrzeb), czy negatywnym wpływem pandemii COVID-19. Zdaniem ewaluatora faktyczny wpływ wsparcia na ww. potrzeby ocenić należy wyżej, niż wynika to przedstawionych wyników badania ankietowego. Wynika to z analizy ogółu argumentacji mających (w opinii beneficjentów) potwierdzać udzieloną, niską ocenę. W znacznej mierze bowiem beneficjenci nie dostrzegali możliwości występowania tego rodzaju wpływu w realizowanych działaniach, pomimo, że ich zakres wskazuje na taką ewentualność. Dla przykładu, badani beneficjenci nie brali pod uwagę, że w celu dostosowania ich placówki do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych może mieć znaczenie jej doposażenie w sprzęt potrzebny do zwiększenia dostępności do usług medycznych dedykowanych starzejącemu się społeczeństwu. Ponadto niskie oceny argumentowano również faktem doposażenia podmiotu w sprzęt, który może być stosowany (zdaniem badanych) względem całego przekroju wiekowego pacjentów. Tym samym, zdaniem ewaluatora, badani odnieśli się zbyt rygorystycznie do badanego aspektu, warunkując występowanie tego rodzaju wpływu jedynie wobec projektów, które były dedykowane wyłącznie realizacji potrzeb wynikających ze zmian demograficznych, nie dostrzegając tym samym elementów większych projektów, które niewątpliwie wpływają na ten aspekt. Ponadto, badani wskazywali również (w przypadku niskich ocen) na trudności we wskazaniu możliwości występowania wpływu projektu na aspekt demograficzny, ze względu na potrzebę obserwacji w dłuższym okresie, na podstawie której możliwe byłoby sformułowanie takiego wniosku.

Rysunek 23. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówki reprezentowanej przez beneficjenta do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Wyniki zostały przeanalizowane także z uwzględnieniem wybranych narzędzi Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Jak wynika z analizy danych, przede wszystkim beneficjenci realizujący projekty związane z utworzeniem nowych SOR-ów, wskazywali na dostosowanie placówki do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych. Pozostałe wyniki przedstawiono w poniższym zestawieniu.

Tabela 12. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówki reprezentowanej przez beneficjenta do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper (względem udziału odpowiedzi „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w małym stopniu")

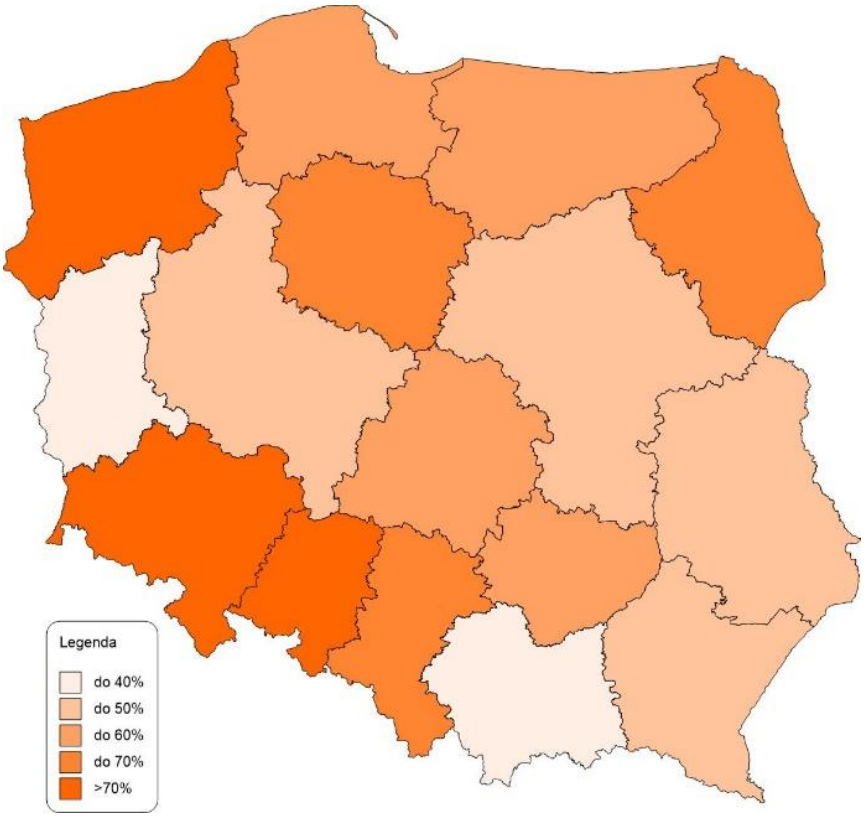
Narzędzie	W bardzo dużym stopniu	Raczej w dużym stopniu
Utworzenie nowych SOR-ów, powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie)	6,25%	73,75%
Modernizacja istniejących SOR-ów, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)	5,26%	39,85%
Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)	0,00%	33,33%
Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie)	15,38%	61,54%
Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy SOR-ach oraz w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)	12,50%	25,00%

Narzędzie	W bardzo dużym stopniu	Raczej w dużym stopniu
Wsparcie baz LPR (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy	0,00%	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Biorąc pod uwagę zróżnicowanie geograficzne, największy udział odpowiedzi pozytywnych (suma dla ocen „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w dużym stopniu") odnotowano wśród beneficjentów z obszaru województw zachodniopomorskiego, opolskiego i dolnośląskiego (powyżej 70% udziału w ogólnej liczbie odpowiedzi).

Mapa 6. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówki reprezentowanej przez beneficjenta do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych – suma dla ocen „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w dużym stopniu"

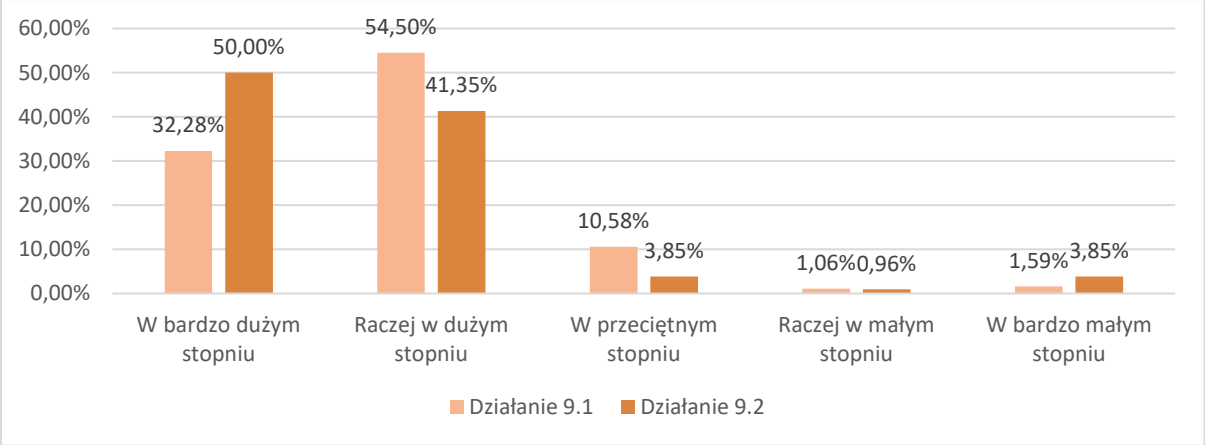


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań z beneficjentami OP IX, n=293

Badani beneficjenci bardzo wysoko ocenili poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w wyniku uzyskanego wsparcia. Na oceny świadczące o bardzo dużym bądź dużym wpływie przypadło kolejno 86,78% (Działanie 9.1) oraz 91,35% (Działanie 9.2). Część spośród

pozostałych wskazań przypadła na oceny przeciętne, poprzez co tylko 2,65% (Działanie 9.1) i 4,81% badanych (Działanie 9.2) oceniło nisko bądź bardzo nisko wpływ projektu na tenże aspekt działalności reprezentowanej placówki. Oceny tego rodzaju argumentowane były w niemal wszystkich przypadkach faktem braku zakończenia projektu w momencie przeprowadzenia badania, co uniemożliwiało dokonanie tego rodzaju oceny. Tylko w dwóch przypadkach argumentacja ta była odmienna i odnosiła się do negatywnych skutków epidemii COVID-19 oraz do przekonania beneficjenta o bardzo wysokiej renomie reprezentowanego ośrodka, wobec czego wysoka jakość udzielanych świadczeń odznaczała placówkę już wcześniej, a udzielone wsparcie pozwoliło natomiast na utrzymanie takiego stanu.

Rysunek 24. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym reprezentowanym przez beneficjenta



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

W poniższym zestawieniu przedstawiono ocenę stopnia uzyskanego wsparcia w kontekście poprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych w podziale na wybrane narzędzia Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.

Tabela 13. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym reprezentowanym przez beneficjenta – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper (względem udziału odpowiedzi „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w małym stopniu")

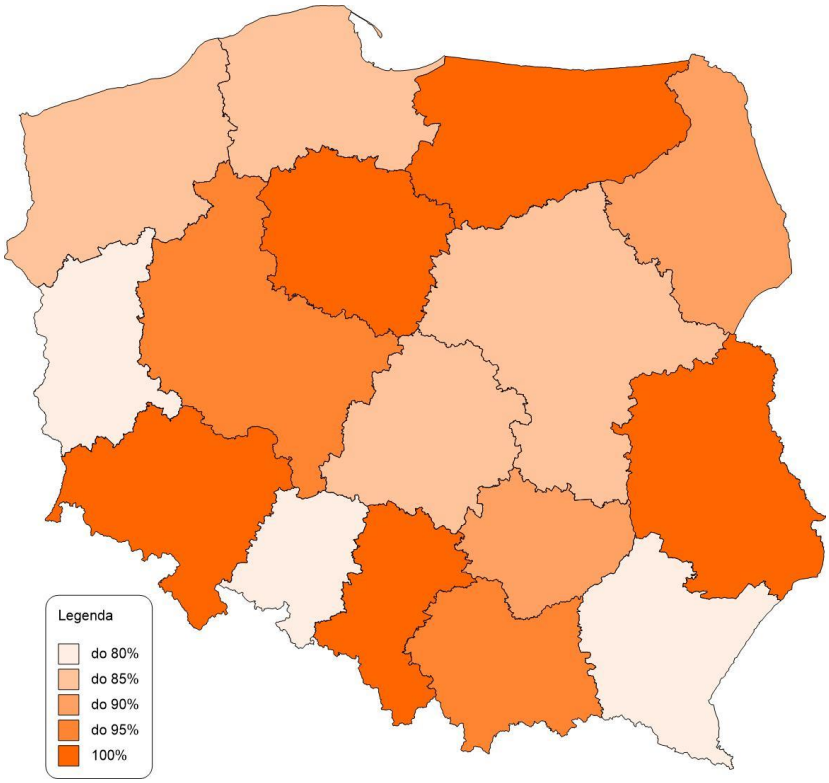
Narzędzie	W bardzo dużym stopniu	Raczej w dużym stopniu
Utworzenie nowych SOR-ów, powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie)	31,25%	56,25%

Narzędzie	W bardzo dużym stopniu	Raczej w dużym stopniu
Modernizacja istniejących SOR-ów, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)	28,75%	59,40%
Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)	33,33%	66,67%
Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie)	61,54%	38,46%
Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy SOR-ach oraz w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)	50,00%	37,50%
Wsparcie baz LPR (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy	40,00%	60,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Biorąc pod uwagę zróżnicowanie geograficzne, największy udział odpowiedzi pozytywnych (suma dla ocen „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w dużym stopniu") odnotowano wśród beneficjentów z obszaru województw dolnośląskiego oraz lubelskiego, gdzie wyniósł on aż 100%. Niemniej należy zauważyć, że wysoki udział tego rodzaju odpowiedzi jest charakterystyczny dla obszaru całego kraju, a najniższy udział odnotowano na obszarze woj. lubuskiego, gdzie wyniósł on 67%.

