

Ewaluacja on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER



Zamawiający

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



Ministerstwo Zdrowia

Wykonawca:

Grupa BST Sp. z o.o.
ul. Mieczyków 12
40-748 Katowice



EU-Consult sp. z o.o.
ul. Toruńska 18 C, lok. D
80-747 Gdańsk



Badanie współfinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Gdańsk 2018

Spis treści

Streszczenie	6
Summary	9
Wykaz skrótów i objaśnienie terminologii przyjętej w dokumencie	12
1. Wprowadzenie	13
2. Zarys metodologiczny	16
2.1. Analiza danych zastanych (desk research)	16
2.2. Analiza SWOT	17
2.3. Panel ekspertów	17
2.4. Badanie CATI na grupie beneficjentów działań w ramach V Osi Priorytetowej	17
2.5. Badanie IDI na grupie przedstawicieli Instytucji Zarządzającej/ Instytucji Pośredniczącej	18
2.6. Badanie CATI na grupie mieszkańców Polski, którzy korzystali z zakresu usług ochrony zdrowia	19
3. Opis wyników badania	21
3.1. Kryterium trafności	21
3.1.1. W jakim stopniu projekty wdrażane w ramach poszczególnych Działań V OP PO WER odpowiadają na wyzwania i potrzeby określone w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych w obszarze zdrowia (<i>PO WER, Umowa Partnerstwa, Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla sektora zdrowia na lata 2014-2020, Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego</i>), a także realizuje zapisy <i>Wytycznych</i> dla EFS w obszarze zdrowia? W których obszarach wsparcie najlepiej odpowiada zapisom ww. dokumentów / wytycznych, a w których należy podjąć większą aktywność?	22
3.1.2. Czy należy wprowadzić jakiekolwiek zmiany w <i>Wytycznych</i> , dokumentach strategicznych, a w szczególności w PO WER i SzOOP PO WER (w zakresie oraz zasadach wdrażania Programu), aby wsparcie z EFS na poziomie ogólnokrajowym lepiej odpowiadało na istniejące wyzwania i potrzeby polityki zdrowotnej?	36
3.1.3. Czy demarkacja działań wdrażanych z EFS określona w <i>Wytycznych</i> jest właściwa / optymalna z punktu widzenia poszczególnych aktorów polityki spójności, a w szczególności beneficjentów PO WER? Jeżeli nie, jakie zmiany zapisów ww. <i>Wytycznych</i> lub innych dokumentów czy źródeł prawa należy rekomendować?	40
3.1.4. Jak wsparcie dostępne dzięki EFS wpływa na wzmocnienie / reformę sektora ochrony zdrowia? Czy z EFS finansowane jest w sektorze ochrony zdrowia to co jest najbardziej potrzebne, aby uzyskać oczekiwaną zmianę? Czy EFS może być wykorzystany jeszcze inaczej, aby tę zmianę uzyskać szybciej, lepiej, w większej	

