Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

Raport końcowy

Zamawiający:
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15,
00-952 Warszawa

Wykonawca:
ECORYS Polska Sp. z o.o.
ul. Solec 38 lok. 105
00-394 Warszawa

Warszawa, luty 2019 r.

Wykaz skrótów

Tabela 1. Wykaz skrótów

Skrót	Opis
AV	Wartość dodana (ang. *Added Value*)
CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (ang. *Computer Assisted Telephone Interview*)
CJM	Mapa ścieżek klientów (ang. *Customer Journey Map*)
FGI	Zogniskowany wywiad grupowy (ang. *Focus Group Interview*)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony (ang. *Individual In-Depth Interview*)
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
MZ	Ministerstwo Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*)
OP	Oś priorytetowa
PO IiŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
SE2020	Strategia Europa 2020
SL2014	Aplikacja główna centralnego systemu teleinformatycznego
SOPZ	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
SZR	Strategia Zrównoważonego Rozwoju
UE	Unia Europejska
WIOŚ	Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska

Źródło: opracowanie własne.

Streszczenie

Niniejszy raport ewaluacyjny zawiera ustalenia z badania ewaluacyjnego pn. *Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020* realizowanego od lipca do listopada 2018 r. przez firmę Ecorys Polska Sp. z o. o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, pełniącego funkcję Instytucji Pośredniczącej dla IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (IX OP PO IiŚ). Celem projektu było przeprowadzenie oceny mid-term postępów w realizacji celów szczegółowych określonych dla IX OP PO IiŚ 2014-2020, z uwzględnieniem zobowiązań w zakresie ram wykonania, a także dokonanie oceny wkładu IX OP Programu w realizację unijnej *Strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu* (Strategii Europa 2020; SE2020). Badanie realizowane było w dwóch etapach: pierwszy trwał od lipca do listopada 2018 r. i obejmował całość badań terenowych oraz wstępne analizy wskaźnikowe na danych według stanu na 11 lipca 2018 r. Drugi etap, realizowany od stycznia do lutego 2019 r., ukierunkowany był jedynie na weryfikację obliczeń wskaźnikowych w oparciu o zaktualizowane dane z systemu SL2014 według stanu na 31 grudnia 2019 r. Niniejszy raport zawiera ustalenia z obydwu tych etapów, z czego treści aktualizacyjne są przedstawione głównie w czwartym rozdziale.

Badanie, uwzględniające metodologiczny postulat triangulacji, zrealizowano za pomocą szeregu ilościowych i jakościowych metod oraz technik badawczych, w tym: desk research, indywidualnych wywiadów pogłębionych, zogniskowanych wywiadów grupowych, wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego, studiów przypadków, Customer Journey Map, warsztatu eksperckiego oraz panelu ekspertów.

Badanie pokazało, że postęp w zakresie wdrażania IX OP PO IiŚ jest na satysfakcjonującym poziomie. Zwraca uwagę fakt, iż uruchomienie środków z omawianej Osi poprzedzone było szeregiem działań, które sprawiły, iż interwencja w obszarze zdrowia faktycznie została rozpoczęta z relatywnym opóźnieniem względem innych sektorów. Stanowiło to pochodną m. in. konieczności opracowania dokumentu pn. *Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* oraz przygotowania map potrzeb zdrowotnych. Tymczasem już dane monitoringowe z systemu SL2014 według stanu na 11 lipca 2018 r. wskazywały, iż **wszystkie wskaźniki ram wykonania dla danej osi - z wyjątkiem wskaźnika finansowego dla regionu lepiej rozwiniętego - zostały osiągnięte, zaś prognoza na koniec 2018 r. pozwala z dużym marginesem błędu przyjąć, iż wszystkie one istotnie przekroczą założone wartości pośrednie. Co więcej, brak jest zagrożenia nieosiągnięcia wskaźników docelowych ram wykonania/outputu dla roku 2023**; w tym przypadku obserwuje się raczej ryzyko znacznego ich przekroczenia, potencjalnie skutkującego koniecznością składania wyjaśnień do Komisji Europejskiej w zakresie błędnych założeń prognostycznych przyjętych na etapie programowania (niedoszacowanie wskaźników). **Wreszcie, jeśli chodzi o wskaźniki rezultatu strategicznego, to prognozy poczynione przez ewaluatora wskazują na wysokie prawdopodobieństwo**

zrealizowania się scenariusza zaplanowanego przez IZ i IP. Należy jednak podkreślić, iż - inaczej niż w przypadku wskaźników programowych - wskaźniki rezultatu strategicznego są wskaźnikami społecznymi jedynie w niewielkiej części determinowanymi interwencją z PO IiŚ; z tego względu ewentualne przyszłe odchylenia od prognoz nie muszą oznaczać błędów w procesie wdrażania ani być rozpatrywane jako argument na rzecz braku skuteczności interwencji w jego ramach.

Zarówno beneficjenci, jak i wnioskodawcy nieskuteczni generalnie pozytywnie ocenili sposób przygotowania i organizacji naboru wniosków. Zakres wymaganych w nich informacji postrzegano jako znaczący, ale nie stanowiący bariery w aplikowaniu. Podobnie jak we wcześniejszych badaniach - zarówno dotyczących zdrowia, jak i szerzej Funduszy Europejskich - **zwracano uwagę na skomplikowany, hermetyczny język wniosków**. Warto natomiast zauważyć, iż całkiem powszechna jest współpraca wnioskodawców z firmami konsultingowymi, które są doskonale zaznajomione z terminologią branżową. Korzystanie z ich usług eksponuje natomiast inny problem. **Już na etapie realizacji projektów, wielu beneficjentów ma deficyty wiedzy z zakresu kwalifikowalności wydatków, przygotowywania wniosków o płatność itd.** Realizowane przez IP szkolenia są oczywiście wartościowe, ale muszą być kontynuowane, aby należycie spełniły swoją rolę. Przedstawiciele MZ wskazali bowiem, iż nie zawsze w organizacjach beneficjentów ma miejsce uczenie się przez doświadczenie, czasami też obserwują lęk przed zadawaniem pytań, jako czymś „umniejszającym beneficjentowi". **Kontynuacja działań szkoleniowych byłaby zatem z korzyścią zarówno dla beneficjentów, jak i MZ** - które docelowo współpracowałoby z bardziej świadomymi przedstawicielami beneficjentów, potrzebującymi mniej wyjaśnień i popełniającymi mniej błędów.

Odnosząc się do spójności interwencji w ramach IX OP PO IiŚ z dokumentami strategicznymi, to w pierwszej kolejności należy wskazać, iż już na poziomie operacyjnym wymusza ją system kryteriów wyboru projektów przyjętych dla analizowanych działań. Zgodnie z wymogami prawa, musi on być zgodny z zapisami *Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*, jak również z rekomendacjami *Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w ochronie zdrowia* dla kryteriów wyboru projektów (w tym dofinansowywanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020). **Zgodność projektów z mapami potrzeb zdrowotnych i z Wojewódzkimi Planami Działania Systemu Ratownictwa Medycznego jest badana obligatoryjnie stanowiąc warunek dostępu do możliwości otrzymania wsparcia.** Powyższe może być również traktowane jako przesłanka dla generowania wartości dodanej w projektach. Częściowo wymuszona poprzez Unię Europejską koordynacja przedsięwzięć powoduje ich usieciowienie oraz spójność i rosnącą kompleksowość całego systemu wsparcia. **Szczególnego zaakcentowania wymaga wpływ projektów realizowanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 na realizację celów SE2020**. Wprawdzie jest on trudno mierzalny, jednakże można stwierdzić, że bezsprzecznie analizowana interwencja przyczynia się (bezpośrednio lub pośrednio) do realizacji celów nakreślonych w *SE2020*, jak również dążeń wskazanych w innych krajowych dokumentach o charakterze strategicznym (np. Umowa Partnerstwa, Strategia na

rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju), które poprzez bezpośrednie odwołania do *SE2020* zachowują z nią wysoki stopień spójności.

Ocena systemu wdrażania IX OP PO IiŚ jest zdecydowanie pozytywna. Opinia ta dotyczy zarówno relacji wewnętrznych pomiędzy IZ a IP, które wysoko oceniły jakość wzajemnej kooperacji, jak również stosunków instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ z wnioskodawcami i beneficjentami. W odniesieniu do planowania i realizacji projektów, wszystkie zainteresowane strony - Ministerstwo Zdrowia, wnioskodawcy i beneficjenci - generalnie wskazywali na zaangażowanie pracowników IP w nich zadania, gotowość do współpracy i dialogu z wnioskodawcą/beneficjentem. **Podkreślano jednak, iż opiekunowie projektów - zajmując się ok. 30 umowami, a dodatkowo pełniąc funkcje członków KOP i realizując bieżące zadania w MZ - są przeciążeni i niekiedy nie nadążają z realizacją zadań.** W takich sytuacjach beneficjenci wyrażają zrozumiałe niezadowolenie z opóźnień w obsłudze wniosków o płatność, choć zwraca uwagę, iż na ogół oddzielają je od negatywnej oceny osoby samego opiekuna (tzn. dostrzegają problem w sytuacji, a nie osobie pracownika MZ).

Rekomendacje sformułowane w ramach badania koncentrowały się wokół kilku zagadnień. Po pierwsze, wskazywano na konieczność namysłu nad ewentualnymi przyszłymi naborami z uwagi na zasadność przekazania IX OP PO IiŚ dodatkowych środków na skutek realokacji rezerwy wykonania. Refleksja ta powinna dotyczyć zarówno ewentualnego strategicznego ukierunkowania projektów (np. silniejszego powiązania ich z celami *SE2020*), jak również zapewnienia odpowiedniego potencjału kadrowego w IP do ich obsługi.

Po drugie, podkreślono konieczność kontynuowania działań informacyjno-promocyjnych, w tym szkoleniowych. Argumentowano, iż na tym etapie wdrażania ich uzasadnienie wynika w mniejszym stopniu z troski o skuteczność wdrażania, a w większym - z dążenia do efektywności i wyeliminowania „jałowych kosztów", stanowiących pokłosie deficytów wiedzy.

Po trzecie, sformułowano również kilka zaleceń niemożliwych do wdrożenia obecnie, aczkolwiek wartych rozważenia w perspektywie 2020+. Zaakcentowano m.in. potrzebę łączenia wsparcia infrastrukturalnego ze wsparciem miękkim (wykraczającym poza prosty instruktaż obsługi), które ukierunkowane będzie na wzmocnienie wykorzystania nowoczesnej aparatury medycznej itd. Zauważono także, iż wskaźniki w ramach IX Osi Priorytetowej Programu - choć spójnie monitorowane i zasadniczo poprawne - mogłyby jednak zostać zmodyfikowane w sposób, który jeszcze silniej powiązałby je z wdrażaną interwencją oraz ściślej odnosił je do jej efektów.

Aktualizacja badania w oparciu o dane datowane na 31.12.2018 r. wykazała, iż osiągnięte wartości wskaźników na koniec 2018 r. są zadowalające: przekroczono wszystkie ustanowione cele pośrednie. Zrealizowane w oparciu o świeższe dane, **przewidywane prognozy realizacji wskaźników na koniec 2023 r. (przy zachowaniu dotychczasowego ukierunkowania interwencji), pozwalają przypuszczać, że zdecydowana większość**

wskaźników przekroczy zakładane wartości (ogółem, ale i w przekrojach na działania/typy regionu). Jedyne zagrożone nieosiągnięciem docelowej wartości wskaźniki to *Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców* (region słabiej rozwinięty) oraz *Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców* i *Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców* (region lepiej rozwinięty). Konieczne jest zweryfikowanie, czy nie przewiduje się jakichś szczególnych interwencji realizujących te wskaźniki (np. konkurs dla wybranej grupy wnioskodawców), a jeśli prawdopodobny kształt interwencji będzie kontynuacją działań wdrażanych do 2018 r., wówczas zalecane jest zmniejszenie wartości docelowej wskaźnika. W przypadku wskaźnika *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem* wprawdzie zaleca się urealnienie docelowej wartości wskaźnika, aczkolwiek poniżej jego prognozy wynikającej z powyższych obliczeń statystycznych (sugerowany poziom wynikający z UoD i potencjału projektów zidentyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego).

Executive summary

This evaluation report contains the findings of the evaluation study entitled *Evaluation of the progress in the implementation of Priority Axis IX of the Operational Programme Infrastructure and Environment 2014-2020* implemented from July to November 2018 by Ecorys Polska Sp. Z o. o. o. commissioned by the Ministry of Health, acting as the Intermediate Body for Priority Axis IX of the Operational Programme Infrastructure and Environment (PA IX of OP I&E). The aim of the project was to assess the mid-term progress in the implementation of specific objectives set for PA IX of OP I&E 2014-2020, taking into account framework commitments, as well as to assess the contribution of PA IX of the Programme to the implementation of the EU *Strategy for smart, sustainable and inclusive growth* (Europe 2020 Strategy). The study was conducted in two stages: the first one lasted from July to November 2018 and covered the whole field research and preliminary index analyses on data as of 11 July 2018. The second stage, implemented from January to February 2019, was focused only on the verification of index calculations based on updated data from the SL2014 system as of December 31, 2019. The present report contains findings from both of these stages, of which the updating content shall have been presented mainly in the fourth chapter.

The study, taking into account the methodological postulate of triangulation, was conducted using a number of quantitative and qualitative research methods and techniques, including desk research, individual in-depth interviews, focused group interviews, computer-aided telephone interview, case studies, Customer Journey Map, an expert workshop and a panel of experts.

The study showed that progress in the implementation of PA IX of OP I&E is at a satisfactory level. It is worth noting that the mobilisation of funds from this axis was preceded by a series of measures which meant that intervention in the area of health was actually launched with a relative delay in relation to other sectors. This was a consequence of, among other things, the need to develop the document entitled *National Strategic Framework. Policy Paper for health protection for the years 2014-2020* and preparation of maps of health needs. Meanwhile, monitoring data from the SL2014 system as of 11 July 2018 indicated that **all performance framework indicators for a given axis - with the exception of the financial indicator for a more developed region - have been achieved, and the forecast for the end of 2018 allows to assume with a large margin of error that all of them will significantly exceed the assumed intermediate value. Moreover, there is no risk that the target indicators for the 2023 performance/output framework will not be achieved**; in this case, there is rather a risk that they will be significantly exceeded, potentially resulting in the need to explain to the European Commission the erroneous forecasting assumptions made at the programming stage (underestimation of indicators). **Finally, as far as the strategic result indicators are concerned, the forecasts made by the evaluator indicate a high probability that the scenario planned by**

the MA and IB will come true. However, it should be stressed that - unlike in the case of programme indicators - strategic result indicators are social indicators determined only to a small extent by the intervention of the I&E OP; therefore, possible future deviations from forecasts do not have to imply errors in the implementation process or be considered as an argument for the lack of effectiveness of intervention within its framework.

Both beneficiaries and unsuccessful applicants evaluated the preparation and organisation of the call for applications positively. The extent of the information required was seen as significant, but not as a barrier to apply. As in previous studies - both concerning health and the European Funds - **attention was drawn to the complicated, hermetic language of applications**. It is worth noting, however, that it is quite common for applicants to cooperate with consulting companies, which are well acquainted with the terminology of the industry. Using their services, however, draws attention to another problem. **Already at the stage of project implementation, many beneficiaries turn out to have insufficient knowledge in the field of eligibility of expenditure, preparation of payment applications, etc.** The training provided by IPs is, of course, valuable, but it must be continued in order for them to fulfil their role properly. The representatives of the Ministry of Health pointed out that learning through experience does not always take place in the beneficiaries' organisations, sometimes they observe the fear of asking questions as if it was something "diminishing for the beneficiary". **Continuing training activities would therefore benefit both the beneficiaries and the Ministry of Health**, which would ultimately cooperate with more informed representatives of the beneficiaries, who need less explanation and who make fewer mistakes.

Referring to the coherence of the intervention within PA IX of OP I&E with strategic documents, it should be pointed out that already at the operational level it is forced by the system of project selection criteria adopted for the analysed measures. In accordance with the requirements of the law, it must comply with the provisions of the *National Strategic Framework. Policy Paper for health protection for 2014-2020*, as well as the recommendations of the *Steering Committee for coordination of ESIF intervention in healthcare* for project selection criteria (including those subsidized under PA IX of OP I&E 2014-2020). **The compliance of the projects with maps of health needs and Voivodship Action Plans of the Medical Rescue System is obligatorily examined as a condition of the possibility of receiving support.** The above can also be treated as a premise for generating added value in projects. Partially enforced by the European Union, the coordination of projects results in their networking and cohesion and increasing comprehensiveness of the entire support system. **Particular emphasis should be placed on the impact of projects implemented under PA IX of OP I&E 2014-2020 on the achievement of the objectives of the *Europe 2020 Strategy (SE2020)*.** Although it is difficult to measure, it can be concluded that the analysed intervention undoubtedly contributes (directly or indirectly) to the achievement of the objectives set out in *SE2020*, as well as to the goals indicated in other national strategic documents (e.g. the Partnership Agreement for Poland

2014-2020, Strategy for Responsible Development) which, through direct references to the *Europe 2020 Strategy*, maintain a high degree of coherence with it.

The assessment of the implementation system of PA IX of OP I&E is definitely positive. This opinion concerns both the internal relations between MA and IB, which evaluated the quality of mutual cooperation well, as well as the relations between the institutions of the implementation system of PA IX of OP I&E and applicants and beneficiaries. With regard to project planning and implementation, all stakeholders - the Ministry of Health, applicants and beneficiaries - generally indicated the involvement of IP staff in their tasks, readiness to cooperate and conduct dialogue with the applicant/beneficiary. **It was stressed, however, that project supervisors - who deal with about 30 contracts, and additionally perform the functions of members of the Project Assessment Committee and carry out current tasks in the Ministry of Health - are overburdened and sometimes do not keep up with the implementation of tasks.** In such situations, beneficiaries express understandable dissatisfaction with the delays in processing payment applications, although they generally separate this from a negative assessment of the supervisor himself (i.e. they see the problem in the situation and not the employee of the Ministry of Health).

The recommendations formulated in the study focused on a number of issues. First of all, it was pointed out that it was necessary to reflect on possible future recruitments due to the legitimacy of transferring additional funds to PA IX of OP I&E as a result of reallocation of the performance reserve. This reflection should address both the possible strategic focus of the projects (e.g. linking them more strongly to the *SE2020* objectives) and the provision of adequate human resources in IPs to handle them.

Secondly, the necessity of continuing information and promotion activities, including training activities, was emphasized. It was argued that at this stage of implementation their justification results to a lesser extent from the concern about the effectiveness of implementation, and to a larger extent from the pursuit of efficiency and elimination of “sterile costs”, which are the result of insufficient knowledge.

Thirdly, there are also a number of recommendations that are currently impossible to implement, although worthy of consideration in the 2020+ perspective. Emphasis was placed on the need to combine infrastructural support with soft support (going beyond simple instructions for use), which will be aimed at strengthening the use of modern medical equipment, etc. It was also noted that indicators under Priority Axis IX of the Programme - although consistently monitored and generally correct - could be modified in a way that would link them even more strongly with the implemented intervention and relate them more closely to its effects.

The update of the study based on data dated 31/12/2018 has shown that the achieved indicator values at the end of 2018 shall have been satisfactory: all intermediate targets were exceeded. The forecasts of the implementation of the indicators at the end of 2023, based on

more recent data (while maintaining the current targeting of interventions) suggest that **the vast majority of indicators shall have exceeded the assumed values** (overall, but also in cross-sections for region types/measures). The only indicators threatened by the failure to achieve the target value are the Number of renovated airfields or helipads (less developed region) and The Number of built up airfields or helipads and The Number of renovated airfields or helipads (more developed region). It is necessary to verify whether any specific interventions aiming to implement these indicators are anticipated (e.g. competition for a selected group of applicants), and if the likely shape of intervention is a continuation of measures implemented by 2018, then it shall have been recommended to reduce the indicator's target value. In the case of The number of patients treated in the supported entities indicator, it shall have been recommended to adjust the target value of the indicator, albeit below its forecast resulting from the above statistical calculations (suggested level resulting from the CfC and the potential of the projects identified under the non-competitive mode).

Spis treści

Wykaz skrótów 2
Streszczenie 3
Executive summary 7
Spis treści 11
1. Wprowadzenie 13
1.1. Przedmiot badania 14
1.2. Cel badania 15
1.3. Pytania badawcze 17
2. Opis metodologii 20
3. Wyniki badania 23
3.1. Kontekst wdrażania IX OP PO IiŚ, w tym jej struktura logiczna 24
3.2. Osiągnięte efekty IX OP PO IiŚ oraz ich uwarunkowania 33
3.2.1. Postęp rzeczowy i finansowy w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 33
3.2.2. W poszukiwaniu przyczyn porażki w aplikowaniu 39
3.2.3. W poszukiwaniu przyczyn sukcesu w realizacji projektów 46
3.3. Prognozowane efekty IX OP PO IiŚ oraz ich uwarunkowania 49
3.4. Wkład IX OP PO IiŚ 2014-2020 w realizację celów Strategii Europa 2020 77
3.5. System zarządzania 90
3.5.1. System wdrażania 90
3.5.2. System monitoringu IX OP PO IiŚ 93
4. Aktualizacja wyników badania według stanu na 31 grudnia 2018 r. 103
4.1. Osiągnięte efekty IX OP PO IiŚ 2014-2020 103
4.2. Prognozowane efekty IX OP PO IiŚ 2014-2020 111
5. Wnioski i rekomendacje 121
Załącznik 1. Spisy schematów, tabel i wykresów oraz źródeł 125
Spis schematów 125
Spis tabel 125
Spis wykresów 126
Spis źródeł 126

Integralną częścią raportu są następujące załączniki, które zostały sporządzone w oddzielnych plikach:

- Załącznik 2. Studia przypadków wybranych projektów,
- Załącznik 3. Narzędzia badawcze,
- Załącznik 4. Jakościowe bazy danych z badania,
- Załącznik 5. Ilościowe bazy danych z badania.

1. Wprowadzenie

1.1. Przedmiot badania

Ewaluacja mid-term jest wykonywana mniej więcej w połowie trwania okresu programowania i łączy **elementy oceny procesowej (on-going) z badaniem wpływu (ex-post).** Jej głównym zadaniem jest **ocena stopnia osiągnięcia celów wynikających z realizacji założeń IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko** (IX OP PO IiŚ 2014-2020). Zweryfikowanie występowania zakładanych efektów interwencji dostarczyć ma wiedzy o tempie osiągania celów danej osi priorytetowej (OP), a więc również o skuteczności wdrażanego wsparcia. Wiedza pochodząca z niniejszej ewaluacji powinna umożliwić wypracowanie zaleceń w zakresie niezbędnych dostosowań służących lepszemu osiąganiu ostatecznych, planowanych efektów oferowanego wsparcia, zaś zgromadzone w jej toku dowody dadzą podstawę do ich wdrożenia. Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie ewaluacji polityki spójności na lata 2014-2020* ewaluacja mid-term służyć ma ocenie postępu rzeczowego i finansowego w ramach programu operacyjnego (w tym wypadku dotyczy to IX OP PO IiŚ, która jest przedmiotem ewaluacji) oraz dostarczy wniosków stanowiących podstawę do sformułowania rekomendacji w zakresie realokacji dostępnych środków.

Według danych otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia (MZ) pełniącego funkcję Instytucji Pośredniczącej IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (IP IX OP PO IiŚ) **na dzień 11 lipca 2018 r. podpisanych było 281 umów z beneficjentami. Łączna wartość dofinansowania w ramach wszystkich podpisanych umów wynosiła 1 850 154 736 zł, z czego dla Działania 9.1 było to 726 993 327,2 zł, zaś dla Działania 9.2 - 1 123 161 409 zł.**

Tabela 2. Informacje dotyczące umów w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 według stanu na 11 lipca 2018 r.

Działanie	Beneficjenci ogółem	Beneficjenci - tryb konkursowy	Beneficjenci - tryb pozakonkursowy
Działanie 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego	187	142	45
Działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych	94	76	18

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018)

Dodatkowo, poza projektami w trakcie realizacji, na dzień przekazywania danych 11 wniosków było w trakcie oceny formalnej (5 w ramach Działania 9.1 i 6 w ramach Działania 9.2), zaś 8 w trakcie oceny merytorycznej (2 w ramach Działania 9.1 i 6 w ramach Działania 9.2). Ogółem, spośród wniosków w ocenie, 9 było składanych w trybie konkursowym, zaś 10 - pozakonkursowym. Do 11 lipca 2018 r. ogółem negatywnie oceniono 102 złożone wnioski.

Wreszcie, warto wskazać, o jakich środkach finansowych na ochronę zdrowia jest mowa w przypadku IX OP PO IiŚ. **Alokacja na IX OP PO IiŚ, wynosi 440 178 525 EUR oraz dodatkowo 6% rezerwy wykonania (tj. 28 096 502 EUR). Finansowanie ogółem (wraz z rezerwą wykonania), uwzględniające również wkład krajowy, to 610 466 823 EUR.** Na Działanie 9.1 przewidziana została alokacja w wysokości 203 639 372 EUR (w tym 187 205 491 EUR dla regionów słabiej rozwiniętych i 16 433 881 EUR dla regionu lepiej rozwiniętego), zaś dla Działania 9.2 wynosi ona 264 635 655 EUR (213 389 758 EUR dla regionów słabiej rozwiniętych i 51 245 897 EUR dla regionu lepiej rozwiniętego).

1.2. Cel badania

Główny cel badania:

Przeprowadzenie oceny mid-term postępów w realizacji celów szczegółowych określonych dla IX OP PO IiŚ 2014-2020, ze szczególnym uwzględnieniem zobowiązań w zakresie ram wykonania oraz dokonanie oceny wkładu IX OP Programu w realizację unijnej strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu (Strategii Europa 2020).

Realizacji celu głównego będą służyć następujące cele szczegółowe:

A. **ocena postępów wdrażania IX OP PO IiŚ 2014-2020** na drodze do osiągnięcia celów sformułowanych w PO IiŚ 2014-2020 dla Priorytetu Inwestycyjnego 9a[1], z uwzględnieniem aktualnego stanu realizacji wszystkich wskaźników określonych

[1] 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.

w PO IiŚ 2014-2020 i Szczegółowym opisie osi priorytetowych (SzOOP) dla PO IiŚ 2014-2020, w tym:

- identyfikacja i interpretacja na potrzeby oceny śródokresowej (*mid-term*) aktualnego stanu realizacji celów szczegółowych określonych w Programie, w tym:
  - ➔ stanu realizacji wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego i wskaźników typu *output* określonych w Programie i SzOOP[2] dla PI 9a na 2023 rok;
  - ➔ zmian społeczno - gospodarczych zaprogramowanych w PI 9a (obrazowanych np. poprzez inne mierniki aniżeli wskaźniki określone w PO IiŚ);
- ocena stanu realizacji celów pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania (wskaźnika finansowego *Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych* oraz właściwych kluczowych etapów wdrożeniowych / wskaźnika produktu) określonych w Programie dla IX OP na 2018 i 2023 rok,
- ocena przewidywanego na koniec 2018 oraz 2023 roku stanu realizacji celów szczegółowych i postępów we wdrażaniu IX OP PO IiŚ, w tym w szczególności określenie potencjału projektów w zakresie wszystkich wskaźników określonych w Programie dla MZ na rok 2018 oraz 2023 i ich wpływu na realizację zobowiązań wskaźnikowych Programu;
- ocena ewentualnego wpływu zakończenia procesu opuszczania przez Wielką Brytanię struktur Unii Europejskiej i skrócenia perspektywy finansowej oraz ewentualnego zmniejszenia wpłat do wspólnego budżetu UE na prognozowany stan realizacji ww. celów i postępów we wdrażaniu;
- ocena spójności sposobu monitorowania wskaźników typu *output* na poziomie IX OP, gromadzonych w SL2014 i raportowanych do Komisji Europejskiej w ramach rocznych sprawozdań z postępów wdrażania PO IiŚ 2014-2020;

B. **określenie wkładu IX OP PO IiŚ 2014-2020 w realizację *Strategii Europa 2020***, w tym opisania mechanizmów i określenia skali wkładu środków finansowych IX OP PO IiŚ 2014-2020 w realizację *Strategii Europa 2020* z uwzględnieniem krajowych priorytetów rozwojowych sformułowanych w odpowiednich dokumentach strategicznych;

[2] SzOOP PO IiŚ obejmuje wyłącznie wskaźniki typu output. Są one tożsame ze wskaźnikami typu output zawartymi w Programie. Dodatkowo, w przypadku części osi, SzOOP zawiera wskaźniki dodatkowe, nieuwzględnione w zapisach Programu, właściwe dla poziomu Działania lub Poddziałania.

C. **identyfikacja potencjału absorpcyjnego i gotowości wdrożeniowej systemu PO IiŚ 2014-2020 w obszarze wspieranym w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a[3] w IX OP do przyjęcia ewentualnych dodatkowych środków finansowych** uwolnionych z innych osi priorytetowych w wyniku przeglądu ram wykonania, jakiego Komisja Europejska dokona w 2019 r. na podstawie wyników przedstawionych *w Rocznym sprawozdaniu z wdrażania PO IiŚ 2014-2020 za rok 2018*.

1.3. Pytania badawcze

W ramach badania udzielono odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Tabela 3. Indeks pytań badawczych w badaniu wraz ze wskazaniem rozdziałów zawierających odpowiedzi

Pytanie badawcze	Podrozdział w raporcie
W zakresie celu szczegółowego A:	
1. W jaki sposób projekty wspierane w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczyniają się do realizacji celów szczegółowych i rezultatów, jakie Państwo Członkowskie zaplanowało osiągnąć przy wsparciu Unii, określonych w Programie dla priorytetu inwestycyjnego 9a, w ramach którego są wdrażane?	3.1
2. Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a?	3.2
3. Jakie jest aktualne wykonanie wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego, określonych w Programie dla PI 9a na rok 2023?	3.2
4. Czy wartość środków finansowych przeznaczonych na poszczególne kategorie interwencji jest wystarczająca do realizacji wszystkich zobowiązań wskaźnikowych PO IiŚ 2014-2020?	3.3
5. Czy identyfikuje się jakiekolwiek ryzyka dla wykonania prognozowanych na podstawie zawartych umów o dofinansowanie wartości wskaźników programowych (np. realizacja wskaźników przez ograniczoną liczbę projektów)?	3.3
6. Jaki wpływ na aktualne i przewidywane wykonanie celów pośrednich i końcowych oraz wartości docelowych wszystkich określonych w programie wskaźników ma oferowana forma wsparcia?	3.2, 3.3
7. Jakie potencjalne zagrożenia dla skuteczności wdrażania IX OP można zidentyfikować w związku z BREXIT-em i ryzykiem skrócenia perspektywy finansowej (w szczególności w odniesieniu do zobowiązań wskaźnikowych PO IiŚ 2014-2020 oraz zobowiązań	3.3

[3] Jw.

wynikających z zawartych umów o dofinansowanie projektów)? Jakie działania zaleca się instytucjom PO IiŚ, celem ograniczenia potencjalnych ryzyk w tym zakresie?	
8. Czy wskaźniki ram wykonania oraz pozostałe wskaźniki typu output monitorowane są w sposób spójny, tj. zgodny z dostępnymi definicjami?	3.5.2
9. Czy wdrażane w ramach IX OP PO IiŚ projekty wskaźnikowane takimi samymi wskaźnikami monitorowane są według jednolitej metodyki?	3.5.2
10. Czy prowadzony monitoring wskaźników w projektach nie wykazuje nieuzasadnionych różnic w zakresie pozyskiwania lub interpretacji danych wskaźnikowych?	3.5.2
11. Czy ewentualne zidentyfikowane różnice prowadzą do potrzeby weryfikacji informacji wskaźnikowej w projektach? Jeśli tak, to jakie to powinny być zmiany?	3.5.2
12. Czy istnieją potrzeby uzupełnienia lub modyfikacji dostępnych definicji poszczególnych wskaźników monitorowanych w projektach IX OP POIiŚ2014-2020? Jeśli tak, to w jakim zakresie i w jaki sposób należy uzupełnić lub zmodyfikować dostępne definicje?	3.5.2
13. Jakie wartości docelowe dla poszczególnych wskaźników rezultatu strategicznego, określonych w Programie dla PI 9a będą możliwe do osiągnięcia do końca 2023 roku?	3.3
14. Na jakich podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a?	3.3
15. Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację wartości docelowych dla określonych w Programie lub SzOOP wskaźników typu output?	3.2
16. Jakie jest aktualne wykonanie wartości docelowych wskaźników typu output określonych w programie na rok 2023?	3.2
17. Jakie wartości docelowe dla poszczególnych wskaźników typu output będą możliwe do osiągnięcia do końca 2023 roku?	3.3
18. Na jakich podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników typu output?	3.3
19. Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację celów pośrednich i końcowych dla wskaźników ram wykonania?	3.2
20. Jakie jest aktualne wykonanie celów pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania określonych w programie na rok 2018 i 2023?	3.2
21. Jakie są przyczyny odmiennego od założonego postępu realizacji celów pośrednich, w tym w szczególności, czy przyczyny te kwalifikują się do przypadków, w których,	3.2

zgodnie z regulacjami unijnymi, możliwe jest zaproponowanie korekty celów pośrednich i końcowych, tj.: czy odmienny od założonego postęp realizacji celów pośrednich jest wynikiem istotnej zmiany uwarunkowań gospodarczych, środowiskowych i na rynku pracy? Czy dotychczasowe oszacowanie oparte było na błędnych założeniach prowadzących do zaniżonego lub zawyżonego oszacowania celów pośrednich i końcowych?	
22. Jakie wartości pośrednie i końcowe dla poszczególnych wskaźników ram wykonania będą możliwe do osiągnięcia do końca 2018 roku i do końca 2023 roku? (w szczególności na podstawie potencjału projektów, jakie złożyły wnioski o dofinansowanie w ramach przeprowadzonych naborów / potencjału projektów identyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego)	3.3
23. Na jakich, zgodnych z zapisami Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020, podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania?	3.3
24. W jaki sposób projekty wspierane w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczyniają się do realizacji priorytetów rozwojowych określonych w unijnych i krajowych dokumentach strategicznych (Strategia Europa 2020, CSR dla Polski, UP, PP, SOR)?	3.1
W zakresie celu szczegółowego B:	
25. Jaka jest skala nakładów IX OP i osiąganych dzięki nim rezultatów na rzecz realizacji priorytetów rozwojowych Unii określonych w Strategii Europa 2020 oraz dotyczących PO IiŚ 2014-2020 zapisów dostępnych dokumentów stanowiących jej kontynuację?	3.4
26. Które z rezultatów IX OP PO IiŚ 2014-2020 stanowią najlepsze przykłady ilustrujące wkład w realizację priorytetów rozwojowych sformułowanych w szczególności w unijnej strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu?	3.4
27. Jaka jest wartość dodana uzyskiwana przez Polskę i Unię Europejską dzięki wdrażaniu interwencji podejmowanej w ramach IX OP PO IiŚ?	3.4
W zakresie celu szczegółowego C:	
28. W obrębie jakich typów projektów możliwych do wdrażania w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 identyfikuje się niewystarczającą ilość dostępnych środków finansowych?	3.3
29. Czy potencjalne projekty, które, w przypadku przyznania IX OP dodatkowej alokacji, mogłyby uzyskać wsparcie PO IiŚ 2014-2020, są wystarczająco dobrze przygotowane do wdrażania?	3.3
30. Czy instytucje zaangażowane we wdrażanie interwencji w IX OP PO IiŚ 2014-2020 są gotowe do podjęcia dodatkowych obowiązków wynikających z ewentualnego przyznania osi dodatkowych środków finansowych?	3.5.1

Źródło: opracowanie własne na podstawie SOPZ.