Mapa 7. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym reprezentowanym przez beneficjenta– suma dla ocen „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w dużym stopniu"

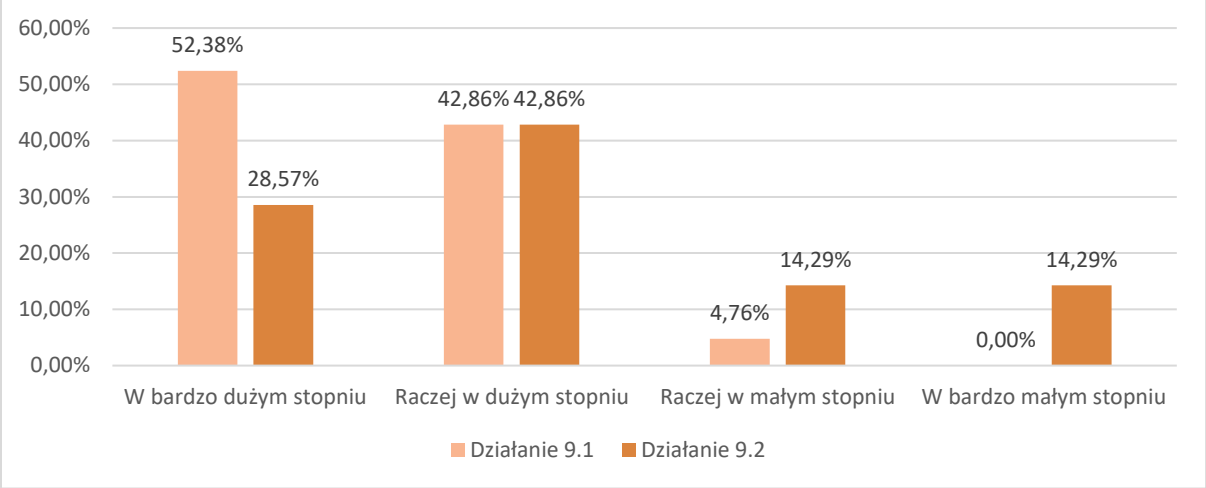


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań z beneficjentami OP IX, n=293

Jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych wśród beneficjentów OP IX PO IiŚ 2014-2020 (którzy uzyskali wsparcie w trybie nadzwyczajnym w 2020 r.) **uzyskane wsparcie pozwoliło na dostosowanie reprezentowanej placówki do zagrożeń epidemiologicznych i konieczności reagowania na nie**. Na odpowiedzi świadczące o bardzo dużym i dużym wpływie wsparcia w tym zakresie przypadło kolejno 95,24% (Działanie 9.1) oraz 71,43% (Działanie 9.2). Oceny te argumentowano przede wszystkim znacznym polepszeniem posiadanej infrastruktury sprzętowej, przebudową oddziałów zakaźnych (wraz z wyodrębnieniem izolatoriów i utworzeniem śluz), przebudową SOR (i podziałem na strefy), polepszeniem warunków infrastrukturalnych umożliwiających łatwiejsze spełnienie założeń reżimu sanitarnego nałożonego w związku z wystąpieniem sytuacji epidemicznej. Niektórzy spośród badanych podkreślali szczególnie wysoki wpływ interwencji na badany aspekt, ze względu na przekształcenie reprezentowanych przez nich podmiotów w szpitale jednoimienne i koordynujące do przeciwdziałania COVID-19.

Udział respondentów oceniających ten wpływ na mały bądź bardzo mały wyniósł tym samym jedynie 4,76% oraz 28,57% (Działanie 9.1/9.2). Wśród argumentacji tego rodzaju ocen znalazły się opinie dotyczące braku możliwości odniesienia się do tego rodzaju wpływu, ze względu na brak zakończenia projektu w momencie przeprowadzania badania.

Rysunek 25. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie reprezentowanej przez beneficjenta placówki do zagrożeń epidemiologicznych i konieczności reagowania na nie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=28

Analizując **studia przypadku**, w szczególności biorąc pod uwagę czynniki będące powodem realizacji poszczególnych projektów oraz efekty osiągnięte w wyniku wdrożenia działań projektowych, wykazać należy, iż zmiany w obszarach zdefiniowanych w PO IiŚ jako priorytetowe z punktu widzenia trendów epidemiologicznych i demograficznych / poprawy świadczonych usług medycznych w obszarach deficytowych z punktu widzenia społeczeństwa i gospodarki w wysokim stopniu stanowią efekt interwencji ze środków EFRR w ramach IX OP. Beneficjenci projektów wykazali, że stan infrastruktury technicznej oraz sprzętu służącego do świadczenia usług medycznych przed przystąpieniem do realizacji projektów znacznie wpływał na pogarszanie dostępu ludności i warunków dla pacjentów korzystających z usług oferowanych przez jednostki objęte projektami. Respondenci badania zaznaczali, że oferowane przez jednostki warunki pobytu pacjentów w jednostkach medycznych bądź możliwość realizowania usług medycznych nie były satysfakcjonujące w porównaniu do standardów oferowanych przez inne podmioty lecznicze, co wiązało się z zagrożeniem, że w najbliższych latach stanie się to przyczyną dalszego zmniejszenia się liczby pacjentów bądź wykonywanych badań i zabiegów. Realizację projektów poprzedzały diagnozy i analiza problemów i bieżących potrzeb istotnych punktu widzenia ludności i gospodarki. Przed przystąpieniem do realizacji projektów w ramach IX OP beneficjenci wsparcia identyfikowali m.in. następujące problemy w zakresie infrastruktury jednostek organizacyjnych objętych projektem: stan techniczny pomieszczeń wchodzących w skład jednostek organizacyjnych objętych projektem wskazywał na bardzo wysoki stopień zużycia w wyniku długoletniej eksploatacji, w tym m.in. zużycie sprzętów i wyposażenia, istotne braki w infrastrukturze, niższa jakość sprzętu bądź gorsze rozwiązania infrastrukturalne niż oczekiwane standardy, wyeksploatowany i przestarzały technologicznie sprzęt diagnostyczny

i terapeutyczny, często użytkowany przez długi okres czasu, wysoki koszt napraw i serwisowania sprzętu, braki rozwiązań, które miałyby wysokie znaczenie w ujęciu ponadregionalnym (np. przyszpitalne lądowisko). Jak wynika z analizy studiów przypadku, w kontekście zidentyfikowanych potrzeb beneficjentów, szczególnie istotnym działaniem było zapewnienie wysokiej jakości usług i komfortu dla pacjentów poprzez wykonanie prac remontowych oraz nowe rozwiązania infrastrukturalne, oraz inwestycja w sprzęt diagnostyczny i medyczny, który jest szczególnie istotny przy świadczeniu specjalistycznych usług w tym zakresie, poprawiając dostęp do wysokiej jakości i efektywnie świadczonych usług dla ludności, co stanowiło przedmiot interwencji w tym zakresie w ramach IX OP PO IiŚ. Zdaniem beneficjentów wsparcia nie byliby oni w stanie zrealizować działań założonych w projektach bez wsparcia finansowego w ramach IX OP PO IiŚ, oraz nie byłoby możliwe osiągnięcia pełnych efektów projektów przy mniejszej alokacji finansowej.

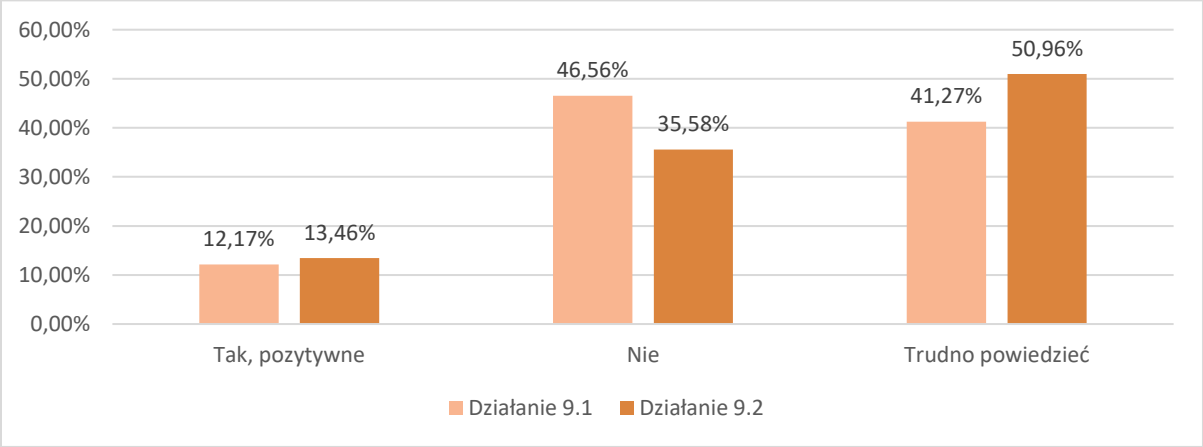
Warto zaznaczyć, że zgodnie z opiniami respondentów **wywiadów pogłębionych** (jak i zdaniem samego ewaluatora) dotychczasowa interwencja, mimo iż trafnie nakierowana na przeciwdziałanie negatywnym zjawiskom demograficznym i epidemiologicznym, ze względu na skalę potrzeb w tychże obszarach nie mogła spełnić w tym zakresie wszystkich istniejących potrzeb. Zarówno w Polsce, jak i pozostałych krajach europejskich problemy te są powszechne, a skala potrzeb jest na tyle szeroka, że działania skierowane w celu im przeciwdziałania nie mogą zakładać całkowitej eliminacji tychże problemów, lecz wskazywać kierunek działań, które należy podejmować również w kolejnych latach.

- Myślę, że te zjawiska epidemiologiczne i demograficzne, na których się skoncentrowaliśmy w tej perspektywie finansowej były słusznym działaniem. Natomiast dynamika epidemiologii czy zmian demograficznych jednak jest w dużo szerszym horyzoncie czasowym przewidywana cały czas niekorzystne, bo cały czas mówimy, że społeczeństwo nam się starzeje, że problemem będzie odsetek osób w starszym wieku i niski przyrost naturalny. Założeniem interwencji nie było wiec docelowo „załatwienie" tych wszystkich problemów. Bo to jest niemożliwe. W najbliższych latach na nowotwory będziemy [dalej] umierać, a te problemy będą ciągle naszymi problemami jako kraju, jako Europy.
Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

4.2.8. Czy pojawiły się niezamierzone / nieplanowane zmiany w zakresie dostępu do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej, które można przypisać interwencji realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ? Jakie to były zmiany? Czy miały charakter pozytywny?

O wystąpienie w wyniku realizacji projektów nieoczekiwanych efektów zapytano beneficjentów OP IX. Fakt wystąpienia tego rodzaju zdarzeń potwierdziło 12,17% beneficjentów Działania 9.1 oraz 13,46% beneficjentów Działania 9.2. Warto zaznaczyć, że wszystkie niespodziewane efekty miały charakter pozytywny. Odnosiły się one do nieprzewidzianego pierwotnie bardzo wysokiego zainteresowania pacjentów usługami (które stały się możliwe do udzielania w wyniku realizacji projektu), znacznego wzrostu bezpieczeństwa i komfortu odznaczającego udzielane usługi medyczne czy też skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie usługi medycznej przez reprezentowaną placówkę. Jeden z respondentów przyznał natomiast, że nie potrafi ocenić charakteru zidentyfikowanego efektu (tj. jego pozytywnego bądź negatywnego wpływu), lecz wskazał na wpływ projektu względem zwiększenia świadomości zarządu placówki na skalę dalszych potrzeb (remont pozostałych oddziałów jednostki oraz wymianę sprzętu i aparatury, co wynika z dużego kontrastu wobec jakości usług i warunków lokalowych części jednostki w ramach której udzielone zostało wsparcie).