skali? itp.? Czy warto przewidzieć jeszcze jakiś rodzaj wsparcia w ramach PO WER dotyczący obszaru zdrowia?.....	42
3.2. Kryterium skuteczności.....	50
3.2.1. W jakim stopniu zrealizowane zostały cele szczegółowe zdefiniowane dla V OP PO WER? Na ile ich realizacja odbyła się dzięki EFS, a na ile wynika to z innych czynników?.....	50
3.2.2. Czy nabory prowadzone dotychczas w ramach V OP PO WER były właściwie rozplanowane pod kątem realizacji celów szczegółowych oraz wydatkowania alokacji? Jaką rolę odgrywają roczne plany działań V OP PO WER? Czy to narzędzie jest potrzebne, w kontekście funkcjonowania planów działań w sektorze zdrowia? Jakie są jego zalety oraz wady?.....	61
3.2.3. W jakim stopniu projekty wpisują się w poszczególne cele szczegółowe przypisane do Działań / priorytetów inwestycyjnych realizowanych w ramach V OP PO WER? Które działania V OP PO WER i które typy projektów realizowały cele szczegółowe w sposób najbardziej trafny, skuteczny i efektywny? Z czego to wynikało?.....	63
3.2.4. W których obszarach / naborach / działaniach V OP PO WER istnieje największe zainteresowanie realizacją projektów, a w których najmniejsze i dlaczego?.....	64
3.2.5. Jakie czynniki i w jakim zakresie wywierają wpływ na skuteczność realizacji projektów w ramach poszczególnych Działań wdrażanych w V OP PO WER? Czy na skuteczność projektów ma wpływ rodzaj podmiotu realizującego projekt, długość trwania projektu, wysokość dofinansowania, wcześniejsze doświadczenie beneficjentów w realizacji projektów lub jeszcze inne czynniki, zarówno związane z charakterystyką projektodawcy lub otoczeniem zewnętrznym?.....	67
3.2.6. W jaki sposób kryteria oceny projektów stosowane przez IP przyczyniły się do realizacji celów szczegółowych V OP PO WER i osiągania zaplanowanych efektów?	73
3.2.7. W jakim zakresie działania V OP PO WER wpisywały się w realizację zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz równości szans kobiet i mężczyzn?	74
3.3. Kryterium efektywności.....	79
3.3.1. Jaka jest efektywność wdrażania V OP PO WER (w rozumieniu stosunku efektów – produktów / rezultatów, otrzymanych w wyniku (z)realizowanych projektów do nakładów finansowych / wydatków poniesionych w tych projektach)?	79
3.3.2. Czy istnieją w ramach V OP PO WER jakiegokolwiek problemy z wydatkowaniem środków finansowych z EFS / rozliczaniem projektów, a jeżeli tak – to jakie? Czy, a jeśli tak – to jak należy usprawnić proces rozliczania / wydatkowania środków z EFS?	81

3.4.	Kryterium sprawności instytucjonalnej.....	82
3.4.1.	Czy występują jakieś specyficzne dla V OP PO WER bariery, na które napotykają beneficjenci projektów? Czy występują jakieś specyficzne bariery przypisane do poszczególnych PI w OP V PO WER? W jaki sposób można/należy je wyeliminować?	83
3.4.2.	Jak należy ocenić sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER? Jakie bariery administracyjne i problemy związane z wdrażaniem pojawiły się w trakcie realizacji V OP PO WER? Jak je można/należy rozwiązać? Jak ich unikać w przyszłości? Czy potencjał kadrowy (liczba pracowników) jest odpowiedni do ilości pracy / zadań przewidzianych do realizacji na poziomie IP? Jakie jest obciążenie pracą członków KOP i opiekunów projektów? Czy jest ono odpowiednie do posiadanych zasobów kadrowych IP V OP PO WER?	88
3.4.3.	Jakie dobre praktyki w zakresie zarządzania projektami i wdrażania projektów PO WER dotyczących obszaru zdrowia, a także osiągniętych przez nie efektów można zidentyfikować? Jak z nich mogą skorzystać beneficjenci oraz instytucje zaangażowane we wdrażanie Programu? W jaki sposób należy je upowszechniać / promować, aby możliwe było multiplikowanie najbardziej skutecznych / efektywnych działań?	92
3.4.4.	Jakie mechanizmy zapewniane przez MZ / Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia sprzyjają trafnemu i skutecznemu wdrażaniu Działań V OP PO WER? Czy, a jeśli tak to jakie mechanizmy zwiększające trafność i skuteczność Działań V OP PO WER można zaproponować?.....	96
3.4.5.	Czy współpraca z innymi instytucjami funkcjonującymi w sektorze / resorcie zdrowia, a jeśli tak – to w jakim stopniu ma przełożenie na trafność, efektywność i skuteczność Działań wdrażanych w ramach V OP PO WER?.....	98
3.4.6.	Czy istnieją procedury związane z wdrażaniem / realizacją projektów specyficzne dla V OP PO WER, które stanowią szczególne obciążenie administracyjne dla IP? Jeżeli tak, to jak należy je usprawnić, aby nie generowały problemów?	102
3.4.7.	Czy projekty wybierane są poprzez zastosowanie właściwego trybu? W jakich wypadkach należałoby zastosować inny tryb?.....	104
4.	Analiza SWOT	106
5.	Wnioski i rekomendacje.....	109
6.	Spis tabel i rysunków	116
7.	Bibliografia	119