2. Opis metodologii

W badaniu uwzględnione zostały trzy różne perspektywy oceny uchwycone poprzez zaproszenie do udziału w badaniu pięciu kategorii respondentów (jak na schemacie 1 poniżej).

Schemat 1. Perspektywy oceny uwzględnione w badaniu, istotne z punktu widzenia logiki badania.

Perspektywa systemowa

- **Perspektywa przedstawicieli IZ, IP IX OP POIiŚ** odpowiedzialnych za wdrażanie i zarządzanie Programem (IX OP).
- **Perspektywa opiekunów projektów.**

Perspektywa ekspercka

- **Perspektywa specjalistów (ekspertów dziedzinowych)** zajmujących się problematyką ochrony zdrowia/zdrowia publiczego.

Perspektywa popytowa

- **Perspektywa beneficjentów i wnioskodawców nieskutecznych.**

Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzenie badania wymagało zastosowania zróżnicowanego wachlarza technik badawczych o charakterze ilościowym i jakościowym ze znaczącą rolą: *desk research* [badań gabinetowych uwzględniających różnorodne dokumenty programowe, ekspertyzy, analizy, publikacje], przeprowadzonych w regionie badań ilościowych (wspomaganych komputerowo wywiadów telefonicznych), jak również badań jakościowych (wywiadów pogłębionych indywidulanych i grupowych, Customer Journey Map), monograficznych (studia przypadków) i heurystycznych (panel ekspercki).

W badaniu zastosowane zostały następujące **metody i techniki badawcze służące gromadzeniu danych** (schemat 2)**.**

Schemat 2. Metody i techniki gromadzenia danych zastosowane w badaniu.

METODY I TECHNIKI BADAŃ JAKOŚCIOWYCH	• badania gabinetowe (**desk research**) • technika indywidualnego wywiadu pogłębionego bezpośredniego (Individual in Depth Interview/**IDI**) • technika zogniskowanego wywiadu grupowego (Focus Group Interview/**FGI**) • technika Customer Journey Map
METODY ILOŚCIOWE	• wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (Computer-assisted telephone interview/**CATI)**
METODY MONOGRAFICZNE	• studium przypadku (**case study**)
METODY HEURYSTYCZNE (PORÓWNAWCZE)	• **panel ekspertów -** wymagany przez Zamawiającego • **warsztat ekspercki** - dodatkowa metoda proponowana przez Wykonawcę, nie była wskazana w SOPZ ani ofercie

Źródło: Opracowanie własne

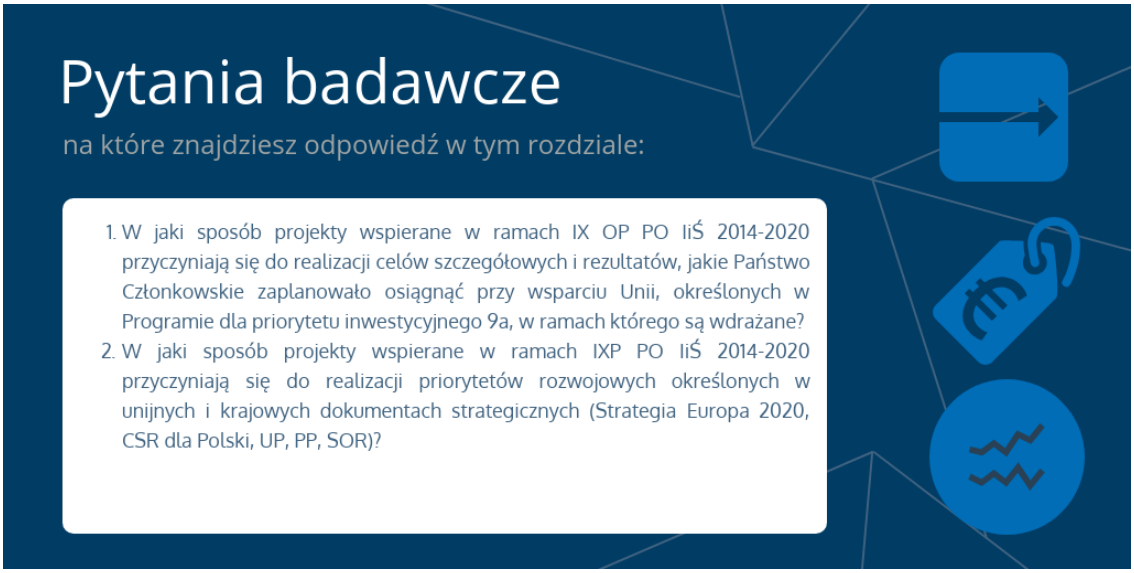
Tabela 4. Zastosowanie metod i technik badawczych w ewaluacji

Metoda/technika badawcza	Zakładana próba	Zrealizowana próba
Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)	Łącznie 5 IDI: - 3 z przedstawicielami IP IX OP PO IiŚ 2014-2020; - 2 z przedstawicielami IZ IX OP PO IiŚ 2014-2020.	Łącznie 5 IDI: - 3 z przedstawicielami IP IX OP PO IiŚ 2014-2020; - 2 z przedstawicielami IZ IX OP PO IiŚ 2014-2020.
Badania ankietowe realizowane techniką CATI	Minimum 150 ankiet według następującej struktury: - Wnioskodawcy nieskuteczni: 41; - Beneficjenci: 109.	170 ankiet według następującej struktury: - Wnioskodawcy nieskuteczni: 45; - Beneficjenci: 125.
Zogniskowane wywiady grupowe FGI	2 FGI według następującej struktury: - Beneficjenci i opiekunowie projektów w ramach Działania 9.1: 1; - Beneficjenci i opiekunowie projektów w ramach Działania 9.2: 1.	2 FGI według następującej struktury: - Beneficjenci i opiekunowie projektów w ramach Działania 9.1: 1; - Beneficjenci i opiekunowie projektów w ramach Działania 9.2: 1.
Studia przypadków	5	5
Customer Journey Map	5	5
Warsztat badawczy	1	1
Panel ekspercki	1	1

Źródło: Opracowanie własne

3. Wyniki badania

3.1. Kontekst wdrażania IX OP PO IiŚ, w tym jej struktura logiczna



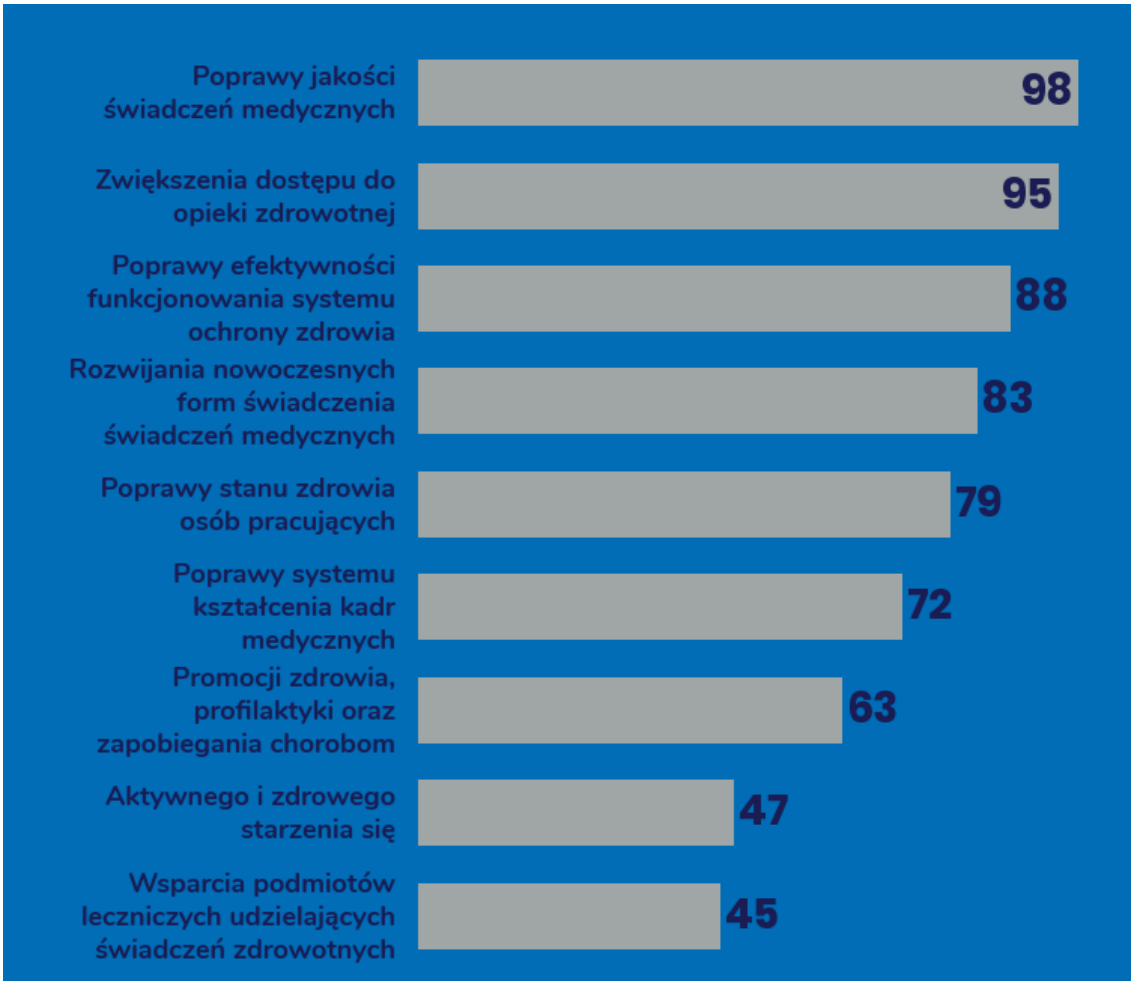
W jaki sposób projekty wspierane w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczyniają się do realizacji celów szczegółowych i rezultatów, jakie Państwo Członkowskie zaplanowało osiągnąć przy wsparciu Unii, określonych w Programie dla priorytetu inwestycyjnego 9a, w ramach którego są wdrażane?

Priorytet inwestycyjny 9a został sformułowany jako 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. Cele szczegółowe, jakie zostały wyznaczone dla tego priorytetu inwestycyjnego to **zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej.** Założono, że rezultatem interwencji będzie **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.**

Wyniki badania ilościowego CATI potwierdziły wysoki stopień dopasowania założeń Programu do zakładanych celów szczegółowych oraz rezultatów interwencji. Badanie przeprowadzone wśród beneficjentów pokazało, że w ich opinii **realizacja projektu w największym stopniu przekłada się na poprawę jakości świadczeń medycznych (98% respondentów wskazujących na taki rezultat, w tym 79% zdecydowanie o tym przekonanych) oraz zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej (95%, w tym 63% wskazujących na taki rezultat w sposób zdecydowany).**

Bardzo wysoki poziom wskazań na osiągnięcie pozytywnych rezultatów interwencji dotyczył także: poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (odpowiednio 88% i 42%), rozwijania nowoczesnych form świadczenia usług medycznych (83% i 49%) oraz poprawy stanu zdrowia osób pracujących (79% i 34%). W relatywnie najmniejszym – choć wciąż wysokim stopniu – uzyskiwane rezultaty interwencji przekładają się na wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych (45% i 15%) oraz aktywne i zdrowe starzenie się (47% i 15%).

Wykres 1. Ocena przez beneficjentów stopnia realizacji projektu w zakresie [wskazania „zdecydowanie tak" i „raczej tak"; w %]:



Źródło: wyniki badania CATI [n=125]

Wyniki uzyskane z badań ilościowych pozytywnie korespondują z opiniami uzyskanymi w rozmowach z przedstawicielami instytucji zaangażowanych we wdrażanie Programu, których

głos został przytoczony w poniższej - przykładowej, acz zgodnej z wypowiedziami innych pracowników IP i IZ IX OP PO IiŚ - wypowiedzi:

„[…] efekty są odczuwalne i chyba najbardziej przekładalne na jakość życia człowieka, społeczeństwa, obywatela. I to nas cieszy, że jakby tych środków było więcej, też można byłoby więcej projektów zrealizować. Może one byłyby jeszcze bardziej osiągalne i zmniejszały nierówności w dostępnie do służby zdrowia. Ale jak widzimy, np. ratownictwo medyczne w skutek wsparcia z UE jest jednym […] z najsprawniej działających segmentów całego sytemu służby zdrowia w kraju."

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

W jaki sposób projekty wspierane w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczyniają się do realizacji priorytetów rozwojowych określonych w unijnych i krajowych dokumentach strategicznych (Strategia Europa 2020, CSR dla Polski, UP, PP, SOR)?

Projekty wspierane w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 w dużej mierze mają korzystny wpływ na realizację priorytetów rozwojowych sformułowanych na poziomie Unii Europejskiej i odzwierciedlonych w zapisach Strategii Europa 2020. Inne unijne i krajowe dokumenty o charakterze strategicznym, w tym *Country-Specific Recommendations* dla Polski, Umowa Partnerstwa, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju bezpośrednio nawiązują do Strategii 2020 i są z nią w wysokim stopniu spójne, co sprawia, że cele zawarte w tych dokumentach w sposób analogiczny jak to miało miejsce w przypadku Strategii Europa 2020 poddają się wpływowi interwencji realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ.

Tabela 5. Sposób powiązania priorytetów rozwojowych określonych w unijnych i krajowych dokumentach strategicznych z interwencją IX OP PO IiŚ 2014-2020 (mechanizmy, wkład)

Obszary interwencji IX OP PO IiŚ 2014-2020: **interwencja ukierunkowana na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu krajowym (ratownictwa medycznego oraz ponadregionalnych wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych) tworzących warunki dla zwiększenia dostępu do niej wszystkim mieszkańcom, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia**		
Nazwa dokumentu strategicznego (UE, krajowego)	**Priorytety rozwojowe zawarte w poszczególnych dokumentach strategicznych**	**Sposób powiązania priorytetów rozwojowych określonych w dokumentach strategicznych z interwencją IX OP PO IiŚ 2014-2020**
Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu (*Strategia Europa 2020*)	– rozwój inteligentny: rozwój gospodarki opartej na wiedzy i innowacji; – rozwój zrównoważony: wspieranie gospodarki efektywniej korzystającej z zasobów, bardziej przyjaznej środowisku i bardziej konkurencyjnej; – rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu: wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia, zapewniającej spójność społeczną i terytorialną Wymierne cele: – wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20-64 lat na poziomie 75%; – 3% PKB UE przeznaczane na inwestycje w badania i rozwój; – obniżenie emisji gazów cieplarnianych o 20% w porównaniu z rokiem 1990, 20% energii powinno pochodzić ze źródeł odnawialnych, wzrost efektywności energetycznej o 20%; – liczba osób przedwcześnie kończących naukę szkolną ograniczona do 10%, a co najmniej 40% osób z młodego pokolenia posiada wyższe wykształcenie; – liczba osób zagrożonych ubóstwem zmniejszona o 20 mln.	Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia (z zakresu ratownictwa medycznego oraz usług wysokospecjalistycznych) zapewnią poprawę dostępu do usług medycznych, tym samym w sposób pośredni sprzyjając szeroko rozumianemu włączeniu społecznemu i chroniąc przed wykluczeniem społecznym. W efekcie prowadzonej interwencji ukierunkowanej na zmniejszanie nierówności w zakresie zdrowia można oczekiwać poprawy jakości życia ludności, co stanowi istotny komponent koncepcji rozwoju zrównoważonego, do której interwencja w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 wnosi znaczący wkład.

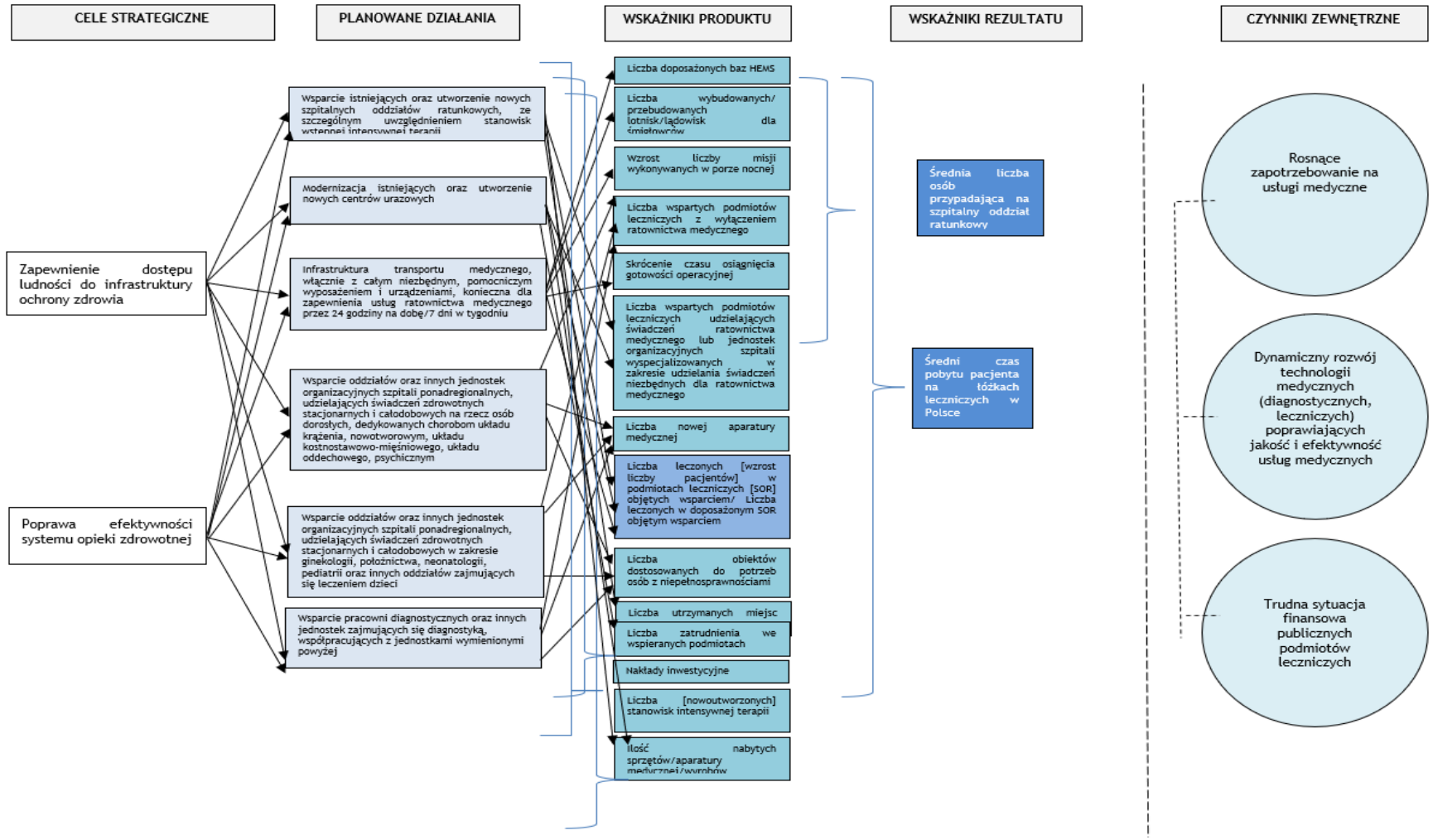
Council Recommendation on the 2018 National Reform Programme of Poland (Country Specific Recommendations for Poland)	– Podjęcie kroków w celu zwiększenia uczestnictwa w rynku pracy, w tym poprzez poprawę dostępu do opieki nad dziećmi oraz poprzez wspieranie odpowiednich umiejętności na rynku pracy, w szczególności poprzez kształcenie dorosłych, oraz usuwanie pozostałych przeszkód na drodze do bardziej stałych rodzajów zatrudnienia. Zapewnienie stabilności i adekwatności systemu emerytalnego poprzez podjęcie środków w celu podniesienia rzeczywistego wieku emerytalnego oraz reformę preferencyjnych systemów emerytalnych. – Wzmocnienie innowacyjnej zdolności gospodarki, w tym poprzez wspieranie ściślejszej współpracy między biznesem a instytucjami badawczymi. Poprawa otoczenia regulacyjnego, w szczególności poprzez zapewnienie skutecznych publicznych i społecznych konsultacji w procesie legislacyjnym.	Interwencja w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczynia się do realizacji obu priorytetów rozwojowych określonych w CSR dla Polski. Szybszy powrót do zdrowia pacjentów jako efekt skuteczniejszych i szybciej świadczonych usług medycznych zapewni krótszy czas pozostawania poza rynkiem pracy, a w części przypadków możliwość powrotu na rynek pracy. Lepsze wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny umożliwi prowadzenie bardziej zaawansowanych prac badawczo-rozwojowych, co będzie przekładać się w sposób bezpośredni na poprawę zdolności innowacyjnych gospodarki.
Programowanie perspektywy finansowej 2014 -2020 – Umowa Partnerstwa	– otoczenie sprzyjające przedsiębiorczości i innowacjom; – spójność społeczna i aktywność zawodowa; – infrastruktura sieciowa na rzecz wzrostu zatrudnienia; – środowisko i efektywne zarządzanie zasobami	Efekty interwencji powinny się zaznaczać we wszystkich czterech priorytetach rozwoju nakreślonych w Umowie Partnerstwa. Inwestycje infrastrukturalne poprawią nie tylko jej jakość przekładającą się na wyższą jakość świadczonych usług medycznych oraz możliwość prowadzenia proinnowacyjnych prac badawczo-rozwojowych, ale także lepsze wykorzystanie poprzez skoordynowane działania w zakresie jej wykorzystania (sieciowanie, efektywniejsza alokacja).
Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)	– trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną; – rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony; – skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu	Interwencja w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 dzięki skuteczniejszej i lepszej jakościowo (w tym szybszej) opiece medycznej będzie najsilniej odzwierciedlać się w obszarze spójności społecznej w odniesieniu do redukcji ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawie dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne. Stworzy ona także podstawy do wzrostu i poprawy wykorzystania potencjału kapitału ludzkiego na

		rynku pracy. Dodatkowo, dzięki lepszemu wyposażeniu placówek medycznych uzyskujących wsparcie można oczekiwać jej pozytywnych efektów w odniesieniu do zapewnienia wzrostu gospodarczego w oparciu o wiedzę.
Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020. Krajowe ramy strategiczne	Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce poprzez realizację następujących celów długoterminowych: – opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych; – dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi; – wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej; – zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).	Zapewnienie większej dostępności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności świadczenia usług zdrowotnych w sposób bezpośredni będą się przekładać na szanse osiągnięcia strategicznego celu wydłużenia życia w zdrowiu. Będzie to możliwe dzięki poprawie efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej, wsparciu badań naukowych i rozwoju technologicznego w ochronie zdrowia oraz wsparciu systemu kształcenia kadr medycznych, które wszystkie mieszczą się w zakresie interwencji w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020.

Źródło: opracowanie własne

Struktura logiczna interwencji zaplanowanej w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 (schemat poniżej) wskazuje na wysoki stopień dopasowania działań mieszczących się w zakresie interwencji do celów strategicznych, jakie mają zostać dzięki niej osiągnięte. Planowane działania w wysokim stopniu wspierają możliwość osiągnięcia założonych wskaźników produktu oraz wskaźników rezultatu.

Schemat 3. Logika interwencji w ramach IX OP POIiŚ 2014-2020



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Analiza przeprowadzona przy wykorzystaniu wszechstronnych metod badawczych wskazuje na wysoki stopień dopasowania założeń Programu do zakładanych celów szczegółowych oraz rezultatów interwencji. Realizacja projektów w największym stopniu przekłada się na poprawę jakości świadczeń medycznych, zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej oraz efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co jest zbieżne z przyjętymi dla Programu celami szczegółowymi. Interwencja została zaplanowana w sposób realistyczny uprawdopodabniający możliwość osiągnięcia założonych wskaźników produktu oraz rezultatu.

3.2. Osiągnięte efekty IX OP PO IiŚ oraz ich uwarunkowania

Pytania badawcze

na które znajdziesz odpowiedź w tym rozdziale:

1. Jakie jest aktualne wykonanie wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego, określonych w Programie dla PI 9a na rok 2023?
2. Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a?
3. Jakie jest aktualne wykonanie wartości docelowych wskaźników typu output określonych w programie na rok 2023?
4. Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację wartości docelowych dla określonych w Programie lub SzOOP wskaźników typu output?
5. Jakie jest aktualne wykonanie celów pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania określonych w programie na rok 2018 i 2023?
6. Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację celów pośrednich i końcowych dla wskaźników ram wykonania?
7. Jaki wpływ na aktualne i przewidywane wykonanie celów pośrednich i końcowych oraz wartości docelowych wszystkich określonych w programie wskaźników ma oferowana forma wsparcia?
8. Jakie są przyczyny odmiennego od założonego postępu realizacji celów pośrednich, w tym w szczególności, czy przyczyny te kwalifikują się do przypadków, w których, zgodnie z regulacjami unijnymi, możliwe jest zaproponowanie korekty celów pośrednich i końcowych, tj. jakie są przyczyny odmiennego od założonego postępu realizacji celów pośrednich, w tym w szczególności, czy przyczyny te kwalifikują się do przypadków, w których, zgodnie z regulacjami unijnymi, możliwe jest zaproponowanie korekty celów pośrednich i końcowych, tj.: czy odmienny od założonego postęp realizacji celów pośrednich jest wynikiem istotnej zmiany uwarunkowań gospodarczych, środowiskowych i na rynku pracy? Czy dotychczasowe oszacowanie oparte było na błędnych założeniach prowadzących do zaniżonego lub zawyżonego oszacowania celów pośrednich i końcowych?

3.2.1. Postęp rzeczowy i finansowy w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020

Jedną z głównych miar realizacji celów wyznaczonych w danym programie operacyjnym jest stopień realizacji zakładanych wartości pośrednich i docelowych wskaźników (strategicznych, ram wykonania i wskaźników typu output). Weryfikacja poziomu ich osiągnięcia pozwala na bieżąco **monitorować postęp rzeczowy i finansowy w realizacji Programu oraz przewidywać potencjalne trudności związane z wypełnieniem przyjętych zobowiązań wskaźnikowych i reagować na nie**. Podstawą monitoringu stopnia osiągnięcia założonych wartości pośrednich i docelowych są dane ze sprawozdań z realizacji projektów, generowane w systemie **SL2014,**

bądź też, jak to jest w przypadku wskaźników strategicznych, innych **danych statystycznych o charakterze społeczno-gospodarczym.**

Jakie jest aktualne wykonanie wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego, określonych w Programie dla PI 9a na rok 2023?

W ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020, której celem szczegółowym jest zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej, określone zostały wskaźniki rezultatu strategicznego, kwantyfikujące realizację przyjętego celu szczegółowego. Pierwszym wskaźnikiem strategicznym zdefiniowanym w ramach ewaluowanej osi jest *Średnia liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy w danym roku*, wyrażona w tysiącach osób na jeden oddział. Wartością bazową wskaźnika, zanotowaną w 2013 r. jest 177,4 tys. osób przypadających na SOR. Wartość docelowa wyznaczona dla roku 2023 jest o ponad 25 tys. osób na oddział mniejsza. Źródłem danych będących podstawą monitoringu zakładanych wartości wskaźnika jest Główny Urząd Statystyczny oraz dane własne Ministerstwa Zdrowia. **Według najnowszych danych na 2017 r. liczba osób przypadających na jeden szpitalny oddział ratunkowy (SOR) w Polsce wyniosła 170,1 tys. osób, a zatem wskaźnik został osiągnięty w 29%.**

Drugim wskaźnikiem rezultatu strategicznego wyznaczonym dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 jest *Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce*, wyrażonych liczbą dni. Przyjęta wartość bazowa dla roku 2012 wynosi 6,8 dnia. Źródłem danych pozwalających ocenić stopień osiągnięcia wskaźnika są statystyki prowadzone przez OECD. Wartość docelowa wyznaczona na 2023 r. wynosi 6,3 dnia. Zgodnie z najaktualniejszymi danymi dostępnymi na moment realizacji badania, **w 2016 r. średni czas pobytu pacjenta w szpitalu wyniósł 6,7 dnia, a zatem wartość wskaźnika zmniejszyła się w stosunku do roku bazowego i osiągnęła poziom 20% wartości docelowej.** Zestawienie ukazujące poziom osiągnięcia wskaźników strategicznych w oparciu o najbardziej aktualne dostępne dane przedstawia poniższa tabela. Prognozy osiągnięcia docelowych wartości wskaźników strategicznych na 2023 r. zostały zawarte w rozdziale 3.3.

Tabela 6.Stan osiągnięcia wskaźników rezultatów strategicznych IX OP PO IiŚ 2014-2020

Wskaźnik	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość bazowa	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	Źródło danych
Średnia liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy	tys./szt.	Słabiej/lepiej rozwinięty	177,4	152	170, 1	GUS (2017)

Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce	dni	Słabiej/lepiej rozwinięty	6,8	6,3	6,7	OECD (2016)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018) oraz danych GUS i OECD.

Jakie jest aktualne wykonanie wartości docelowych wskaźników typu output określonych w programie na rok 2023?

System monitoringu wdrażania PO IiŚ 2014-2020 obejmuje również wskaźniki typu output (produktu/rezultatu bezpośredniego). W przypadku IX OP są to trzy wskaźniki, których wartości docelowe wyznaczone zostały z zachowaniem podziału na kategorię regionu – regiony słabiej rozwinięte i region lepiej rozwinięty – Mazowsze. Stopień osiągnięcia docelowych wartości wskaźników został określony na postawie danych pochodzących z systemu SL2014 (zaraportowane osiągnięte wartości wskaźników). Osiągnięte wartości poszczególnych wskaźników zostały następnie porównane do wartości pośrednich na 2018 r. oraz wartości docelowych na 2023 r.

Wskaźnik *Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego*, realizowany jest w projektach w ramach Działania 9.2 *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych*. **W regionach słabiej rozwiniętych aktualny poziom osiągnięcia wskaźnika, którego wartość docelowa wynosi 31 podmiotów, jest zerowy – jak dotąd nie zaraportowano go jako wskaźnika osiągniętego. W przypadku regionu lepiej rozwiniętego, dla którego wartość docelowa wynosi 12, odnotowano osiągnięcie wskaźnika na poziomie 17% (2 wsparte podmioty lecznicze).**

Wskaźnik produktu *Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego* realizowany jest w ramach Działania 9.1 *Infrastruktura ratownictwa medycznego*. **Jak dotąd, wartość docelowa wskaźnika dla regionów słabiej rozwiniętych (79 podmiotów) została osiągnięta w 48% - zaraportowano 38 wspartych podmiotów leczniczych. W przypadku regionu lepiej rozwiniętego, aktualny poziom osiągnięcia wskaźnika, którego wartość docelowa wynosi 11, jest niższy i wynosi 36% (4 wsparte podmioty lecznicze).**

Wskaźnik rezultatu bezpośredniego, jakim jest *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem*, mierzony w danym roku, realizowany jest w projektach w ramach obu działań. **W regionach słabiej rozwiniętych poziom osiągnięcia wskaźnika, którego wartość docelowa określona została na poziomie 1 688 999 osób na rok, kształtuje się na poziomie 37% (aktualna zaraportowana wartość wskaźnika wynosi 628 533 osób na rok). W przypadku Mazowsza, osiągnięto 18% wartości docelowej (65 178 osób/ rok spośród docelowych**

371 877 osób/rok). Poziom osiągnięcia wszystkich wskaźników typu output w podziale na kategorię regionu prezentuje tabela poniżej.

Tabela 7. Stan osiągnięcia wskaźników typu output IX OP POIiŚ 2014-2020

Wskaźnik	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	Słabiej rozwinięte	31	0	0%
		Lepiej rozwinięte	12	2	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	79	38	48%
		Lepiej rozwinięte	11	4	36%
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	osoby/rok	Słabiej rozwinięte	1 688 999	628 533	37%
		Lepiej rozwinięte	371 877	65 178	18%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018).

Jakie jest aktualne wykonanie celów pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania określonych w programie na rok 2018 i 2023?

W przypadku wskaźników określonych jako ramy wykonania dla IX OP PO IiŚ 2014-2020, wyznaczone zostały również wartości pośrednie, które powinny być osiągnięte w 2018 r. Wskazane wartości pośrednie są niejako wyznacznikiem tego, na ile realizacja projektów przebiega zgodnie z założeniami i czy możliwe będzie uruchomienie dodatkowych środków z rezerwy wykonania. Oprócz wartości pośrednich wskaźników ram wykonania, wyznaczone zostały także wartości docelowe na 2023 r.