Rysunek 26. Odsetek wskazań w zakresie osiągnięcia przez beneficjentów nieoczekiwanych efektów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Abstrahując od powyższych wyników, należy zwrócić uwagę na najbardziej istotny, nieprzewidziany wcześniej czynnik, a mianowicie wystąpienie epidemii COVID-19. Na wpływ interwencji w tym zakresie wskazali również respondenci wywiadów pogłębionych, zwracając uwagę na dwutorowe oddziaływanie wsparcia. Z jednej strony bowiem przesunięto część środków na działania mające na celu zapobiegać, przeciwdziałać i zwalczać

COVID-19[12], a z drugiej strony okazało się, że udzielone wsparcie w postaci modernizacji infrastruktury szpitali (i ich doposażenia) oraz wsparcia ratownictwa medycznego przyczyniły się do możliwości skuteczniejszej walki z epidemią. Można więc wnioskować o pozytywnym wpływie interwencji na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – biorąc pod uwagę szczególne wyzwanie, jakim jest funkcjonowanie tegoż systemu w okresie trwania pandemii.

- Kilka lat temu nie wiedzieliśmy o Covidzie i nie myślelibyśmy o tym, że PO liŚ może tu jakiekolwiek efekty, w ramach chorób zakaźnych, wprowadzać. Natomiast z jednej strony te środki, które zdecydowaliśmy się przesunąć na działania antycovidowe - to było nieprzewidziane przez nas wcześniej. Zdałem sobie również sprawę, że ten nasz klasyczny obszar wsparcia, który był realizowany przed pandemią, również miał pozytywny wpływ jak się później okazało po wybuchu pandemii. Bo zmodernizowane szpitale, sprzęt, mogły pomagać w skuteczniejszej walce z COVID-19. I jakby też udało się przygotować niezamierzenie szpitale do tej sytuacji w której się znaleźliśmy w marcu ubiegłego roku.
Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

Jednocześnie epidemia przyniosła również inne, również niezamierzone pierwotnie, lecz pozytywne efekty. Mowa w tym przypadku o rozszerzeniu wsparcia w 2020 r. o możliwość zakupu ambulansów wraz z wyposażeniem. Tego rodzaju wsparcie nie było zaplanowane na etapie programowania interwencji, a wyniknęło z bieżących potrzeb wprowadzonych niekorzystną sytuacją epidemiczną. Jednocześnie jednak, poprzez to uzyskano dodatkowy efekt w zakresie wsparcia ratownictwa medycznego i możliwości skrócenia czasu potrzebnego na dotarcie pacjenta do szpitala. Jak wykazały również inne badania, zakup ambulansów wpływa na mniejszą awaryjność tego środka transportu i znacznie wpływa na komfort pacjentów[13].

Kolejnym niezamierzonym (lecz pozytywnym) efektem wsparcia jest wzrost komfortu pracy personelu medycznego. Zjawisko to nie ogranicza się jedynie do możliwości wykorzystywania podczas codziennych obowiązków wysokiej jakości sprzętu medycznego, lecz również korzystania z wyposażenia socjalno-bytowego oraz administracyjnego, które również stanowiło element wspieranych projektów.

[12] Strategia walki z pandemią COVID-19, wersja 3.0, str. 27.
[13] Podsumowanie efektów wdrażania projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, s. 24.

- Beneficjenci, słusznie zresztą, skupiali się na poprawie mierzoną poprawą stanu zdrowia ludności. A wydaje mi się, że jeszcze do tego jest taki pozytywny efekt, w postaci wzrostu komfortu pracy personelu medycznego i niemedycznego w szpitalach, ponieważ część z tych środków (…) powędrowała również na takie wyposażanie, jak socjalno-bytowe czy biurowo-administracyjne.

Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

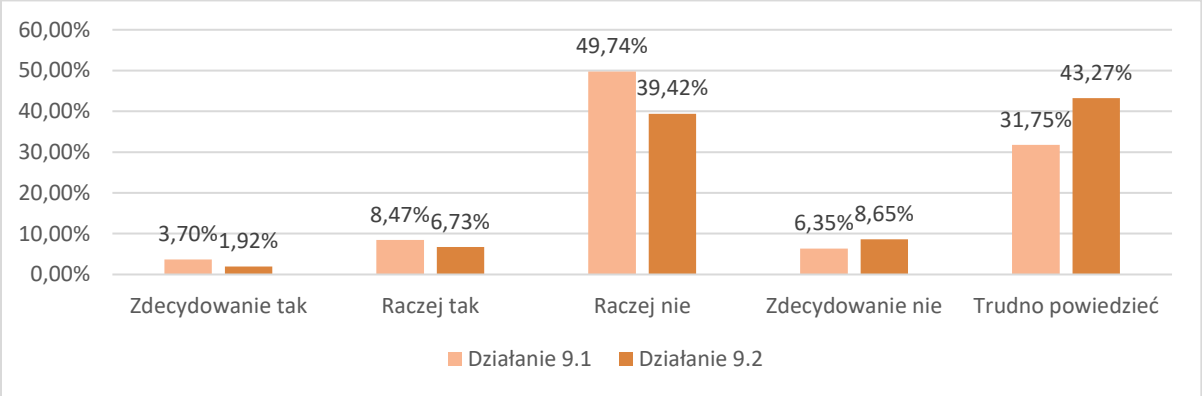
Analiza studiów przypadku wykazała z kolei, że część beneficjentów osiągnęła pozytywne niezamierzone/nieplanowane efekty w kontekście zmiany w zakresie dostępu do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej, które można przypisać interwencji realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ. Jak wynika z ich wypowiedzi, realizacja projektu i osiągnięcie założonych efektów wpłynęło przede wszystkim na osiągnięcie satysfakcjonującego poziomu świadczonych usług medycznych i infrastruktury porównując ich jednostki z innymi regionalnymi placówkami, przez co ograniczono ryzyko, iż pacjenci wybierać mogliby inne placówki medyczne z uwagi na pogarszający się stan techniczny i obniżający się komfort w jednostkach beneficjentów wsparcia. Ponadto, odnotowano wzrost zaufania społecznego wobec jednostek medycznych objętych projektami w ramach IX OP oraz zadowolenie zarówno pacjentów, jak i kadry medycznej. Jednocześnie podczas analizy studiów przypadku nie odnotowano negatywnych niezamierzonych efektów wsparcia.

4.3. Zidentyfikowane bariery i ograniczenia

4.3.1. Czy przy wykorzystaniu alokacji dostępnej w ramach IX PO IiŚ, biorąc pod uwagę istniejące ograniczenia, można było osiągnąć większy wpływ na dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej?

Zdaniem badanych beneficjentów OP IX, **nie byłoby możliwe uzyskanie większych efektów** w ramach realizowanych przez nich projektów. Za występowaniem takiej możliwości opowiedziało się bowiem jedynie 12,17% beneficjentów Działania 9.1 oraz 8,65% beneficjentów Działania 9.2. Brak ich osiągnięcia argumentowano z kolei zbyt niską alokacją w ramach OP IX (biorąc pod uwagę skalę potrzeb w tym zakresie), ograniczeniami wynikającymi z sytuacji epidemicznej, trudnościami kadrowymi beneficjenta, ograniczonymi możliwościami w zapewnieniu wkładu własnego w wysokości pozwalającej na realizację projektu odpowiadającemu faktycznym potrzebom jednostki oraz ograniczeniami w zakresie kwalifikowalności wydatków[14].

Rysunek 27. Odsetek wskazań w zakresie możliwości uzyskania większych efektów w ramach realizowanego projektu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=293

Problem z wnoszeniem odpowiedniej wysokości wkładu własnego przez beneficjentów był poruszany również przez respondentów wywiadów pogłębionych. Infrastrukturalny charakter wsparcia determinuje bowiem znaczne koszty inwestycji, a co za tym idzie, poziomu wymaganego wkładu własnego. Zdaniem ewaluatora problemu tego nie należy jednak rozpatrywać wyłącznie w negatywnym kontekście. Biorąc bowiem pod uwagę postęp finansowy we wdrażanej interwencji nie identyfikuje się problemów z możliwością wykorzystania dostępnej alokacji (a wręcz przeciwnie, w przypadku dostępności wyższej alokacji niewątpliwie zostałaby ona wykorzystana, biorąc pod uwagę skalę potrzeb

[14] Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020.

i dotychczasowe zainteresowanie potencjalnych beneficjentów). Ponadto konieczność wniesienia wkładu własnego determinuje po części wielkość projektu, nie pozwalając tym samym na realizację zbyt dużych projektów, przez mniejsze podmioty, które mogłyby w przyszłości mieć problem z odpowiednim wykorzystaniem ich efektów.

Zdaniem respondentów badania, będących beneficjentami działań wybranych do analizy **case study** alokacja dostępna w ramach IX PO IiŚ pozwoliła na osiągnięcie zamierzonych efektów, obejmując przewidziane w projektach grupy docelowe, w efekcie czego przy efektywnym wykorzystaniu środków finansowych w relacji do zdiagnozowanych potrzeb oraz ograniczeń możliwe było dążenie do zapewnienia dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej i zwiększenia jakości świadczonych usług medycznych. W przypadku ponad 80% projektów poddanych analizie beneficjenci uczestniczący w badaniu ankietowym na potrzeby analizy case study wykazali, że ich zdaniem nie byłoby możliwe osiągnięcie większych efektów niezależnie od możliwości otrzymania wyższej alokacji, co świadczy o wysokiej skuteczności realizowanego wsparcia i efektywnym wykorzystaniu dostępnych zasobów. Zdaniem części badanych wyższa alokacja mogłaby jednakże wpłynąć na możliwość realizowania inwestycji w szerszym zakresie, wskazując, że skupiono się na wdrożeniu najważniejszych, priorytetowych działań, które mogłyby zostać rozszerzone w przyszłości. Wśród innych barier, które wpłynęły na fakt, iż możliwe byłoby osiągnięcie większych efektów niektórzy beneficjenci wsparcia wskazywali także na braki kadrowe oraz ograniczenia związane z epidemią COVID-19. Ponadto, jak wynika z badań, realizacja projektów przebiegła dobrze i nie napotkano problemów, które w znacznym stopniu miałyby negatywny wpływ na wdrażanie założonych działań bądź osiągnięcie zaplanowanych efektów.

4.3.2. Jakie ograniczenia mogły wpłynąć na wielkość wpływu realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ interwencji?

W ramach przeprowadzonego badania ankietowego z beneficjentami poproszono respondentów o wskazanie, na jakie wyzwania lub ograniczenia natrafili podczas realizacji projektu. Największy udział wskazań przypadł na **trudności w wyborze wykonawcy działań w ramach projektu**. Tego rodzaju trudność napotkana została przez ponad ¼ ogółu badanych beneficjentów Działania 9.2 (oraz 12,17% w przypadku Działania 9.1). Trudności te wynikały z braku ofert wykonawców w ramach ogłaszanych przetargów, bądź zgłaszanie się pojedynczych wykonawców oferujących swoje usługi/produkty za kwoty znacznie przewyższające te wynikające z przeprowadzonego wcześniej rozeznania rynku (różnice wynosiły nawet dwu, lub trzykrotność zakładanych poziomów stawek). Powodowało to konieczność powtarzania procedur przetargowych i, poprzez to, potrzebę wydłużania czasu realizacji projektów. Podobny udział przypadł na **konieczność dokonywania zmian w harmonogramie realizacji projektu** (ponad 24% wskazań w Działaniu 9.2 i 12,17%