Streszczenie

Analiza danych zastanych pozwoliła potwierdzić zgodność celów V Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 oraz odpowiadających im priorytetów inwestycyjnych z wyzwaniami i potrzebami określonymi w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych w obszarze zdrowia (w tym *PO WER, Umowa Partnerstwa, Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla sektora zdrowia na lata 2014-2020, Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego*). Ponadto, cele te (a co za tym idzie – działania) realizują również zapisy wytycznych Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju. Nie zidentyfikowano jednocześnie obszarów, w których należy podjąć większą aktywność, co pozytywnie świadczy o trafności oferowanego wsparcia. Trafność ta potwierdzona została również przez wszystkie grupy badanych. Szczególnym potwierdzeniem tego faktu są opinie dotyczące konieczności dalszego prowadzenia tego typu działań, bez wprowadzania większych zmian w ich zakresie.

Cytując *Sprawozdanie z wdrażania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w 2017 r.*¹: opracowano 6 programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy (75% celu pośredniego), wsparciem objęto 52 podmioty lecznicze (130% celu pośredniego), opracowano 12 programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych (54% celu pośredniego), kształceniem podyplomowym objęto 14,6 tys. pielęgniarek i położnych (146% celu pośredniego) oraz 2,9 tys. lekarzy (37% celu pośredniego). Biorąc pod uwagę dotychczas osiągnięte wskaźniki produktu (punkt 3.2.1.), już na koniec 2017 r. zrealizowana została znaczna część wskaźników, niekiedy przekraczając założoną wartość nawet kilkukrotnie. Co więcej, szczególny wzrost stopnia realizacji wskaźników tejże Osi nastąpił w 2017 r. Biorąc pod uwagę ten trend (w stosunku do poprzednich lat, kiedy wdrażanie wsparcia w ramach V OP PO WER dopiero się rozpoczynało) można zakładać podobny przyrost realizacji wskaźników w 2018 r. Podsumowując, obecną skuteczność w realizacji celów szczegółowych zdefiniowanych dla V OP PO WER ocenić należy pozytywnie.

Warto zauważyć, że realizacja projektów w przyjętym zakresie odbywa się praktycznie wyłącznie dzięki EFS. Bez tego typu środków projekty te w ogóle nie byłyby realizowane, bądź byłyby znacznie ograniczone.

Wśród czynników mających wpływ na ograniczenia w sprawności realizacji tychże celów wymienić należy każdorazową potrzebę opiniowania opracowywanych programów profilaktycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W przypadku Działania 5.1 PO WER z trudnościami spotkały się również konkursy z zakresu profilaktyki zdrowotnej, których nabory od 2018 r. przeprowadzane są w formule rundowej w podziale na 6 makroregionów, w ramach których nie spotkano się

¹ *Sprawozdanie z wdrażania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w 2017 r.*, MIR, kwiecień 2018 r., s. 9.

z zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów, poprzez co nie wykorzystano połowy przyznanej na ten cel alokacji. Do problemu odnieśli się również uczestnicy panelu ekspertów, którzy sugerowali zmianę metody naboru wniosków np. na nabór o charakterze otwartym, do momentu wyczerpania przeznaczonych na to działania środków. Z kolei respondenci badania IDI sugerowali możliwości przywrócenia zasad aplikowania stosowanych przed 2018 r., tj. przed okresem wprowadzenia formuły rundowej i podziału na 6 makroregionów.