Wskaźnik finansowy *Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych* został określony osobno dla regionów słabiej i lepiej rozwiniętych. W celu wskazania obecnego stanu

osiągnięcia wskaźnika finansowego (stan na 11.07.2018 r.), wzięto pod uwagę wartość wydatków uznanych za kwalifikowalne, zgodnie z danymi wygenerowanymi z systemu SL2014. Osiągnięte wartości porównano z wartościami pośrednimi i docelowymi wskaźnika.

W przypadku regionów słabiej rozwiniętych, dla których wartość pośrednia na 2018 r. została określona na poziomie 85 533 876 EUR, wskaźnik jest obecnie osiągnięty w 118%, a zatem przewidywana wartość wskaźnika została już przekroczona. Co więcej, obecny poziom osiągnięcia wskaźnika stanowi 21% wyznaczonej wartości docelowej na 2023 r. W przypadku Mazowsza, wyznaczona wartość pośrednia wskaźnika w wysokości 17 019 534 EUR została osiągnięta w 87%, natomiast wartość docelowa na 2023 r. – w 18%.

Przy wyliczaniu obecnego stanu osiągnięcia pozostałych wskaźników ram wykonania, podobnie jak w przypadku wskaźników typu output, wykorzystano dane pochodzące z systemu SL2014 (stan na dzień 11.07.2018 r.), dotyczące zaraportowanych osiągniętych wartości wskaźników w realizowanych projektach. Wskaźnik produktu *Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego* na poziomie ram wykonania został określony jedynie dla regionów słabiej rozwiniętych. **Wartość pośrednia na rok 2018, wyznaczona na poziomie 16 wspartych podmiotów leczniczych została osiągnięta w 238%, a więc jest to wynik znacznie przekraczający wyznaczony pułap.** Co za tym idzie, wysoki jest także procent osiągnięcia docelowego wskaźnika na 2023 r. – obecnie sięga on niemal połowy wyznaczonej wartości.

Dla wskaźnika produktu *Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego*, wyznaczonego jedynie dla regionu lepiej rozwiniętego nie określono wartości pośredniej wskaźnika, niemniej jednak **zaraportowano już jego osiągnięcie na poziomie 2 wspartych podmiotów leczniczych. Liczba ta stanowi jednocześnie 17% wartości docelowej wskaźnika na 2023 r., wynoszącej 12 wspartych podmiotów.**

Kluczowy etap wdrażania (KEW) jest stosowany w sytuacji, gdy wartość celu pośredniego oszacowana dla wskaźnika produktu jest równa zeru lub gdy jest ona niewielka lub trudna do oszacowania. KEW jest bezpośrednio powiązany z jednym, konkretnym wskaźnikiem produktu, ale nie zastępuje go i jest dodatkowym elementem ram wykonania. Kluczowy etap wdrażania, który w przypadku IX OP PO IiŚ 2014-2020 odnosi się do *Liczby wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego według zawartych umów o dofinansowanie* ustalony został na poziomie 2 podmiotów do końca 2018 r. dla regionu lepiej rozwiniętego. **Jak wynika z zestawienia wskaźników dla projektów z podpisanymi umowami o dofinansowanie, zakładana wartość wskaźnika została osiągnięta w 600%.** Zestawienie prezentujące poziom osiągnięcia wartości pośrednich i docelowych wskaźników określonych jako ramy wykonania dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 zostało zawarte w poniższej tabeli.

Prognozy osiągnięcia wskaźników typu output oraz ram wykonania zaprezentowano w rozdziale 3.3. niniejszego raportu.

Tabela 8. Stan osiągnięcia ram wykonania wyznaczonych dla IX OP PO IiŚ 2014-2020

Typ wskaźnika	Nazwa skaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości pośredniej 2018	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
Wskaźnik finansowy	Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych	EUR	Słabiej rozwinięty	85 533 876	471 288 529	101 321 179	118%	21%
			Lepiej rozwinięty	17 019 534	84 599 723	14 840 5381	87%	18%
Wskaźnik produktu	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	szt.	Słabiej rozwinięty	16	79	38	238%	48%
Wskaźnik produktu	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	Lepiej rozwinięty	0	12	2	-	17%
Kluczowy etap wdrożeniowy	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego według zawartych umów o dofinansowanie	szt.	Lepiej rozwinięty	2	-	12	600%	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018).

3.2.2. W poszukiwaniu przyczyn porażki w aplikowaniu

Jednym z obszarów prowadzonego badania było rozpoznanie i odtworzenie działań podejmowanych przez podmioty uprawnione do aplikowania, które w sposób nieskuteczny ubiegały się o pozyskanie dofinansowania. Główną techniką badawczą zastosowaną w tym celu była wywodząca się z badań marketingowych, a w ostatnich latach przeszczepiona na grunt badań społecznych, Customer Journey Map. Polega ona na połączeniu tradycyjnych technik jakościowych (indywidualne wywiady pogłębione, diady/ triady) z obserwacjami zachowania respondenta w sytuacjach kluczowych dla oceny oferowanego mu wsparcia. Doskonale sprawdza się w diagnozowaniu barier leżących po stronie systemu wdrażania (np. związanych z zakresem wsparcia, procedurami konkursowymi, wymaganiami dotyczącymi procesu aplikacji), jak też barier niezależnych od systemu Programu, leżących po stronie samych wnioskodawców (np. związanych z niewłaściwą diagnozą potrzeb, błędnym oszacowaniem kosztów projektu, brakiem wystarczających zasobów, w tym zasobów kompetencyjnych po stronie podmiotu zgłaszającego projekt). W ramach badania przeprowadzonego przy zastosowaniu techniki Customer Journey Map identyfikowano wszelkie bariery na głównych etapach cyklu życia projektu, jak również ich siłę, gdzie jednym z istotnych elementów oceny były subiektywne odczucia wnioskodawców wyrażane przez nich w sposób emocjonalny i odnotowywane przez ewaluatora.

Na etapie przedaplikacyjnym nie stwierdzono żadnych utrudnień związanych chociażby z dostępnością informacji o prowadzonych naborach wniosków. Informacja w tym zakresie była łatwo dostępna i pozyskiwana w czasie, który umożliwiał przygotowanie wniosku aplikacyjnego. Warto wspomnieć, że ta informacja często trafiała do potencjalnych wnioskodawców za pośrednictwem firm konsultingowych, które w krótkim czasie po ogłoszeniu naboru wniosków przekazywały ją wraz z ofertą współpracy w procesie aplikowania. Współpraca z wyspecjalizowanymi firmami konsultingowymi na etapie aplikowania sprawiała, że główny ciężar związany z przygotowaniem wniosku projektowego o odpowiednio wysokiej jakości był przenoszony przez wnioskodawców na firmy konsultingowe. Badanie wskazało jednakże na pewne kwestie związane z kryteriami oceny projektów mogące tworzyć bariery w aplikowaniu oraz wątpliwości w samym procesie aplikowania, których wnioskodawcy nie byli w stanie rozstrzygnąć. Zostały one zebrane i zestawione w poniższej tabeli. Wskazano w niej także na rekomendowany przez zespół ewaluacyjny sposób zaadresowania kwestii tworzących bariery w oczach wnioskodawców.

Tabela 9. Bariery w procesie aplikowania związane z kryteriami oceny projektów oraz rekomendowane sposoby ich minimalizowania

Nazwa kryterium	Definicja kryterium	Rodzaj kryterium	Opis problemu	Rekomendacja zespołu ewaluacyjnego - do rozważania w perspektywie 2020+
Odległość od najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego	Odległość Szpitalnego Oddziału Ratunkowego mierzona po drogach publicznych do najbliżej położonego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (wg najkrótszej trasy dojazdu). W przypadku SOR zlokalizowanych w podmiotach leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń zdrowotnych dzieciom, należy wziąć pod uwagę odległość do najbliżej położonego SOR zlokalizowanego w podmiocie leczniczym zajmującym się udzielaniem wyłącznie świadczeń zdrowotnych dzieciom. W przypadku pozostałych SOR nie należy brać pod uwagę odległości od SOR zlokalizowanego w podmiocie leczniczym zajmującym się udzielaniem wyłącznie świadczeń zdrowotnych dzieciom.	premiujące	Wątpliwości budziło pojęcie „najkrótszej trasy dojazdu" do najbliżej położonego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Wnioskodawcy nie wiedzieli, jaki SOR przyjąć jako referencyjny – czy ten mniej oddalony, jednakże z dłuższą drogą dojazdu drogami publicznymi, czy ten bardziej oddalony z krótszym czasem dojazdu. Jednoznacznej informacji nie byli w stanie pozyskać w Instytucji Pośredniczącej, a zalecenie w niej uzyskiwane sprowadzało się do odpowiedniego uzasadnienia.	Wprowadzenie zapisu doprecyzowującego pojęcie „najkrótszej trasy dojazdu", gdzie jako referencyjny Szpitalny Oddział Ratunkowy należy traktować SOR o najkrótszym czasie dojazdu drogami publicznymi
Jakość	Posiadanie przez podmiot leczniczy akredytacji wydanej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej lub posiada	premiujące	W opinii wnioskodawców posiadanie przez podmiot leczniczy akredytacji wydanej na podstawie *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia* (lub znajdowanie się w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia	Rezygnacja z kryterium LUB zmniejszenie wagi kryterium z „2" do „1"

	certyfikat normy EN 15224 – Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością. Okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego przez podmiot leczniczy.		wizyty akredytacyjnej) generowało nieuzasadnione koszty dla małych podmiotów, tym samym preferując większe podmioty, które na takie wydatki mogły sobie pozwolić. Nawet jeśli podmiot posiadał taką akredytację wcześniej, to nie widział uzasadnienia dla utrzymywania jej ważności, bez żadnego uszczerbku dla jakości świadczonych usług.	
Kształcenie	Podmiot leczniczy uczestniczy w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym kadr systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (Lekarze systemu, pielęgniarki systemu, ratownicy medyczni, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2016 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym - Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.	premiujące	Włączenie do procesu oceny tego kryterium związanego z uczestnictwem podmiotu leczniczego w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym kadr systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego mogło być postrzegane przez wnioskodawców reprezentujących placówki leżące „na uboczu" (poza ośrodkami wielkomiejskimi) jako dyskryminujące z uwagi na ograniczone możliwości uczestnictwa w tego typu kształceniu przez przedstawicieli tych podmiotów.	Rezygnacja z kryterium
Efektywność energetyczna	Uwzględnienie w projekcie rozwiązań przyczyniających się do poprawy efektywności energetycznej, w szczególności do obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystywania/zmniejszenia energochłonności obiektu.	premiujące	W opinii wnioskodawców uwzględnienie w projekcie rozwiązań przyczyniających się do poprawy efektywności energetycznej, w szczególności do obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystywania/zmniejszenia energochłonności obiektu, wprost prowadzi do niepotrzebnego zwiększenia kosztów projektu tylko po to, żeby spełnić kryterium	Rezygnacja z kryterium

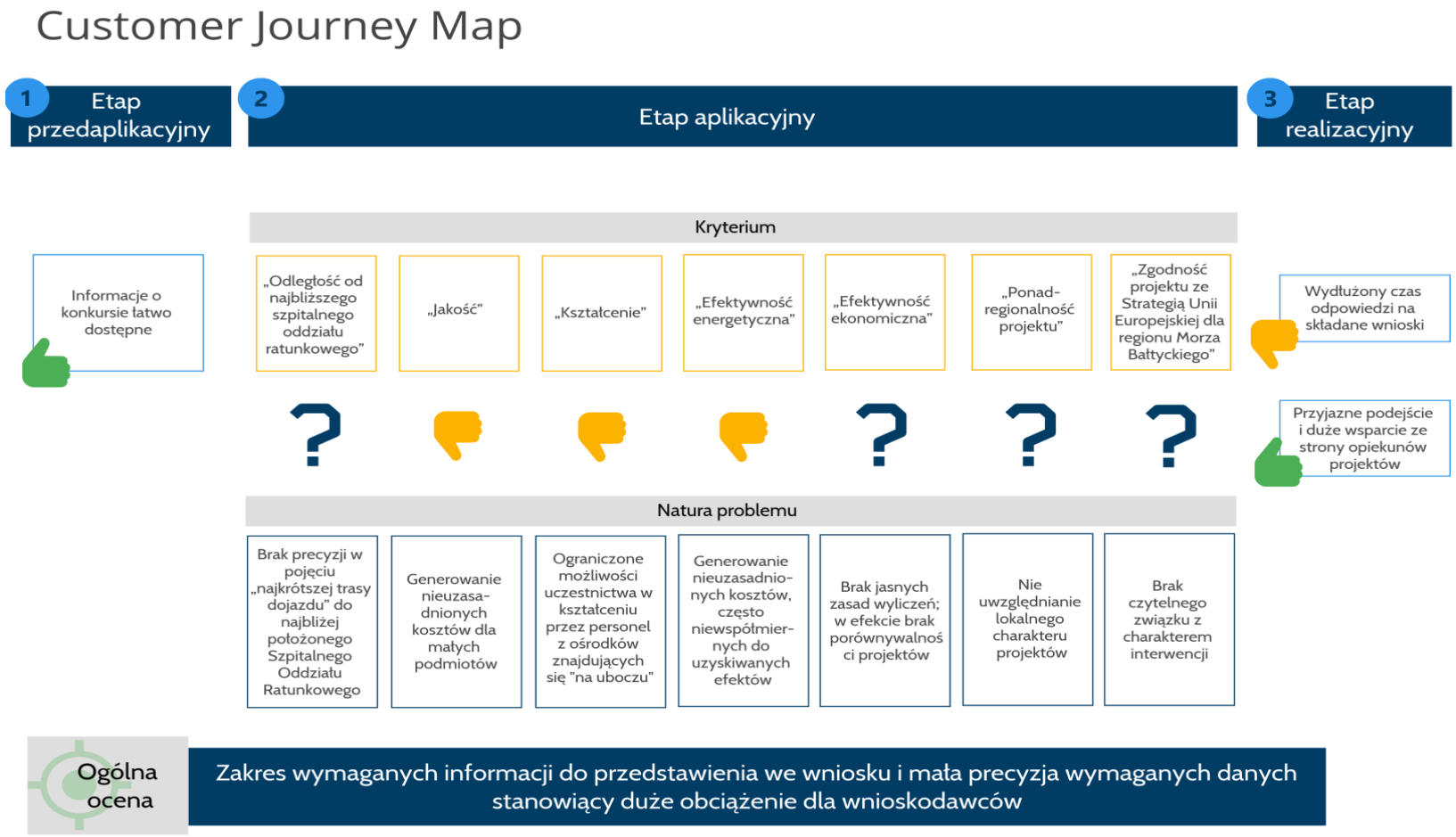
			efektywności energetycznej, rozumianego jako podwyższenie już istniejącego standardu. Prowadzi to do wyższych nakładów, niekoniecznie współmiernych do wyższych uzyskiwanych efektów.	
Efektywność ekonomiczna	Ekonomiczna stopa zwrotu (ERR) wyrażona w % w 10-cio letnim okresie referencyjnym analizy.	premiujące	Wnioskodawcy nie mieli podanych jasnych wskazówek, w jaki sposób liczyć efektywność ekonomiczną. Do wyliczeń można było zastosować wartość życia ludzkiego, która liczona według metodologii OECD (gdzie wartość życia ludzkiego to ok. 2 mln euro) skutkowała bardzo wysokimi wskaźnikami efektywności ekonomicznej, jeśliby przyjąć, że realizacja inwestycji w SOR zlokalizowany w małej miejscowości to możliwość uratowania dodatkowo 2-4 ludzi rocznie. Konkludując, takie kryterium nie różnicowało składanych wniosków, a jeśli nawet tak było, to wynikało to z odmiennej metodologii stosowanej przez wnioskodawców. Jeśli to kryterium miałoby zostać utrzymane, to należałoby wskazać, jak wyceniać wartość życia ludzkiego, ile jest wart jeden dzień skrócenia okresu rehabilitacji i szybszego powrotu do zdrowia, tak by wszyscy wnioskodawcy przyjmowali do wyliczeń jednolite wskaźniki.	Wskazanie jednoznacznego sposobu obliczania efektywności ekonomicznej inwestycji w celu zapewnienia możliwości porównywania wniosków
Ponadregionalność projektu	Zakres projektu jest zgodny z przyjętą przez Radę Ministrów strategią ponadregionalną oraz jest to przedsięwzięcie o rzeczywistym	premiujące	Brak zrozumienia wnioskodawców dla celowości włączenia tego kryterium. Szpitalne Oddziały Ratunkowe są ze swojej istoty	Rezygnacja z kryterium

	potencjale ponadregionalnym, tj. cechujące się wartością dodaną wynikającą z koncentracji na zadaniach wykraczających poza obszar województwa, istotnych dla rozwoju na szerszym obszarze.		„przedsięwzięciami" o raczej lokalnym charakterze, więc szukanie dla nich ponadregionalnego potencjału cechującego się wartością dodaną wynikającą z koncentracji na zadaniach wykraczających poza obszar województwa, może budzić wątpliwości.	
Zgodność projektu ze Strategią Unii Europejskiej dla regionu Morza Bałtyckiego	Stopień, w jakim projekt jest zgodny lub komplementarny z celami Strategii Unii Europejskiej dla regionu Morza Bałtyckiego.	premiujące	Brak zrozumienia wnioskodawców dla zasadności włączenia tego kryterium, co wynika z faktu, że skoro wśród priorytetowych obszarów *Strategii* jest zdrowie, to wszelkie projekty prowadzone w tym obszarze wspierają realizację *Strategii*.	Rezygnacja z kryterium

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania przy zastosowaniu techniki Customer Journey Map.

Zaproponowanie rekomendacji dot. kryteriów sprawiających wnioskodawcom trudności wydaje się problematyczne. Przede wszystkim, takie zalecenia - z którymi się zgadzamy - przedstawiono już w opracowaniu pn. Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (Ośrodek Ewaluacji Sp. z o.o., Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Rynku Pracy S-TO-S, 2017). Z drugiej strony, biorąc pod uwagę aktualny moment wdrażania oraz fakt, iż w IX OP PO IiŚ 2014-2020 nie są planowane już nabory konkursowe, zaś alokacja jest w znacznej mierze wykorzystana - wprowadzanie jakichkolwiek zmian w tym zakresie byłoby nie tyle bezcelowe, co potencjalnie kontrproduktywne. W związku z powyższym, w tabeli prezentującej bariery w procesie aplikowania związane z kryteriami oceny projektów oraz rekomendowane sposoby ich minimalizowania zawarto sugestie do rozważenia w przypadku planowania interwencji w perspektywie 2020+. Równocześnie zastrzega się, iż zmiany w perspektywie 2014-2020 nie są zalecane (ich koszty administracyjne oraz poznawcze dla wnioskodawców byłyby w tym momencie wyższe od potencjalnych korzyści).

Schemat 4. Mapa ścieżek wnioskodawców (Customer Journey Map)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wywiadów przeprowadzonych wśród nieskutecznych wnioskodawców

Schemat 4 stanowi wizualizację postrzegania przez wnioskodawców rozmaitych kwestii determinujących ich gotowość do przygotowania i złożenia wniosku o realizację projektu w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020.

Warto zauważyć, iż wiele z powyżej opisanych wątpliwości zgłaszanych przez wnioskodawców nieskutecznych objętych badaniem pokrywa się z trudnościami sygnalizowanymi w badaniu pn. *Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach IX osi priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020*[4]. W szczególności, jako problematyczne - lub nieuzasadnione i z tego powodu niezrozumiałe - jawią się kryteria nie mające bezpośredniego związku z projektem, lecz odnoszące się do aspektów strategicznych/zasad wdrażania Funduszy Unijnych. Kryteria specyficzne dla obszaru interwencji wydają się budzić mniej wątpliwości.

Z uwagi na fakt, że projekty objęte analizą Customer Journey Map składane przez wnioskodawców w sposób nieskuteczny ostatecznie uzyskały dofinansowanie przy kolejnej próbie pozyskania środków finansowych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020, respondenci mogli się odnieść także do etapu realizacyjnego i ocenić ewentualne trudności, jakich doświadczali na tym etapie. Głównym problemem beneficjentów na etapie realizacji projektu była **stosunkowo długa reakcja Instytucji Pośredniczącej związana z udzielaniem odpowiedzi na kierowane do niej pytania oraz wydłużony czas obsługi składanych wniosków o płatność.**

3.2.3. W poszukiwaniu przyczyn sukcesu w realizacji projektów

Analiza projektów wdrażanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 wykazała, że wszystkie odznaczają się wysoką trafnością i skutecznością. Typy operacji realizowane w IX OP jak najbardziej znajdują się w obszarze zainteresowań podmiotów upoważnionych do aplikowania o środki. Zarówno wsparcie oddziałów i pracowni diagnostycznych dedykowanych różnym chorobom (onkologicznym, psychicznym, niepłodności, układu krążenia), jak i tworzenie, doposażanie i modernizacja SOR-ów, tworzenie centrów urazowych, budowa lądowisk dla śmigłowców LPR oraz doposażenie LPR to **formy wsparcia, które jak najbardziej znajdują się w zakresie zainteresowania podmiotów uprawnionych do aplikowania w naborach. Generalnie szpitale chętnie ubiegają się o przyznanie środków w ramach IX OP PO IiŚ i nie mają problemów z ich wydatkowaniem zgodnie z założonym planem**. Dodatkową zachętą do ubiegania się o środki jest **perspektywa osiągnięcia w dłuższym okresie oszczędności** wynikających z użytkowania nowoczesnego, energooszczędnego sprzętu oraz podniesienia skuteczności diagnostyki i terapii. Przedstawiciele podmiotów generalnie są świadomi konieczności racjonalnego planowania zakupów sprzętu i konfrontowania spodziewanych

[4] Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach IX osi priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. Ośrodek Ewaluacji Sp. z o.o., Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Rynku Pracy S-TO-S na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2017.

korzyści, wynikających z doposażenia z koniecznymi do poniesienia kosztami. Konieczność wniesienia wkładu własnego jest skutecznym środkiem urealniania planów zakupowych szpitali.

Bo zarówno przy sprzęcie, musimy wiedzieć, co chcemy, jakie to ma wymagania spełniać. Czyli osoba, która u nas odpowiada za aparaturę medyczną czy lekarz, który musi pomóc tak naprawdę wybrać coś, co jest nam potrzebne. Bo dużo zbędnych rzeczy można kupić, z których się nie korzysta i za nie zapłacić. My tutaj, jeżeli przygotowujemy wniosek, to patrzymy racjonalnie. I nie musi to być coś »z górnej półki«, skoro nie jest nam potrzebne. Taka weryfikacja realiów.

Respondent IDI, przedstawiciel beneficjenta IX OP PO IiŚ

Bo wiele szpitali ma kredyty zaciągnięte długoterminowe na środki własne [wkłady własne]. Czyli to jest… też nie można bez końca pożyczać, żeby aplikować. Bo też trzeba pamiętać jedną rzecz, że szpital… dobrodziejstwo pieniędzy unijnych jest oczywiste, ale mamy też możliwość takiego przeinwestowania, bo infrastruktura potem kosztuje. Szpital, jeżeli wchodzi tak bardzo w tą nową infrastrukturę, to potem też wchodzi w gigantyczne koszty utrzymania. Bo niestety my musimy utrzymać taką zdolność techniczną na najwyższym poziomie przez cały okres trwałości projektu. To jest przeważnie 5 lat. To jest bardzo kosztowny proces. No i też jest koszt amortyzacji, czyli jeżeli mamy taki projekt, który został nawet rozliczony, to gdzieś księgowo pojawia się jako koszt amortyzacji.

Respondent IDI, przedstawiciel beneficjenta IX OP PO IiŚ

Również w odniesieniu do potrzeb ostatecznych odbiorców wsparcia (ogółu społeczeństwa / pacjentów) trafność należy ocenić bardzo wysoko. Społeczeństwo oczekuje, że system zdrowotny będzie coraz bardziej wydolny, a zakres i jakość usług medycznych świadczonych przez publiczne jednostki będą się stale poprawiały. W związku z tym każda inwestycja w system polegająca na zakupie nowego sprzętu medycznego lub budowie/przebudowie/rozbudowie istniejącej infrastruktury odpowiada realnym potrzebom pacjentów. Beneficjenci są świadomi, że projekty w ramach IX OP PO IiŚ odpowiadają na potrzeby pacjentów nie tylko w kontekście poprawy wskaźników ilościowych dotyczących np. średniego czasu hospitalizacji i umieralności z powodu poszczególnych kategorii chorób lecz również wskaźników dotyczących jakości leczenia.

[Pacjent] na krótszy czas będzie wyłączony ze swojej aktywności zawodowej czy rodzinnej również, bo to też jest istotne. W tego typu schorzeniach niestety tutaj są

aspekty psychologiczne również i pobyt każdego pacjenta w szpitalu, oczekiwanie na przyjęcie, jest takim bardzo stresogennym zjawiskiem.

Respondent IDI, przedstawiciel beneficjenta IX OP PO IiŚ

Pacjenci będą szybciej zdrowieć, dlatego że w dobrych warunkach pacjent lepiej się regeneruje i ma po prostu warunki do tego, żeby to leczenie zaczęło działać, może, mieć wsparcie rodziny na miejscu, nie ma takiej ciasnoty

Respondent IDI, przedstawiciel beneficjenta IX OP PO IiŚ

Podsumowanie

Jeśli chodzi o dane wskaźnikowe z ram wykonania IX OP PO IiŚ, według stanu na 11 lipca 2018 r., jedynie całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych dla regionu lepiej rozwiniętego była poniżej wartości określonej jako pośrednia dla 2018 r. (wskaźnik osiągnięty na poziomie 87%). Z kolei w przypadku wskaźników rezultatu strategicznego, analiza trendu pozwala przyjąć, iż założenia z etapu programowania nadal są wiarygodne i prawdopodobne do osiągnięcia. Wnioskodawcy nieskuteczni ogólnie pozytywnie ocenili sposób przygotowania i organizacji naboru wniosków. Do przygotowania wniosku aplikacyjnego nie zniechęcał ich zakres wymaganych w nich informacji, co mogło wynikać z faktu, że większość z wnioskodawców współpracowała w tym zakresie z wyspecjalizowanymi firmami konsultingowymi dysponującymi fachową wiedzą i umiejętnościami opracowania wniosku. Warto podkreślić, że większość z tych podmiotów, które były respondentami w badaniu, nie zniechęciła się do podjęcia kolejnych starań i ponownie, tym razem skutecznie aplikowała, gdy pojawiła się następna taka sposobność. Wśród trudności na etapie aplikowania wymieniano pewne kwestie związane z kryteriami oceny projektów, których zasadność zastosowania budziła ich zastrzeżenia lub wątpliwości, bądź też nie byli w stanie niektórych kryteriów odpowiednio zinterpretować.

3.3. Prognozowane efekty IX OP PO IiŚ oraz ich uwarunkowania

Pytania badawcze

na które znajdziesz odpowiedź w tym rozdziale:

1. Na jakich podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a?
2. Na jakich podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników typu output?
3. Na jakich, zgodnych z zapisami Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020, podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania?
4. Jakie wartości docelowe dla poszczególnych wskaźników rezultatu strategicznego, określonych w Programie dla PI 9a będą możliwe do osiągnięcia do końca 2023 roku?
5. Jakie wartości docelowe dla poszczególnych wskaźników typu output będą możliwe do osiągnięcia do końca 2023 roku?
6. Jakie wartości pośrednie i końcowe dla poszczególnych wskaźników ram wykonania będą możliwe do osiągnięcia do końca 2018 roku i do końca 2023 roku? (w szczególności na podstawie potencjału projektów, jakie złożyły wnioski o dofinansowanie w ramach przeprowadzonych naborów / potencjału projektów identyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego)
7. Jaki wpływ na aktualne i przewidywane wykonanie celów pośrednich i końcowych oraz wartości docelowych wszystkich określonych w programie wskaźników ma oferowana forma wsparcia?
8. Czy wartość środków finansowych przeznaczonych na poszczególne kategorie interwencji jest wystarczająca do realizacji wszystkich zobowiązań wskaźnikowych PO IiŚ 2014-2020?
9. W obrębie jakich typów projektów możliwych do wdrażania w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 identyfikuje się niewystarczającą ilość dostępnych środków finansowych?
10. Czy potencjalne projekty, które, w przypadku przyznania IX OP dodatkowej alokacji, mogłyby uzyskać wsparcie PO IiŚ 2014-2020, są wystarczająco dobrze przygotowane do wdrażania?
11. Czy identyfikuje się jakiekolwiek ryzyka dla wykonania prognozowanych na podstawie zawartych umów o dofinansowanie wartości wskaźników programowych (np. realizacja wskaźników przez ograniczoną liczbę projektów)?
12. Jakie potencjalne zagrożenia dla skuteczności wdrażania IX OP można zidentyfikować w związku z BREXIT-em i ryzykiem skrócenia perspektywy finansowej (w szczególności w odniesieniu do zobowiązań wskaźnikowych PO IiŚ 2014-2020 oraz zobowiązań wynikających z zawartych umów o dofinansowanie projektów)? Jakie działania zaleca się instytucjom PO IiŚ, celem ograniczenia potencjalnych ryzyk w tym zakresie?

Na jakich podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a?

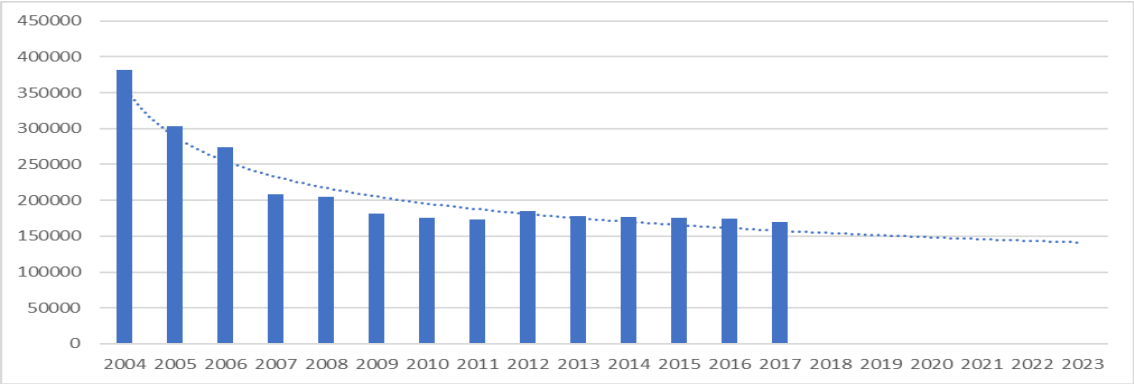
W pierwszej kolejności zdecydowano się zweryfikować oszacowanie wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego na 2023 r. W tym celu posłużono się statystyczną metodą analizy trendu dla danych stanowiących źródło pomiaru konkretnego wskaźnika wskazane

w Programie, uzupełnioną przeglądem stosownych danych literaturowych (ukierunkowanych na zidentyfikowanie ew. prognoz w zakresie kontrtrendów itd.). Dla celów obliczeniowych wykorzystano powszechnie dostępne - i wskazane jako źródło danych wskaźnikowych w PO IiŚ informacje udostępniane przez GUS/OECD. Punkt wyjścia stanowiło przygotowanie szeregów czasowych dla odpowiednich zmiennych. W kolejnym kroku, dla danych tych poprowadzono symulacje, oparte na różnych funkcjach dopasowania. Założono, iż aby dana predykcja mogła zostać uznana za wiarygodną, powinna się charakteryzować współczynnikiem R^2 równym/wyższym 0,9.

Jakie wartości docelowe dla poszczególnych wskaźników rezultatu strategicznego, określonych w Programie dla PI 9a będą możliwe do osiągnięcia do końca 2023 roku?

Biorąc pod uwagę ogólny trend oraz całkiem wysokie dopasowanie zastosowanego modelu linii trendu (współczynnik R^2 = 0,9) należy wskazać, że do 2023 r. liczba osób przypadających na szpitalny oddział ratunkowy będzie oscylować w okolicach nieco poniżej 150 tys. osób, podczas gdy wartość docelowa założona w Programie to 152 tys.

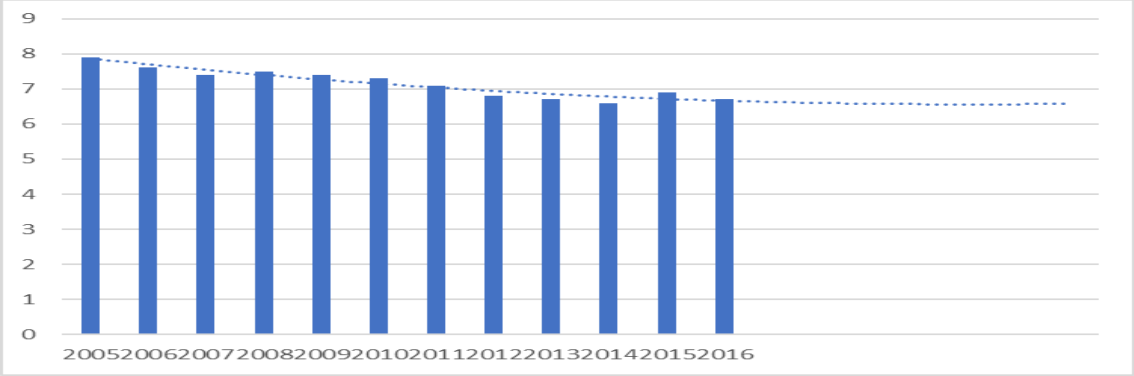
Wykres 2. Prognozowana liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL GUS.

Z kolei jeśli chodzi o wskaźnik rezultatu strategicznego *Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce* zliczanego przez OECD, to na moment realizacji badania najaktualniejsze dane pochodziły na 2016 r. W ich świetle, przy zastosowaniu dobrze dopasowanego modelu linii trendu (współczynnik R^2 = 0,9) wartość w 2023 r. będzie oscylowała raczej w okolicach 6,6 aniżeli 6,3 dnia (jak wskazuje prognoza programowania). Co ciekawe, wyliczenia te byłyby znacząco niższe - nawet względem szacunków zawartych w PO IiŚ - gdyby wykorzystać dane przedstawiane w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia. Tak, jak w bazach OECD średni czas pobytu pacjenta w szpitalu w Polsce w 2016 r. wyniósł 6,7, tak dane MZ dla 2016 r. pokazują, iż w żadnym z województw w Polsce średnia ta nie była wyższa niż 6,1 (tyle zaobserwowano dla Śląska i Lubelszczyzny; w przypadku województwa wielkopolskiego było to wręcz 4,7 dnia).