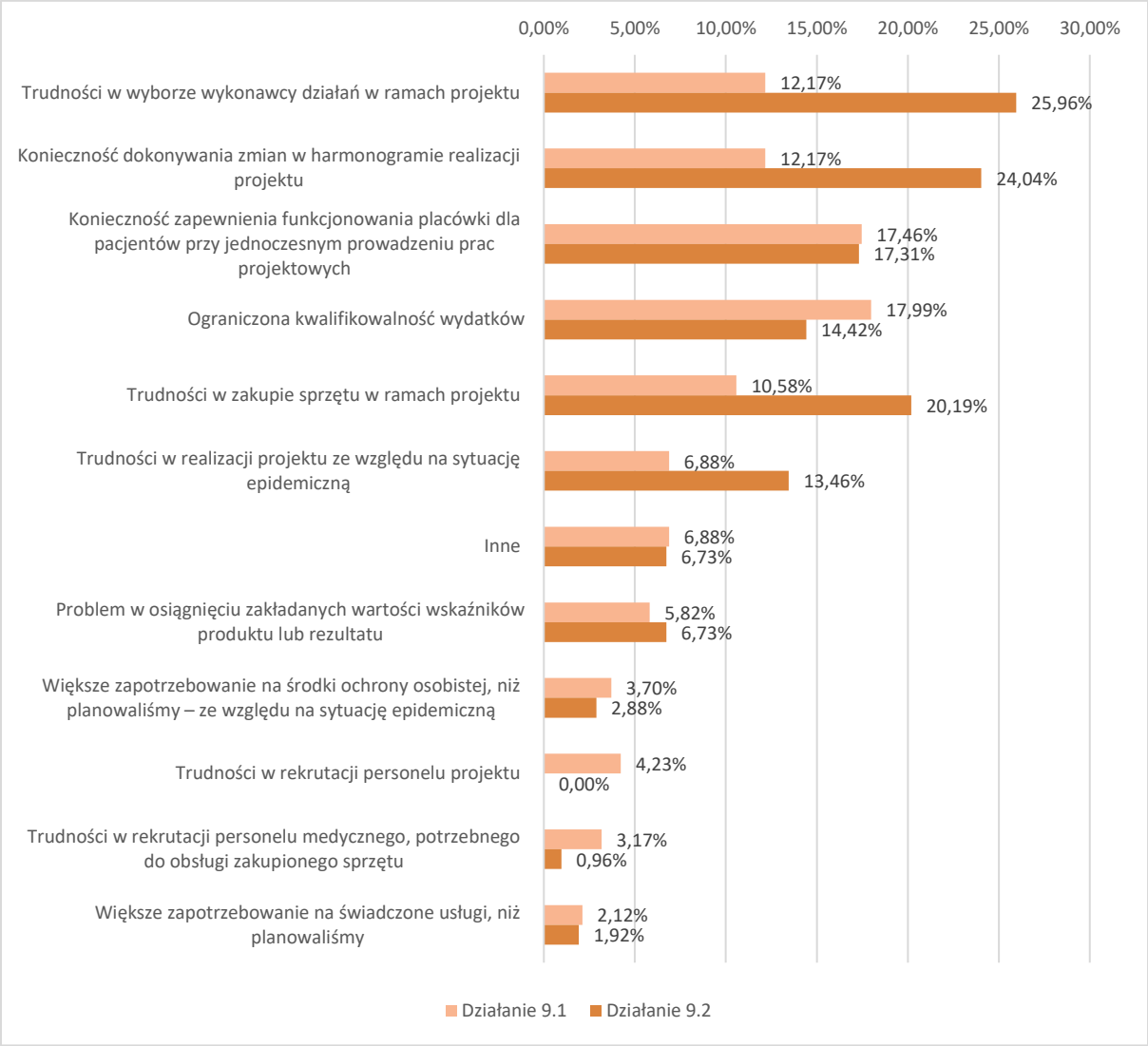
w przypadku Działania 9.1) co związane było z ww. potrzebą organizacji dodatkowych postępowań przetargowych. Należy zauważyć, że tego rodzaju problemy są szczególnie powszechne w przypadku realizowania zadań o charakterze infrastrukturalnym. Na dalszej pozycji znalazła się **konieczność zapewnienia funkcjonowania placówki przy jednoczesnym prowadzeniu prac projektowych** (w tym przypadku udział wskazań w ramach obu analizowanych Działań był podobny i wynosił ok. 17%). Zaznaczano, że problemem była konieczność przenoszenia części pacjentów na inne oddziały, nieobjęte remontami. Szczególna sytuacja dotyczyła beneficjentów Działania 9.1, którzy na potrzeby remontu SOR musieli przenosić działalność tej części podmiotu w inne miejsce. Warto w tym miejscu dodać, że problem wydzielenia odpowiedniego miejsca w szpitalach stał się poważniejszy w 2020 r., kiedy to nastąpiła konieczność umieszczenia w osobnych częściach oddziału pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem COVID-19[15].

Za stosunkowo istotny problem uznać należy również **ograniczoną kwalifikowalność wydatków**, która to była szczególnie problematyczna dla beneficjentów Działania 9.1 (niemal 18%). Trudności w tym zakresie argumentowano zamkniętym katalogiem możliwych do zakupienia urządzeń czy potrzebami podmiotów wykraczającymi poza przyjęty limit wydatków kwalifikowalnych. Ponadto odnotowano znaczny udział wskazań przypadający na **trudności w zakupie sprzętu** w ramach projektu. Wariant ten był wskazywany szczególnie często przez beneficjentów Działania 9.1 (ponad 20%). W tym zakresie wskazywano na konieczność zakupienia specjalistycznego sprzętu, który często musiał być sprowadzany z zagranicy, problemów z dostępnością sprzętu ze względu na sytuację epidemiczną, problem braku oferentów w ramach ogłaszanych przetargów na zakup sprzętu czy znaczne opóźnienia w dostawach.

Warto też zaznaczyć, że **sytuacja epidemiczna** również stanowiła istotne wyzwanie dla beneficjentów, szczególnie w przypadku Działania 9.2 (13,46%). W ramach wariantu "inne", który został wskazany w obu przypadkach przez ok 7% badanych, wymieniano takie elementy, jak konieczność prowadzenia rozbudowanej dokumentacji projektowej oraz sformalizowane procedury rozliczenia projektu czy też stosunkowo długi okres oczekiwania na refundację środków na zakupiony sprzęt medyczny.

[15] Wytyczne Ministerstwa Zdrowia dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń - Wytyczne Zespołu Konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń sars-cov-2 w środowisku szpitalnym.

Rysunek 28. Wyzwania i ograniczenia napotkane przez beneficjentów podczas realizacji projektu



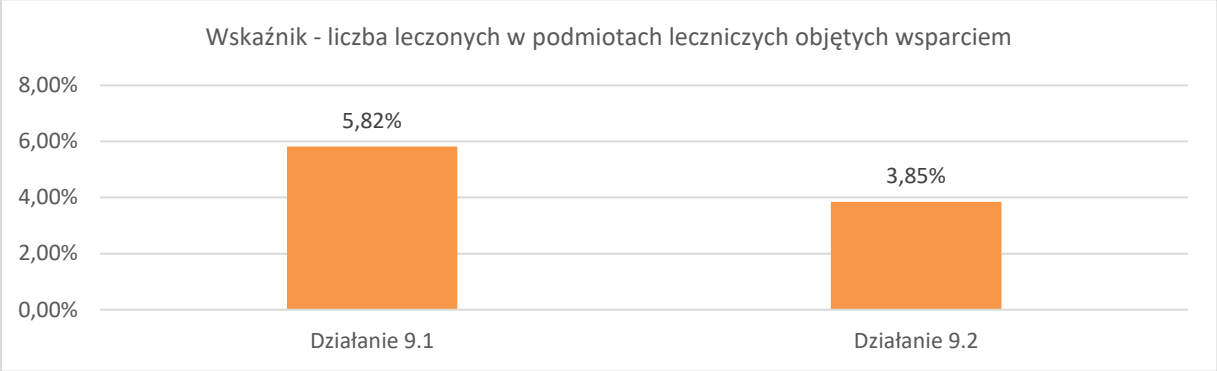
**kolejność wariantów odpowiedzi uzależniona została od łącznego udziału wskazań (tj. łącznie dla Działania 9.1 i 9.2)*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=293

Jak wynika z przedstawionego powyżej rysunku, problem z osiągnięciem zakładanych wartości wskaźników dotyczył 6-7% beneficjentów (w zależności od Działania). Celem uzupełnienia tych informacji, zostali oni dodatkowo poproszeni o wskazanie z jakimi konkretnie wskaźnikami wystąpił problem. Jak się okazało, w przypadku obu analizowanych Działań, problem występował wyłącznie w zakresie osiągniecia wskaźnika dotyczącego liczby leczonych w podmiotach objętym wsparciem, przy czym skala problemów była wyższa w przypadku Działania 9.1 (problem dotyczył bowiem 5,82% spośród ogółu beneficjentów). Przyczyną występowania trudności w tym zakresie była sytuacja epidemiczna w 2020 r., która znacznie ograniczyła liczbę leczonych pacjentów w badanych podmiotach (przyczynę tę

potwierdzili wszyscy beneficjenci, którzy wskazali na występowanie problemu w osiągnięciu tego wskaźnika). Warto jednak zaznaczyć, że problem ten dotyczy poziomu poszczególnych beneficjentów. Jak wynika bowiem z przedstawionej we wcześniejszej części niniejszego dokumentu analizy postępu osiągnięcia wartości wskaźników programowych, szacowana wysokość realizacji tego wskaźnika (na podstawie zawartych umów) znacznie przekracza już wartość docelową.

Rysunek 29. Odsetek wskazań w zakresie problemów z osiągnięciem założonych wskaźników



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=293

Wymieniony już we wcześniejszej części niniejszego podrozdziału problem rosnących cen robót budowlanych wskazany został również podczas przeprowadzonych wywiadów pogłębionych. Wsparcie udzielane w ramach OP IX miało w dużej mierze charakter infrastrukturalny, poprzez co wzrosty cen zarówno prac, jak i materiałów budowlanych były mocno odczuwane przez beneficjentów. Podczas organizowanych przetargów okazywało się bowiem, że określone na etapie planowania projektu stawki są już zdezaktualizowane, a składane oferty opiewały na znacząco wyższe kwoty. W przypadku większych projektów infrastrukturalnych dofinansowanych w trybie pozakonkursowym umożliwiono beneficjentom wystąpienie o zwiększenie kwoty dofinansowania, lecz w przypadku pozostałych projektów problem ten był trudny do rozwiązania i generował np. konieczność wydłużania terminu realizacji projektu w celu organizacji kolejnych przetargów.

W opinii ewaluatora warto dodać, że problem ten został po części „wykreowany" właśnie przez wsparcie ze środków unijnych. Biorąc bowiem pod uwagę doświadczenie ewaluatora w prowadzeniu badań z szerokiego zakresu tematycznego wsparcia, problem ten stanowił poważną trudność ze względu na rozpoczęcie realizacji wielu projektów o charakterze infrastrukturalnym w podobnym czasie zarówno przy wsparciu ze środków krajowych programów operacyjnych, jak i RPO (zjawisko to zostało potwierdzone również przez respondenta przeprowadzonego obecnie wywiadu pogłębionego). Spowodowało to chwilową przewagę popytu nad podażą na usługi budowlane, co w szybkim czasie przełożyło się na znaczny wzrost ich cen. Niemniej biorąc pod uwagę ograniczony okres przypadający na

daną perspektywę finansową (i potrzebę realizacji znacznej części działań w podobnym czasie) zjawisko takie uznać należy za naturalne, a doświadczenia związane z obserwowanym wzrostem cen warto natomiast przełożyć na przyszłą perspektywę finansową, uprzedzając potencjalnych beneficjentów o możliwości wystąpienia takiego zjawiska. Zalecanym rozwiązaniem byłoby przyjęcie w projekcie budżetu projektu nieco wyższego poziomu kosztów usług budowlanych niż wynikałoby to ze stawek aktualnych na moment sporządzania wniosku o dofinansowanie (przewiduje się bowiem spadku cen usług związanego z okresem przejściowym pomiędzy aktualną a przyszłą perspektywą finansową).