Wśród zidentyfikowanych problemów należy również wymienić te, które związane są z charakterystyką wykonywania zawodów (przede wszystkim problem ten dotyczy lekarzy) obejmowanych wsparciem w ramach Działania 5.4 PO WER. W kontekście tego działania można mówić o pewnym opóźnieniu w realizacji wskaźników, co związane jest ze zjawiskiem braku czasu lekarzy, którzy ze względu na zobowiązania zawodowe nie chcą/nie mogą brać udziału w szkoleniach finansowanych z EFS. Brak chęci do udziału w podnoszeniu swoich kwalifikacji wynika również z „przesycenia” rynku tego typu wsparciem, tworząc sytuację, w której lekarze uczestnicząc już w innych szkoleniach dofinansowanych ze środków unijnych, nie są chętni do wzięcia udziału w kolejnej formie kształcenia.

Zdecydowanie najistotniejszym elementem w zakresie wpływu na skuteczność realizacji projektów było dotychczasowe doświadczenie w realizacji projektów. W tym zakresie wpływ miał rodzaj wnioskodawców (uczelnie medyczne i instytuty badawcze) i co za tym idzie właśnie bogate doświadczenie w realizacji tego typu projektów, co przyczyniło się w największym stopniu do wysokiej skuteczności interwencji w ramach tej Osi.

Podmioty te, tym samym, cechowały się odpowiednim potencjałem kadrowym, który (będąc powiązany z poprzednim elementem) stanowi drugi z kluczowych czynników sukcesu realizacji projektów. Trzecim z najważniejszych czynników jest (również będąc po części powiązany z wielkością podmiotów będących beneficjentami wsparcia) potencjał finansowy.

Wśród czynników mających wpływ na ograniczenia w sprawności realizacji wsparcia wymienić należy nawarstwianie się naborów wniosków w niektórych okresach roku. Plany naborów wynikają jednak z rocznych planów działań, a powyższe zjawisko w dużej mierze wynikało z konieczności wydatkowania przyznanej na dany rok wartości alokacji. W kolejnych latach nie planuje się jednak tak dużej liczby naborów, więc problem ten nie powinien być znaczący.

Aktualny poziom realizacji wskaźników w stosunku do poziomu dofinansowania i rozliczonych wydatków pozwala pozytywnie ocenić efektywność wdrażania V OP PO WER. Ocenę tę potwierdzają również opinie badanych (badanie IDI) oraz analiza metod oceny wniosków o dofinansowanie. Biorąc pod uwagę dotychczas osiągnięte wskaźniki produktu już na koniec 2017 r. zrealizowana została znaczna część wskaźników. Wg stanu na 30 listopada 2018 r. wartość przyznanego dofinansowania (wkład UE) wyniosła 956 996 819 PLN, a poziom wydatków (wg wniosków o płatność – wkład UE) osiągnął

wartość 299 082 746 PLN, przy czym szczególny wzrost wartości w zakresie tychże wniosków nastąpił w ciągu ostatniego roku. Ze względu na wysoką wartość pozostałą do rozliczenia w ramach zawartych umów, spodziewać można się dalszego wzrostu poziomu wydatkowania w najbliższym czasie, a co za tym idzie, realizacji kolejnych zakładanych wartości wskaźników.

W ramach przeprowadzonej analizy udało się zidentyfikować dobre praktyki, których wdrożenie może przynieść pozytywne skutki zarówno ze strony realizacji (merytorycznej i technicznej) projektu, jak i wsparcia działań promocyjnych (szczególnie istotnych w przypadku programów profilaktycznych). Zaproponowano również szereg działań związanych z promocją tychże praktyk.