Wykres 3. Prognozowany średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a?

Jak zauważono w poprzednim rozdziale, aktualny stan wdrażania - przy współudziale szeregu innych czynników społeczno-ekonomicznych oddziaływujących na rezultaty strategiczne dla PI 9a - zapewnił na moment realizacji badania osiągnięcie odpowiednio 29% i 20% wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego IX OP PO IiŚ. Biorąc jednak pod uwagę zasymulowane powyżej konsekwencje aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej (w tym wdrażania IX OP PO IiŚ), **statystycznie możliwa jest pełna realizacja wartości docelowych omawianych wskaźników. Warto jednak mieć w pamięci, iż są one w znacznej mierze uzależnione od kwestii znajdujących się poza obszarem wpływu IZ i IP IX OP PO IiŚ 2014-2020,** dlatego zasadne jest przyjęcie kilkuprocentowego marginesu na odchylenia wynikające z uwarunkowań spoza Programu (tak różnych, jak np. konsekwencje postaw rodziców niechętnych szczepieniu swoich dzieci, ale też skutki poprawy jakości dróg dzięki inwestycjom finansowanym z Funduszy Unijnych - i tym samym zmniejszeniu wypadkowości).

Na jakich, zgodnych z zapisami Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020, podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości pośrednich i końcowych wskaźników ram wykonania?
Na jakich podstawach (tj. metodologii) opiera się oszacowanie możliwych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników typu output?

W drodze wyjątku, odpowiedź na niniejsze dwa pytania badawcze zaprezentowana została w sposób zblokowany. Jest to pochodna faktu, iż trzy z czterech wskaźników ram wykonania są tożsame ze wskaźnikami outputu. Sprawiło to, iż przyjęty sposób liczenia w ich przypadku był taki sam.

Prognozując wykonanie wskaźników rzeczowych ram wykonania oraz wskaźników typu output (produktu/rezultatu bezpośredniego) na 2018 r. bazowano wyłącznie na zestawieniu wskaźników osiągniętych oraz planowanych do osiągnięcia w ramach umów podpisanych na dzień 11 lipca 2018 r. Założenie to zostało oparte na fakcie, iż do tej pory najkrótsze realizowane projekty trwały min. 9 miesięcy (i były takie tylko 4), dlatego statystycznie nie ma szans, aby którykolwiek z wniosków zaakceptowanych do dofinansowania od lipca do października (tj. pomiędzy wygenerowaniem bazy służącej prognozowaniu a opracowaniem niniejszego raportu) mógł skutkować finalizacją projektu do końca 2018 r. i tym samym przełożyć się na wartości wskaźników na 31 grudnia 2018 r. W odniesieniu do *Liczby wspartych podmiotów* w prognozie uwzględniono wszystkie projekty kończące się do 2018 r. W praktyce, prawdopodobnie część z nich zostanie przedłużona i tym samym odpowiadające im wskaźniki będą zliczane raczej dla 2019 r. aniżeli 2018 r. Brak jest jednak mnożnika, który pozwoliłby zasadnie oszacować skalę tego typu sytuacji (należy mniemać, iż będzie ona niższa niż w poprzednich latach z uwagi na większy nacisk na terminowe kończenie przedsięwzięć z uwagi na świadomość przeglądu śródokresowego). Tym samym, opracowaną prognozę należy traktować jako rygorystyczną metodologicznie, lecz opatrzoną pewnym marginesem błędu.

W odniesieniu do *Liczby leczonych w podmiotach objętych wsparciem* uwzględniono wszystkie projekty kończące się do 2017 r. (z uwagi na fakt, iż co do zasady efekt wsparcia na poziomie projektu występuje w okresie 12 miesięcy od zakończenia okresu realizacji projektu określonego w umowie/decyzji o dofinansowaniu projektu). Problematyczne były projekty, w przypadku których nie minął jeszcze rok od ich zakończenia, zaś miały one już przypisaną wartość osiągniętą (co formalnie nie jest możliwe przy założonej metodyce liczenia wskaźników). Czasami wartość ta była dokładną równowartością wartości docelowej, co ułatwiało zrozumienie istoty błędu; niekiedy jednak wartości te różniły się - w takim przypadku konsekwentnie uwzględniano w szacunkach wartość osiągniętą jako bardziej prawdopodobną wielkość na moment faktycznego upłynięcia 12 miesięcy do sfinalizowania projektu.

W konsekwencji przyjętych założeń oraz przeprowadzonych obliczeń, otrzymano następujące oszacowania wartości wskaźników na 2018 r. (rzeczowych ram wykonania oraz outputu). Większość z nich zdecydowanie przekracza przyjęte w Programie wartości pośrednie -

i co więcej, będzie je prawdopodobnie przekraczać także w sytuacji ewentualnego aneksowania umów oraz wydłużania czasu realizacji części projektów (wysokie przekroczenia).

Jeśli chodzi o prognozy na 2023 r., to zgodnie ze sformułowaniem pytania badawczego wzięto pod uwagę podpisane umowy oraz projekty zidentyfikowane w ramach trybu pozakonkursowego. Ogółem, te drugie powinny się przełożyć na 129 wspartych podmiotów leczniczych i łącznie 5 718 422 leczonych (bez względu na typ regionu).

Prognozując wykonanie wskaźnika finansowego *Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych*, posłużono się danymi monitoringowymi pochodzącymi z systemu SL2014, dotyczącymi wydatków uznanych za kwalifikowalne w złożonych wnioskach o płatność oraz zestawienia wartości wydatków kwalifikowalnych zakontraktowanych projektów, a także Wykazu Projektów Zidentyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego. Przeprowadzone analizy uwzględniały podział projektów ze względu na kategorię regionu. W przypadku wartości pośredniej przyjęto założenie, że na koniec 2018 r. wszystkie wydatki kwalifikowalne projektów, które kończą się nie później niż 30.09.2018r. zostaną poświadczone. Do tej puli dodano następnie wydatki uznane za kwalifikowalne dla projektów, które złożyły już wnioski o płatność, a których planowana data zakończenia jest późniejsza niż 30.09.2018r.

W celu oszacowania prognozowanej wartości docelowej na rok 2023, pod uwagę wzięto kwotę wszystkich planowanych wydatków kwalifikowalnych w zakontraktowanych projektach oraz wydatki kwalifikowalne w projektach, które nie uzyskały jeszcze dofinansowania, a które są planowane do realizacji zgodnie z Wykazem Projektów Zidentyfikowanych (planowana data złożenia wniosku o dofinansowanie – 2018 r.). Następnie uzyskana wartość została odjęta od całkowitej alokacji przewidzianej dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 (z uwzględnieniem podziału na regiony). W ten sposób uzyskano kwotę, która nadal pozostaje do zagospodarowania w ramach dostępnych środków. W związku z tym, iż zarówno w przypadku PO IiŚ 2007-2013, jak również w ramach dotychczasowego poziomu wdrażania Programu w obecnej perspektywie, poziom certyfikacji środków utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie, ewaluatorzy przyjęli założenie, że w 2023 r. 98% nadal niezagospodarowanych środków zostanie poświadczone. Pozyskana kwota została następnie dodana do wartości projektów już realizowanych i tych, które znajdują się w Wykazie Projektów Zidentyfikowanych.

Jakie wartości docelowe dla poszczególnych wskaźników typu output będą możliwe do osiągnięcia do końca 2023 roku?

W konsekwencji przyjętych założeń oraz przeprowadzonych obliczeń, otrzymano następujące oszacowania wartości wskaźników outputu na 2018 r. oraz 2023 r

Tabela 10. Oszacowania wartości wskaźników outputu

Wskaźniki typu output					
Nazwa wskaźnika	**Jednostka miary**	**Kategoria regionu**	**Wartość docelowa 2023**	**Wartość prognozowana 2018**	**Wartość prognozowana 2023**
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	Słabiej rozwinięte	31	37	80
		Lepiej rozwinięte	12	12	25
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	szt.	Słabiej rozwinięte	79	148	277
		Lepiej rozwinięte	11	14	26
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	osoby/rok	Słabiej rozwinięte	1 688 999	957 136	15 723 317
		Lepiej rozwinięte	371 877	395 820	2 569 853

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018).

Jakie wartości pośrednie i końcowe dla poszczególnych wskaźników ram wykonania będą możliwe do osiągnięcia do końca 2018 roku i do końca 2023 roku? (w szczególności na podstawie potencjału projektów, jakie złożyły wnioski o dofinansowanie w ramach przeprowadzonych naborów / potencjału projektów identyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego).

W przypadku regionów słabiej rozwiniętych, uzyskana w wyniku opisanych wyżej obliczeń kwota stanowiąca prognozowaną wartość wskaźnika finansowego *Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych* na koniec 2018 r., przeliczona na EUR[5] wynosi 148 791 539,6 EUR, co stanowi 174% zakładanej wartości pośredniej na 2018 r. Dla regionu lepiej rozwiniętego, prognozowana kwota wynosi 23 285 710,04 EUR, co stanowi 137% zakładanej

[5] Według kursu euro 4,28

wartości pośredniej[6]. Analogicznie, oszacowana według opisanej wyżej procedury wartość tegoż wskaźnika dla 2023 r. dla regionów słabiej rozwiniętych to 516 176 182,5 EUR, co stanowi 110% zakładanej wartości docelowej wskaźnika dla 2023 r. Dla Mazowsza prognozowana wartość wynosi 91 375 451,5 EUR i stanowi 108% zakładanej wartości docelowej na 2023 r. Z przeprowadzonej prognozy wynika zatem, iż nie ma ryzyka nieosiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźnika finansowego dla IX OP PO IiŚ 2014-2020.

[6] Należy spodziewać się, że poziom wartości wskaźników na rok 2018 może być wyższy z uwagi na wartość wniosków o płatność w projektach, które kończą się po 30.09.2018, złożonych w okresie 11.07- 30.09 br., a które nie zostały zawarte w przeprowadzonej analizie.

Tabela 11. Prognozowane wartości wskaźnika finansowego Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych dla 2018 r. i 2023 r. w EUR

Nazwa wskaźnika	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta[7]	Wartość prognozowana 2018	Wartość prognozowana 2023	Prognozowany % osiągnięcia wartości pośredniej wskaźnika	Prognozowany % osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych	Słabiej rozwinięty	85 533 876	471 288 529	101 321 179	148 791 539,6	516 176 182,5	174	110
	Lepiej rozwinięty	17 019 534	84 599 723	14 840 538	23 285 710,04	91 375 451,51	137	108

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018) oraz Wykazu *Projektów Zidentyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego dla PO IiŚ 2014-2020.*

[7] Wartość osiągnięta na dzień 11.07.2018 r.

W konsekwencji przyjętych założeń oraz przeprowadzonych obliczeń, otrzymano następujące oszacowania wartości wskaźników rzeczowych ram wykonania na 2018 r. oraz 2023 r.. Większość z nich zdecydowanie przekracza przyjęte w Programie wartości pośrednie - i co więcej, będzie je prawdopodobnie przekraczać także w sytuacji ewentualnego aneksowania umów oraz wydłużania czasu realizacji części projektów (wysokie przekroczenia).

Tabela 12. Oszacowania wartości wskaźników rzeczowych ram wykonania

Typ wskaźnika	Nazwa wskaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość prognozowana 2018	Wartość prognozowana 2023
Rzeczowe wskaźniki ram wykonania							
Wskaźnik produktu	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	szt.	Słabiej rozwinięty	16	79	148	277
Wskaźnik produktu	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	Lepiej rozwinięty	0	12	12	25
Kluczowy etap wdrożeniowy	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego według zawartych umów o dofinansowanie	szt.	Lepiej rozwinięty	2	-	12	25

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018).

Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację celów pośrednich i końcowych dla wskaźników ram wykonania?

Podsumowanie danych dot. aktualnego stanu wdrażania - rozumianego jako opisane wyżej wartości wskaźników osiągnięte na moment realizacji badania oraz wartości wskaźników według zawartych umów o dofinansowanie (tj. jeszcze nie osiągnięte, aczkolwiek stanowiące prawdopodobny efekt aktualnie toczących się inwestycji) pozwala stwierdzić, iż w pełni zapewnia on realizację wartości docelowych dla określonych w Programie wskaźników ram wykonania.

Czy aktualny stan wdrażania zapewnia pełną realizację wartości docelowych dla określonych w Programie lub SzOOP wskaźników typu output?

Podsumowanie danych dot. aktualnego stanu wdrażania - rozumianego jako opisane wyżej wartości wskaźników osiągnięte na moment realizacji badania oraz wartości wskaźników

według zawartych umów o dofinansowanie (tj. jeszcze nie osiągnięte, aczkolwiek stanowiące prawdopodobny efekt aktualnie toczących się inwestycji) pozwala stwierdzić, iż w pełni zapewnia on realizację wartości docelowych dla określonych w Programie wskaźników typu output.

Jakie są przyczyny odmiennego od założonego postępu realizacji celów pośrednich, w tym w szczególności, czy przyczyny te kwalifikują się do przypadków, w których, zgodnie z regulacjami unijnymi, możliwe jest zaproponowanie korekty celów pośrednich i końcowych, tj.: czy odmienny od założonego postęp realizacji celów pośrednich jest wynikiem istotnej zmiany uwarunkowań gospodarczych, środowiskowych i na rynku pracy? Czy dotychczasowe oszacowanie oparte było na błędnych założeniach prowadzących do zaniżonego lub zawyżonego oszacowania celów pośrednich i końcowych?

Postęp realizacji celów pośrednich zasadniczo jest zgodny z założeniami. Co prawda na koniec 2018 r. prawdopodobnie zostaną one przekroczone, natomiast odstępstwo to jest na tyle nieznaczne, że nie należy jeszcze z tego wyciągać wniosku, iż wskaźniki były niedoszacowane; należy to bardziej interpretować jako normalne zjawisko rozmijania się rzeczywistości z nawet dobrze przygotowanymi i rzetelnie opracowanymi planami. O znacznym prawdopodobnym niedoszacowaniu można dopiero mówić w odniesieniu do wartości prognozowanych na 2023 r. Przyczyn rozbieżności postępu realizacji celów pośrednich w stosunku do planów można częściowo dopatrywać się również w specyfice metodologii szacowania wskaźników. Interesariusze IX OP PO IiŚ dobrze oceniają konstrukcję wskaźników dla Osi, zasadniczo nie nastręczają one problemów ani beneficjentom ani IP, natomiast specyfika niektórych z nich może powodować, że bardzo trudne jest dokładane ich oszacowanie.

(…) w naszej osi to nie identyfikuję takich wskaźników, które można byłoby [przeszacować], (…) Natomiast te pozostałe wskaźniki no to one się odnoszą wprost do projektu, one są nierozerwalne z projektem, więc ciężko byłoby je tutaj przeszacować (…) nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (…) ten wskaźnik może, ale to bardziej nam dostarcza problemów, a nie naszym wnioskodawcom dlatego, że ten wskaźnik szacujemy na podstawie rozeznania rynku, które dostarczają podmioty. Chodzi o nakłady na aparaturę. I tak naprawdę to jest pewnego rodzaju też wróżenie z fusów dlatego, że wiadomo, że w rozeznaniu w rynku rzadko się zdarza, żeby ta cena była potem zbieżna z tym, co wychodzi w postępowaniu przetargowym, więc dla nas pewnie jest sytuacja lepsza, kiedy te wskaźniki są wyższe. Natomiast w momencie, kiedy, załóżmy, udaje się coś kupić taniej, to dochodzi do takiej troszeczkę, takiego paradoksu bym powiedział, dlatego, że wszyscy powinni się z tego cieszyć, że oś udało się kupić taniej. W związku z tym być może takie teraz moje spostrzeżenie, że być może przydałoby się wprowadzić taki obowiązkowy wskaźnik, nakłady inwestycyjne powinny być powiązane z liczbą zakupywanych sztuk aparatury, żeby wynikało z tego, że jeżeli w danym podmiocie przewidziano zakupić 20 sztuk różnego rodzaju aparatury za kwotę x, to w momencie, kiedy widzimy, że nie kupiono 20 sztuk i spada ten wskaźnik nakłady na zakup aparatury to możemy wnioskować, że to jest spowodowane tym, że nie zakupiono wszystkiego, co zaplanowano. A w momencie, kiedy mamy tylko

wskaźnik obowiązkowy nakłady na zakup aparatury to może się zdarzyć tak, że podmiot wszystko kupił, kupił taniej i nie wywiązał się z realizacji wskaźnika.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Uwarunkowania gospodarcze, środowiskowe i na rynku pracy nie spowodowały różnic w postępie realizacji celów pośrednich w stosunku do założeń. Sytuacja w branży budowlanej wywierała wpływ na projekty realizowane w IX OP PO IiŚ natomiast nie miała przełożenia na realizację celów pośrednich.

Analiza przekazanych materiałów dot. ustanowienia prognozowanych, docelowych wartości wskaźników (w tym zwłaszcza informacji na temat ustanowienia ram wykonania *Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020*) pozwala stwierdzić, iż dotychczasowe oszacowanie oparte było na poprawnych - choć bardzo ostrożnych - założeniach. Dokument ten uwzględnia wszystkie wymagane zalecenia instytucji nadrzędnych, a także kwestie wynikające z uwarunkowań prawnych[8]. Analiza porównawcza analogicznych opracowań dla innych Programów Operacyjnych - zarówno realizowanych przez same IZ, jak i zlecanych przez nie zewnętrznym wykonawcom[9] - pozwala również stwierdzić, iż szacunki dla IX OP PO IiŚ nie odbiegają w żaden negatywny sposób od innych wyliczeń tego typu. W opracowywaniu prognozy, co należy uznać za słuszne, odwołano się do doświadczeń poprzedniej perspektywy finansowej, jak również przewidywanego kształtu w latach 2014-2020 (np. harmonogramy naborów, tryby itd.). Zwrócono również uwagę na kwestię tzw. obserwacji odstających, czyli projektów o wyjątkowo niskiej/wysokiej wartości. Wreszcie, wzięto pod uwagę jak przewidywane zmiany innych mierników (np. liczby ludności Polski) wpłyną na potencjalne, docelowe wartości wskaźników w IX OP PO IiŚ. Faktem jest natomiast, iż ostrożność założeń - choć dająca się uzasadnić na poziomie intelektualnym - doprowadziła do faktycznego zaniżonego oszacowania celów (końcowych). Jest to przesłanka do ich rewizji, natomiast nie może przesądzać o krytyce samych założeń stojących u podstaw powziętych wyliczeń.

Czy wartość środków finansowych przeznaczonych na poszczególne kategorie interwencji jest wystarczająca do realizacji wszystkich zobowiązań wskaźnikowych PO IiŚ 2014-2020?

Z punktu widzenia celów badania ewaluacyjnego istotne jest także, czy środki finansowe przeznaczone na poszczególne kategorie interwencji w ramach IX OP PO IiŚ są wystarczające, aby wypełnić zobowiązania wskaźnikowe (wskaźniki typu output i ramy wykonania). W celu oszacowania wartości wskaźników możliwych do osiągnięcia przy zakładanej alokacji przeprowadzono zatem analizę kosztów jednostkowych realizacji poszczególnych wskaźników w oparciu o ich deklarowane i osiągnięte wartości.

[8] Zwłaszcza *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych*

[9] Np. opracowania firmy imapp Sp. z o. o.

Pierwszym krokiem analizy było ustalenie (osobno dla regionów słabiej i lepiej rozwiniętych) docelowych wartości wskaźników deklarowanych do osiągnięcia przez beneficjentów we wnioskach o dofinansowanie. Jak wynika z przeprowadzonego badania, zarówno respondenci wywiadów pogłębionych, jak również zdecydowana większość ankietowanych beneficjentów, nie zauważa ryzyka nieosiągnięcia zakładanych wskaźników, a zatem na potrzeby niniejszej analizy przyjęto, że zakładane wartości wskaźników zostaną osiągnięte. Następnie wyliczono wartość całkowitą projektów, w ramach których przewidziano osiągnięcie poszczególnych wskaźników. Poprzez podzielenie wartości projektów przez wartość deklarowaną wskaźników uzyskano koszt jednostkowy osiągnięcia jednej jednostki wskaźnika. Następnie całkowitą wartość projektów realizowanych w ramach obu kategorii regionów porównano z wartością projektów, w ramach których zadeklarowano osiągnięcie konkretnego wskaźnika – w ten sposób uzyskano odsetek projektów „pracujących" na osiągnięcie danego wskaźnika. W kolejnym kroku całkowitą alokację przeznaczoną na poszczególne kategorie pomniejszono o środki już zakontraktowane, otrzymując pozostałą do rozdysponowania kwotę alokacji. Zakładając utrzymanie dotychczasowego odsetka projektów „pracujących" na osiągnięcie danego wskaźnika, uzyskano szacowaną wartość projektów, w ramach których będzie możliwość osiągnięcia kolejnych jednostek wskaźników. Następnie sprawdzono, ile jednostek poszczególnych wskaźników będzie można osiągnąć przy zakładanym koszcie jednostkowym. Uzyskane wartości wskaźników dodano do wartości docelowych deklarowanych przez beneficjentów, otrzymując szacowaną wartość wskaźników w poszczególnych kategoriach regionów, które można uzyskać przy zakładanej alokacji. Wyniki analizy prezentują poniższe tabele.

Tabela 13. Szacowana wartość wskaźników typu output IX OP PO IiŚ 2014-2020 możliwych do osiągnięcia przy dostępnych środkach finansowych

Nazwa wskaźnika	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	Wartość projektów realizująca wskaźnik w zł	Docelowa wartość wskaźnika planowana przez beneficjentów	Koszt jednostkowy w zł	% projektów „pracujących" na osięgnięcie wskaźnika	Pozostała kwota alokacji w zł z uwzględnieniem % projektów „pracujących" na osiagnięcie wskaźnika w zł	Wartość wskaźnika możliwa do osiągnięcia za pozostałą kwotę alokacji	Całkowita wartość wskaźnika możliwa do osiągnięcia
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	Słabiej rozwinięte	31	0	940 720 878	70	13 438 870	48%	119 542 700	9	79
	Lepiej rozwinięte	12	2	264 213 494	23	11 487 543	79%	45 340 156	4	27
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	Słabiej rozwinięte	79	38	10 007 31 047	171	5 852 228	51%	127 014 118	22	193
	Lepiej rozwinięte	11	4	68 015 046	15	4 534 336	20%	11 478 520	3	18
	Słabiej rozwinięte	1 688 999	628 533	1 917 658 632	10 732 576	179	97%	241 575 872	1 352 030	12 084 606

Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	Lepiej rozwinięte	371 877	65 178	335 233 039	1 842 042	182	100%	28 545 770	156 854	1 998 896

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018).

Tabela 14. Szacowana wartość ram wykonania IX OP PO IiŚ 2014-2020 możliwych do osiągnięcia przy dostępnych środkach finansowych

Nazwa skaźnika	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	Wartość projektów realizująca wskaźnik w zł	Docelowa wartość wskaźnika planowana przez beneficjentów	Koszt jednostkowy w zł	% projektów „pracujących" na osięgnięcie wskażnika	Pozostała kwota alokacji w zł z uwzględnieniem % projektów „pracujących" na osiagnięcie wskaźnika	Wartość wskaźnika możliwa do osiągnięcia za pozostałą kwotę alokacji	Całkowita wartość wskaźnika możliwa do osiągnięcia
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	Lepiej rozwinięte	12	2	264 213 494	23	11487543	79%	45 340 156	4	27
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek	Słabiej rozwinięte	79	38	10 007 31 047	171	5852228	51%	127 014 118	22	193

organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego										

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (11.07.2018).

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, wartość alokacji przeznaczona na poszczególne kategorie interwencji jest wystarczająca, aby osiągnąć zakładane wartości wskaźników typu output oraz ram wykonania. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż obecnie udało się zakontraktować już taką liczbę projektów, która gwarantuje osiągnięcie wartości docelowych wskaźników na 2023 r. Projekty, których umowy zostaną w przyszłości podpisane będą dodatkowo zwiększały wysokie już wartości wskaźników.

W przypadku wskaźnika ram wykonania *Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego*, wartość pośrednia na 2018 r. została już osiągnięta ponad dwukrotnie, a zatem należy w oczywisty sposób stwierdzić, że dostępne środki umożliwiły wywiązanie się z tego zobowiązania. Jeśli chodzi o wartości docelowe na 2023 r. największe nadwyżki możliwych do osiągnięcia wartości wskaźników w stosunku do wartości docelowych występują w przypadku wskaźnika *Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego* w regionach słabiej rozwiniętych, a także w przypadku wskaźnika rezultatu *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem*, również w regionach słabiej rozwiniętych.

W obrębie jakich typów projektów możliwych do wdrażania w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 identyfikuje się niewystarczającą ilość dostępnych środków finansowych?

Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, specyfiką obszaru ochrony zdrowia jest permanentny niedobór środków finansowych. Zadłużenie placówek medycznych i stale rosnące potrzeby związane z obsługą pacjentów i pojawiającymi się nowymi technologiami w dziedzinie medycyny powodują, że **każda suma przeznaczona na wspieranie systemu opieki zdrowotnej jest pożądana, a z drugiej strony może być oceniana jako niewystarczająca.** Przy ograniczonych zasobach finansowych ważne jest, aby oferowane wsparcie kierowane było tam, gdzie zidentyfikowano największe potrzeby w danym zakresie, a jego efekty były widoczne z punktu widzenia osiągania celów szczegółowych Programu.

Przykładem obszaru, w ramach którego zidentyfikowane potrzeby są bardzo duże jest ratownictwo medyczne. Wsparcie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych jest z jednej strony działaniem bardzo pożądanym, z drugiej zaś cieszy się znaczącym zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów.

Myślę, że zawsze będzie za mało tych środków i to jest standardowa odpowiedź. Natomiast przykładowo, jeżeli chodzi o Specjalistyczne Oddziały Ratunkowe, to mieliśmy świadomość i mamy świadomość, że to jest bardzo też niedoszacowany obszar i potrzebujący wsparcia. I został przeprowadzony jeden konkurs, drugi konkurs, i teraz mamy nabór pozakonkursowy, również wsparcie SOR. Tak jak wspomniałem, to jest tylko zakup sprzętowy, ale jednak ten sprzęt jest bardzo potrzebny. Więc jakby wydaje mi się, że staramy się odpowiadać na

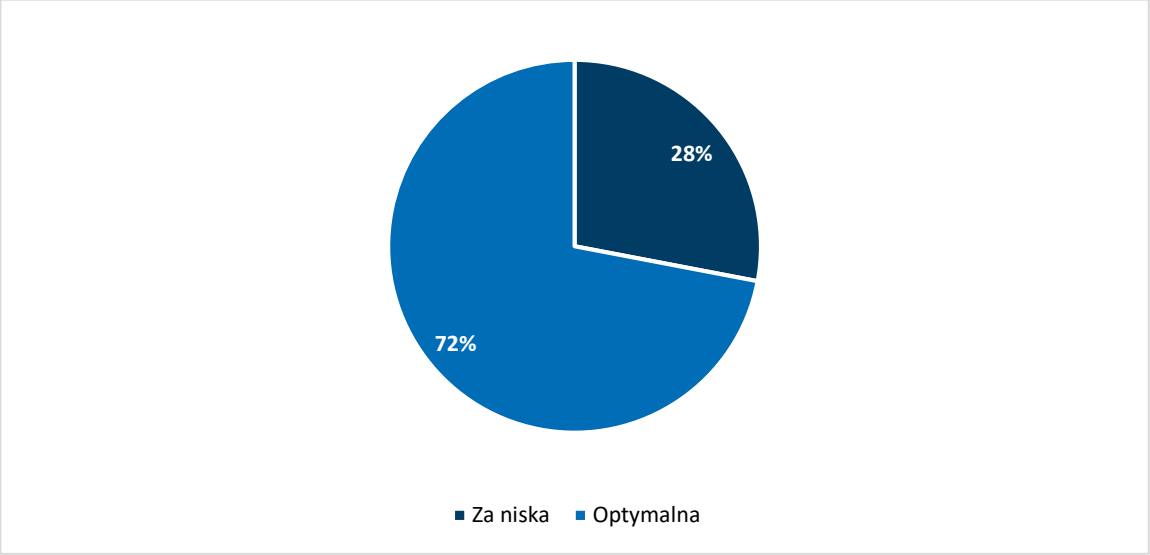
zapotrzebowanie i potrzeby wnioskodawców, ponieważ to wsparcie, ta ocena wniosków, która jest teraz, cieszyła się i cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. Ale również też przychylnością ze strony wnioskodawców, że jednak jeszcze się udaje wnioskować o dodatkowy sprzęt, którego tak potrzeba w szpitalach. I bardzo często odbieram sygnały tej wdzięczności ze strony wnioskodawców.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Respondenci wywiadów zwracali także uwagę na **potrzebę silniejszego wspierania projektów polegających na łączeniu różnego rodzaju wsparcia w ramach jednego projektu – działań typowo infrastrukturalnych oraz działań miękkich**, polegających na wspieraniu rozwoju kompetencji personelu medycznego, w taki sposób, aby specjalistyczny sprzęt mógł być obsługiwany przez osoby wykwalifikowane w tym kierunku osoby (przy czym nie chodzi jedynie o instrukcję obsługi danego sprzętu, ale także o szkolenie w zakresie wykorzystywania go w procesie leczenia). Ważne jest, aby pracownicy placówki potrafili nie tylko używać pozyskanego sprzętu w sposób prawidłowy, ale także wiedzieli, jak interpretować wyniki przeprowadzonych badań i w jaki sposób prowadzić na tej podstawie dalsze leczenie. Tego rodzaju założenia mogłyby wyeliminować niebezpieczeństwo, polegające na tym, że sprzęt zakupiony w ramach projektu nie jest używany, ponieważ brakuje osób potrafiących użyć go w odpowiedni sposób. Warto również wprowadzić możliwość przeprowadzania specjalistycznych szkoleń medycznych, w ramach których pracownicy placówek medycznych mogliby rozwijać swoje umiejętności zawodowe związane z nowoczesnymi metodami stosowanymi w procesie leczenia (np. nowe techniki obrazowania, leczenie endoskopowe, używanie nowoczesnej aparatury diagnostycznej, nowe rodzaje terapii). Szkolenia te mogłyby być finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

W ramach badania ankietowego z beneficjentami IX OP PO IiŚ 2014-2020 poproszono respondentów o ocenę wartości dofinansowania dostępnego w ramach Programu. Jak pokazuje poniższy wykres, niemal ¾ respondentów uznało, iż wartość dofinansowania, o którą może aplikować jest optymalna, a 28% stwierdziło, że wartość ta jest za niska.

Wykres 4. Według Pana/Pani wartości dofinansowania, o którą może aplikować w ramach IX OP PO IiŚ jest:

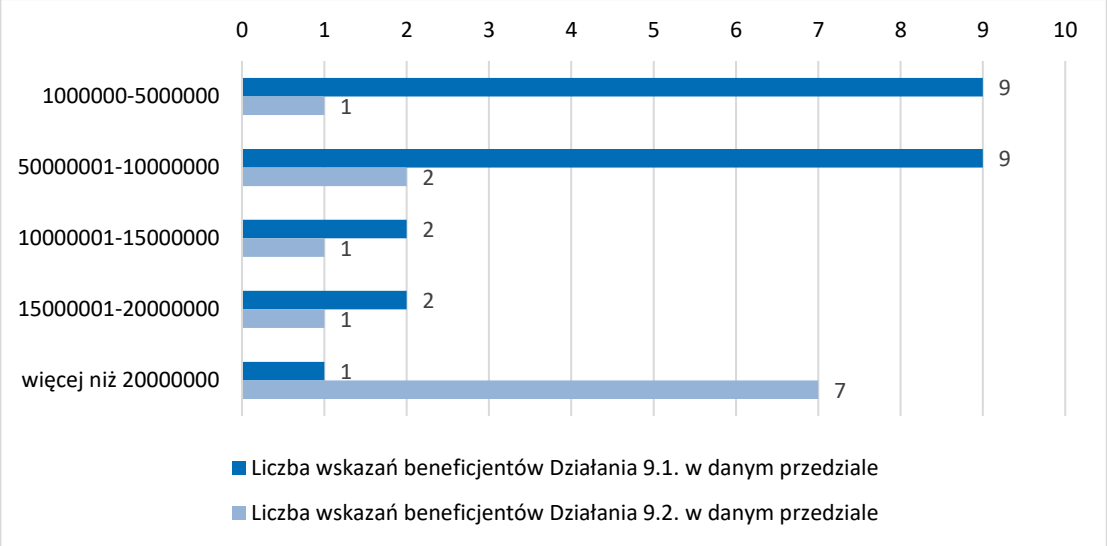


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z beneficjentami, N=125.

Wśród respondentów, którzy uznali dostępną wysokość dofinansowania jako niewystarczającą dominowali beneficjenci Działania 9.1. *Infrastruktura ratownictwa medycznego* (66% spośród ankietowanych oceniających wartość dofinansowania jak zbyt niską). W tej grupie beneficjentów stosunkowo **najwięcej projektów, w ramach których wysokość wsparcia została oceniona jako zbyt niska dominowały inwestycje związane z budową i rozbudową lądowisk dla śmigłowców**. Warto także zauważyć, iż prawie połowa beneficjentów projektów dotyczących wsparcia lądowisk uznała, że dostępne środki finansowe są zbyt małe. Należy zatem rozważyć zwiększenie dofinansowania tego rodzaju projektów w ramach przyszłych naborów. W przypadku projektów z Działania 9.2. *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych,* wśród beneficjentów, którzy wykazywali szczególnie wysokie potrzeby w zakresie wysokości dofinansowania (30 mln zł i więcej), dominowały **podmioty realizujące projekty dotyczące zakupu sprzętu medycznego**.