Podczas wywiadów pogłębionych respondenci zwracali uwagę również na istotny wpływ pandemii COVID-19 na wielkość wpływu interwencji. Nagła zmiana sytuacji epidemicznej wywołała bowiem z jednej strony problemy w realizacji rozpoczętych już projektów, a z drugiej spowodowała konieczność niezwłocznego przesunięcia znacznej części środków na projekty mające na celu zapobiegać, przeciwdziałać i zwalczać COVID-19. Warto w tym miejscu odnieść się do wskazywanego we wcześniejszej części niniejszego dokumentu problemu beneficjentów (zarówno Działania 9.1, jak i 9.2) w osiągnięciu zaplanowanej pierwotnie wartości wskaźnika dotyczącego liczby leczonych w podmiotach objętym wsparciem. Przyczyną występowania trudności w tym zakresie była sytuacja epidemiczna w 2020 r., która znacznie ograniczyła liczbę leczonych pacjentów (np. w ramach planowanych dotychczas zabiegów) w badanych podmiotach (przyczynę tę potwierdzili wszyscy beneficjenci, którzy wskazali na występowanie problemu w osiągnięciu tego wskaźnika). Problem ten poruszany był również przez respondentów wywiadów pogłębionych, którzy potwierdzili tego rodzaju, negatywny wpływ epidemii na podjętą interwencję.

Ponadto, podczas przeprowadzania wywiadów pogłębionych podniesiono również kwestię jakości wniosków o dofinansowanie składanych przez potencjalnych beneficjentów. Pomimo korzystania już przez podmioty z sektora ochrony zdrowia ze wsparcia unijnego, jakość składanych wniosków pozostaje na niewysokim poziomie. Zdaniem respondentów, nie zdarza się (za wyjątkiem pojedynczych przypadków), aby składana dokumentacja była kompletna i pozbawiona błędów, a każdorazowe wezwania do uzupełnienia ich treści (zarówno na etapie oceny formalnej, jak i merytorycznej) są bardzo rozbudowane i generują sporo nakładów pracy (w celu zapewnienia właściwej poprawy dokumentacji przez wnioskodawców ww. wezwania zawierają bardzo precyzyjne wskazówki, co dokładnie powinno znaleźć się w poszczególnych elementach wniosku i załączników). Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych problem ten dotyczył w dużej mierze podmiotów, które były beneficjentami działań realizowanych w poprzedniej perspektywie finansowej. Zdaniem ewaluatora sytuacja tego rodzaju wynikać może w znacznej mierze przez posiłkowanie się wnioskodawców pomocą firm zewnętrznych w celu opracowania dokumentacji aplikacyjnej. W takim przypadku, wybierając do realizacji zadania nową firmę doradczą, podmiot nie korzysta (na tym etapie) w żaden sposób ze zdobytego uprzednio

doświadczenia. Rekomendowanym działaniem byłoby więc kontynuowanie w przyszłości szkoleń z zakresu wypełniania dokumentacji aplikacyjnej. Prawdopodobnie w przypadku wykorzystania formy zdalnej tego rodzaju wydarzeń będą one cieszyć się większym zainteresowaniem, a jednocześnie może przyczynić się do podjęcia decyzji o samodzielnym opracowaniu dokumentacji przez pracowników danego podmiotu, co docelowo pozwoliłoby na zachowanie tej wartości dodanej w ramach przyszłych naborów.

Innym elementem mającym wpływ na ograniczanie wpływu interwencji jest (wskazywany przez respondentów wywiadów pogłębionych) problem wnioskowania przez beneficjentów o zmianę zakresu rzeczowego projektu już po zawarciu umowy. Zdaniem badanych, problem ten jest coraz powszechniejszy i wynika w dużej mierze z niskiego poziomu zaangażowania podmiotu będącego wnioskodawcą w proces aplikacyjny. Podmioty z sektora ochrony zdrowia często bowiem powierzają opracowanie wymaganej dokumentacji podmiotom zewnętrznym, nie skupiając się tym samym w głębszym stopniu nad zakresem projektu, a w większym stopniu zaczynają się nim interesować już po uzyskaniu dofinansowania. Wtedy też często okazuje się, że we wniosku nie uwzględniono pełnego zakresu projektu, który podmiot chciałby zrealizować, lub że pierwotny koncept był nie do końca przemyślany co generuje potrzebę rozpatrywania wpływających wniosków o zmianę zakresu projektu.

Podczas przeprowadzanych wywiadów pogłębionych poruszono również problem nieco opóźnionego rozpoczęcia wdrażania interwencji w ramach OP IX, co spowodowane było opóźnieniami na etapie jej planowania – wynikającymi z przedłużających się prac nad mapami potrzeb zdrowotnych, będących podstawą do właściwego zaprogramowania interwencji. Problem ten poruszony został również w raporcie z ewaluacji ex ante PO IiŚ 2014-2020, który potwierdza fakt braku gotowych map potrzeb zdrowotnych w momencie przeprowadzania ówczesnego badania[16]. Niemniej z obecnego punktu widzenia (biorąc pod uwagę wskazane we wcześniejszej części raportu wartości osiągniętych już wskaźników programowych) problem ten nie przełożył się na ograniczenie możliwości zrealizowania interwencji w zakładanym kształcie.

Ostatnim zidentyfikowanym ograniczeniem jest postępujący problem w zakresie dostępności kadry medycznej. Zjawisko to podnoszone było kilkukrotnie podczas prowadzonych wywiadów pogłębionych oraz przez ekspertów środowiskowych podczas zogniskowanego wywiadu grupowego. Zgłaszano bowiem problem braku wystarczającej liczby odpowiednio wykwalifikowanej kadry potrzebnej do obsługi sprzętu medycznego (zakupionego w ramach projektów realizowanych z OP IX). Problem ten po części potwierdzają również wyniki analizy makroekonomicznej[17], która udowadnia, że liczba lekarzy (personel pracujący ogółem) w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców co prawda rośnie, lecz tempo wzrostu (mierzone liniową funkcją trendu) spada i jest obecnie (wg danych na koniec 2019 r.) znacznie niższe niż

[16] Ewaluacja ex-ante dla PO IiŚ 2014-2020, s. 128.
[17] Wyniki analizy makroekonomicznej znajdują się w aneksie.

tempo wyliczone na podstawie danych sprzed rozpoczęcia interwencji. Problem ten będzie się tym samym mógł pogłębiać w kolejnych latach. Warto podkreślić, że problem w zakresie możliwości wykorzystania nowej aparatury medycznej zauważony został już wcześniej, tj. w ramach *Oceny postępu wdrażania IX OP PO IiŚ* przeprowadzonego w 2019 r.[18], a problem niewystarczającej liczby kadry medycznej zauważony został również przez Najwyższą Izbę Kontroli[19].

Podsumowując wskazane w niniejszym podrozdziale problemy i ograniczenia, które wystąpiły podczas wdrażania interwencji, należy stwierdzić, że miały one wpływ wyłącznie na sam przebieg aplikowania i realizacji projektu, lecz nie miały wpływu na uzyskane rezultaty. Jak wynika bowiem z analizy postępu wdrażania interwencji, nie identyfikuje się istotnych problemów w osiągnięciu zakładanych wartości docelowych. Zdaniem ewaluatora, negatywne doświadczenia znacznej części beneficjentów związane z napotkanymi problemami z rosnącymi stawkami robót i cenami materiałów budowlanych mogą mieć potencjalnie negatywny wpływ na chęć aplikowania o wsparcie w przyszłości. Z tego względu istotne jest podjęcie działań skierowanych na zniwelowaniu tego problemu w ramach projektowanej interwencji w perspektywie lat 2021-2027.

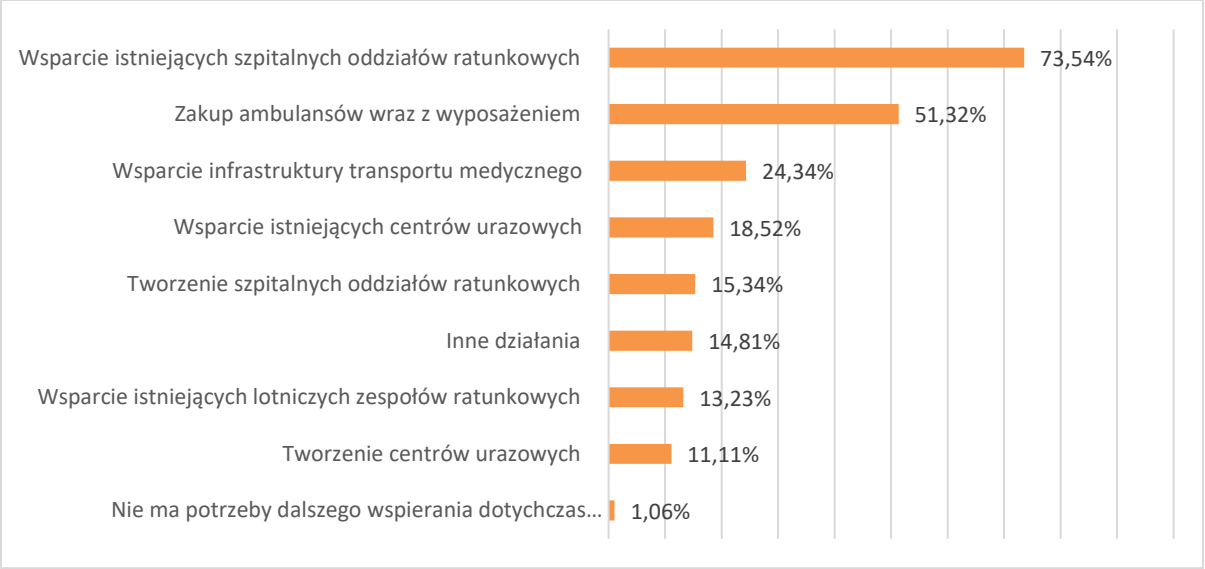
[18] Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, s. 123.
[19] Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, NIK, Warszawa 2019.

4.4. Zalecenia względem przyszłego okresu programowania w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia

4.4.1. Czy i w jakim zakresie, w oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji, należy kontynuować dotychczasowe wsparcie?

Kwestia kontynuowania wsparcia w kolejnych latach podjęta została podczas prowadzonych badań z beneficjentami. Jak się okazuje, beneficjenci w zdecydowanej większości przekonani są o **potrzebie kontynuowania wsparcia** (przeciwko takiemu rozwiązaniu opowiedziało się zaledwie 1,06% badanych w zakresie Działania 9.1 (tj. dwoje beneficjentów, przy czym żaden nie potrafił uargumentować tej odpowiedzi). Wg nich najistotniejszym aspektem jest kontynuowanie wsparcia istniejących SOR (ponad 71% wskazań tej grupy respondentów). Istotne okazało się również dalsze wspieranie w zakresie zakupu ambulansów wraz z wyposażeniem (ponad 51%). Na trzeciej pozycji w poniższym zestawieniu znalazło się wsparcie infrastruktury transportu medycznego, lecz w tym przypadku udział wskazań był już stosunkowo niższy i wyniósł nieco ponad 24%. Inne rodzaje wsparcia również były wskazywane przez badaną grupę, lecz każdorazowo udział wskazań nie przekraczał progu 20 p.p. Należy zwrócić uwagę na stosunkowo niewielkie potrzeby w zakresie tworzenia nowych SOR (15,34%), co świadczy o tym, że dotychczas udzielone wsparcie pozwoliło w dużym stopniu zaspokoić zapotrzebowanie w tym zakresie. Warto zauważyć, że w ramach wariantu „inne" (który wybrało niemal 15% badanych) wskazywano na szeroki zakres działań, m.in. szkolenia personelu medycznego oraz kadry zarządzającej, doposażenie oddziałów szpitalnych (w tym w sprzęt IT), rozbudowę SOR, wspieranie deficytowych specjalności (medycyna ratunkowa).

Rysunek 30. Działania skierowane do podmiotów systemu ochrony zdrowia, które zdaniem beneficjentów należy kontynuować w kolejnych latach (Działanie 9.1)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=189

Warto ramach Działania 9.2 nie odnotowano natomiast **żadnej odpowiedzi wskazującej na brak potrzeby kontynuowania wsparcia w przyszłości**. Znaczny udział wskazań (62,50%) przypadł w tym przypadku na potrzebę kontynuowania wsparcia oddziałów/jednostek organizacyjnych szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom nowotworowym. Stosunkowo wysoki udział wskazań przypadł również na podmioty dedykowane chorobom układu krążenia (blisko 55%), wsparcie pracowni diagnostycznych (ponad 44%) oraz wsparcie podmiotów zajmujących się ginekologią, położnictwem, neonatologią, pediatrią (ponad 40%). Inne rodzaje wsparcia również były wskazywane przez badaną grupę, lecz każdorazowo udział wskazań nie przekraczał progu 40 p.p. Warto zauważyć, że w ramach wariantu „inne" (który wybrało nieco ponad 15% badanych) wskazywano na potrzebę wspierania oddziałów zapobiegających chorobom cywilizacyjnym, zajmujących się układem moczowym, wsparcie w zakresie opieki nad seniorami i osobami niesamodzielnymi, podniesienie kwoty przeznaczonej na wsparcie infrastrukturalne jednostek leczniczych czy też możliwość utworzenia centrum interwencyjnego leczenia udarów mózgu.