W ramach badania ankietowego beneficjenci, którzy uznali wartość dofinansowania za zbyt niską, zostali także poproszeni o wskazanie, jaka wartość dofinansowania byłaby dla nich optymalna. **Średnia wartość proponowanego dofinansowania dla obu typów działań wyniosła 15 842 857 zł**, **przy czym średnia dla Działania 9.1 wyniosła 8,5 mln zł, natomiast dla Działania 9.2. – niespełna 30 mln zł**. Rozkład udzielonych odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

Wykres 5. Jaka wartość dofinansowania byłaby dla Pana/Pani optymalna? (w zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z beneficjentami, N=36

Wartość optymalnego dofinansowania sugerowana przez beneficjentów Działania 9.1. jest znacznie niższa, niż w przypadku Działania 9.2. Zdecydowana większość respondentów wskazuje na wartość dofinansowania nie większą niż 10 mln zł. Natomiast w ramach projektów dotyczących infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych, które dotyczą zwykle dużych inwestycji infrastrukturalnych, optymalna wielkość dofinansowania przekracza 20 mln zł. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią w tej grupie było 30 mln zł.

Jaki wpływ na aktualne i przewidywane wykonanie celów pośrednich i końcowych oraz wartości docelowych wszystkich określonych w programie wskaźników ma oferowana forma wsparcia?

Wpływ formy wsparcia na osiągane wartości wskaźników można opisać dwojako: w wymiarze liczby projektów oraz wielkości wskaźników osiąganych w ich ramach. Na moment realizacji badania, większość realizowanych przedsięwzięć miała miejsce w ramach trybu konkursowego. Sprawiło to, iż w początkowym okresie wdrażania wsparcie konkursowe silniej przyczyniało się do wykonania celów z uwagi na liczebność tych projektów. Z kolei do lipca 2018 r., projekty pozakonkursowe były mniej liczne, ale często przekładały się na większe wartości wskaźników (skala tych przedsięwzięć była bowiem przeciętnie większa).

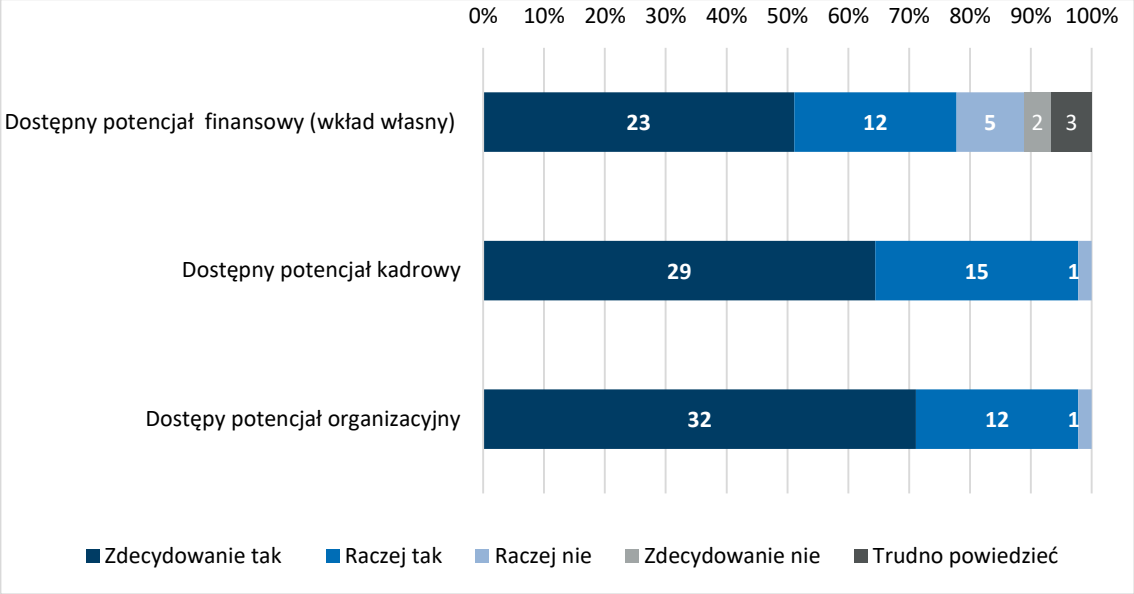
Uwzględniając jednak fakt, iż wsparcie konkursowe nie jest już przewidywane, zaś potencjalne projekty pozakonkursowe opisane w *Wykazie projektów zidentyfikowanych przez właściwą instytucję w ramach trybu pozakonkursowego* są liczne, ale relatywnie „małe" (niewielka wartość przedsięwzięć o dominujących charakterze zakupowym) - w nadchodzącym czasie to ta forma wsparcia wydatniej przyczyni się do osiągania docelowej wartości wskaźnika *Liczba wspartych podmiotów* (wraz z podwskaźnikami) - co też znalazło swój wyraz w opisanej metodologii liczenia wartości docelowych wskaźników.

Czy potencjalne projekty, które, w przypadku przyznania IX OP dodatkowej alokacji, mogłyby uzyskać wsparcie PO IiŚ 2014-2020, są wystarczająco dobrze przygotowane do wdrażania?

W sektorze zdrowia wcześniejsze przygotowywanie projektów w oczekiwaniu na możliwość uzyskania dofinansowania jest powszechną praktyką. W podmiotach leczniczych **wytworzył się pragmatyczny nawyk przygotowywania się do wdrażania projektów w następstwie ogłaszanych przez Ministra Zdrowia rozporządzeń nakładających na nie obowiązek spełnienia określonych, podwyższonych wymogów obowiązujących w Unii Europejskiej**. Za przykład mogą tu posłużyć projekty na budowę lądowisk przy SOR-ach zgodnych z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*, które w momencie ogłaszania naborów wniosków częstokroć były już bardzo zaawansowane, łącznie z przygotowaniem niezbędnej dokumentacji projektowej i podjęciem odpowiednich uchwał przez samorządy lokalne. W związku z tym można oczekiwać, że stopień przygotowania projektów w IX OP PO IiŚ okaże się wystarczający; jeżeli alokacja zostanie skierowana na finansowanie obszarów, co do których podmioty będą poinformowane o mającym nastąpić wprowadzeniu wymogu dostosowania podmiotów do obowiązujących standardów jakościowych i norm prawnych odpowiedni poziom przygotowania projektów jest prawie pewny. Oczywiście, na opisane zagadnienie można również spojrzeć z alternatywnego punktu widzenia. Tak, jak podmioty lecznicze poszukują źródeł finansowania inwestycji służących dostosowaniu ich do obowiązujących norm prawnych, tak również należy dostrzec, iż samo Ministerstwo Zdrowia - o ile jest to zgodne z priorytetami dokumentów strategicznych, programowych i w zakresie polityki zdrowotnej - uwzględnia potrzeby podmiotów leczniczych i w miarę możliwości stara się umożliwić ich finansowanie z FE. Tym samym, można mówić o procesie obustronnego, aktywnego reagowania na wyzwania i potrzeby rozwojowe.

Odpowiednie przygotowanie projektów do wdrażania potwierdziło się w odniesieniu do wnioskodawców, których projekty nie uzyskały dofinansowania. Zdecydowana większość wnioskodawców nieskutecznych, którzy wzięli udział w badaniu CATI zadeklarowała, że w przypadku przyznania IX OP dodatkowej alokacji, w wyniku której ich projekt mógłby uzyskać pozytywną decyzję o przyznaniu dofinansowania, nadal byliby w stanie zrealizować projekt. Poniższy wykres wskazuje, że ponad połowa z 45 przebadanych wnioskodawców nieskutecznych zdecydowanie dysponuje odpowiednim potencjałem finansowym tj. wkładem własnym (23 badanych), dostępnym potencjałem kadrowym (29 badanych) oraz potencjałem organizacyjnym (32 badanych).

Wykres 6. Czy w przypadku przyznania IX OP dodatkowej alokacji, w wyniku której Państwa projekt mógłby uzyskać pozytywną decyzję o przyznaniu dofinansowania, nadal byliby Państwo w stanie zrealizować projekt w oparciu o:



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI z wnioskodawcami nieskutecznymi, N=45

Stopień przygotowania projektów do wdrażania można też oceniać przez pryzmat percypowanych potrzeb sektora zdrowia. Beneficjenci pomimo, iż są świadomi obowiązywania zasady subsydiarności funduszy unijnych powszechnie zgłaszają chęć korzystania ze środków w większym zakresie i pozyskiwania ich na działania, które do tej pory nie były uwzględnione w IX OP PO IiŚ.

System ma potrzeby, na pewno. Ochrona zdrowia jest taką dziedziną gdzie postęp technologiczny jest dosyć duży z roku na rok tak naprawdę i to np., że 3 lata temu ktoś złożył projekt, który jest realizowany teraz nie oznacza, że za kolejne dwa lata nie pojawi się na rynku jakaś nowa funkcjonalność jakiegoś sprzętu czy też wręcz nowy sprzęt, jakaś nowa terapia, do użycia której będzie potrzeba dodatkowego, nowszego sprzętu. To z tego wynika. Nie wynika z tego, że potrzeby np. były źle oszacowane czy poziom finansowania przyznany osi zbyt niski. Nieustanny rozwój tego obszaru jest nieunikniony, on będzie następował a co za tym idzie będzie generował kolejne potrzeby inwestycyjne tych podmiotów.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Istotnym wymiarem przewidywań co do sprawności wdrożenia projektów, które byłyby finansowane z dodatkowej alokacji, są również przewidywania odnośnie jakości obsługi alokacji,

która zostanie zapewniona w Osi. IX OP PO IiŚ jest wyróżnia się *in plus* pod tym względem na tle innych OP PO IiŚ oraz innych programów.

(…) akurat „zdrowie" jest sektorem przyjaznym nam bardzo. My nie mamy ze zdrowiem tak jak z innymi sektorami problemów natury bieżącej. A te które się pojawiają, są szybko rozwiązywane. Może dlatego, że to jest małej skali sektor i że bardzo się pilnuje PO IiŚ. Chce kontynuowana wsparcia (…) Ale póki co jest i daje sobie radę dobrze.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Czy identyfikuje się jakiekolwiek ryzyka dla wykonania prognozowanych na podstawie zawartych umów o dofinansowanie wartości wskaźników programowych (np. realizacja wskaźników przez ograniczoną liczbę projektów)?

W czasie prowadzenia badania, poziom wrażania IX OP PO IiŚ był tak zaawansowany, że ryzyko dla osiągnięcia wartości wskaźników można określić jako niewystępujące.

(…) przede wszystkim mogę powiedzieć, że nie ma zagrożenia, jeśli chodzi o szacowaną wartość wskaźników, jakie zostaną osiągnięte w odniesieniu do zawartych umów o dofinansowanie w kontekście do wartości docelowej w 2023. Że nie będzie na pewno problemu z wskaźnikiem, „liczba leczonych". I to zarówno w regionie słabiej, jak i lepiej rozwiniętym. Drugim takim wskaźnikiem, to też o tym wspomniałem, są nakłady na zakup aparatury medycznej. Ten wskaźnik, wydaje się, że również będzie… można powiedzieć, że będzie bez problemu osiągnięty. Jeżeli chodzi o pozostałe wskaźniki, to ich wdrażanie… ich osiągnięcie również nie powinno być zagrożone.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Teraz najbardziej się martwimy, jeżeli chodzi o te wskaźniki na 2018 rok, to wskaźniki finansowe. Ale to też nie można uznać za zmartwienie, bo wiem, że w innych sektorach to zmartwienie ma dużo większe podstawy. (…)

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Stwierdzono natomiast występowanie ryzyka dla realizacji projektów w ramach IX OP PO IiŚ wynikającego ze wzrostu cen robót budowlanych na przestrzeni ostatnich lat. Monitoring cen materiałów budowlanych oraz badania opinii przedsiębiorców wskazują na bardzo znaczący wzrost cen w tym sektorze. Badania GUS nie potwierdzają skali zjawiska, natomiast należy wziąć pod uwagę, że metodologia badań GUS zakłada, że przedsiębiorcy są pytani o ceny robót zapisane w już zawartych kontraktach (czasami wieloletnich), a nie faktyczne koszty. Zarówno beneficjenci IX OP PO IiŚ, jak i przedstawiciele IP oraz IZ wskazali rosnące koszty robót budowlanych oraz sytuację na rynku budowlanym jako istotny czynnik utrudniający wdrażanie projektów. Powszechnym doświadczeniem wdrażających projekty zakładające budowę i przebudowę obiektów lub prace remontowe jest brak ofert składanych w odpowiedzi na ogłaszane przetargi; przetargi muszą być powtarzane dwu- lub nawet trzykrotnie. Nikogo już również nie dziwi sytuacja, w której najtańsza ze złożonych ofert przekracza kwotę przeznaczoną na wykonanie zadania. Zgodnie z obowiązującymi zasadami jeżeli wyższego kosztu prac budowlanych nie da się sfinansować z oszczędności w innych pozycjach budżetowych projektu, to dodatkowe środki beneficjant musi zapewnić we własnym zakresie[10].

[10] Por. zapisy wzoru dokumentu: Umowy o dofinansowanie dla sektora zdrowia ogólnej: „Wydatki wykraczające poza maksymalną kwotę wydatków kwalifikowalnych, określoną w ust. 2, w tym wydatki wynikające ze wzrostu kosztu całkowitego realizacji Projektu po zawarciu Umowy, są ponoszone przez Beneficjenta i są wydatkami niekwalifikowalnymi. 4. Beneficjent jest zobowiązany do zapewnienia sfinansowania wszelkich wydatków niekwalifikowalnych niezbędnych dla realizacji Projektu w pełnym zakresie".

Wspólne ryzyko, które jest identyfikowane, ale to niezależnie od typu projektu, to jest wzrost na przestrzeni ostatnich miesięcy czy też lat, wzrost kosztów robót budowlanych. Sytuacja na rynku robót budowlanych spowodowała, że np. beneficjenci kilkukrotnie muszą ogłaszać przetargi, bo np. oferta złożona w ramach przetargu przekracza kwotę, która została przewidziana w ramach budżetu projektu.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

„(…) »problem«, oczywiście w dużym cudzysłowie, to jest sytuacja na rynku robót budowlanych, która determinuje z jednej strony terminowość realizacji projektu, bo wiadomo, że jeśli ktoś ogłasza przetarg dwu-, trzykrotnie to wtedy to nie pozostaje bez wpływu na harmonogram zakładany realizacji projektu. One z reguły będą musiały być wydłużane, a trudno winić beneficjentów za oszacowanie ryzyka w tym zakresie, bo to nie są jakieś incydentalne sytuacje tylko to już jest taka sytuacja normalna na tym rynku, tendencja we wszystkich sektorach, we wszystkich branżach i myślę we wszystkich projektach realizowanych czy to w tej Osi czy w innej, a to niesie ze sobą też skrajne zagrożenie niezrealizowania projektu np. Jeżeli ktoś ogłosi kilka przetargów i ciągle tę cenę będzie uzyskiwał wysoką i nie będzie miał możliwości, bo zgodnie z umową o dofinansowanie beneficjent jest zobowiązany do pokrycia wszystkich wydatków poza dofinansowaniem ze środków własnych, ale w skrajnych przypadkach może być tak, że te podmioty nie będą miały możliwości żeby np. zapewnić te różnice z własnych budżetów to wówczas skrajnie to może prowadzić do tego, że jakieś rozwiązania umowy mogą być o dofinansowanie z tego powodu”

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Pomimo percepcji rosnących kosztów prac budowlanych jako istotnego utrudnienia w realizacji projektów z komponentami remontowo-budowlanymi nie stwierdzamy wpływu tego czynnika na osiągnięcie zakładanych wartości wskaźników. Problemy z tym związane są na ogół rozwiązywane na poziomie poszczególnych projektów i nie przekładają się na wskaźniki założone dla Osi.

O ile w samym pytaniu badawczym mowa jest o osiągnięciu wartości docelowych wskaźników zakładanych w Programie - w przypadku których, z uwagi na zaawansowanie we wdrażaniu IX OP PO IiŚ, nie ma większego zagrożenia - o tyle dodatkowo zdecydowano się zmapować czynniki generalnie wpływające na realizację projektów i osiągane w nich wskaźniki (nawet, jeśli nie stanowi to obszaru ryzyka dla wdrażania IX OP PO IiŚ).

Tabela 15. Mapa ryzyka. Potencjalne obszary ryzyka nieosiągnięcia zakładanych wartości wskaźników strategicznych, ram strategicznych i typu output i prawdopodobieństwo ich wystąpienia

WAGA RYZYKA	PRAWDOPODOBIEŃSTWO WYSTĄPIENIA 1	2	3	4	5
5				• Zwiększenie cen materiałów i usług na rynku budowlanym • Opóźnienia prac budowlanych, a co za tym idzie, realizacji harmonogramu projektu, wynikające z nierozstrzygnięcia przetargów	
4		• Opóźnienia realizacji projektów z uwagi na stosunkowo późne rozpoczęcie wdrażania IX OP PO IiŚ z uwagi na konieczność stworzenia Map potrzeb zdrowotnych	• Rozwiązanie zbyt wielu umów o dofinansowanie na późnym etapie realizacji Programu • Przeszacowanie wartości docelowych wskaźników na etapie tworzenia Programu • Przeszacowanie wartości docelowych wskaźników przez beneficjentów na etapie składania wniosku o dofinansowanie		

3		• Raportowanie wskaźnika *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem* bezpośrednio po zakończeniu projektu, a nie rok po jego zakończeniu, co wynika z niedoinformowania beneficjentów o metodologii obliczania wskaźnika	• Brak zrozumienia przez beneficjentów, w jaki sposób powinni obliczać i raportować osiągnięte wartości wskaźników • Niski potencjał organizacyjny beneficjenta do terminowego i skutecznego wdrożenia projektu		
2		• Niedoskonałości systemu informatycznego			
1			• Niedopatrzenia, omyłki podczas raportowania osiągniętych wartości wskaźników przez beneficjentów		

Źródło: opracowanie własne.

Jakie potencjalne zagrożenia dla skuteczności wdrażania IX OP można zidentyfikować w związku z BREXIT-em i ryzykiem skrócenia perspektywy finansowej (w szczególności w odniesieniu do zobowiązań wskaźnikowych PO IiŚ 2014-2020 oraz zobowiązań wynikających z zawartych umów o dofinansowanie projektów)? Jakie działania zaleca się instytucjom PO IiŚ, celem ograniczenia potencjalnych ryzyk w tym zakresie?

W badaniu nie zidentyfikowano istotnego zagrożenia dla realizacji IX OP PO IiŚ, którego źródłem byłby BREXIT. Negatywny wpływ BREXIT-u może, lecz nie musi, ujawnić się: jest to uzależnione od tego, według jakiego scenariusza będzie przebiegało wystąpienie Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej. Jeżeli zrealizuje się negatywy scenariusz, niosący zagrożenia dla skuteczności wdrażania interwencji współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w Polsce, najbardziej wyeksponowane na to ryzyko będą osie priorytetowe RPO i programów operacyjnych wdrażanych na szczeblu centralnym, których wdrażanie będzie najmniej zaawansowane. **Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania wdrażania IX OP PO IiŚ ryzyko negatywnych konsekwencji BREXITU należy ocenić jako niskie.**

„Brexit" niesie ze sobą takie ryzyko, że beneficjent, który zrealizuje w miarę późno projekt, w przypadku gdyby się ziściły jakieś negatywne jego skutki może potencjalnie nie otrzymać zapłaty za to co zrobił w projekcie. Natomiast my nie mamy projektów, które wychodzą głęboko poza dwudziesty rok. Raczej znakomita większość projektów się koncentruje w osiemnastym, dziewiętnastym. W dwudziestym to już jakieś pojedyncze przypadki, więc tutaj nie identyfikuję póki co za bardzo ryzyka w tym zakresie. Z punktu widzenia instytucji oczywiście jest to jakaś obawa, która spędza sen z powiek wszystkim instytucjom, natomiast jedyne determinowane może być im późniejszy okres realizacji projektu tym większe ryzyko, bo kontraktacja środków nie daje nam tego spokoju i gwarancji refundacji poniesionych środków na okoliczność, o której rozmawiamy.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Ekspozycja IX OP PO IiŚ na omawiane ryzyko może wzrosnąć pod warunkiem przyznania Osi dodatkowej alokacji z rezerwy wykonania (np. z puli krajowej) oraz realizacji projektów w jej ramach w terminach bliskich granicznym dla trwającej perspektywy finansowej. Nadal jednak trzeba podkreślić, iż wskazane zagrożenie - oraz obawy sformułowane w powyższym cytacie - wydają się skrajnie mało prawdopodobne. Wielkość środków finansowych dostępnych w ramach polityki spójności na lata 2014-2020, w tym samego PO IiŚ, została określona w Umowie Partnerstwa, przyjętej w dniu 23 maja 2014 r. Nawet uruchomienie środków z krajowej puli rezerwy wykonania odbywa się w ramach środków niejako „przynależnych" już Polsce i nie wymaga nowych płatności do systemu Polityki Spójności ponoszonych przez Wielką Brytanię. **Jeśli BREXIT miałby mieć jakieś poważniejsze reperkusje, to co najwyżej mogą mieć one charakter pośredni** (np. powrót do kraju lekarzy, pielęgniarek i ratowników z emigracji w Wielkiej Brytanii), które przełożą się na jakość/tempo realizacji projektów czy ich koszty

(np. powrót robotników fizycznych do Polski, a następnie zwrotne zmniejszenie kosztów prac budowalnych).

Podsumowanie

Symulacja możliwych do uzyskania wartości docelowych wskaźników rezultatu strategicznego określonych w Programie dla PI 9a wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo osiągnięcia wartości docelowych tych wskaźników, jednakowoż z zastrzeżeniem, że pozostając w znacznej mierze poza wpływem działań IZ i IP IX OP PO IiŚ 2014-2020 należy liczyć się z możliwością wystąpienia kilkuprocentowych odchyleń od prognozowanych wartości. Podobne zastrzeżenia można zgłosić w odniesieniu do prognoz osiągnięcia wskaźników rzeczowych ram wykonania oraz wskaźników typu output (produktu/rezultatu bezpośredniego) na 2018 rok.

W przypadku wartości docelowych dla określonych w Programie wskaźników typu output prognozy przeprowadzone w ramach badania ewaluacyjnego wskazują na brak istotnego ryzyka nieosiągnięcia zakładanych wartości docelowych dla tych wskaźników.

Postęp realizacji celów pośrednich przebiega zasadniczo zgodnie z założeniami, przy czym nieznaczna prawdopodobna skala odstępstw w ich realizacji na koniec 2018 roku wskazuje na wysoki stopień ich dopasowania do faktycznego postępu w realizacji celów. Z większymi rozbieżnościami należy liczyć się w przypadku wartości prognozowanych na 2023 rok, co jednak można tłumaczyć różnicami w metodologii szacowania wskaźników.

Skuteczniejsza interwencja wymaga silniejszego wspierania projektów łączących działania typowo infrastrukturalne ze wsparciem rozwoju kompetencji personelu medycznego. Najistotniejszym obszarem ryzyk dla realizacji projektów w ramach IX OP PO IiŚ jest wzrost cen robót budowlanych, co jednak w ocenie ewaluatorów nie powinno przekładać się negatywnie na osiągnięcie zakładanych wartości wskaźników. Podobnie negatywne konsekwencje BREXIT'u należy ocenić jako niskie.

3.4. Wkład IX OP PO IiŚ 2014-2020 w realizację celów Strategii Europa 2020

W jaki sposób projekty wspierane w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczyniają się do realizacji priorytetów rozwojowych określonych w unijnych i krajowych dokumentach strategicznych (Strategia Europa 2020, CSR dla Polski, UP, PP, SOR)?

Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu (zwana dalej *Strategią Europa 2020*) przyjęta w 2010 roku określa ramy strategiczne dla zatrudnienia i wzrostu gospodarczego do osiągnięcia przez Unię Europejską w perspektywie 2020 roku. Nacisk został w niej położony na inteligentny, trwały i sprzyjający włączeniu społecznemu wzrost gospodarczy jako sposób na przezwyciężenie słabości strukturalnych w gospodarce europejskiej, poprawę jej konkurencyjności i wydajności, a także wzmocnienie zrównoważonej społecznej gospodarki rynkowej. *Strategia* koncentruje się na 5 zagadnieniach: (1) zatrudnieniu, (2) badaniach i rozwoju, (3) zmianach klimatycznych i energii, (4) edukacji oraz (5) ubóstwie i wykluczeniu społecznemu. Powyższe zagadnienia zostały ujęte w następujące cele nadrzędne:

- wzrost wskaźnika zatrudnienia osób w przedziale wiekowym 20-64 lata do poziomu 75%;
- przeznaczanie 3% PKB UE na inwestycje w badania i rozwój (B+R);
- zmniejszenie emisji gazów cieplarnianych o 20% w porównaniu z 1990 r.;
- zwiększenie do 20% udziału energii odnawialnej w ogólnym zużyciu energii;
- zwiększenie efektywności energetycznej o 20%;

- podniesienie poziomu wykształcenia poprzez zmniejszenie odsetka osób zbyt wcześnie kończących naukę do poniżej 10%;
- zwiększenie, do co najmniej 40%, odsetka osób w wieku 30−34 lat z wykształceniem wyższym lub równoważnym;
- zmniejszenie ubóstwa poprzez wydźwignięcie co najmniej 20 mln osób z ubóstwa lub wykluczenia społecznego.

Dane przedstawione w Tabeli 1 pokazują, że cele nadrzędne *Strategii Europa 2020* nie zostały jeszcze w większości osiągnięte (za wyjątkiem celu związanego z emisją gazów cieplarnianych). Wkład Polski w realizację wytyczonych celów jest największy w przypadku celu związanego ze zwiększeniem odsetka osób w wieku 30-34 lata posiadających wykształcenie wyższe lub równoważne, gdzie wskaźnik dla UE na poziomie 40%, w przypadku Polski wyniósł 44,6% w 2016 roku. Należy jednocześnie podkreślić znaczny postęp w zbliżeniu się do wyznaczonych celów, przy czym dynamika zachodzących zmian jest na ogół wyższa w przypadku Polski niż UE-28.

Tabela 16. Dynamika zmian wskaźników realizacji *Strategii Europa 2020*

Nazwa wskaźnika	Polska			UE-28		
	2010	2016	Zmiana (%)	2010	2016	Zmiana (%)
Wskaźnik zatrudnienia osób w przedziale wiekowym 20-64 lata (w %)	64,3	69,3	+7,8	68,6	71,0	+3,5
Nakłady na działalność badawczą i rozwojową (B+R) (w % PKB)	0,72	0,97	+34,7	1,93	2,03	+5,2
Emisja gazów cieplarnianych (1990 = 100)	87,17	82,76	-5,1	85,89	77,88	-9,3
Udział energii ze źródeł odnawialnych w końcowym zużyciu energii brutto	9,3	11,8*	+26,9	12,9	16,7*	+29,5
Zużycie energii pierwotnej (w kgoe na 1000 EUR)	278,3	227,3*	-18,3	137,6	120,4*	-12,5

Młodzież niekontynuująca nauki (w %)	5,4	5,2	-3,7	13,9	10,7	-23,0
Osoby w wieku 30-34 lata posiadające wykształcenie wyższe (w %)	34,8	44,6	+28,2	33,8	39,1	+15,7
Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (w %)	27,8	21,9	-21,2	23,7	23,5	-0,8

*Dane dotyczą 2015 roku

Źródło: na podstawie danych zamieszczonych na stronie http://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/porownania-miedzynarodowe/tablice-o-krajach-wedlug-tematow/wskazniki-monitorujace-europa-2020/

Trudno jednoznacznie ocenić, na ile realizacja projektów wspieranych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 przełożyła się na realizację celów *Strategii Europa 2020*. W ocenie tego wpływu zespół ewaluacyjny posłużył się opiniami zarówno przedstawicieli instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ 2014-2020, jak i ekspertów dziedzinowych uczestniczących w warsztacie poświęconym oszacowaniu charakteru i siły tego wpływu.

Respondenci wywiadów IDI podzielają pogląd, że wpływ projektów jest raczej pośredni, a przemawiającą za nim argumentację obrazuje poniższa wypowiedź:

Jeśli nie bezpośredni, to pośredni. Ale jakby poprawa infrastruktury zdrowotnej ma na celu wpływanie na lepsze zdrowie społeczeństwa. Lepsze zdrowie społeczeństwa poprawia siłę gospodarki, i właśnie tutaj wskaźnik zatrudnienia. To wszystko jest systemem naczyń połączonych i na pierwszy rzut oka można nawet sobie nie zdawać sprawy, że poprawa infrastruktury zdrowotnej ma na przykład na ten pierwszy, lepszy wskaźnik zatrudnienia osób, bo jakie ma to znaczenie w kontekście wybudowania jakiegoś nowego oddziału, albo wyposażenia go w nowoczesny? Jednak kiedy się już zejdzie na ten poziom ludzki, określonego pacjenta, który otrzymuje pomoc fachową, nowoczesną, ma szansę na szybsze dojście, albo dojście w ogóle do pełnego zdrowia, to ten wskaźnik zatrudnienia, tak samo rośnie. Nakłady na rozwój i biznes? Tak samo.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

W nieco inny sposób tę zależność przedstawia poniższe stwierdzenie innego z respondentów:

> *[…] interwencja czy nasze wspieranie projektów zdrowotnych, infrastrukturalnych, w zakresie zdrowia, nie ma bezpośredniego przełożenia. Ma co najwyżej pośrednie przełożenie na cele strategii Europa 2020. I wskaźniki. Nawet patrzę na wskaźnik, na wzrost wskaźnika zatrudniania osób w przedziale wiekowym. To wiadomo, że jeśli osoby w tym przedziale wiekowym będą, spowodujemy, żeby mniej chorowały, a jeśli już, to, żeby były objęte fachową opieką lekarską i szybciej odnajdywały się potem po chorobie na rynku pracy. […] Chcemy, żeby te osoby były długo aktywne na rynku pracy, nie generowały obciążeń systemu opieki społecznej. I żeby jak zachorują, żeby szybko powróciły na rynek pracy. Jeśli te osoby będą miały fachowca, dobrą opiekę lekarską, to szybciej będą aktywne zawodowo.*

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Jedną z metoda badawczych, której zastosowanie było brane pod uwagę w procesie oceny wpływu IX OP PO na realizację celów *Strategii Europa 2020* było modelowanie ekonometryczne.

W tym celu, dla każdego z pięciu celów *SE2020* planowano stworzenie osobnego modelu ekonometrycznego, w którym zmiennymi objaśniającymi miały być zidentyfikowane w poprzednich etapach działania/typy projektów IX OP PO oraz (w celu uniknięcia niedoprecyzowania modelu, ang. *ommitted variable bias*) zmienne objaśniające cel SE2020 wyłonione na podstawie przeglądu literatury naukowej, jak i branżowej. Parametry modelu planowano oszacować za pomocą Metody Najmniejszych Kwadratów z testami reszt na obecność autokorelacji (testem Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test), obecność heteroskedastyczności (test White'a), normalny rozkład (test Jarque-Bera), obecność pierwiastka jednostkowego oraz na korelację reszt ze zmiennymi objaśniającymi (współczynnik korelacji liniowej Pearsona). W razie powstania problemów, planowano zastosowanie korekta Newey-West (Leblang i Mukherjee 2005[11], Chen i Rogoff 2003[12], Wooldridge 2014[13]). Głównym ryzykiem zastosowania opisanego narzędzia badawczego była obecność danych.

Po analizie dostępnych źródeł danych (np. baza Eurostat[14]) dla zmiennej zależnej, tj. poszczególnych celów *SE2020*, na podstawie dostępności danych dla zmiennej zależnej

[11] Lebland, D., Mukherjee, B. (2005) „Government Partisanship, Elections, and the Stock Market: Examining American and British Stock Returns, 1930–2000", American Journal of Political Science, Vol. 49, 780-802.

[12] Chen, Y., Rogoff, K. (2003) „Commodity currencies", Journal of International Economics, Vol. 60, 130-160

[13] Wooldridge, J.M. (2014) „Introduction to Econometrics", CENGAGE Learing, UK.

[14] Zaczynając od bazy danych zaiwerającej kluczowe statsytyki dla SE2020: Eurostat (2018) „Main tables" https://ec.europa.eu/eurostat/web/europe-2020-indicators/europe-2020-strategy/main-tables

założono możliwość wykonania modelowania ekonometrycznego dla niektórych zmiennych zależnych. Dla przykładu, dla celu „Wzrost wskaźnika zatrudniania osób w przedziale wiekowym 20-64 lata do poziomu 75%" zidentyfikowano zmienną „Employment rate of the age group 20-64 by NUTS 2 regions" z bardzo wysoką liczbą obserwacji (n = 176)[15]. Niestety, dla zmiennych związanych ze wskaźnikiem zagrożenia ubóstwem, nie można było znaleźć odpowiedniej liczby obserwacji. Dla przykładu, dla celu „Zmniejszenie ubóstwa poprzez wydźwignięcie co najmniej 20 mln osób z ubóstwa lub wykluczenia społecznego", a dokładnie dla wskaźnika „Wskaźnik bardzo niskiej intensywności pracy w gospodarstwie domowym" zidentyfikowano zmienną „People living in households with very low work intensity by NUTS 2 regions (population aged 0 to 59 years)", ale dane były dostępne tylko po makroregionach (Centralny, Południowy, Wschodni, Północno-Zachodni, Południowo-Zachodni oraz Północny), co (przy danych tylko za lata 2012-2016) dało 30 obserwacji[16]. Przy tak małej liczbie obserwacji, nieodpowiedzialnym byłoby oszacowanie parametrów modelu, w skład którego wchodziłaby możliwie duża liczba zmiennych objaśniających[17]. Niemożliwe było również zastosowanie heterogenicznych narzędzi badawczych do analizowanych poszczególnych celów *SE2020*, ponieważ różnorodność narzędzi badawczych uniemożliwiłaby bezpośrednią porównywalność wyników pomiędzy ww. celami.

Dogłębniej ocenie wpływu interwencji na cele *Strategii Europa 2020* przyjrzeli się eksperci uczestniczący w warsztacie przeprowadzonym w ramach niniejszej ewaluacji. Bliższa analiza pozwoliła zbadać ten wpływ w zależności od typu działania, a rezultatem podjętej pracy jest konkluzja o pozytywnym wpływie różnych typów działań realizowanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 na realizację celów *Strategii Europa 2020*, zarówno w przypadku Działania 9.1 jak i Działania 9.2 (Tabela 17).

Bezpośredni wpływ projektów realizowanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 uwidacznia się przede wszystkim w obszarze zatrudnienia i edukacji, gdzie wprost prowadzi do realizacji celów *Strategii 2020*. W przypadku pozostałych obszarów objętych *Strategią 2020* jest on pośredni. Dla przykładu, w obszarze badań i rozwoju lepsze wyposażenie placówek medycznych objętych wsparciem w nowoczesny sprzęt stwarza możliwość prowadzenia zaawansowanych prac badawczo-rozwojowych i w ten sposób może przyczyniać się do realizacji wyznaczonego

[15] Eurostat (2018) „Employment rate of the age group 20-64 by NUTS 2 regions" https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tgs00102

[16] Eurostat (2018) „People living in households with very low work intensity by NUTS 2 regions (population aged 0 to 59 years)" https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tgs00108

[17] Odnośnie do wymaganej liczby obserwacji istnieje idea „im więcej, tym lepiej" (Gruszczyński i inni, 2009, s. 27; Field, 2009, s. 222), należy mieć na uwadze, że liczba stopni swobody (tj. liczba obserwacji pomniejszona o liczbę szacowanych parametrów) powinna być większa od 30 (np. Gruszczyński i inni, 2009), chociaż istnieją inne „rules of thumb" (np. Mooi i Sarstedt, 2011; Field, 2009). Gruszczyński, M., Kuszewski, T,. Podgórska, M., (2009) „Ekonometria i badania operacyjne. Podręcznik dla studiow licencjackich", Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa; Field, A., (2009) „Discovering Statistics using SPPS", SAGE Publications; Mooi, E., Sarstedt, M., (2011) „A Concise Guide to Market Research. The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics", Springer Berlin Heidelberg.

w *Strategii* celu. Z kolei w obszarze ubóstwa i wykluczenia społecznego lepsza i szybsza opieka medyczna we wspartych placówkach może prowadzić do utrzymania w zasobie siły roboczej osób hospitalizowanych, które bez tej pomocy narażałaby się na większe ryzyko utraty pracy, a tym samym wpadnięcia w ubóstwo i dotknięcia wykluczeniem społecznym.

Wpływ o dużej sile został zdiagnozowany w obszarze zmian klimatycznych i energii, w obszarze zatrudnienia (choć w tym przypadku jedynie w odniesieniu do pacjentów) oraz w obszarze edukacji (w odniesieniu do pracowników). W pozostałych obszarach objętych *Strategią 2020* siła wpływu projektów jest oceniana jako co najwyżej średnia (w obszarze edukacji w odniesieniu do pacjentów oraz w obszarze badań i rozwoju w przypadku Działania 9.2).

Tabela 17. Wpływ projektów wspieranych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 na realizację priorytetów rozwojowych Strategii Europa 2020 określony w ramach warsztatu eksperckiego

Nr i nazwa Działania	Typ projektów	Cel Strategii Europa 2020	Kierunek wpływu	Rodzaj wpływu	Siła wpływu
Działanie 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego	1. Wsparcie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii. 2. Utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii. 3. Modernizacja istniejących centrów urazowych. 4. Utworzenie nowych centrów urazowych. 5. Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla	Zatrudnienie - 75% osób w wieku 20–64 lat powinno mieć pracę	pozytywny ↑	bezpośredni	bardzo wysoka w odniesieniu do pacjentów bardzo niska w odniesieniu do pracowników
		Badania i rozwój - na inwestycje w badania i rozwój należy przeznaczać 3% PKB UE	pozytywny ↑	pośredni	niska
		Zmiany klimatyczne i energia - obniżenie emisji gazów cieplarnianych o 20% w porównaniu z rokiem 1990 - 20% energii powinno pochodzić ze źródeł odnawialnych - efektywność energetyczna powinna wzrosnąć o 20%	pozytywny ↑	pośredni	bardzo wysoka

	ratownictwa medycznego. 6. Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy.	Edukacja - obniżenie odsetka osób wcześnie kończących naukę do poziomu poniżej 10% - co najmniej 40% osób w wieku 30–34 lata powinno posiadać wyższe wykształcenie	pozytywny ↑	bezpośredni	w odniesieniu do pacjentów – średnia; w odniesieniu do pracowników - wysoka
		Ubóstwo i wykluczenie społeczne - zmniejszenie o co najmniej 20 mln liczby osób żyjących w ubóstwie i dotkniętych wykluczeniem społecznym lub mogących się znaleźć w takiej sytuacji	pozytywny ↑	pośredni	niska
Działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych	1. 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. 2. Wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów	Zatrudnienie - 75% osób w wieku 20–64 lat powinno mieć pracę	w przypadku pacjentów - pozytywny ↑; w przypadku pracowników - brak zauważalnego wpływu →	w przypadku pacjentów - bezpośredni	w przypadku pacjentów - bardzo niska
		Badania i rozwój - na inwestycje w badania i rozwój należy przeznaczać 3% PKB UE	Pozytywny ↑	pośredni	średnia
		Zmiany klimatyczne i energia - obniżenie emisji gazów cieplarnianych o 20% w porównaniu z rokiem 1990 - 20% energii powinno pochodzić ze źródeł odnawialnych - efektywność energetyczna	Pozytywny ↑	pośredni	potencjalnie bardzo wysoka

	zajmujących się leczeniem dzieci.	powinna wzrosnąć o 20%			
	3. Wsparcie pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z jednostkami wymienionymi w pkt 1 lub 2.	Edukacja - obniżenie odsetka osób wcześnie kończących naukę do poziomu poniżej 10% - co najmniej 40% osób w wieku 30–34 lata powinno posiadać wyższe wykształcenie	Pozytywny ↑	bezpośredni	w odniesieniu do pacjentów – średnia w odniesieniu do pracowników - wysoka
		Ubóstwo i wykluczenie społeczne - zmniejszenie o co najmniej 20 mln liczby osób żyjących w ubóstwie i dotkniętych wykluczeniem społecznym lub mogących się znaleźć w takiej sytuacji	Pozytywny ↑	pośredni	niska

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników warsztatu badawczego i oceny eksperckiej zespołu ewaluacyjnego.

Przy przeprowadzaniu oceny wpływu projektów realizowanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 na cele *Strategii Europa 2020* należy mieć na uwadze kwestię demarkacji i fakt, że wiele działań o zbliżonym charakterze, które być może w szerszym zakresie i z większą intensywnością przyczyniają się do realizacji celów Strategii, jest prowadzonych na poziomie regionalnym.

Inne unijne i krajowe dokumenty o charakterze strategicznym, w tym *Country-Specific Recommendations dla Polski*, *Umowa Partnerstwa*, *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020* oraz Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju bezpośrednio nawiązują do Strategii 2020 i są z nią w wysokim stopniu spójne, co sprawia, że cele zawarte w tych dokumentach w sposób analogiczny, jak to ma miejsce w przypadku *Strategii Europa 2020*, poddają się wpływowi interwencji realizowanej w ramach IX OP PO IiŚ.

Jaka jest skala nakładów IX OP i osiąganych dzięki nim rezultatów na rzecz realizacji priorytetów rozwojowych Unii określonych w Strategii Europa 2020 oraz dotyczących PO IiŚ 2014-2020 zapisów dostępnych dokumentów stanowiących jej kontynuację?

Ocena stopnia powiązania nakładów ponoszonych w związku z realizacją projektów IX OP PO IiŚ 2014-2020 a priorytetami rozwojowymi UE zapisanymi w *Strategii Europa 2020* oraz nawiązujących do niej krajowych i unijnych dokumentów o charakterze strategicznym wymaga

oceny, na ile (czy?) te projekty wraz z przypisanymi do nich wskaźnikami rezultatu wspierają realizację celów określonych w Strategii Europa 2020.

Poniższa Tabela 18 przedstawia relacje wyznaczonych wskaźników rezultatu do celów zapisanych w Strategii Europa 2020.

Tabela 18. Relacje wyznaczonych wskaźników rezultatu do celów zapisanych w Strategii Europa 2020

Wskaźnik rezultatu	Cel Strategii Europa 2020	Ocena relacji wraz z uzasadnieniem
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	Zatrudnienie - 75% osób w wieku 20–64 lat powinno mieć pracę	Bezpośrednia, pozytywna Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywności systemu ratownictwa medycznego wpływa (1) na utrzymanie w zasobach siły roboczej osób w wieku produkcyjnym wymagających interwencji medycznej zapewnianej przed podmioty, które uzyskały wsparcie w ramach projektów IX OP PO IiŚ 2014-2020, (2) skrócenie czasu powrotu do zdrowia i wznowienie aktywności zawodowej tych osób.
Liczba nowo utworzonych miejsc pracy	Zatrudnienie - 75% osób w wieku 20–64 lat powinno mieć pracę	Bezpośrednia, pozytywna Nowo tworzone miejsca pracy mogą powiększać zasób siły roboczej na rynku, jednakże należy się spodziewać, że ogólna skala przyrostu będzie zapewne marginalna z uwagi na fakt, że nowe miejsca pracy są najczęściej kompensowane likwidacją miejsc pracy w innych placówkach.
Wzrost zatrudnienia kobiet we wspieranych podmiotach (innych niż przedsiębiorstwa)	Zatrudnienie - 75% osób w wieku 20–64 lat powinno mieć pracę	Bezpośrednia, pozytywna Nowo tworzone miejsca pracy mogą podnosić wskaźnik zatrudnialności kobiet, jednakże należy się spodziewać, że ogólna skala przyrostu będzie zapewne marginalna z uwagi na fakt, że wzrost zatrudnienia kobiet w jednej placówce będzie najczęściej powiązany ze spadkiem poziomu ich zatrudnienia w innych placówkach.

Źródło: opracowanie własne

Z uwagi na fakt, iż każdy projekt uzyskujący finansowanie w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 wyznacza jeden z powyższych rezultatów, można przyjąć, że projekty osiągające choć

w minimalnym stopniu te rezultaty przyczyniają się do urzeczywistnienia priorytetów rozwojowych Unii określonych w Strategii Europa 2020, a nakłady ponoszone na realizację takich projektów można przypisać uzyskiwanym rezultatom.

Z uwagi na fakt, iż miejsca pracy w podmiotach objętych wsparciem tworzone są lub będą najczęściej kosztem ich utraty w innych placówkach, co oznacza, iż w ujęciu globalnym (na poziomie kraju) nie należy oczekiwać znaczących przyrostów zatrudnienia, najsilniejszy, bezpośrednio pozytywny wkład w realizację priorytetów rozwojowych sformułowanych w unijnej Strategii Europa 2020 mają te projekty, które oferują najwyższe wartości wskaźnika rezultatu określającego liczbę leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem. Ocena ta powinna jednocześnie uwzględniać efektywność kosztową finansowanych przedsięwzięć. Na obecnym etapie (w trakcie realizacji projektów) nie jest jednakże możliwe określenie efektywności kosztowej projektów w odniesieniu do wskazanego wskaźnika rezultatu.

Które z rezultatów IX OP PO IiŚ 2014-2020 stanowią najlepsze przykłady ilustrujące wkład w realizację priorytetów rozwojowych sformułowanych w szczególności w unijnej strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu?

Rezultaty IX OP PO IiŚ 2014-2020 uzyskiwane są – jak wspomniano powyżej – głównie w zakresie wskaźnika „liczby leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem". Ten wskaźnik pozostaje w ścisłym, bezpośrednim związku z priorytetami rozwojowym UE, jakimi są zatrudnienie i edukacja. Objęcie leczeniem pacjentów w podmiotach leczniczych uzyskujących wsparcie zwiększa ich szanse na utrzymanie zatrudnienia lub szybki powrót do procesu edukacji. Jednocześnie, w sposób pośredni ogranicza ryzyko wpadnięcia w ubóstwo i objęcie wykluczeniem społecznym, których redukcja jest jednym z celów *Strategii 2020*.

Jaka jest wartość dodana uzyskiwana przez Polskę i Unię Europejską dzięki wdrażaniu interwencji podejmowanej w ramach IX OP PO IiŚ?

Innym zagadnieniem, którego uwzględnienie w ocenie mid-term jest rekomendowane na mocy zaleceń MIiR, jest wartość dodana. Na poziomie krajowym jest ona rozpatrywana[18] jako dodatkowe rezultaty, inne niż rezultaty osiągane w ramach dotychczasowych działań realizowanych bez wsparcia PO IiŚ, których nie dałoby się osiągnąć bez pozyskanego dofinansowania. **Wartość dodana bywa traktowana jako wartość dodatkowa w stosunku do wartości wytworzonej samodzielnie poprzez działania poszczególnych państw.** Może ona wynikać z różnych czynników, np. korzyści związanych z koordynacją, pewności prawnej, większej skuteczności i komplementarności. Innym zagadnieniem, którego uwzględnienie w ocenie mid-term jest rekomendowane na mocy zaleceń MIiR, jest wartość dodana. Na poziomie krajowym jest ona rozpatrywana[19] jako dodatkowe rezultaty, inne niż rezultaty osiągane w ramach dotychczasowych działań realizowanych bez wsparcia PO IiŚ, których nie

[18] Definicja przyjęta przez Ewaluatora.

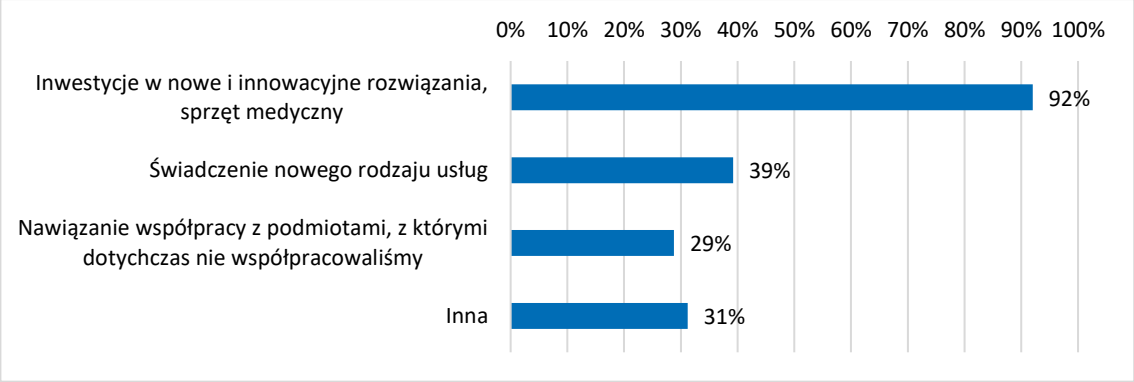
[19] Definicja przyjęta przez Ewaluatora.

dałoby się osiągnąć bez pozyskanego dofinansowania. Na poziomie europejskim **wartość dodana jest traktowana jako wartość dodatkowa w stosunku do wartości wytworzonej samodzielnie poprzez działania poszczególnych państw.** Może ona wynikać z różnych czynników, np. korzyści związanych z koordynacją, pewności prawnej, większej skuteczności i komplementarności. Odzwierciedla szersze, europejskie znaczenie działań prezentując modele i mechanizmy, które mogą być stosowane nie tylko na poziomie regionalnym, ale także krajowym lub europejskim[20]. **Jej źródłem są przede wszystkim inwestycje w nowe i innowacyjne rozwiązania (technologiczne) oraz sprzęt medyczny. Na tkwiące tu źródło wartości dodanej wskazało aż 92% respondentów badania CATI** (Wykres 7**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**). Podjęte inwestycje tworzą sytuację, w której stają się one dostępne na obszarze objętym działaniem placówki medycznej, a niekiedy nawet szerzej – na obszarze województwa (zob. przykład Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przedstawiony w ramach studium przypadku), nie prowadząc do pogorszenia sytuacji podmiotów nie poddanych interwencji.

W znacznie mniejszym stopniu źródłem wartości dodanej była możliwość świadczenia nowego rodzaju usług (39%) oraz nawiązanie współpracy z podmiotami, z którymi współpraca nie była dotychczas realizowana (29%). Spośród innych źródeł (31%) wskazywano spontanicznie na: skrócenie oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego, poprawę jakości diagnostyki, większe możliwości prowadzenia nowych badań naukowych, kompleksowość wykonywania zadań poprzez tworzenie interdyscyplinarnych zespołów medycznych. Ponadto, w ramach zrealizowanych studiów przypadku beneficjenci identyfikowali w stosunku do własnych projektów takie źródła wartości dodanej jak: „otwarcie" szpitala na pozyskiwanie środków na finasowanie projektów inwestycyjnych infrastrukturalnych o dużej wartości w wyniku pozytywnych doświadczeń z wdrażania projektu IX OP PO IiŚ, na który otrzymali dofinansowanie (przypadek Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży), możliwość szybkiego reagowania w nagłych, awaryjnych sytuacjach, której wcześniej byli pozbawieni, czy też możliwość przeprowadzenia wszystkich niezbędnych procedur diagnostycznych i leczniczych (przypadek Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie).

[20] Komisja Europejska, Finansowanie w ramach trzeciego programu działań w dziedzinie zdrowia 2014-2020, www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/Wartosc_dodana_Factsheet.doc

Wykres 7. Wartość dodana realizowanych projektów w opinii beneficjentów



Uwaga: Możliwa była więcej niż jedna odpowiedź

Źródło: wyniki badania CATI [n=125]

W opinii przedstawiciela instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ głównym źródłem wartości dodanej osiąganej na poziomie kraju jest **ukierunkowanie wsparcia poprzez stworzenie komplementarnego układu powiązanych organizacyjnie i funkcjonalnie podmiotów**, co ilustruje poniższa wypowiedź:

O takiej wartości dodanej można mówić w przypadku projektów naszych realizowanych w ramach Działania 9.1 „Infrastruktura ratownictwa medycznego" […] tworzymy dzięki naszym projektom sieć czy centrów urazowych czy nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych w tym celu, żeby pacjent w trybie nagłym, który wymaga pomocy, niezależnie od miejsca, w którym to się wydarzy miał równy dostęp do tego, żeby mu ktoś tej pomocy udzielił i żeby to się nie odbiło negatywnie na jego zdrowiu, a wręcz pozytywnie, żeby szybciej wrócił do dobrego zdrowia i wrócił na rynek pracy. Więc to na pewno jest taka wartość dodana, to takie jest trochę sieciowanie, że nie kierunkujemy tego wsparcia w jakieś jednostkowe projekty tylko one komplementarnie tworzą jakby taki jeden duży obszar wsparcia powiązany organizacyjnie i funkcjonalnie. Więc to na pewno jest duża wartość dodana.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Wskazuje się także na możliwości prowadzenia zaawansowanych prac naukowych i badawczo-rozwojowych:

Wartością dodaną na pewno jest to, że kupujemy najnowszy sprzęt, który jest w danej chwili na rynku. Gros to duża liczba podmiotów klinicznych, szpitali klinicznych, instytutów, które są unikalnymi w skali kraju podmiotami w zakresie działalności badawczo-rozwojowej, czyli z użyciem tego sprzętu prowadzą np. badania nad nowymi terapiami u pacjentów. I to też jest, myślę, wartość dodana

oprócz tej podstawowej funkcji tego sprzętu, że on służy do leczenia np. czy diagnozowania jakiejś choroby to w momencie, kiedy on nie jest wykorzystywany, niekomercyjnie oczywiście, specjaliści mogą z jego użyciem badać nowe metody leczenia czy nowe metody diagnozowania.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Europejska wartość dodana tkwi natomiast w lepszej koordynacji świadczenia usług (także w wymiarze ponadkrajowym) oraz kierowania ich tam, gdzie pozostają niezaspokojone i są rzeczywiście potrzebne:

To jest kwestia mechanizmów koordynacji, które ustaliliśmy w celu lepszej, no właśnie, zwiększenia wartości dodanej wsparcia. My ją nazywamy „europejską wartością dodaną".

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Na pewno może się przejawiać w takim sensie, że obywatel UE np. jako turysta, gość, może potrzebować opieki lekarskiej i skorzystać w ten sposób np. w sytuacji nagłej z tej infrastruktury, w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dostęp do niej mają wszyscy obywatele. I on będąc ubezpieczony jest jak najbardziej pełnoprawnym, może być pełnoprawnym, w sposób pełnoprawny korzystać z dobrodziejstw tego wsparcia. Ja widzę tutaj ten link z europejską wartością dodaną znaczący.

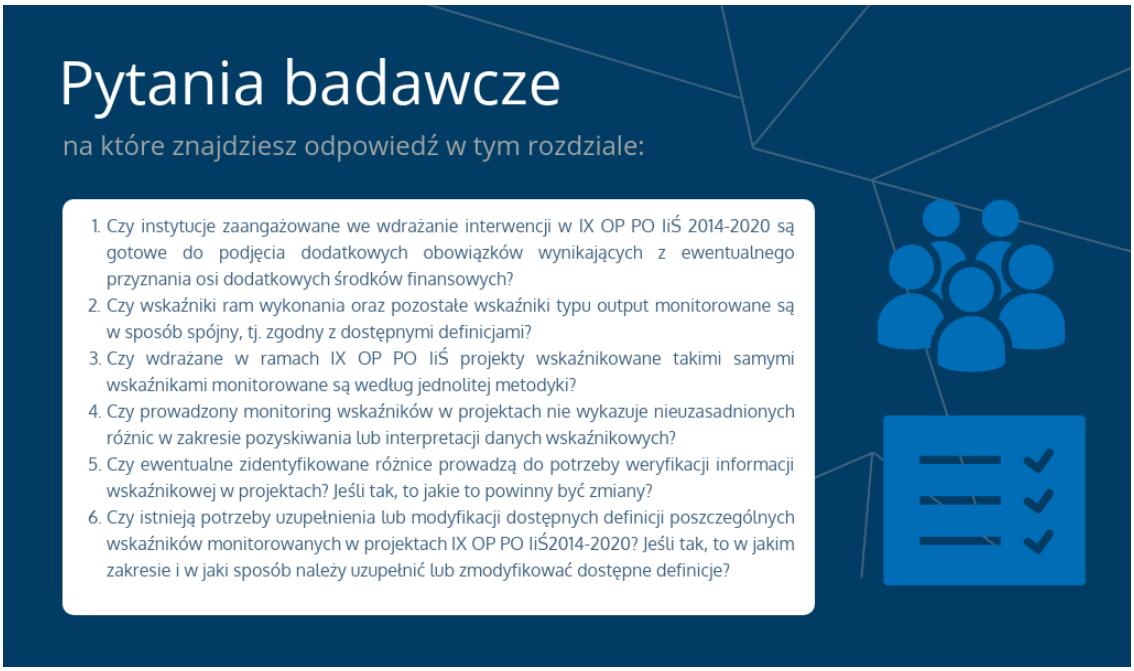
Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP POIiŚ

Podsumowanie

Wpływ projektów realizowanych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 jest trudno mierzalny, jednakże można stwierdzić, że bezsprzecznie przyczyniają się (w sposób bezpośredni lub pośredni) do realizacji celów nakreślonych w *Strategii Europa 2020*, a także innych unijnych i krajowych dokumentów o charakterze strategicznym, które poprzez bezpośrednie nawiązywanie do *Strategii Europa 2020* zachowują z nią wysoki stopień spójności. Projekty osiągające choć w minimalnym stopniu rezultaty określone dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 przyczyniają się do urzeczywistnienia priorytetów rozwojowych Unii określonych w *Strategii Europa 2020*, a nakłady ponoszone na realizację takich projektów można przypisać uzyskiwanym rezultatom.

Głównym źródłem krajowej wartości dodanej jest możliwość świadczenia w sposób kompleksowy nowego rodzaju usług, wcześniej niedostępnych dla osób zamieszkujących obszar objęty działaniem podmiotu leczniczego uzyskującego wsparcie. Jest nią także ukierunkowanie wsparcia poprzez stworzenie komplementarnego układu powiązanych organizacyjnie i funkcjonalnie podmiotów, jak również możliwości prowadzenia zaawansowanych prac naukowych i badawczo-rozwojowych. Z kolei europejska wartość dodana tkwi w lepszej koordynacji świadczenia usług oraz kierowania ich tam, gdzie pozostają niezaspokojone i są rzeczywiście potrzebne.

3.5. System zarządzania



3.5.1. System wdrażania

Czy instytucje zaangażowane we wdrażanie interwencji w IX OP PO IiŚ 2014-2020 są gotowe do podjęcia dodatkowych obowiązków wynikających z ewentualnego przyznania osi dodatkowych środków finansowych?

Gotowość do podjęcia dodatkowych obowiązków wynikających z ewentualnego przyznania Osi dodatkowych środków finansowych należy ocenić głównie pod względem przygotowania merytorycznego, kompetencyjnego pracowników Instytucji oraz możliwości wykonania w terminie dodatkowych zadań przez zespołu, które w chwili obecnej zajmują się obsługą wdrażanych projektów.

Zasoby kompetencyjne, zarówno w IP jak i IZ, są wysokie, z pewnością wystarczające do zarządzania zwiększoną alokacją na IX OP PO IiŚ. Istotne jest to, że trzon zespołu odpowiedzialnego za wdrażanie interwencji stanowią osoby, które specjalizują się w zagadnieniach wsparcia sektora zdrowia ze środków unijnych, a wsparcie zapewniają specjaliści, którzy świetnie orientują się jak funkcjonuje cały sektorMyślę, że potencjał instytucjonalny ministerstwo ma jako takie (…). I nasz departament, żeby się tym obszarem nadal zajmować i też uważam, efektywnie zajmować.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

(…) gros zadań spełnia samo Ministerstwo Zdrowia, właśnie dlatego, że oni są bardziej wyspecjalizowani. Najbliżej są tych spraw i mają takie zadanie dbania o to, żeby wszystkich wymogów formalnych się trzymać. (…) Ministerstwo Zdrowia sobie doskonale z tym radzi, przy naszym wsparciu, bo my za to ostatecznie ponosimy odpowiedzialność. Ale to jest łatwo sterowalny sektor moim zdaniem. To co zaprogramowaliśmy, to realizujemy. To nie ma wielkich możliwości manewru czy realizacji czegoś innego, w oparciu o inne ramy.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Sytuacja przestawia się o wiele gorzej, gdy weźmie się pod uwagę jak mało liczny jest zespół odpowiedzialny za tzw. opiekę nad projektami w IP. W porównaniu do liczby projektów wdrażanych oraz wielkości naborów wniosków konkursowych, których ocena również jest w obowiązkach tego zespołu, to **zasoby kadrowe należy ocenić jako zdecydowanie niewystarczające**. Znajduje to potwierdzenie w ambiwalentnych opiniach beneficjentów na temat wsparcia z IP. Część beneficjentów jest całkowicie usatysfakcjonowana i chwali sobie opiekunów projektów, lecz zdążają się także głosy krytyczne, w których zarzuca się im okresowy brak kontaktu z beneficjentami, zbyt wolne - w stosunku do potrzeb - udzielanie dodatkowych wyjaśnień, opóźnienia w zatwierdzaniu wniosków o płatność. Uczestniczący w badaniu respondenci zdawali sobie sprawę, iż powyższe sytuacje nie są wynikiem złej woli pracowników MZ, lecz ich przeciążenia pracą, niemniej postrzegali je jako negatywnie rzutujące na ogólną opinię o otrzymanym wsparciu. Również sami przedstawiciele instytucji systemu wdrażania IX OP POIiŚ są świadomi istniejących w IP niedoborów zasobów ludzkich.

Za mało osób po prostu do wdrażania. Jesteśmy wszyscy w Wydziale obciążeni pracą, co wiąże się często z koniecznością wybrania priorytetów, właściwie bardzo często, każdego dnia: co robimy, co jest najpilniejsze i co wymaga teraz w danym momencie, w danym dniu natężenia pracy, skupienia się pracowników. (…)bardzo

ciężko jest zaplanować pracę po prostu na kilka dni na przód, ponieważ te priorytety się zmieniają w zależności od właśnie tego, co jest w danym momencie najpilniejsze.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

I wiem ze współpracy z Ministerstwem Zdrowia czy z innymi wiem, że zarówno z naszej strony jako beneficjenta i ze strony naszych opiekunów, oni mają naprawdę dużo pracy. Tym bardziej jak ostatnio wyglądało podpisywanie kolejnych umów o dofinansowanie i tworzenie tych umów, przecież to było tylko robione.

Uczestnik FGI, przedstawiciel beneficjentów IX OP PO IiŚ

(…) jest cały czas tak samo, czyli bardzo dużo pracy. Jest ocena wniosków na bieżąco, jest opieka merytoryczna istniejących umów, w których naprawdę w każdej coś się dzieje. (…) Każdy z nas w Wydziale jest opiekunem ponad trzydziestu umów – to zaangażowanie pracą jest duże. Jest naprawdę bardzo, bardzo duże. Natomiast pytanie, co by było, gdyby? Wydaje mi się, że niezbędne byłoby po prostu zatrudnienie nowych osób, żeby móc efektywnie dokonać oceny i wydać te pieniądze.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

W kontekście gotowości podjęcia dodatkowych obowiązków istotny jest również wątek przykładnej współpracy obydwu Instytucji. **W ocenie IZ współpraca ta przebiega bardzo dobrze, lepiej niż w przypadku innych Programów i Osi**. Jest to zasób, który zwiększa prawdopodobieństwo, że dodatkowe środki, które mogą być przekazane do IX OP PO IiŚ będą wydatkowane sprawnie i cele Osi zostaną osiągnięte.

My gramy ze „zdrowiem" w jednej drużynie. Tak naprawdę trzymamy się takiego porównania. (…) Nie było tutaj przykładów jakichś złych, negatywnych działań podejmowanych czy takich które stanowiłyby jakieś pole konfliktu między nami, a MZ. Dlatego, że wspólnie ten priorytet opracowywaliśmy, wspólnie go negocjowaliśmy. I wiedzieliśmy co nas czeka. Naszym zadaniem było trzymać się tego, co zostało wynegocjowane (…). Współpraca się układa bardzo dobrze, czasami wręcz za dobrze. W tym sensie, że Ministerstwo Zdrowia mogłoby czasami bardziej polegać na własnych kompetencjach co do rozstrzygania pewnych kwestii. (…) Ale współpraca się układa bardzo dobrze, to pokazuje też kontraktacja środków, to też pokazuje to, w jaki sposób „zdrowie" rzeczywiście szybko doszło do tego, że jest

jednym z liderów wdrażania, mimo że startowała chyba z najgorszej pozycji. Jest to wynik tego, że rzeczywiście jak są problemy, to szybko zostają rozwiązywane.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

3.5.2. System monitoringu IX OP PO IiŚ

Czy wdrażane w ramach IX OP PO IiŚ projekty wskaźnikowane takimi samymi wskaźnikami monitorowane są według jednolitej metodyki?

W PO IiŚ 2014-2020 obowiązuje *Katalog wskaźników obowiązkowych do monitorowania postępu rzeczowego projektów*. Wskaźniki, jakie zostały przedstawione w *Katalogu* dla konkretnego działania, typu projektu czy kategorii interwencji są obligatoryjne. Oznacza to, iż wnioskodawca jest zobowiązany użyć ich w procesie przygotowywania wniosku o dofinansowanie, jako wskaźników wykonania rzeczowego. W przypadku łączenia w jednym przedsięwzięciu kilku typów projektów, wskaźniki danego rodzaju wskazywane są tylko raz. Dodatkowo, instrukcja korzystania z Katalogu zachęca do identyfikacji wskaźników agregujących oraz podwskaźników[21] i wskazania ich w przypisach dokumentacji. Analogicznie, po konsultacji z IP, istnieje możliwość włączenia do monitorowania postępu rzeczowego innych wskaźników, ujętych na Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych (dalej: WLWK), acz pominiętych w przywołanym *Katalogu.*

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż *Katalog* jest ograniczony do kilku bodaj najbardziej istotnych wskaźników, co należy uznać za jego zaletę. Z jednej strony zapewnia syntetyczne monitorowanie postępu rzeczowego interwencji, a z drugiej - nie jest rozdrobniony i nie generuje z tego powodu nadmiernych obciążeń administracyjnych zarówno dla strony systemowej, jak i popytowej. **Sposób sformułowania instrukcji do korzystania z katalogu oceniono jako przejrzysty, choć sam język mógłby być nieco mniej skomplikowany.** Aplikacja jasnopis.pl[22] oceniła go jak trudny w odbiorze dla przeciętnego Polaka, na co składają się dwie kwestie: bardzo długie zdania oraz trudne słownictwo (w tym skróty). Wydaje się, iż przynajmniej w niektórych przypadkach możliwe jest zamienienie rzadko używanych słów ich mniej skomplikowanymi odpowiednikami (np. powielać zamiast multiplikować), natomiast takich przypadków nie jest dużo, zaś skomplikowanie instrukcji wynika z branżowości terminologii właściwej Funduszom Europejskim.

Beneficjenci w toku badania podkreślali, iż sam dobór wskaźników monitorowania postępu rzeczowego nie był dla nich kłopotliwy. Argumentowali, że z jednej strony to pochodna samej

[21] Np. *Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego* stanowi podwskaźnik wskaźnika *Liczba wspartych podmiotów leczniczych* (który jest wskaźnikiem agregującym).

[22] http://www.jasnopis.pl

instrukcji, która wskazuje iteracyjnie kolejne kroki postępowania, jakie należy powziąć wypełniając wniosek - co ich zdaniem eliminuje możliwość popełnienia błędu - a z drugiej efekt wybrania zrozumiałych wskaźników, które relatywnie łatwo pojąć intelektualnie, a następnie zaimplementować do własnego przedsięwzięcia. Ta czytelność ma potem swoje przełożenie w monitorowaniu projektów wdrażanych w ramach IX OP PO IiŚ, która w opinii beneficjentów niejako wymusza konsekwentne stosowanie jednolitej metodyki:

Wskaźniki są zero-jedynkowe, osiągnięte, nieosiągnięte, z góry narzucone, wybudowanie SOR, to jest wybudowanie SOR (…).

Uczestnik FGI, przedstawiciel beneficjenta

Ta pozytywna samoocena beneficjentów znajduje odzwierciedlenie w opiniach przedstawicieli instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ, którzy co do zasady dobrze postrzegają sprawozdawczość monitoringową na poziomie poszczególnych projektów:

(…) z naszej strony nie widzimy tu jakiś większych problemów, czy to po naszej stronie czy po stronie naszych wnioskodawców, beneficjentów.