Rysunek 31. Działania skierowane do podmiotów systemu ochrony zdrowia, które zdaniem beneficjentów należy kontynuować w kolejnych latach (Działanie 9.2)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie wielokrotnego wyboru, n=104

O potrzebie kontynuowania wsparcia przekonani byli również uczestnicy wywiadów pogłębionych. Wskazywali przy tym, że pomimo znacznego wsparcia skierowanego obecnie na wybrane elementy sektora ochrony zdrowia, problemy w znacznej mierze pozostają aktualne i wymagają dalszego wsparcia. Podkreślano przy tym, że skala potrzeb (szczególnie w przypadku wspierania podmiotów specjalizujących się w zakresie chorób nowotworowych czy chorób układu krążenia) jest bardzo wysoka. Ponadto trzeba brać pod uwagę amortyzacje sprzętu zakupionego w ramach obecnej interwencji, który po pewnym czasie wymagać będzie ponownej wymiany.

- Jeżeli chodzi o układ sercowo-naczyniowy i choroby nowotworowe to jest tak duży problem, że tak naprawdę trzeba ciągle inwestować w poprawę infrastruktury w tym zakresie. Tym bardziej, że trzeba pamiętać, że poszczególne sprzęty medyczne, które były finansowane z PO IiŚ tak naprawdę podlegają też zużyciu. To co załóżmy zostało zakupione w tej perspektywie finansowej, może się okazać, że już na koniec perspektywy finansowej nadaje się praktycznie do wymiany.

Źródło: wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ/IP

4.4.2. Jakie zmiany należy wprowadzić w ramach interwencji z EFRR w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027, w oparciu o wyniki niniejszej ewaluacji?

Podczas dotychczasowego wdrażania interwencji podjętej w ramach OP IX zidentyfikowany został problem **zbyt rozbudowanej dokumentacji aplikacyjnej** (przy czym problem ten nie dotyczy wsparcia w zakresie przeciwdziałania COVID-19, w ramach którego wypracowano odmienną, znacznie uproszczoną ścieżkę aplikacyjną). Na problem zwrócono uwagę podczas przeprowadzania wywiadów pogłębionych (lecz po części został on również zauważony przez samych beneficjentów, którzy podnosili tę kwestię podczas przeprowadzonego badania ankietowego). O ile w przypadku projektów infrastrukturalnych, charakterystycznych dla PO IiŚ, konieczne jest opracowanie stosunkowo szerokiej dokumentacji, lecz jednym z rodzajów wsparcia udzielanego w ramach OP IX było samo doposażenie podmiotu. W takich przypadkach, zdaniem respondentów wywiadów pogłębionych, powinna istnieć możliwość sporządzenia **węższego zakresu dokumentacji** (np. bez studium wykonalności oraz z wykorzystaniem prostszego wzoru wniosku o dofinansowanie). Warto dodać, że podobne wnioski (dotyczące zbyt obszernej dokumentacji, która stanowiła element problematyczny dla wnioskodawców) dostarczyło również realizowane w 2017 r. badanie w zakresie wyboru projektów w ramach IX OP[20].

[20] Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach ix osi priorytetowej programu operacyjnego infrastruktura i środowisko 2014-2020.

Inną sugerowaną zmianą byłoby uwzględnienie w ramach planowanego wsparcia w perspektywie 2020+ **możliwości realizacji projektów o charakterze dwufunduszowym**, tj. łączenie wsparcia z EFRR pomocą z zakresu EFS w postaci dofinansowania działań miękkich – szkoleń mających na celu podniesienie kompetencji personelu medycznego w zakresie umiejętności wykorzystania nowoczesnej aparatury medycznej (zmiana tego rodzaju pojawiła się już jako rekomendacja w raporcie z *Oceny postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020*). Problem z tym związany zidentyfikowany został w jednym z wcześniejszych podrozdziałów.

4.4.3. W jaki sposób należy podejmować interwencję publiczną w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia (ze środków IX OP PO IiŚ i podobnych interwencji współfinansowanych z EFRR, w obecnym i kolejnych okresach programowania), aby w największym możliwie stopniu wpłynąć na dostępność infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej?

Zdania respondentów wywiadów pogłębionych w zakresie sposobu podejmowania interwencji w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia były podzielone.

Podczas prowadzonych wywiadów pogłębionych podnoszono z jednej strony kwestię potrzeby większej centralizacji w zakresie rozdysponowywania środków przeznaczonych na wsparcie służby zdrowia. Koordynacja wsparcia przez jedną jednostkę (z poziomu ministerialnego) pozwoliłoby zdaniem badanych na sprawniejsze i trafniejsze rozdysponowanie środków unijnych. Wskazywano jednocześnie na nieoczekiwany efekt epidemii COVID-19, który uwidocznił problem związany ze zdecentralizowaniem w tym zakresie. W ramach przeciwdziałania epidemii działania podejmowały często jednostki regionalne, decydując się np. o przeznaczeniu części środków na zakup dodatkowych ambulansów. Tego rodzaju działania wpływają na trudności w możliwości określenia faktycznego stanu sektora służby zdrowia na poziomie regionalnym, a co za tym idzie, trudności w odpowiednim zdefiniowaniu przyszłego wsparcia w oparciu o rzeczywiste potrzeby.

Z drugiej strony natomiast wskazywano na problem związany ze zbyt znaczną centralizacją, który mógłby przejawiać się przeładowaniem obowiązkami w przypadku obciążenia takim zadaniem jednej jednostki czy też brakiem znajomości uwarunkowań lokalnych i tym samym zapotrzebowania regionalnego na wsparcie w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia.

Biorąc z kolei pod uwagę wyniki badania z beneficjentami, zwiększenie dostępności infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej powinna opierać się na dalszym wspieraniu rozwoju infrastrukturalnego szpitali (z

jednoczesnym zwiększeniem kwoty dostępnych środków w tym zakresie) oraz dalszym wspieraniu zakupu nowoczesnej aparatury medycznej (ze względu na pojawiające się wciąż nowe rozwiązania z zakresu medycyny, zdaniem beneficjentów tego rodzaju wsparcie będzie zawsze potrzebne, w tym również biorąc pod uwagę postępującą amortyzację obecnie zakupionego sprzętu). Jak podkreślali beneficjenci, oferowane dotychczas wsparcie stanowiło niejednokrotnie jedyne możliwe źródło finansowania tego rodzaju inwestycji, podkreślając przy tym brak możliwości zabezpieczenia na ten cel środków własnych w potrzebnej wysokości.

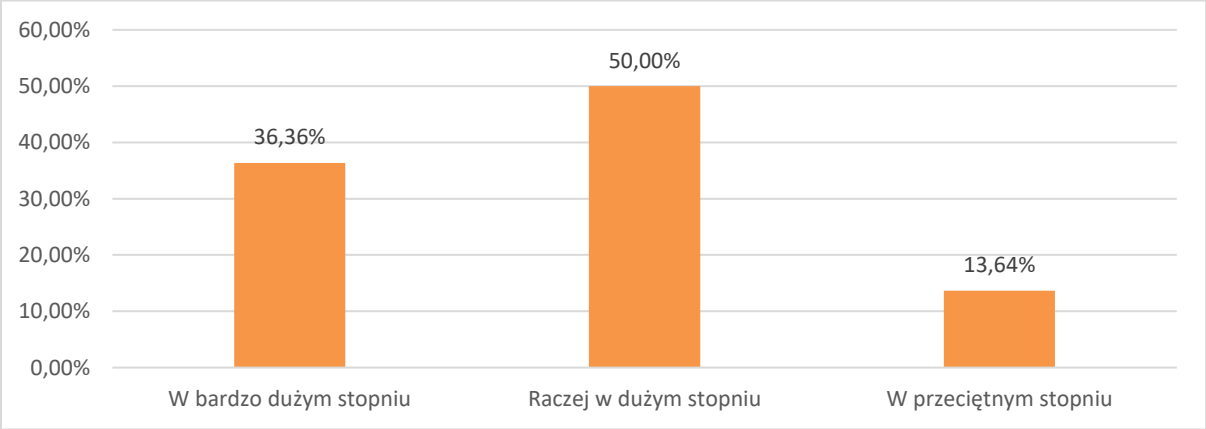
Z kolei eksperci środowiskowi biorący udział w wywiadzie pogłębionym wskazywali na potrzebę większej koordynacji udzielanego wsparcia. Zauważyć można bowiem problem powielania się działań, wspieranych w podmiotach zlokalizowanych w niewielkiej odległości od siebie. W efekcie wsparcie w mniejszym stopniu wpłynąć może na eliminację „białych plam" względem poszczególnych potrzeb zdrowotnych, a w efekcie zlokalizowane blisko siebie podmioty oferować będą podobny zakres usług medycznych.

4.5. Wpływ COVID-19 na formę interwencji i osiągane rezultaty

4.5.1. W jakim stopniu interwencja podjęta w związku z sytuacją epidemiczną w Polsce (epidemia COVID-19) okazała się skuteczna oraz wpłynęła na realizację celu szczegółowego IX OP PO IiŚ oraz zakładanego rezultatu przedmiotowej interwencji - na obecnym etapie wdrażania projektów?

Beneficjentów OP IX, którzy uzyskali wsparcie w trybie nadzwyczajnym w 2020 r., poproszono o ocenę, w jakim stopniu ich zdaniem wsparcie mające na celu walkę z pandemią COVID-19 i jej skutkami wpłynęło na zwiększenie efektywności podejmowanych przez nich działań. W zdecydowanej większości przypadków udzielono pozytywnych ocen (ponad 86% dla sumy wskazań „w bardzo dużym stopniu oraz „raczej w dużym stopniu"). Co więcej, pozostały udział wskazań przypadł na ocenę przeciętną, wobec czego nie odnotowano w tym zakresie żadnej oceny negatywnej.

Rysunek 32. Ocena stopnia, w którym wsparcie mające na celu walkę z pandemią COVID-19 i jej skutkami wpłynęło na zwiększenie efektywności podejmowanych przez beneficjentów działań (nie dotyczy projektów realizowanych przed 2020 r.)