Uczestnik FGI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Czy ewentualne zidentyfikowane różnice prowadzą do potrzeby weryfikacji informacji wskaźnikowej w projektach? Jeśli tak, to jakie to powinny być zmiany?

Pomimo ogólnie pozytywnej oceny, należy wskazać jednak kilka problemów, jakie pojawiły się w toku wdrażania OP/projektów w jej ramach. Choć nie mają one krytycznego znaczenia dla prawidłowości monitorowania postępu rzeczowego w PO IiŚ, to jednak negatywnie rzutują na metodologiczny puryzm, jaki powinien cechować wdrażanie Funduszy Europejskich.

Pierwszy problem dotyczy poziomu systemowego i jest związany z funkcjonowaniem systemu SL2014. Dotyczy on wskaźnika *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem* stanowiącego wskaźnik rezultatu w IX OP PO IiŚ. Przez pewien czas system informatyczny uniemożliwiał wykazywanie go - jako rezultatu - zarówno w kategorii wskaźników kluczowych, jak i specyficznych dla Programu. Jak opisali to przedstawiciele instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ, wskaźników ten nie występował na listach rozwijanych wskaźników, nie było także możliwości jego samodzielnego wpisania do systemu. Aby poradzić sobie z tą niedogodnością i równocześnie zawrzeć stosowne dane w SL2014, podejmowano różne działania zaradcze ad hoc. Polegały one m. in. na tym, że wskaźnik ten był wpisywany jako wskaźnik produktu (jako taki był on bowiem dostępny na liście rozwijanej), albo też jako wskaźnik rezultatu specyficzny

dla projektu. W drugim przypadku, choć logiczne przyporządkowanie wskaźnika było poprawne, rodziło jednak szereg komplikacji technicznych. Samodzielne wpisywanie wskaźnika przez opiekunów projektów powodowało różnice w ich sformułowaniu (intencjonalne - np. w zależności od podejścia, jedni wskazywali jednostkę miary w nazwie wskaźnika, a inni pomijali ten element - ale też przypadkowe, np. literówki, brak polskich znaków). Oczywiście, bez względu na to, jaką kategoryzację (produkt/rezultat) oraz dokładną nazwę otrzymał omawiany wskaźnik - zawsze był to ten sam wskaźnik kluczowy rezultatu *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem.*

Na moment realizacji badania problem ten został już rozwiązany na poziomie SL2014, podjęto także kroki mające na celu jednolicenie wcześniej poczynionych zapisów. Jak zauważyli przedstawiciele IP, opisany problem występował wyłącznie w środowisku systemu informatycznego; w papierowych wersjach umów o dofinansowanie kategoryzacja oraz nazewnictwo były poprawne. Należy jednoznacznie podkreślić, iż opisane zjawisko nie wpływało na faktyczne zróżnicowanie metodyki monitorowania projektów opisanych tym samym wskaźnikiem. Sprawiało natomiast, iż IP pośrednicząca musiała dokonywać dodatkową, bezcelową pracę związaną z tzw. czyszczeniem i agregacją danych.

Inna trudność powiązana z tym samym wskaźnikiem, to sposób jego definiowania. W czasie trwania Programu zastąpiono rozumienie odnoszące się do liczby pobytów w podmiocie leczniczym na rzecz liczby unikatowych pacjentów w skali roku. Oznacza to, iż pierwotnie ta sama osoba mogła być liczona więcej niż raz, jeśli w skali roku przebywała w szpitalu kilkukrotnie. W zaktualizowanej metodyce - bazującej na numerach PESEL - zliczani są unikatowi pacjenci w skali roku, bez względu na częstość ich pobytów w obiekcie leczniczym. Oczywiście, docelowo nie powinno to przekładać się na różnice w sposobie monitorowania poszczególnych projektów, aczkolwiek potencjalnie możliwe jest, iż w okresie przejściowym, zanim nowa definicja została zrozumiana i zaimplementowana - pojawiały się błędne wskazania.

Jeśli chodzi o brak jednolitej metodyki monitorowania projektów wskaźnikowanych takimi samymi wskaźnikami, to zwracają uwagę zwłaszcza trzy z nich:

1. *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem;*
2. *Liczba nowo utworzonych miejsc pracy - pozostałe formy;*
3. *Wzrost zatrudnienia we wspieranych podmiotach (innych niż przedsiębiorstwa)*.

W ich przypadku można mówić nie tyle o systemowej niespójności, co braku konsekwencji beneficjentów do wskazywania stanu tychże na rok po zakończeniu realizacji projektu. O ile w przypadku wskaźnika *Liczba leczonych*… jego poprawne monitorowanie jest kluczowe dla sprawozdawczości PO IiŚ i IP przywiązuje wagę do weryfikacji, czy wskazanie występuje na właściwy moment (tzn. nawet, jeśli pierwotnie wskazane jest niepoprawnie, np. na moment zakończenia realizacji projektu, to w odpowiednim czasie IP weryfikuje jego osiągnięcie zgodnie z Wytycznymi), o tyle wskazano, że IP dopuszcza możliwość występowania przypadków

niepoprawnych wskazań w zakresie wskaźników zatrudnieniowych (tzn. deklarowanie ich według stanu na inny moment niż rok po zakończeniu projektu). Taka sytuacja jest z pewnością nieoptymalna i zalecane jest dołożenie większej staranności w weryfikowaniu wskazań, a następnie śledzeniu postępów w osiąganiu przywołanych wskaźników informacyjnych.

Czy prowadzony monitoring wskaźników w projektach nie wykazuje nieuzasadnionych różnic w zakresie pozyskiwania lub interpretacji danych wskaźnikowych?

Występowanie różnic w zakresie pozyskiwania lub interpretacji danych wskaźnikowych można podzielić na uzasadnione i nieuzasadnione w rozumieniu formalnym oraz merytorycznym. W pierwszym przypadku bezpodstawne różnice należałoby więc traktować jako nie znajdujące uzasadnienia w obowiązującym kształcie prawa czy też w dokumentacji programowej. Ich występowanie mogłoby mieć wręcz charakter dyskryminacyjny, gdyby bez wyraźnego powodu dany wnioskodawca/beneficjent był zmuszony przekazywać większą ilość danych niż inni wnioskodawcy/beneficjenci. Analiza dokumentacji programowej, w tym konkursowej, ale także wywiady z przedstawicielami strony systemowej i popytowej (wnioskodawcy nieskuteczni/beneficjenci) pozwala stwierdzić, iż w IX OP PO IiŚ tego typu nieuzasadnione różnice nie występują.

Czym innym są jednak różnice nieuzasadnione merytorycznie. Są one szczególnie widoczne w przypadku wskaźników fakultatywnie obieranych przez wnioskodawców. Należy przypomnieć, iż jeśli projekt realizuje wskaźniki z WLWK spoza *Katalogu*, istnieje możliwość ich włączenia do wniosku, podobnie jak samodzielnie opracowanych wskaźników specyficznych dla projektu. Jest to jednak rozwiązanie rzadko praktykowane:

Nie, przyznam szczerze, że ja się w kilku przypadkach spotkałam, gdzie ktoś pokazywał swój indywidualny wskaźnik, natomiast reszta trzymała się katalogu obowiązkowego. (…) On nam pokazał to, na etapie wniosku dodał swój indywidualny wskaźnik. (…)

Moderator: A dodawanie jakichś wskaźników ze wspólnej listy wskaźników, które nie są dedykowane dla tego działania?

Respondent 1.: Nie było zasadności.

Respondent 2: No bo z drugiej strony zadajmy sobie pytanie, dlaczego beneficjent miałby to robić? (…) No, ale życie pisze swoje scenariusze. Jeśli w projekcie będzie jakiś problem, no to jest kolejny wskaźnik niezrealizowany, nikomu się nie opłaca tego robić.

Uczestnicy FGI, przedstawiciele instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Włączanie dodatkowych wskaźników monitorowania, nawet jeśli nie są one wymagane, może być dwojako oceniane. Oczywiście, niekiedy bywają one przemyślane, wartościowe informacyjnie i IP oraz IZ mają realną korzyść z posiadania wiedzy o danej kwestii. Zgłębienie tematu pozwoliło jednak zidentyfikować istnienie wnioskodawców, których można określić jako cechujących się „syndromem prymusa". Są to podmioty, które żywią przekonanie, iż im więcej zadeklarują we wniosku oraz im bardziej będzie on rozbudowany - z tym lepszym odbiorem się on spotka. **Czasami dążenie do uwzględnienia wszystkich możliwych aspektów projektu i niejako „wyprzedzanie" oczekiwań opiekuna projektów może powodować, iż paradoksalnie przekazywanych informacji będzie za dużo, nie będą one wnosiły wartościowego wkładu na potrzeby monitorowania postępu wdrażania, zaś ich gromadzenie oraz przetwarzanie będą stanowić konkretne obciążenia dla beneficjenta oraz opiekunów.** Jakkolwiek nie wydaje się, aby skala występowania takich nadgorliwych wnioskodawców była szczególnie duża, to jednak zwracają oni uwagę swoim postępowaniem. Bardzo często są to np. podmioty, które załączają do wniosku studium wykonalności - choć nie jest wymagane - licząc, iż jego przedstawienie poprawi ogólną ocenę aplikacji w oczach asesora. W toku jednego z FGI wybrzmiała dyskusja na ten temat i na zapewnienia IP, iż w toku oceny wniosku bierze ona pod uwagę wyłącznie to, co zostało wskazane w dokumentacji konkursowej - odpowiedzią było rozczarowanie przedstawiciela jednego z podmiotów, który zawsze ponadprzeciętnie przykładał się do aplikacji, zamieszczał dodatkowe dokumenty i wierzył, że dzięki temu „lepiej się zaprezentuje", aniżeli gdyby przekazał do oceny wyłącznie wymagane minimum.

W opisanym powyżej przypadku można zatem mówić o istnieniu nieuzasadnionych merytorycznie różnic w zakresie pozyskiwania danych wskaźnikowych (tzn. „prymusi" przekazują ich więcej). Jeśli dane te nie są wartościowe dla IP czy IZ, zaś wnioskodawca wskazuje je, motywowany jedynie nadzieją na lepszy odbiór jego wniosku - wówczas warto rozważyć, czy takie rozwiązanie jest ekonomicznie racjonalne. **Być może warto rozpatrzyć propozycję renegocjowania z wnioskodawcami katalogu wskaźników, w ramach którego eliminowane byłyby te mało wnoszące dla wiedzy o wdrażaniu, zaś podyktowane wyłącznie dążeniem do „zaimponowania" MZ.**

Czy istnieją potrzeby uzupełnienia lub modyfikacji dostępnych definicji poszczególnych wskaźników monitorowanych w projektach IX OP PO IiŚ 2014-2020? Jeśli tak, to w jakim zakresie i w jaki sposób należy uzupełnić lub zmodyfikować dostępne definicje?

Jeśli chodzi o potrzeby uzupełnienia lub modyfikacji dostępnych definicji poszczególnych wskaźników monitorowanych w projektach IX OP PO IiŚ 2014-2020, to one istnieją, aczkolwiek motywowane są raczej kwestiami merytorycznymi w projektach, aniżeli deficytami w zakresie zdolności do zrozumienia funkcjonujących wskaźników.

Wątpliwości budzi więc m.in. wskaźnik *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem.* Dla strony popytowej udzielanego wsparcia nie jest do końca zrozumiałe - ani uzasadnione - dlaczego wskaźnik uwzględnia cały podmiot leczniczy, nie zaś wspartą jego

jednostkę. Argumentowano, iż interwencja z IX OP PO IiŚ w ograniczonym stopniu wpływa na funkcjonowanie całości szpitala, w tym w szczególności np. na liczbę pacjentów przyjmowanych na innych oddziałach.

Prawdopodobnie wcale nie jest to ułatwienie, bo można byłoby sobie wyobrażać, że podawanie ogólnej liczby, no to może dawać dodatkową szansę beneficjentowi, że gdzieś indziej sobie podreperuje ten wskaźnik, żeby się wykazać jego wykonaniem. Natomiast w przypadku dużych jednostek, a chyba o takich teraz mówimy, no to jest ryzyko, że właśnie gdzie indziej coś może spaść na innej klinice i teraz okazuje się, że nawet jeśli beneficjentem jest konkretny oddział i na nim nam rośnie, a o to chodzi, po to też robimy studium wykonalności, jesteśmy w stanie udowodnić, że te uzyskane środki są wykorzystane jak najbardziej efektywnie ekonomicznie, to może się okazać, że tego wskaźnika nie osiągniemy.

Uczestnik FGI, przedstawiciel beneficjenta

Dodatkowo, poruszano również zagadnienie liczenia unikatowych pacjentów vs liczby pobytów w danym podmiocie leczniczym. W większości przypadków ma miejsce brak zrozumienia wskaźnika przez beneficjenta.

Metodologia liczenia wskaźnika liczba leczonych w podmiotach leczniczych, to jest bardzo duży problem. Wyjaśniany i na bieżąco przez nas na etapie już właśnie i oceny, i potem jeszcze dodatkowo na etapie umowy o dofinansowanie. To jest wskaźnik liczba leczonych, czyli rozumiany dosłownie, liczba wszystkich leczonych w podmiocie w danym roku, w podmiocie leczniczym, według indywidualnego numeru PESEL. Czyli w cudzysłowie, przeciętny, dany Kowalski jeden raz. Beneficjenci często nie rozumieją tego, jakby może tego nie wyłapują, że dana osoba może być liczona tylko raz w tym wskaźniku.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Czasami jednak - w sposób poprzedzony stosowną refleksją - wskazywano, iż to ta druga miara (tj. liczba świadczeń) lepiej obrazuje wykorzystanie sprzętu czy infrastruktury, w szczególności, iż wiele chorób wymaga więcej niż jednego pobytu w szpitalu (oraz - za każdym razem - skorzystania z nabytej aparatury czy sprzętu itd.). Oznacza to zatem, iż zliczanie pacjentów według numerów PESEL może nie doszacować skali rezultatu osiągniętego na skutek otrzymanego wsparcia. Oczywiście, podkreślano, że jeżeli wszyscy beneficjenci są w tej samej sytuacji oraz cele wskaźnikowe projektów zostały zaktualizowane względem nowego sposobu ich pomiaru - to sama metodyka liczenia wartości wskaźnika nie jest problematyczna. Opisane powyżej zastrzeżenia mają bardziej wymiar teoretyczny; w opinii przedstawicieli strony popytowej - z którą Wykonawca zasadniczo się zgadza - zliczanie świadczeń udzielonych

w jednostce medycznej objętej wsparciem niosłoby większą wartość informacyjną. Warto również podkreślić - opisaną już wcześniej - potrzebę uczulania wnioskodawców i beneficjentów na fakt, iż omawiany wskaźnik liczony jest na rok po zakończeniu realizacji projektu.

Inne, ważne zagadnienie dotyczące tego wskaźnika - które może już realnie rzutować na jego osiągane wartości - to fakt, iż nowe punkty nocnej i świątecznej pomocy medycznej od 1 października 2017 r. realizują świadczenia w zakresie POZ w godzinach nocnych/w dni ustawowo wolne od pracy.

(…) wprowadzano teraz przecież nocną pomoc świąteczną, to też rzutowało na ilość pacjentów na SOR, które są przekierowani na nocną pomoc świąteczną.

Uczestnik FGI, przedstawiciel beneficjenta

Z perspektywy IP widoczne są również przypadki, w których wskaźniki *Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego / Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego* sprawozdawane są przez beneficjentów za wcześnie:

A druga sprawa, rok osiągnięcia wskaźnika liczba wspartych podmiotów leczniczych, czyli tego takiego fizycznego zakończenia, ten wskaźnik jest liczony po zakończeniu… znaczy, po złożeniu wniosku o płatność końcową, po prostu wtedy ten wskaźnik jest osiągnięty. Natomiast często beneficjenci to interpretują tak, że jak wykonają znaczącą część pracy, czyli czytaj, roboty budowalne, to wtedy wskaźnik jest osiągnięty. Mimo, że jeszcze po robotach jest zwykle zakup sprzętu, doposażenie SOR. To jakby wpisują we wnioskach o płatność, że zakończyły się roboty budowlane, liczba wspartych podmiotów: 1.

Respondent IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ

Jako Wykonawca dostrzegamy, iż na poziomie zaradczym IP czy IZ mają ograniczone pole manewru, ponieważ moment obliczania i sprawozdawania wartości wskaźnika został już precyzyjnie określony w dokumentacji programowej (tzn. nie ma możliwości doprecyzowania/uzupełnienia definicji, ponieważ ta jest już odpowiednio sformułowana). Wydaje się, że w tej sytuacji jedynym stosownym zaleceniem jest kontynuowanie działań informacyjnych w tym zakresie, a także nieustanna czujność opiekunów projektów.

Czy wskaźniki ram wykonania oraz pozostałe wskaźniki typu output monitorowane są w sposób spójny, tj. zgodny z dostępnymi definicjami?

Reasumując, zgodnie z wiedzą przedstawicieli instytucji systemu wdrażania IX OP PO IiŚ, zasadniczo wskaźniki ram wykonania oraz pozostałe wskaźniki output monitorowane są zgodnie z dostępnymi definicjami. Analiza na bazie danych wskaźnikowych nie daje silnych argumentów, aby podważać tę ocenę. Konieczne jest natomiast podkreślenie, iż dzieje się tak dzięki konkretnemu wysiłkowi ze strony IP, która na bieżąco kontroluje zakres danych wpisywanych przez wnioskodawców/beneficjentów we wnioskach oraz koryguje go z punktu widzenia zgodności deklarowanych wskaźników z metodykami ich szacowania. Zarówno *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem*, jak i *Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego / Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego* są wskaźnikami zrozumiałymi, dobrze opisanymi i mierzalnymi, niemniej mogą stanowić one pewne wyzwanie dla niedoświadczonych i/lub mniej biegłych przedstawicieli strony popytowej.

Podsumowanie

Wysokie kompetencje pracowników IZ i IP IX OP PO IiŚ uprawdopodabniają możliwość skutecznego podjęcia nowych obowiązków wynikających z ewentualnego przyznania osi dodatkowych środków finansowych. Przemawia za tym także bardzo dobra współpraca pomiędzy obiema instytucjami systemu wdrażania. Jedyne obawy można wyrazić w związku z niewystarczająco licznym zespołem dedykowanym do obsługi składanych wniosków i realizowanych projektów.

W odniesieniu do systemu monitoringu nie stwierdzono problemów wpływających na prawidłowość monitorowania postępu rzeczowego w PO IiŚ. Pod adresem systemu monitoringu można jednakże zgłosić pewne zastrzeżenia. Wśród nich te niedociągnięcia systemu, które zaistniały na poziomie systemowym i miały związek z funkcjonowaniem systemu SL2014. Trudności przysparzał też zmieniający się sposób definiowania wskaźników. Wreszcie, za niektórymi wskaźnikami proponowanymi przez samych wnioskodawców stała ich nikła wartość informacyjna, bądź – wprost przeciwnie – przeładowanie informacjami, których gromadzenie i przetwarzanie stanowi nadmierne obciążenie dla beneficjentów oraz opiekunów projektów.

Uzupełniające wnioski z etapu II badania

Biorąc pod uwagę całość procesu ewaluacyjnego - obejmującego I oraz II etap badania - warto zwrócić uwagę na kilka kwestii związanych z samym systemem monitoringu i sprawozdawczości oraz usprawnień dla ewentualnych przyszłych procesów ewaluacyjnych. Sposób zliczania wybranych wskaźników bazuje na wzajemnych ustaleniach MZ i MIiR, które - przy braku ich skodyfikowanej formy - są niemożliwe do samodzielnego odtworzenia przez osobę spoza

instytucji systemu wdrażania (np. ewaluatora). Przykładami takich rozwiązań jest przypisywanie wskaźników osiąganych w ramach projektów realizowanych na terenie całej Polski regionom słabiej rozwiniętym (na moment realizacji badania, takim wyjątkiem były projekty Lotniczego Pogotowia Ratunkowego) czy też funkcjonowanie wyjątków w zakresie przestrzegania zasady unikatowości podmiotów liczonych w ramach wskaźnika *Liczba wspartych podmiotów leczniczych* (wyjątkiem od tej zasady są podmioty, które posiadają oddziały terenowe: mimo wspólnego NIP, należy traktować każdorazowo jako odrębny podmiot). Informacje na ten temat powinny znaleźć się w zaktualizowanym *Katalogu mierników PO IiŚ 2014-2020.* Sugeruje się uzupełnienie pola *Sposób pomiaru wartości* wskaźnika *Liczba wspartych podmiotów leczniczych* w następujący sposób:

> *Do wskaźnika wliczane będą podmioty, których wniosek o płatność końcową został zatwierdzony, liczone po NIP beneficjentów (co wyeliminuje powtórzenia). Wyjątkiem od tej zasady są podmioty, które posiadają oddziały terenowe: mimo wspólnego NIP, należy traktować je indywidualnie.*

Dodatkowo, w polu każdego *Sposobu pomiaru wartości* warto wskazać, iż:

> *W przypadku, kiedy miejscem realizacji projektu jest „cały kraj", wartości wskaźnika osiągnięte w jego ramach są przypisywane do regionu słabiej rozwiniętego.*

Wyzwaniem było również ustalenie sposobu prezentacji danych dotyczących wyliczeń dla wskaźnika *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem*. Zliczanie najwyższej osiągniętej/planowanej wartości dla danego unikatowego podmiotu na poziomie całej OP daje wielkość różną od algebraicznej sumy analogicznych wyliczeń dla wskaźnika policzonego niezależnie dla Działań 9.1 i 9.2 (ta druga jest wyższa, gdyż uwzględnia dwie wartości wskaźnika dla danego podmiotu, w ramach projektów realizowanych w obydwu działaniach - zaś suma ogółem na poziomie Osi priorytetowej dodatkowo eliminuje niższą z wartości dla unikatowych podmiotów). Przykład odnoszący się do poprzedniej perspektywy finansowej i przedstawiony w *Katalogu mierników PO IiŚ 2014-2020* nie do końca wyjaśnia omawiane zagadnienie. W zamieszczonej tam tabeli (str. 31 – 32) albo mamy do czynienia wyłącznie z podmiotami, które otrzymały wsparcie jedynie w ramach jednego działania (tj. nie ma podmiotów uzyskujących wsparcie równocześnie z Działania 7.1 i 7.2)[23], albo błędnie zlicza się dwukrotnie wartość wskaźnika dla danego podmiotu na poziomie całej OP, dodając do siebie najwyższe osiągane przezeń wartości w ramach Działania 9.1 i 9.2. Wydaje się, iż bez stosownego komentarza, takie wyliczenie może być mało pomocne dla potencjalnego odbiorcy przygotowanego zestawienia. Sugeruje się zatem zmodyfikowanie *Sposobu pomiaru wartości* w następujący sposób:

> *Wskaźnik stanowi sumę liczby osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w ciągu roku w podmiocie leczniczym, który uzyskał wsparcie. Dane będą weryfikowane po unikalnym PESEL. Beneficjenci przedstawiając dane będą eliminować powtórzenia*

[23] aktualnie z Działania 9.1 i 9.2

pacjentów, którzy w danym roku wielokrotnie skorzystali ze świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym.

Należy pamiętać, iż wartość wskaźnika na poziomie OP może być niższa od algebraicznej sumy wartości wskaźników dla poszczególnych działań. Stanowi to pochodną eliminowania powtórzeń pacjentów w przypadku podmiotów, które były beneficjentami obydwu działań.

Niespójnością na poziomie systemu SL2014 jest brak agregowalności wskaźników 1) *Liczba wspartych podmiotów leczniczych*, 2) *Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego*, 3) *Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego*. Wskaźnik 1 jest wskaźnikiem nadrzędnym i powinien zawierać w sobie wszystkie wartości wskaźników 2 i 3. W praktyce, wskaźnik *Liczba wspartych podmiotów leczniczych* nie jest ich agregatem (m.in. z uwagi na niedokładne jego sprawozdawanie w systemie), a jego oficjalnie raportowana wartość liczona jest mechanicznie jako suma wskaźników niższego rzędu, tj. nie ma możliwości zautomatyzowanego wygenerowania jego wartości z SL2014.

Należy podkreślić, iż w przedmiotowej ewaluacji powyżej opisane kwestie nie wpłynęły na rzetelność obliczeń. Stało się tak jedynie dzięki rzetelnemu przekazaniu materiału do analiz przez Zamawiającego, w ramach którego uwzględniono zarówno zestawienia z systemu SL2014 czy *Metodologię wskaźników IX OP PO IiŚ 2014-2020*, jak również podzielono się niespisaną nigdzie wiedzą instytucjonalną. Wydaje się jednak, iż docelowo jest to rozwiązanie nieoptymalne, stanowiące duże obciążenie administracyjne dla instytucji zaangażowanych w procesy ewaluacyjne i zniechęcające do samej ewaluacji.

4. Aktualizacja wyników badania według stanu na 31 grudnia 2018 r.

4.1. Osiągnięte efekty IX OP PO IiŚ 2014-2020

W przypadku wskaźników określonych jako ramy wykonania dla IX OP PO IiŚ 2014-2020, wskazane wartości pośrednie są niejako wyznacznikiem tego, na ile realizacja projektów przebiega zgodnie z założeniami i czy środki prealokowane na jej rzecz w ramach rezerwy wykonania osi zostaną jej przyznane w wyniku przeglądu śródokresowego. Oprócz wartości pośrednich wskaźników ram wykonania, wyznaczone zostały także wartości docelowe na 2023 r.

Wskaźnik finansowy ***Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych*** został określony osobno dla regionów słabiej i lepiej rozwiniętych. W celu wskazania obecnego stanu osiągnięcia wskaźnika finansowego wzięto pod uwagę wartość wskaźnika na dzień 31.12.2018 r. Osiągnięte wartości porównano z wartościami pośrednimi i docelowymi wskaźnika.

W przypadku regionów słabiej rozwiniętych, dla których wartość pośrednia na 2018 r. została określona na poziomie 85 533 876 EUR, wskaźnik został osiągnięty w 165%, a zatem przewidywana wartość wskaźnika została przekroczona. Obecny poziom osiągnięcia wskaźnika stanowi 30% wyznaczonej wartości docelowej na 2023 r. **W przypadku Mazowsza, wyznaczona wartość pośrednia wskaźnika w wysokości 17 019 534 EUR została osiągnięta w 163%,** natomiast wartość docelowa na 2023 r. – w 33%.

Dla wskaźnika typu output ***Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego*** nie wyznaczono wartości pośredniej. W przypadku regionów słabiej rozwiniętych wartość docelowa na 2023 r. określona na poziomie 31 podmiotów została obecnie osiągnięta w 23%, natomiast w przypadku Mazowsza (wskaźnik ram wykonania) – zaraportowano wsparcie jednego podmiotu, co stanowi 8% wartości docelowej, która wynosi 12 podmiotów.

Wskaźnik typu output ***Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego*** na poziomie ram wykonania został określony jedynie dla regionów słabiej rozwiniętych. Wartość pośrednia na rok 2018, wyznaczona na poziomie 16 wspartych podmiotów leczniczych została osiągnięta **w 388%,** a więc jest to wynik znacznie przekraczający wyznaczony pułap. Co za tym idzie, wysoki jest także procent osiągnięcia docelowego wskaźnika na 2023 r. – obecnie sięga on 78% wyznaczonej wartości. W regionie lepiej rozwiniętym wsparto już 8 podmiotów tego rodzaju podmiotów, co stanowi 73% wartości docelowej wyznaczonej na poziomie 11 sztuk.

Wskaźnik rezultatu bezpośredniego typu output, jakim jest ***Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem***, mierzony w danym roku, realizowany jest w projektach w ramach obu działań. W regionach słabiej rozwiniętych poziom osiągnięcia wskaźnika, którego wartość docelowa określona została na poziomie 1 688 999 osób na rok, kształtuje się **na poziomie 46% (aktualna zaraportowana wartość wskaźnika wynosi 782 984 osób na rok). W przypadku Mazowsza, osiągnięto 78% wartości docelowej (288 245 osób na rok spośród docelowych 371 877 osób na rok).**

Kluczowy etap wdrażania (KEW) jest stosowany w sytuacji, gdy wartość celu pośredniego oszacowana dla wskaźnika produktu jest równa zeru lub gdy jest ona niewielka lub trudna do oszacowania. KEW jest bezpośrednio powiązany z jednym, konkretnym wskaźnikiem produktu, ale nie zastępuje go i jest dodatkowym elementem ram wykonania. Kluczowy etap wdrażania, który w przypadku IX OP PO IiŚ 2014-2020 odnosi się do ***Liczby wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego według zawartych umów o dofinansowanie*** ustalony został na poziomie 2 podmiotów do końca 2018 r. dla regionu lepiej rozwiniętego. Jak wynika z zestawienia wskaźników dla projektów z podpisanymi umowami o dofinansowanie, zakładana wartość wskaźnika została **osiągnięta w 600%.**

W ramach niniejszego badania przeanalizowano również stan osiągnięcia wskaźników produktu i rezultatu bezpośredniego, zawartych w załączniku nr 2 do SZOOP. Wskaźniki te prezentowane są w podziale na działania (9.1/9.2), a także na kategorie regionu (słabiej rozwinięty/lepiej rozwinięty).

Wskaźnik ***Liczba wspartych podmiotów leczniczych*** oraz ***Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego,*** w regionach słabiej rozwiniętych został osiągnięty na poziomie 62 podmiotów, co stanowi 78% wartości docelowej (79 podmiotów). Na Mazowszu zaraportowano 8 wspartych podmiotów tego rodzaju, co oznacza osiągnięcie wskaźnika na poziomie 73% (wartość docelowa to 11 podmiotów).

Wskaźnik ***Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej*** w Działaniu 9.1 w regionach słabiej rozwiniętych, określony na poziomie 358 000 000 zł został osiągnięty w 52% (zaraportowano nakłady w wysokości 187 155 885,88 zł), natomiast na Mazowszu – w 62% (zaraportowano 24 993 575,95 zł z docelowych 40 000 000 zł). W Działaniu 9.2 osiągnięcie wskaźników utrzymuje się na dość podobnym poziomie - w regionach słabiej rozwiniętych jest to 53% (zaraportowano 185 551 916,56 zł z docelowych 350 000 000 zł), natomiast w regionie lepiej rozwiniętym – 72% (zaraportowano 64 181 091,17 zł z docelowych 89 000 000 zł).

W Działaniu 9.1, w ramach którego realizowano projekty związane z wsparciem ratownictwa medycznego, w regionach słabiej rozwiniętych wybudowano/wyremontowano łącznie 26 całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców, co stanowi niemal połowę wartości docelowej określonej na poziomie 54 takich obiektów. Na wskaźnik ten składają się obiekty

wybudowane, których obecnie jest 20 (100% osiągnięcia wskaźnika) oraz obiekty przebudowane, których jest 6 (18% osiągnięcia wskaźnika). Na Mazowszu wartość zbiorczego wskaźnika ***Liczba wybudowanych /wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych*** została osiągnięta na poziomie 17% (1 obiekt spośród 6 docelowych). Obiekt ten realizuje jednocześnie 25% wskaźnika dotyczącego wybudowanych lotnisk/lądowisk (docelowo 4 obiekty). Wskaźnik dotyczący przebudowanych obiektów tego typu w połowie okresu wdrażania Programu utrzymuje się nadal na poziomie 0% (wartość docelowa to 2 obiekty).

W ramach Działania 9.2 w regionach słabiej rozwiniętych wsparto do tej pory 7 **podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego**, co stanowi 23% docelowego poziomu 31 podmiotów. Na Mazowszu natomiast wskaźnik ten osiągnął do tej pory jedynie 8% (1 wsparty podmiot spośród 12 docelowych).

Wskaźnik rezultatu bezpośredniego ***Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem*** mierzony jest rok po zakończeniu projektu. W ramach Działania 9.1 w regionach słabiej rozwiniętych został osiągnięty w 67% - 734 805 osób na rok spośród 1 090 529 docelowych. Na Mazowszu wskaźnik ten został osiągnięty dwukrotnie – osiągnięta do tej pory wartość to 287 529 osób na rok (docelowo 140 211 osób na rok). W przypadku Działania 9.2 w regionach słabiej rozwiniętych osiągnięto rezultat w postaci 48 179 leczonych osób na rok (8% docelowej wartości), na Mazowszu zaś – 716 leczonych na rok, co stanowi jedynie 0,3% wartości przewidzianej na 2023 r.

Zestawienie prezentujące poziom osiągnięcia wartości pośrednich i docelowych wskaźników określonych jako ramy wykonania i wskaźniki typu output oraz wskaźniki produktu i rezultatu bezpośredniego zamieszczone w Załączniku nr 2 do SZOOP dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 zostało zawarte w poniższej tabeli.

Prognoza osiągnięcia wartości docelowych wskaźników określonych jako ramy wykonania i wskaźniki typu output oraz wskaźniki produktu i rezultatu bezpośredniego zamieszczone w załączniku nr 2 do SZOOP dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 znajduje się w dalszej części raportu (rozdział *Prognozowane efekty IX OP PO IiŚ 2014-2020*).

Tabela 19. Stan osiągnięcia wskaźników ram wykonania, wskaźników typu output i wskaźników produktu i rezultatu bezpośredniego zawartych w SZOOP IX OP PO IiŚ 2014-2020

Działanie	Typ wskaźnika[24]	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika[25]	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości pośredniej 2018	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
-	Wskaźnik finansowy	Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych	RW	EUR	Słabiej rozwinięty	85 533 876	471 288 529	141 323 355	165%	30%
			RW		Lepiej rozwinięty	17 019 534	84 599 723	27 717 812	163%	33%
-	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	output	szt.	Słabiej rozwinięty	-	31	7	-	23%
			RW, output	szt.	Lepiej rozwinięty	0	12	1	-	8%
-	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	RW, output	szt.	Słabiej rozwinięty	16	79	62	388%	78%
			output	szt.	Lepiej rozwinięty	-	11	8	-	73%

[24] WP – wskaźnik produktu, WRB – wskaźnik rezultatu bezpośredniego

[25] RW - Ramy wykonania, output – wskaźniki typu output, SZOOP – wskaźniki produktu i rezultatu bezpośredniego z załącznika nr 2 do SZOOP

Działanie	Typ wskaźnika[24]	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika[25]	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości pośredniej 2018	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
-	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	output	osoby/rok	Słabiej rozwinięty	-	1 688 999	782 984	-	46%
			output	osoby/rok	Lepiej rozwinięty	-	371 877	288 245	-	78%
-	Kluczowy etap wdrożeniowy	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego według zawartych umów o dofinansowanie	RW	szt.	Lepiej rozwinięty	2	-	12	600%	-
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	-	79	62	-	78%
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	16	79	62	388%	78%
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	11	8	-	73%

Działanie	Typ wskaźnika[24]	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika[25]	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości pośredniej 2018	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	11	8	-	73%
9.1	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Słabiej rozwinięty	-	358 000 000	187 155 885,88	-	52%
9.1	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Lepiej rozwinięty	-	40 000 000	24 993 575,95	-	62%
9.1	WP	Liczba wybudowanych /wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	-	54	26	-	48%
9.1	WP	Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	-	20	20	-	100%
9.1	WP	Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	-	34	6	-	18%

Działanie	Typ wskaźnika[24]	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika[25]	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości pośredniej 2018	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
9.1	WP	Liczba wybudowanych /wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	6	1	-	17%
9.1	WP	Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	4	1	-	25%
9.1	WP	Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	2	0	-	0%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	-	31	7	-	23%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	-	31	7	-	23%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	12	1	-	8%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	-	12	1	-	8%

Działanie	Typ wskaźnika[24]	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika[25]	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości pośredniej 2018	% osiągnięcia wartości docelowej 2023
9.2	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Słabiej rozwinięty	-	350 000 000	185 551 916,56	-	53%
9.2	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Lepiej rozwinięty	-	89 000 000	64 181 091,17	-	72%
9.1	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Słabiej rozwinięty	-	1 090 529	734 805	-	67%
9.1	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Lepiej rozwinięty	-	140 211	287 529	-	205%
9.2	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Słabiej rozwinięty	-	598 470	48 179	-	8%
9.2	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Lepiej rozwinięty	-	231 666	716	-	0,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (stan na 31.12.2018 r.).

4.2. Prognozowane efekty IX OP PO IiŚ 2014-2020

Prognozując wykonanie wskaźników rzeczowych IX OP PO IiŚ, zdecydowano się na procedurę addytywną[26], uwzględniającą kolejne przewidywane do osiągnięcia przyrosty wartości poszczególnych wskaźników. W pierwszej kolejności, za najbardziej prawdopodobne uznano urzeczywistnienie się założeń dot. wartości docelowych wskaźników zakładanych w ramach realizowanych obecnie projektów - zgodnie z deklaracjami z umów o dofinansowanie (UoD). Jak zauważono w toku analiz dla etapu I, wartości osiągane nie zawsze pokrywały się z tymi zakładanymi przed rozpoczęciem realizacji projektu, aczkolwiek trudno jednoznacznie wskazać zależności w tym zakresie (np. nieprawdziwe okazało się intuicyjne przypuszczenie, iż skoro rosną ceny robót budowlanych i sprzętu, to docelowe wartości wskaźników będą niższe od zakładanych, zaś różnica pomiędzy optymistycznymi deklaracjami i odbiegającym in minus względem założeń stanem faktycznym będzie istotna statystycznie). Z tego względu wartości z UoD uwzględniono w prognozach w wielkości wskazanej przez beneficjentów i zdecydowano się nie przemnażać ich przez żaden „współczynnik sukcesu", gdyż jego wielkość cechowałaby się niskim rygoryzmem statystycznym. Dodatkowo należy wspomnieć, iż przyjęto również, iż wszystkie projekty zakończą się w zakładanych terminach, a przynajmniej do momentu zamykania PO IiŚ 2014-2020.

Drugi element, jaki uwzględniono w prognozach, to potencjał w zakresie generowania przyrostu wartości wskaźników, jakim dysponują projekty zidentyfikowane przez właściwą instytucję w ramach trybu pozakonkursowego. W tym momencie, spośród 195 projektów na liście, 35 projektów nie jest realizowanych i posiada potencjał w zakresie generowania przyrostu wartości wskaźników (w sytuacji, w której projekty te weszłyby do realizacji). Zakładane efekty przyjęto na poziomie wskazanych w przedmiotowym Wykazie. Uwzględniono również fakt, iż część z nich będzie realizowana w podmiotach już objętych wsparciem, dlatego też potencjalne projekty przełożą się jedynie na wartości wybranych wskaźników lub też tylko w określonych warunkach (zgodnie z przyjętą metodologią ich zliczenia, np. estymowano przyrost docelowej wartości wskaźnika *Liczba wspartych podmiotów leczniczych*, poza wyjątkiem, tylko w przypadku unikatowych podmiotów niebędących dotychczas beneficjentami IX OP PO IiŚ, zaś *Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem* uwzględniano tylko w zakresie najwyższej wartości wskaźnika dla danego podmiotu spośród wszystkich zadeklarowanych w ramach projektów wdrażanych w IX OP PO IiŚ i potencjalnych projektów pozakonkursowych).

Trzeci element, jaki uwzględniono w prognozach, to średni jednostkowy koszt danego wskaźnika (w przekrojach terytorialnych - wg kategorii regionu oraz w podziale na działania). W oparciu o dotychczasowe UoD i wykorzystaną alokację, policzono również poziom kontraktacji w poszczególnych przekrojach (na działania/kategorie regionu). Po odjęciu zakontraktowanych środków od alokacji ogółem (tj. z uwzględnieniem rezerwy ram wykonania)

[26] Tzn. każda kolejna prognoza bazuje na wynikach poprzednich wyliczeń oraz dodatkowo dodaje do nich kolejny komponent.

- otrzymaliśmy wartość środków możliwych do wydatkowania w „symbolicznej" II połowie perspektywy finansowej 2014-2020.

Tabela 20. Alokacja (wkład UE) wykorzystana do tej pory oraz pozostała alokacja w przekrojach na działania/typ regionu

	9.1	9.2	Razem
Alokacja wykorzystana*			
Mazowsze	56 554 783	203 752 980	260 307 763
Reszta kraju	715 837 628	773 554 903	1 489 392 530
Ogółem	772 392 410	977 307 883	1 749 700 293
Pozostała alokacja*			
Mazowsze	14 110 905	16 604 377	30 715 282
Reszta kraju	89 145 984	144 021 057	233 167 041
Ogółem	103 256 889	160 625 434	263 882 323

*Kurs euro z dnia 30.12.2018 r. – 4,30 zł

Źródło: *Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (stan na 31.12.2018 r.) oraz SzOOP.*

Addytywność zakłada, iż kolejne prognozy przedstawione w kolejnej tabeli kumulują się, zaś każda kolejna prognoza zawiera w sobie ustalenia z poprzednich etapów. Uwzględniając całość poczynionych wyliczeń, **należy w pierwszej kolejności podkreślić, że większość zakładanych wartości docelowych na 2023 r. zostanie znacząco przekroczona**. Zaleca się, aby w przypadku wskaźników, których prognozowana wartość docelowa na 2023 r. przekracza 150% (co jest wariantem ostrożnym; scenariusz umiarkowany sugerowałby podobną zmianę przy poziomie około 125-130%), dokonać korekty wartości docelowej na 2023 r. i zwiększyć zakładaną wielkość. Zalecenie to nieco inaczej brzmi dla wskaźnika ***Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem,*** dla którego powyżej pewnego poziomu wartości przyjęta metodologia przestaje być zasadna. To, iż alokacja pozwoli na techniczne sfinansowanie określonej liczby pacjentów nie oznacza, iż oni realnie istnieją (lub istnieje taka liczba unikatowych podmiotów leczniczych, które mogłoby uzyskać wsparcie, co przełożyłoby się na nowe jednostko tegoż wskaźnika). Z tego względu, za wartość referencyjną dla danego wskaźnika sugerujemy prognozę nr 2 (tj. bazującą jedynie na UoD oraz potencjalne zidentyfikowanych projektów pozakonkursowych, w tabeli oznaczonej pojedynczym symbolem „*").

Korekty w drugą stronę, tj. zmniejszenia szacowanej wartości docelowej na 2023 r., wymagają wskaźniki SzOOP ***Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców*** (region słabiej rozwinięty) oraz ***Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców*** i ***Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców*** (region lepiej rozwinięty). Zakładając, iż środki będą wydatkowane dotychczas proporcjonalnie względem danych historycznych - pozostała alokacja nie pozwoli na osiągnięcie wartości docelowej. Równocześnie warto w mieć w pamięci, iż w przypadku innego ukierunkowania wydatkowania (np. poprzez konkurs dedykowany), można również wpłynąć na zwiększenie przewidywanego przyrostu jednostek tego wskaźnika. Z tego względu zaproponowane zalecenie musi zostać zweryfikowane w oparciu o wiedzę instytucjonalną MZ i MIiR w zakresie planowanego dalszego ukierunkowania środków.

Tabela 21. Prognozy dot. wartości wskaźników ram wykonania, wskaźników typu output i wskaźników produktu i rezultatu bezpośredniego zawartych w SZOOP IX OP PO IiŚ 2014-2020 na 2023

Działanie	Typ wskaźnika	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości docelowej 2023	Prognoza UoD[27]	Prognoza UoD i p.p.[28]	Prognoza UoD, p.p. i alokacja[29]	Prognozwany % osiągnięcia wartości docelowej na 2023 r.
-	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	output	szt.	Słabiej rozwinięty	31	7	23%	49	55	64	207%
			RW, output	szt.	Lepiej rozwinięty	12	1	8%	12	12	13	108%
-	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	RW, output	szt.	Słabiej rozwinięty	79	62	78%	183	199	222	281%
			output	szt.	Lepiej rozwinięty	11	8	73%	19	19	24	216%
-	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	output	osoby/rok	Słabiej rozwinięty	1688999	782 984	46%	*9 319 283*	*10 152 189**	*37 274 526 342***	*601%** *2206900%***

[27] wartość szacowana w oparciu o wskaźniki deklarowane przez beneficjentów w UoD

[28] wartość szacowana w oparciu o wskaźniki deklarowane przez beneficjentów w UoD oraz zidentyfikowany potencjał w zakresie generowania przyrostu wartości wskaźników, jakim dysponują projekty zidentyfikowane przez właściwą instytucję w ramach trybu pozakonkursowego (tu.: p.p.), które nie mają jeszcze podpisanych umów.

[29] wartość szacowana w oparciu o wskaźniki deklarowane przez beneficjentów w UoD, zidentyfikowany potencjał w zakresie generowania przyrostu wartości wskaźników, jakim dysponują projekty zidentyfikowane przez właściwą instytucję w ramach trybu pozakonkursowego (tu.: p.p.), które nie mają jeszcze podpisanych umów oraz przeciętną liczbę jednostek wskaźnika, jaka jest możliwa do osiągnięcia w oparciu o średni koszt jednostkowy tegoż i przy uwzględnieniu pozostałej alokacji (wkładu UE).

Działanie	Typ wskaźnika	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości docelowej 2023	Prognoza UoD[27]	Prognoza UoD i p.p.[28]	Prognoza UoD, p.p. i alokacja[29]	Prognozwany % osiągnięcia wartości docelowej na 2023 r.
			output	osoby/rok	Lepiej rozwinięty	371877	288 245	78%	*1 374 371*	*1 432 778**	*5 818 949 625***	*385% 1564751%***
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	79	62	78%	183	199	222	281%
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	79	62	78%	183	199	222	281%
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	11	8	73%	19	20	25	225%
9.1	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	11	8	73%	19	20	25	225%

Działanie	Typ wskaźnika	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości docelowej 2023	Prognoza UoD[27]	Prognoza UoD i p.p.[28]	Prognoza UoD, p.p. i alokacja[29]	Prognozwany % osiągnięcia wartości docelowej na 2023 r.
9.1	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Słabiej rozwinięty	358 000 000	187 155 885,88	52%	412 388 972,4	433 664 713,6	485 021 082	135%
9.1	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Lepiej rozwinięty	40 000 000	24 993 575,95	62%	3930 7903,33	39 502 803,33	49 310 464	123%
9.1	WP	Liczba wybudowanych /wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	54	26	48%	51	56	62	115%
9.1	WP	Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	20	20	100%	41	46	51	256%
9.1	WP	Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	34	6	18%	10	10	11	33%
9.1	WP	Liczba wybudowanych /wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	6	1	17%	2	2	5	86%
9.1	WP	Liczba wybudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	4	1	25%	2	2	2	62%

Działanie	Typ wskaźnika	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości docelowej 2023	Prognoza UoD[27]	Prognoza UoD i p.p.[28]	Prognoza UoD, p.p. i alokacja[29]	Prognozwany % osiągnięcia wartości docelowej na 2023 r.
9.1	WP	Liczba przebudowanych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	2	0	0%	0	0	-	0%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	31	7	23%	49	55	64	207%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Słabiej rozwinięty	31	7	23%	49	55	64	207%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	12	1	8%	12	13	14	116%
9.2	WP	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	SZOOP	szt.	Lepiej rozwinięty	12	1	8%	12	13	14	116%
9.2	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Słabiej rozwinięty	350 000 000	185 551 916,56	53%	639 726 162,8	738 466 853,1	857 571 571	245%
9.2	WP	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	SZOOP	zł	Lepiej rozwinięty	89 000 000	64 181 091,17	72%	159 462 317,8	160 069 817,8	173 064 830	194%
9.1	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Słabiej rozwinięty	1 090 529	734 805	67%	7 890 960	*8 370 756**	*9 353 447***	*768%** *858%***

Działanie	Typ wskaźnika	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta	% osiągnięcia wartości docelowej 2023	Prognoza UoD[27]	Prognoza UoD i p.p.[28]	Prognoza UoD, p.p. i alokacja[29]	Prognozwany % osiągnięcia wartości docelowej na 2023 r.
9.1	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Lepiej rozwinięty	140 211	287 529	205%	925 941	*984 348**	*1 215 378***	*702%** *867%***
9.2	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Słabiej rozwinięty	598 470	48 179	8%	2 763 530	*3 116 640**	*3 631 156***	*521%** *607%***
9.2	WRB	Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	SZOOP	osoby/rok	Lepiej rozwinięty	231 666	716	0,30%	568 222	*568 222**	*614 528***	*245** *265%***

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (stan na 31.12.2018 r.) oraz Wykazu *Projektów Zidentyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego dla PO IiŚ 2014-2020.*

* Prognoza referencyjna, tj. ta, która według Wykonawcy jest najbardziej wiarygodna i powinna stanowić podstawę do podejmowania ew. dalszych decyzji w zakresie IX OP PO IiŚ.

** - Prognoza poglądowa, tj. przedstawiona wyłącznie dla celów informacyjnych; szacunek ten pokazuje również, iż obliczenia statystyczne wymagają nałożenia na nie korekty wynikającej z logiki/prognoz wdrożeniowych/ogólnych danych statystycznych i branżowych.

Prognozując wykonanie wskaźnika finansowego ***Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych***, posłużono się danymi monitoringowymi pochodzącymi ze sprawozdania kwartalnego realizacji IX OP PO IiŚ na IV kwartał 2018 r., danymi pozyskanymi z systemu SL2014, dotyczącymi wartości wydatków kwalifikowalnych zakontraktowanych projektów, a także Wykazu Projektów Zidentyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego. Przeprowadzone analizy uwzględniały podział projektów ze względu na kategorię regionu.

W celu oszacowania prognozowanej wartości docelowej na rok 2023, pod uwagę wzięto kwotę wszystkich planowanych wydatków kwalifikowalnych w zakontraktowanych projektach oraz wydatki kwalifikowalne w projektach, które nie uzyskały jeszcze dofinansowania, a które są planowane do realizacji zgodnie z Wykazem Projektów Zidentyfikowanych. Następnie uzyskana wartość została odjęta od całkowitej alokacji przewidzianej dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 (z uwzględnieniem podziału na regiony). W ten sposób uzyskano kwotę, która nadal pozostaje do zagospodarowania w ramach dostępnych środków. W związku z tym, iż zarówno w przypadku PO IiŚ 2007-2013, jak również w ramach dotychczasowego poziomu wdrażania Programu w obecnej perspektywie, poziom certyfikacji środków utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie, ewaluatorzy przyjęli założenie, że w 2023 r. 98% nadal niezagospodarowanych środków zostanie poświadczone. Pozyskana kwota została następnie dodana do wartości projektów już realizowanych i tych, które znajdują się w Wykazie Projektów Zidentyfikowanych, a następnie porównana do wartości docelowej wskaźnika finansowego. Wyniki przeprowadzonej prognozy prezentuje poniższa tabela.

Tabela 22. Prognozowane wartości wskaźnika finansowego Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych dla 2023 r. w EUR

Wskaźnik	Kategoria regionu	Wartość pośrednia 2018	Wartość docelowa 2023	Wartość osiągnięta[30]	Wartość prognozowana 2023	Prognozowany % osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika
Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych	Słabiej rozwinięty	85 533 876	471 288 529	141 323 355	513 455 529	109%
	Lepiej rozwinięty	17 019 534	84 599 723	27 717 812	94 177 820	111%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych z systemu SL2014 (stan na 31.12.2018 r.) oraz Wykazu *Projektów Zidentyfikowanych w ramach trybu pozakonkursowego dla PO IiŚ 2014-2020.*

[30] Wartość osiągnięta na dzień 31.12.2018 r.

Oszacowana według opisanej wyżej procedury wartość wskaźnika ***Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych*** dla 2023 r. dla regionów słabiej rozwiniętych to 513 455 529 EUR[31], co stanowi 109% zakładanej wartości docelowej wskaźnika dla 2023 r. Dla Mazowsza prognozowana wartość wynosi 94 177 820 EUR i stanowi 111% zakładanej wartości docelowej na 2023 r. Z przeprowadzonej prognozy wynika zatem, iż nie ma ryzyka nieosiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźnika finansowego dla IX OP PO IiŚ 2014-2020.

[31] Według kursu euro 4,30 z dnia 29.01.2019 r.

5. Wnioski i rekomendacje

Tabela 23. Wnioski i rekomendacje z badania[32]

Lp.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał i rok)	Klasa rekomendacji
1	Przewiduje się, że na koniec 2018 r. wartości wskaźników stanowiących ramy wykonania w obrębie IX OP PO IiŚ 2014-2020 przekroczą poziom zadeklarowany jako cel pośredni. (s. 51-54)	W związku ze zrealizowaniem zobowiązań wskaźnikowych, płynnym wdrażaniem projektów oraz istnieniem dalszego potencjału absorpcyjnego, zasadne jest nie tylko poczynione już uruchomienie środków z rezerwy wykonania, ale także rozważenie możliwości przejęcia przez IX OP PO IiŚ 2014-2020 środków z innych OP/PO, w których nie zostałyby one należycie spożytkowane (np. świadczy o tym brak zadowalających postępów w osiąganiu zakładanych wartości wskaźników).	zdrowie	IZ PO IiŚ 2014-2020	W momencie, kiedy opracowana zostanie metodologia podziału rezerwy wykonania w ramach Umowy Partnerstwa 2014-2020, konieczne będzie powzięcie przez IZ i IP działań ukierunkowanych na weryfikację, czy mogą pozyskać dodatkowe środki, na jakich warunkach itd. W przypadku, kiedy taka możliwość będzie dostępna dla IX OP PO IiŚ w świetle stawianych wymagań, zasadne jest ubieganie się o dodatkową alokację. Niestety, na moment opracowania niniejszej rekomendacji, *Metodologia…* nie jest gotowa, stąd trudno powziąć bardziej szczegółowe zalecenia.	31.03.2019	rekomendacja programowa strategiczna
2	Zbyt mała liczba opiekunów projektów ze strony IP IX OP PO IiŚ 2014-2020. Przekłada się to z	W celu zapobieżenia wydłużaniu się procedury wydawania decyzji związanych z zarządzaniem projektami realizowanymi w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 oraz nadmiernemu przeciążeniu pracą opiekunów	zdrowie	IP IX OP PO IiŚ 2014-2020	IP przeprowadzi analizę zasobów kadrowych finansowanych ze środków PO IiŚ w MZ pod kątem możliwości zwiększenia liczby opiekunów merytorycznych	31.03.2019	rekomendacja programowa strategiczna

[32] Tabela wniosków i rekomendacji nie zawiera pól, które Wykonawca wypełni we współpracy z Grupą Sterującą Ewaluacją PO IiŚ (GSE PO IiŚ) i jednostką ewaluacyjną odpowiedzialną za zlecenie badania oraz pól, które docelowo wypełnia jednostka ewaluacyjna odpowiedzialna za realizację badania. Ostateczna wersja niniejszej tabeli znajdzie się w aneksie do raportu końcowego, stanowiącym podsumowanie II etapu ewaluacji.

Lp.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał i rok)	Klasa rekomendacji
	jednej strony na zbyt długi okres podejmowania decyzji w zawieraniu i podpisywaniu WoD, aneksów do umów itd. Z drugiej strony, efektem posiadania pod opieką jednego pracownika ok. 30 projektów oraz pełnienia zadań związanych z członkostwem w KOP jest, że pracownicy MZ są przeciążeni pracą. (87-89).	projektu, które mogłoby negatywnie wpłynąć na jakość zarzadzania projektami, należy na poziomie MZ opracować zasady zarządzania zespołem opiekunów projektów, określające sposób reagowania w sytuacji, w której istnieje realne zagrożenie nadmiernego przeciążenia pracą. i Rekomendacja ta jest motywowana zarówno troską o toczące się i planowane do realizacji projekty, na których mógłby odbić się brak pracowników MZ o określonych kompetencjach/uprawnieniach, jak i obawą o dobrostan pracowników MZ, którzy funkcjonując długofalowo w taki sposób jak obecnie, silnie narażeni są na przemęczenie spowodowane ponadnormatywną pracą, wypalenie zawodowe itd. (co finalnie może znaleźć wyraz w rotacji kadr i dalszym pogarszaniem sytuacji w omawianym obszarze).			projektów i w oparciu o jej wyniki podejmie działania stanowiące odpowiedź na rekomendację.		
3	Z uwagi na zaawansowanie procesu wdrażania oraz fakt, iż do samej jakości monitoringu nie ma zastrzeżeń, zaleca się zrewidowanie systemu wskaźników w przypadku kolejnej perspektywy finansowej oraz ich lepsze dopasowanie do specyfiki funkcjonowania	W przypadku niektórych wskaźników, których metodologie zliczania należy ocenić jako spójne i konsekwentnie stosowane, można jednak wskazać lepsze sposoby ich definiowania i sprawozdawania (np. odejście od *Liczby leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem* i zastąpienie go pomiarem liczby pacjentów leczonych w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych, które są wspierane w ramach projektu (SOR, CU, etc.)). Drugi etap badania, realizowany na początku 2019 r., będzie w całości poświęcony jedynie problematyce wskaźników. W jego ramach dokonane zostanie, zasadne na tym etapie	zdrowie	minister właściwy ds. rozwoju regionalnego	System wskaźników powinien w większym stopniu łączyć zaobserwowane zmiany z realizowaną interwencją. Oznacza to, iż np. zliczani powinni być pacjenci konkretnej jednostki, która została objęta projektem - niekoniecznie zaś cały szpital. Analogicznie, lepszą miarą wydaje się zliczanie udzielonych świadczeń medycznych aniżeli liczba unikatowych pacjentów, gdyż zmienna ta daje większą wiedzę o poziomie wykorzystania	31.12.2020	rekomendacja programowa strategiczna

Lp.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał i rok)	Klasa rekomendacji
	systemu ochrony zdrowia. (s. 90-97) Dodatkowo, o ile sam monitoring ocenia się pozytywnie, o tyle widoczne jest ryzyko osiągnięcia znacząco wyższych wartości wskaźników aniżeli zakładano na etapie programowania. (s. 51, 53-54, 58-59)	wdrażania, zweryfikowanie wartości docelowych wskaźników w IX OP PO IiŚ.			zakupionego sprzętu czy wybudowanej infrastruktury. Weryfikacji wartości docelowych wskaźników poświęcony został etap II przedmiotowej ewaluacji.		
4	Jakkolwiek wątek ten nie wybrzmiał jako dominujący w niniejszym badaniu, to zwrócono uwagę na zasadność potencjalnego łączenia projektów z EFRR ze wsparciem miękkim (EFS) ukierunkowanym na wzrost kompetencji personelu w zakresie umiejętności wykorzystania nowej aparatury medycznej. Podobny wątek pojawiał się również w innych badaniach z tego zakresu. (s. 62)	Na etapie planowania potencjalnego wsparcia w perspektywie 2020+ warto rozważyć możliwość projektów dwufunduszowych, związanych z doposażeniem oraz edukacją, jak z nowego sprzętu/aparatury korzystać.	zdrowie	minister właściwy ds. rozwoju regionalnego	W pierwszej kolejności rekomenduje się pogłębioną diagnozę w zakresie zasadności tego łączonego typu wsparcia na poziomie PO IiŚ (jego odpowiednika w perspektywie 2020+), gdyż dopiero ona - gdyby zidentyfikowała realne potrzeby w tym zakresie - powinna być podstawą dla ewentualnych prac programowych. Ewentualne projekty łączone powinny wychodzić poza prosty instruktaż. Wskazane jest podjęcie zaawansowanych działań szkoleniowych, mających przyczynić się do wdrażania nowych sposobów terapii, alternatywnego i innowacyjnego	31.12.2020	rekomendacja horyzontalna strategiczna

Lp.	Treść wniosku (nr stron w raporcie końcowym)	Treść rekomendacji	Obszar tematyczny	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał i rok)	Klasa rekomendacji
					wykorzystania zakupionego sprzętu itd. Pod tym względem, byłoby to rozszerzenie „miękkiego” komponentu, który jest obecny w perspektywie 2014-2020 w ramach mechanizmu elastycznego finansowania (cross-financingu).		

Źródło: opracowanie własne

Załącznik 1. Spisy schematów, tabel i wykresów oraz źródeł

Spis schematów

Schemat 1. Perspektywy oceny uwzględnione w badaniu, istotne z punktu widzenia logiki badania.....20
Schemat 2. Metody i techniki gromadzenia danych zastosowane w badaniu. 21
Schemat 3. Logika interwencji w ramach IX OP POIiŚ 2014-2020 31
Schemat 4. Mapa ścieżek wnioskodawców (Customer Journey Map) 45

Spis tabel

Tabela 1. Wykaz skrótów 2
Tabela 2. Informacje dotyczące umów w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 według stanu na 11 lipca 2018 r. 14
Tabela 3. Indeks pytań badawczych w badaniu wraz ze wskazaniem rozdziałów zawierających odpowiedzi 17
Tabela 4. Zastosowanie metod i technik badawczych w ewaluacji 22
Tabela 5. Sposób powiązania priorytetów rozwojowych określonych w unijnych i krajowych dokumentach strategicznych z interwencją IX OP PO IiŚ 2014-2020 (mechanizmy, wkład) 27
Tabela 6.Stan osiągnięcia wskaźników rezultatów strategicznych IX OP PO IiŚ 2014-2020.....34
Tabela 7. Stan osiągnięcia wskaźników typu output IX OP POIiŚ 2014-2020 36
Tabela 8. Stan osiągnięcia ram wykonania wyznaczonych dla IX OP PO IiŚ 2014-2020 38
Tabela 9. Bariery w procesie aplikowania związane z kryteriami oceny projektów oraz rekomendowane sposoby ich minimalizowania 40
Tabela 10. Oszacowania wartości wskaźników outputu 54
Tabela 11. Prognozowane wartości wskaźnika finansowego Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych dla 2018 r. i 2023 r. w EUR 56
Tabela 12. Oszacowania wartości wskaźników rzeczowych ram wykonania 57
Tabela 13. Szacowana wartość wskaźników typu output IX OP PO IiŚ 2014-2020 możliwych do osiągnięcia przy dostępnych środkach finansowych 61
Tabela 14. Szacowana wartość ram wykonania IX OP PO IiŚ 2014-2020 możliwych do osiągnięcia przy dostępnych środkach finansowych 62
Tabela 15. Mapa ryzyka. Potencjalne obszary ryzyka nieosiągnięcia zakładanych wartości wskaźników strategicznych, ram strategicznych i typu output i prawdopodobieństwo ich wystąpienia 73
Tabela 16. Dynamika zmian wskaźników realizacji *Strategii Europa 2020*.....78
Tabela 17. Wpływ projektów wspieranych w ramach IX OP PO IiŚ 2014-2020 na realizację priorytetów rozwojowych Strategii Europa 2020 określony w ramach warsztatu eksperckiego.....82
Tabela 18. Relacje wyznaczonych wskaźników rezultatu do celów zapisanych w Strategii Europa 2020.85
Tabela 19. Stan osiągnięcia wskaźników ram wykonania, wskaźników typu output i wskaźników produktu i rezultatu bezpośredniego zawartych w SZOOP IX OP PO IiŚ 2014-2020.....106
Tabela 20. Alokacja (wkład UE) wykorzystana do tej pory oraz pozostała alokacja w przekrojach na działania/typ regionu 112

Tabela 21. Prognozy dot. wartości wskaźników ram wykonania, wskaźników typu output i wskaźników produktu i rezultatu bezpośredniego zawartych w SZOOP IX OP PO IiŚ 2014-2020 na 2023 114
Tabela 22. Prognozowane wartości wskaźnika finansowego Całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych dla 2023 r. w EUR 119
Tabela 23. Wnioski i rekomendacje z badania 121

Spis wykresów

Wykres 1. Ocena przez beneficjentów stopnia realizacji projektu w zakresie [wskazania „zdecydowanie tak" i „raczej tak"; w %]: 25
Wykres 2. Prognozowana liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy.....50
Wykres 3. Prognozowany średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce 51
Wykres 4. Według Pana/Pani wartości dofinansowania, o którą może aplikować w ramach IX OP PO IiŚ jest: 66
Wykres 5. Jaka wartość dofinansowania byłaby dla Pana/Pani optymalna? (w zł).....67
Wykres 6. Czy w przypadku przyznania IX OP dodatkowej alokacji, w wyniku której Państwa projekt mógłby uzyskać pozytywną decyzję o przyznaniu dofinansowania, nadal byliby Państwo w stanie zrealizować projekt w oparciu o: 69
Wykres 7. Wartość dodana realizowanych projektów w opinii beneficjentów 88

Spis źródeł

Poniższe zestawienie obejmuje źródła wykorzystane w sposób bezpośredni i pośredni w badaniu. Oznacza to, iż część z nich została literalnie wskazana w raporcie, zaś treść niektórych z nich została przyswojona przez zespół badawczy i znalazła wyraz np. w kształcie proponowanych narzędzi badawczych, zakresie analiz itd.

Dokumenty programowe, dokumenty strategiczne, akty prawne itd.

- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020;
- Szczegółowy opis osi priorytetowych PO IiŚ 2014-2020 wraz z załącznikami;
- sprawozdania roczne z wdrażania PO IiŚ 2014-2020 (za lata 2015-2017) oraz Sprawozdanie końcowe z wdrażania PO IiŚ 2007-2013;
- dane z przekazanych przez MZ Informacji kwartalnych z realizacji PO IiŚ 2014-2020;
- dane wygenerowane przez MZ z SL2014, dotyczące postępu rzeczowego i finansowego na podstawie wniosków o dofinansowanie, umów o dofinansowanie i wniosków o płatność;
- katalogi wskaźników obowiązkowych dla poszczególnych typów projektów PO IiŚ 2014-2020 oraz katalogi definicji badanych wskaźników;
- dokumenty metodologiczne określające sposób oszacowania określonych w PO IiŚ 2014-2020 wartości docelowych wskaźników;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r;
- Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) NR 215/2014 z dnia 7 marca 2014;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.;
- Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- Strategia na rzecz inteligentnego, zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu (tj. Strategia EU 2020);
- Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020 (UP 2014-2020);
- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.);

- Dokumenty dot. instrumentów realizacji SOR oraz innych dokumentów strategicznych w obszarze zdrowia;
- Rekomendacji KE dla Polski (Country Specific Recommendations).

Tematyczne badania i ewaluacje:

- Analiza efektów wsparcia - identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, PSDB Sp. z o.o., 2013.
- Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020, IBC GROUP Central Europe Holding S.A. , 2012.
- Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, IBC GROUP Central Europe Holding S.A. , 2011.
- Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, ITTI Sp. z o.o., 2015.
- Badanie jakości i adekwatności wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, EU CONSULT Sp. z o.o., 2014.
- Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), Konsorcjum: DANAE Sp. z o.o., REALIZACJA Sp. z o.o., 2017.
- Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, Ośrodek Ewaluacji Sp. z o.o., Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Rynku Pracy S-TO-S, 2017.
- Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regio, Public Profits Sp. z o.o., 2012.
- Ocena dostępności usług medycznych poprzez realizację projektów priorytetu V Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 w aspekcie perspektywy finansowej UE 2013+, Public Profits Sp. z o.o., 2011.
- Ocena funkcjonowania wewnętrznych systemów zarządzania w poszczególnych projektach systemowych Działania 2.3 PO KL, których realizacja rozpoczęła się w roku 2009, Master Consulting Sp. z o.o., 2011.
- Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach Działania 2.3 PO KL, ASM – Centrum Badan i Analiz Rynku Sp. z o.o., 2011.
- Ocena realizacji planów działań w sektorze zdrowia - 1 raport cząstkowy, IBC GROUP CENTRAL HOLDING S.A., 2017.
- Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL, PSDB Sp. z o.o., 2013.
- Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarówwsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”, IBC GROUP Central Europe Holding S.A., 2012.
- Ocena wpływu projektów realizowanych w ramach LRPO 2007 -2013 Działanie 4.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia na zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych usług medycznych dla mieszkańców regionu, w tym na obszarach wiejskich

oraz w kontekście realizacji celów rozwojowych województwa lubuskiego w zakresie opieki zdrowotnej, ASM – Centrum Badan i Analiz Rynku Sp. z o.o., 2012.

- Oszacowanie wybranych wskaźników rezultatu i oddziaływania Osi Priorytetowej 7. Ochrona zdrowia i system ratownictwa Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego 2007-2013, Evalu Sp. z o.o., 2016.
- Podsumowanie efektów wdrażania projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, EU CONSULT Sp. z o.o., 2016.
- Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu, Grupa Gumułka Sp. z o.o., 2010.Wpływ inwestycji w sprzęt medyczny w ramach RPO WSL na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego, CASE Doradcy Sp. z o.o., 2010.