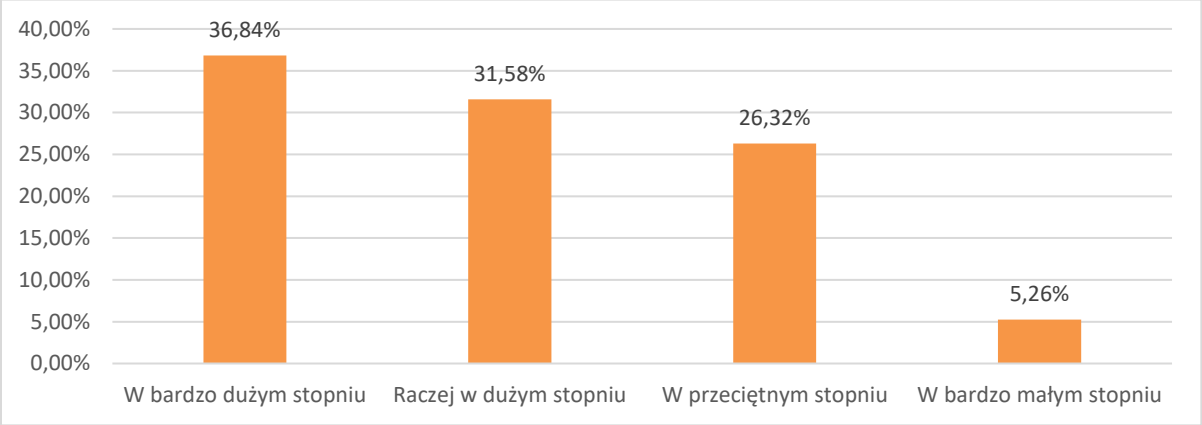


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=22
**Wartość „n" została ograniczona względem ogółu respondentów realizujących projekty w 2020 r. o respondentów, którzy nie udzielili odpowiedzi na to pytanie uzasadniając to brakiem zakończenia projektu w momencie przeprowadzenia badania.*

Ww. grupę respondentów zapytano również o ocenę stopnia, w jakim ich zdaniem wsparcie mające na celu walkę z pandemią COVID-19 i jej skutkami wpłynęło na zwiększenie dostępności mieszkańców do usług opieki zdrowotnej. Ponownie najwyższy udział przypadł na oceny pozytywne (68,42%). Ponadto ponad ¼ wskazań przypadła na ocenę przeciętną. Poprzez to na oceny negatywne przypadł bardzo niski udział wskazań (5,26%, tj. jeden respondent). Ocena ta uargumentowana była brakiem zwiększenia dostępności dla mieszkańców do usług opieki zdrowotnej ze względu na specyfikę zrealizowanego projektu,

tj. zakup ambulansu, który jednak nie zwiększył zdaniem respondenta poziomu dostępności ze względu na jednoczesne wycofanie z użytku dotychczas używanego pojazdu.

Rysunek 33. Ocena stopnia, w którym wsparcie mające na celu walkę z pandemią COVID-19 i jej skutkami wpłynęło na zwiększenie dostępności mieszkańców do usług opieki zdrowotnej (nie dotyczy projektów realizowanych przed 2020 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań (CAWI/CATI) z beneficjentami OP IX, pytanie jednokrotnego wyboru, n=19
**Wartość „n" została ograniczona względem ogółu respondentów realizujących projekty w 2020 r. o respondentów, którzy nie udzielili odpowiedzi na to pytanie uzasadniając to brakiem zakończenia projektu w momencie przeprowadzenia badania.*

Kwestia wpływu epidemii na formę interwencji i osiągane rezultaty podjęta została również podczas prowadzonych wywiadów pogłębionych. Podkreślano bardzo wczesną reakcję na doniesienia dotyczące możliwej, nadchodzącej epidemii. Podjęto w tym zakresie roboczy dialog z KE na temat możliwości prowadzenia wsparcia związanego z nadchodzącą sytuacją. Szybkie zmiany w ramach programu operacyjnego wprowadzone w trybie nadzwyczajnym (oraz w powiązanych dokumentach oraz prawodawstwie krajowym w postaci Ustawy z dnia 3 kwietnia 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających realizację programów operacyjnych w związku z wystąpieniem COVID-19 w 2020 r. (Dz.U. 2020, poz. 694)[21]) pozwoliły na uruchomienie specjalnego wsparcia dla podmiotów zmagających się ze skutkami epidemii (pierwsza umowa została zawarta już w maju 2020 r.). Ponadto, w momencie prowadzenia niniejszego badania w dalszym ciągu zawierane są w tym zakresie nowe umowy z beneficjentami, wobec czego wsparcie to docelowo przyjmie jeszcze szerszą skalę.

Badani podczas przeprowadzonych wywiadów pogłębionych podnosili również kwestię dwutorowości wsparcia kierowanego z OP IX w celu zapobiegania i przeciwdziałania epidemii

[21] Tzw. „specustawa funduszowa" - zapewniająca płynną realizację i rozliczanie projektów, przekazując instytucjom biorącym udział w systemie wdrażania środków europejskich podstawę prawną do elastycznego podejścia. Ustawa zawiera m.in. przepisy umożliwiające przeznaczanie części spośród środków programów operacyjnych na działania służące przeciwdziałaniu negatywnym skutkom COVID-19.

COVID-19. Z jednej strony bowiem przesunięto część środków na działania mające na celu zapobiegać, przeciwdziałać i zwalczać COVID-19, a z drugiej strony okazało się, że udzielone wsparcie w postaci modernizacji infrastruktury szpitali (i ich doposażenia) oraz wsparcia ratownictwa medycznego przyczyniły się do możliwości skuteczniejszej walki z epidemią. Znaczna część projektów (68%) została zakończona jeszcze przed wprowadzeniem stanu epidemii[22], co pozwoliło odpowiednio przygotować podmioty z sektora ochrony zdrowia, w tym szczególności SOR które często w ramach realizowanych projektów wyposażane były m.in. w nowe respiratory.

Analiza studiów przypadku również potwierdza, iż interwencja podjęta w związku z sytuacją epidemiczną w Polsce (epidemia COVID-19) okazała się w wysokim stopniu skuteczna oraz wpłynęła na realizację celu szczegółowego IX OP oraz zakładanego rezultatu przedmiotowej interwencji. Jak wykazali beneficjenci projektów wytypowanych do analizy case study, jednym z czynników skłaniających do podjęcia realizacji projektu było dążenie do zapewnienia wysokiej jakości wsparcia podmiotów w związku z realizacją działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz innych chorób w zakresie doposażenia jednostek w sprzęt medyczny i wyposażenie doraźnie ratujące zdrowie i życie wszystkich chorych, w tym osób zagrożonych epidemią COVID-19. Jak wykazano w ramach analizy studiów przypadku, najnowocześniejszy sprzęt ma możliwość ułatwienia zarówno diagnostyki jak i leczenia pacjentów, zwiększając ich szanse na powrót do zdrowia oraz dostęp do wysokiej jakości infrastruktury i usług medycznych, w związku z czym realizacja działań przewidzianych w projekcie w realny sposób wpłynie na poprawę jakości i dostępności świadczeń medycznych, nie tylko w kontekście działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, ale również wzmacniając system ochrony zdrowia w dłuższej perspektywie czasu i o zasięgu ponadregionalnym.

[22] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (wraz z późn. zmianami), (Dz.U. 2020 poz. 491).

Tabela 14. Wnioski i rekomendacje

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
1.	Niemal wszyscy dotychczasowi beneficjenci potwierdzili, że w ich opinii wsparcie powinno zostać kontynuowane w przyszłości. Mimo znacznej sumy środków i szerokiego zakresu wsparcia udzielonego w obecnej perspektywie skala potrzeb wciąż	Rekomenduje się kontynuowanie wsparcia w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, przy uwzględnieniu aktualnej analizy potrzeb i zainteresowania potencjalnych beneficjentów.	Zdrowie	IZ/IP właściwe dla Działań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027	Przyjęcie odpowiednich zapisów w dokumentach programowych PO, który będzie stanowił kontynuację POIiŚ 2014-2020 w perspektywie finansowej 2021-2027. Podczas tworzenia dokumentów programowych na przyszłą perspektywę finansową należy uwzględnić wsparcie w obszarze infrastruktury ochrony zdrowia, w tym	31.12.2021	Horyzontalna programowa

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	pozostaje duża, tak jak i zainteresowanie potencjalnych beneficjentów. Zakres wsparcia powinien natomiast wynikać z aktualnej diagnozy potrzeb, przy czym zaznaczyć należy, że potrzeby w ramach tworzenia nowych SOR zostały już w znacznej części zaspokojone. Największe zainteresowanie (wg aktualnych beneficjentów) odnotowano w ramach kontynuowania wsparcia istniejących SOR, dalszego wspierania w zakresie zakupu ambulansów, wsparcia podmiotów				w szczególności z zakresu wsparcia istniejących SOR, dalszego wspierania zakupu ambulansów, wsparcia podmiotów dedykowanych chorobom nowotworowym oraz układu krążenia. Ponadto wsparcie powinno stawiać sobie za cel dalsze przeciwdziałaniem problemom demograficznym i epidemiologicznym.		

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	dedykowanych chorobom nowotworowym oraz układu krążenia (str. 88-91).						
2.	Składana dokumentacja aplikacyjna w większości przypadków jest niekompletna i obarczona wieloma błędami. Problem ten dotyczył w dużej mierze podmiotów, które były już beneficjentami działań realizowanych w poprzedniej perspektywie finansowej. Tego rodzaju sytuacja wynikać może z korzystania przez wnioskodawców z pomocy firm	Rekomenduje się kontynuowanie organizowania w przyszłości szkoleń z zakresu wypełniania dokumentacji aplikacyjnej. Prawdopodobnie w przypadku wykorzystania formy zdalnej tego rodzaju wydarzeń będą one cieszyć się większym zainteresowaniem, a jednocześnie może przyczynić się do podjęcia decyzji o samodzielnym opracowaniu dokumentacji przez pracowników danego podmiotu, co docelowo pozwoliłoby na zachowanie tej wartości	Zdrowie	IZ/IP właściwe dla Działań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027	Organizacja szkoleń z zakresu wypełniania dokumentacji aplikacyjnej w ramach naborów organizowanych w przyszłej perspektywie finansowej. Zalecaną formą szkoleń jest tryb zdalny, przy czym warto go zastosować również w przypadku poprawienia się w przyszłości sytuacji epidemicznej. Ze względu na możliwą chęć brania udziału w szkoleniach stacjonarnych, w przypadku zniesienia obostrzeń epidemicznych rekomenduje się organizację szkoleń w formule hybrydowej, tj.	31.03.2022	Horyzontalna programowa

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	zewnętrznych w celu opracowania dokumentacji aplikacyjnej. W takim przypadku, wybierając do realizacji zadania nową firmę doradczą, podmiot nie korzysta (na etapie wnioskowania) w żaden sposób ze zdobytego uprzednio doświadczenia (str. 85-86).	dodanej w ramach przyszłych naborów.			łączącej cechy spotkań stacjonarnych z jednoczesnym umożliwieniem brania w nich udziału w formie zdalnej.		
3.	Zidentyfikowany został problem zbyt rozbudowanej dokumentacji aplikacyjnej dla części typów projektów. W przypadku projektów infrastrukturalnych, charakterystycznych dla PO IiŚ, konieczne	Rekomenduje się opracowanie osobnych wzorów wniosku o dofinansowanie (i zakresów wymaganej dokumentacji aplikacyjnej) w podziale na typy projektów (infrastrukturalne/dotyczące wyłącznie doposażenia). Ponadto rekomenduje się	Zdrowie	IZ/IP właściwe dla Działań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027	Opracowanie osobnych formularzy wniosku o dofinansowanie, dostosowanych do poszczególnych typów projektów (w tym pod względem ograniczenia ich zakresu w przypadku węższych typów projektów), przy uwzględnieniu możliwości	31.12.2021	Horyzontalna programowa

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	jest opracowanie stosunkowo szerokiej dokumentacji, lecz jednym z rodzajów wsparcia udzielanego w ramach OP IX było samo doposażenie podmiotu. W takich przypadkach powinna istnieć możliwość sporządzenia węższego zakresu dokumentacji (np. nieobejmującej studium wykonalności oraz z wykorzystaniem prostszego wzoru wniosku o dofinansowanie) (str. 91).	zastosowanie zdalnej formy składanej dokumentacji.			składania dokumentacji w formie zdalnej.		
4.	Najistotniejszym problemem, z którym często spotykali się beneficjenci OP IX był gwałtowny i wysoki	Rekomenduje się uwzględnienie w zakresie przyszłych szkoleń i materiałów dla wnioskodawców informacji	Zdrowie	IZ/IP właściwe dla Działań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego sektora ochrony	Uwzględnienie w zakresie przyszłych szkoleń i materiałów dla wnioskodawców informacji dot. możliwości	31.12.2021	Horyzontalna programowa

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	wzrost cen usług i materiałów budowlanych. Wsparcie udzielane w ramach OP IX miało w dużej mierze charakter infrastrukturalny, poprzez co wzrosty cen zarówno prac, jak i materiałów budowlanych były szczególnie mocno odczuwane przez beneficjentów. Podczas organizowanych przetargów okazywało się bowiem, że określone na etapie planowania projektu stawki są już zdezaktualizowane, a składane oferty opiewały na znacząco	dot. możliwości wystąpienia zjawiska wzrostu cen robót i materiałów budowlanych na etapie realizacji projektu.		zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027	wystąpienia zjawiska wzrostu cen robót i materiałów budowlanych na etapie realizacji projektu. Wśród informacji przekazywanych wnioskodawcom powinna znaleźć się sugestia w zakresie możliwości realizacji zamówienia w podziale na etapy, co pozwoli na udział w organizowanych przetargach przez mniejsze podmioty, minimalizując ryzyko niewyłonienia wykonawcy.		

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	wyższe kwoty (str. 81-87).						
5.	Nadmiernie częstym zjawiskiem było wnioskowanie przez beneficjentów o zmianę zakresu rzeczowego projektu już po zawarciu umowy o dofinansowanie. Problem ten jest coraz powszechniejszy i wynika w dużej mierze z niskiego poziomu zaangażowania podmiotu będącego wnioskodawcą w proces aplikacyjny. Podmioty z sektora ochrony zdrowia często bowiem powierzają opracowanie	Rekomenduje się poświęcenie uwagi aspektowi odpowiedniego zaplanowania przedsięwzięcia podczas prowadzonych szkoleń dla wnioskodawców.	Zdrowie	IZ/IP właściwe dla Działań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027	Uwzględnienie aspektu odpowiedniego zaplanowania przedsięwzięcia w ramach planowanych do przeprowadzenia szkoleń dla wnioskodawców.	31.12.2021	Horyzontalna programowa

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	wymaganej dokumentacji podmiotom zewnętrznym, nie skupiając się tym samym nad zakresem projektu, a w większym stopniu zaczynają się nim interesować już po uzyskaniu dofinansowania. Wtedy też często okazuje się, że we wniosku nie uwzględniono pełnego zakresu projektu, który podmiot chciałby zrealizować, lub że pierwotny koncept był nie do końca przemyślany, co generuje potrzebę rozpatrywania wpływających						

L.p.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji
	wniosków o zmianę zakresu projektu (str. 86).						
6.	Zidentyfikowano postępujący problem w zakresie dostępności kadry medycznej, co wpływa na problem braku wystarczającej liczby odpowiednio wykwalifikowanej kadry potrzebnej do obsługi sprzętu medycznego (zakupionego w ramach projektów realizowanych z OP IX). Jak wykazała analiza, problem ten będzie się mógł pogłębiać w kolejnych latach (str. 86-87)	Rekomenduje się uwzględnienie w ramach planowanego wsparcia w perspektywie 2020+ możliwości realizacji projektów o charakterze dwufunduszowym, tj. łączenie wsparcia z EFRR pomocą z zakresu EFS w postaci dofinansowania działań miękkich – szkoleń mających na celu podniesienie kompetencji personelu medycznego w zakresie umiejętności wykorzystania nowoczesnej aparatury medycznej.	Zdrowie	IZ/IP właściwe dla Działań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027	Przyjęcie odpowiednich zapisów w dokumentach programowych PO, który będzie stanowił kontynuację POIiŚ 2014-2020 w perspektywie finansowej 2021-2027, umożliwiających łączenie wsparcia z zakresu dwóch funduszy (EFRR i EFS).	31.12.2021	Horyzontalna strategiczna

Źródło: Opracowanie własne

5. Spis tabel i elementów graficznych

Mapa 1. Struktura próby badawczej wg siedziby respondenta (udział % w ogólnej liczbie respondentów oraz liczba przeprowadzonych wywiadów) 20
Mapa 2. Projekty dofinansowane w ramach Działania 9.1 23
Mapa 3. Projekty dofinansowane w ramach Działania 9.2 23
Mapa 4. Średnia ocen w zakresie jakości świadczonych usług medycznych – przed realizacją projektu 50
Mapa 5. Średnia ocen w zakresie jakości świadczonych usług medycznych – w momencie przeprowadzania badania ankietowego 50
Mapa 6. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówki reprezentowanej przez beneficjenta do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych – suma dla ocen „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w dużym stopniu" 71
Mapa 7. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym reprezentowanym przez beneficjenta– suma dla ocen „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w dużym stopniu" 74

Rysunek 1. Cele szczegółowe badania 11
Rysunek 2. Tryb wyboru projektu 23
Rysunek 3. Liczba zawartych umów o dofinansowanie w podziale na lata 24
Rysunek 4. Działania podejmowane przez beneficjentów w ramach realizowanego projektu – beneficjenci działania 9.1 29
Rysunek 5. Działania podejmowane przez beneficjentów w ramach realizowanego projektu – beneficjenci działania 9.2 30
Rysunek 6. Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez placówkę reprezentowaną przez beneficjentów 48
Rysunek 7. Ocena wpływu realizacji projektu na poprawę świadczonych usług medycznych – beneficjenci działania 9.1, suma udziału wskazań dla ocen „Bardzo duży wpływ" oraz „Raczej duży wpływ" 51
Rysunek 8. Ocena wpływu realizacji projektu na poprawę świadczonych usług medycznych – beneficjenci działania 9.2, suma udziału wskazań dla ocen „Bardzo duży wpływ" oraz „Raczej duży wpływ" 52
Rysunek 9. Odsetek wskazań w zakresie rodzaju efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu – działanie 9.1 53
Rysunek 10. Odsetek wskazań w zakresie rodzaju efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu – działanie 9.2 54
Rysunek 11. Odsetek wskazań w zakresie efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu 55
Rysunek 12. Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego ogółem w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców 62

Rysunek 13. Liczba osób leczonych na oddziałach szpitalnych na 100 tys. mieszkańców..... 63
Rysunek 14. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców..... 63
Rysunek 15. Liczba łóżek w szpitalnych oddziałach ratunkowych na 100 tys. mieszkańców .. 64
Rysunek 16. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych 64
Rysunek 17. Liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy 65
Rysunek 18. Liczba zespołów ratownictwa medycznego..... 65
Rysunek 19. Liczba śmigłowców w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego 66
Rysunek 20. Liczba dostępnych urządzeń do radioterapii 66
Rysunek 21. Średni czas pobytu w szpitalu 67
Rysunek 22. Odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia 67
Rysunek 23. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówki reprezentowanej przez beneficjenta do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych .. 70
Rysunek 24. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym reprezentowanym przez beneficjenta 72
Rysunek 25. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie reprezentowanej przez beneficjenta placówki do zagrożeń epidemiologicznych i konieczności reagowania na nie 75
Rysunek 26. Odsetek wskazań w zakresie osiągnięcia przez beneficjentów nieoczekiwanych efektów..... 77
Rysunek 27. Odsetek wskazań w zakresie możliwości uzyskania większych efektów w ramach realizowanego projektu..... 80
Rysunek 28. Wyzwania i ograniczenia napotkane przez beneficjentów podczas realizacji projektu 83
Rysunek 29. Odsetek wskazań w zakresie problemów z osiągnięciem założonych wskaźników 84
Rysunek 30. Działania skierowane do podmiotów systemu ochrony zdrowia, które zdaniem beneficjentów należy kontynuować w kolejnych latach (Działanie 9.1) 88
Rysunek 31. Działania skierowane do podmiotów systemu ochrony zdrowia, które zdaniem beneficjentów należy kontynuować w kolejnych latach (Działanie 9.2) 90
Rysunek 32. Ocena stopnia, w którym wsparcie mające na celu walkę z pandemią COVID-19 i jej skutkami wpłynęło na zwiększenie efektywności podejmowanych przez beneficjentów działań (nie dotyczy projektów realizowanych przed 2020 r.) 94
Rysunek 33. Ocena stopnia, w którym wsparcie mające na celu walkę z pandemią COVID-19 i jej skutkami wpłynęło na zwiększenie dostępności mieszkańców do usług opieki zdrowotnej (nie dotyczy projektów realizowanych przed 2020 r.) 95

Tabela 1. Pytania ewaluacyjne 12
Tabela 2. Struktura próby do badania case study..... 17
Tabela 3. Struktura zrealizowanej próby badawczej 20
Tabela 4. Liczba i wartość zawartych umów o dofinansowanie w podziale na lata 25

Tabela 5. Wskaźniki rezultatu strategicznego dla OP IX PO IiŚ, lata 2010-2019 32
Tabela 6. Podział wskaźników do analizy makroekonomicznej 34
Tabela 7. Wykaz uczestników pilotażu 37
Tabela 8. Poziom realizacji wskaźników programowych wg stanu na koniec 2020 r. 42
Tabela 9. Postęp finansowy w realizacji IX OP PO IiŚ wg stanu na koniec 2020 r. 45
Tabela 10. Ocena jakości usług medycznych świadczonych przez placówkę reprezentowaną przez beneficjentów – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper 48
Tabela 11. Odsetek wskazań w zakresie efektów, które udało się osiągnąć beneficjentom w wyniku realizacji projektu – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper 55
Tabela 12. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na dostosowanie placówki reprezentowanej przez beneficjenta do potrzeb wynikających ze zmian demograficznych – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper (względem udziału odpowiedzi „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w małym stopniu") 70
Tabela 13. Ocena stopnia, w którym wsparcie pozwoliło na poprawę jakości świadczonych usług zdrowotnych w podmiocie leczniczym reprezentowanym przez beneficjenta – wyniki w podziale na narzędzia Policy Paper (względem udziału odpowiedzi „w bardzo dużym stopniu" oraz „raczej w małym stopniu") 72
Tabela 14. Wnioski i rekomendacje 97

6. Bibliografia

- *Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju,*
- *Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020,*
- *Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*,
- *PO IiŚ 2014-2020*,
- *SzOOP PO IiŚ 2014-2020*,
- *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020)*,
- Dokumentacja konkursowa oraz projektowa w ramach IX OP PO IiŚ,
- Dane o postępie rzeczowo-finansowym IX OP PO IiŚ z systemu SL2014,
- *Sprawozdania roczne z wdrażania Programu oraz IX OP PO IiŚ za 2019 i 2020 r.,*
- *Informacje kwartalne z realizacji IX OP PO IiŚ,*
- Dane wskaźnikowe PO IiŚ 2014-2020,
- *Ewaluacja ex-ante dla PO IiŚ 2014-2020,*
- *Podsumowanie efektów wdrażania projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ,*
- *Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020,*
- *Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (etap I oraz etap II),*
- *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654),
- *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135),
- *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657),
- *Wytyczne Ministerstwa Zdrowia dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń,*
- *Strategia walki z pandemią COVID-19*[23]*,*
- *Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020 poz. 374),*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (wraz z późn. zmianami), (Dz.U. 2020 poz. 491),*
- Dane Centrum e-Zdrowia,
- Dane Głównego Urzędu Statystycznego,
- Dane Eurostatu,
- *Strategic Preparedness and Response Plan*, WHO 2020,

[23] Strategia 3.0 wraz z załącznikami oraz jej wcześniejsze wersje.

- *World Health Statistics 2020. Monitoring health for SDGs*, WHO 2020,
- Borowska I., *Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce,*
- *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian,*
- *Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia*, Innowo, czerwiec 2020 r.,
- Cholewa-Wiktor M., *Fundusze Unijne szansą na poprawę funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej,*
- Czerska I.*, Koncepcje działań naprawczych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*.

7. Aneksy

7.1. Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze (plik zewnętrzny)

7.2. Analiza studiów przypadku (plik zewnętrzny)

7.3. Dokumentacja badawcza z badań ilościowych i jakościowych (zewnętrzne bazy danych i pliki źródłowe) – transkrypcje, tabele wynikowe, ilościowe bazy danych

7.4. Podręcznik opisujący metodykę oceny wpływu działań podjętych w ramach IX OP PO IiŚ w latach 2014-2020 na realizację celu szczegółowego przedmiotowej OP (plik zewnętrzny)

7.5. Wzory wykorzystanych narzędzi badawczych (plik zewnętrzny)