Wszystkie grupy badanych (beneficjenci, mieszkańcy Polski oraz przedstawiciele IP i IZ) pozytywnie odnieśli się do wpływu wsparcia dostępnego z EFS na wzmocnienie / reformę sektora ochrony zdrowia. Wśród cech wpływających na znaczenie wsparcia w kontekście całego sektora ochrony zdrowia wymienić należy m.in. wysokość środków finansowych na nie przeznaczonych, co umożliwiło realizację szeroko zakrojonych działań z zakresu m.in. kształcenia kadry medycznej (które w perspektywie braku tychże środków na pewno nie zostałyby zrealizowane w tak szerokim zakresie). Ponadto, ze względu na pilotażowy charakter wielu działań realizowanych w ramach V Osi Priorytetowej PO WER, istnieje wysokie prawdopodobieństwo wykorzystania wypracowanych w ten sposób rozwiązań w ramach przyszłych modeli świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej, co stanowi szczególną wartość dodaną z punktu widzenia kształtowania się tego sektora w przyszłości.

Należy podkreślić, że sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalna Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER ocenione zostały pozytywnie zarówno przez beneficjentów, jak i przedstawicieli IP i IZ (szczególnie pozytywnie oceniono bogatą obszarową wiedzę, czyniącą MZ najbardziej trafną instytucją w kontekście możliwości pełnienia tejże funkcji).

Zarówno beneficjenci wsparcia, jak i respondenci badania IDI jednoznacznie pozytywnie ocenili również zastosowane tryby wyboru projektów. W jednym z napotkanych przypadków tryb ten został zmieniony (z konkursowego na pozakonkursowy), lecz nie odnotowuje się innych potrzeb w tym zakresie. Ponadto, większy udział naborów w trybie konkursowym zbieżny jest z zaleceniami KE.

Summary

The analysis of the existing data confirmed the compliance of the objectives of V Priority Axis of the Operational Programme Knowledge Education Development 2014-2020 and the corresponding investment priorities with the challenges and needs diagnosed in the national strategic documents in the scope of health (including OP KED, *Partnership Agreement, National Strategic Framework, Policy Paper for the health sector for 2014-2020, Responsible Development Strategy until 2020* (with a perspective until 2030), *Human Capital Development Strategy*). Moreover, these objectives (and hence - measures) implement also the provisions of guidelines of Ministry of Investment and Economic Development. At the same time, areas in which more activity should be undertaken were not identified, which reflects the positive situation in the scope of the accuracy of offered support. Such accuracy was also confirmed by all groups of respondents. An undeniable confirmation of this fact was reflected in opinions regarding the need to continue such activities without introducing major changes in their scope.

Quoting the Report on the implementation of the Operational Programme Knowledge Education Development in 2017², 6 preventive programs were developed in the scope of diseases adversely affecting labour resources (75% of the intermediate objective), 52 treatment entities were supported (130% of the intermediate objective), 12 programs concerning the development of universities educating on medical faculties were developed (54% of the intermediate objective), 14.6 thousands nurses and midwives (146% of intermediate objective) and 2.9 thousands doctors (37% of intermediate objective) were covered by the postgraduate education. Taking into consideration the product indicators achieved so far (point 3.2.1.), a significant number of indicators was implemented already at the end of 2017, sometimes exceeding the assumed value even several times. Furthermore, a particular increase in the level of implementation of the same Axes indicators occurred in 2017. Given above (compared to previous years, when the implementation of support under OP KED had just started), a similar increase in indicators may be predicted for 2018. To sum up, the current level of implementation of the specific objectives defined for V PA of the OP KED should be assessed positively.

Attention shall be drawn to the fact that the implementation of projects within the adopted scope occurs only due to the ESF. Without such measures, these projects would not be implemented, or would be significantly limited.

Among the factors affecting the limitations in the efficiency of achieving these objectives, the constant need to review developed preventive programs by the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System should be indicated.

In the scope of Measure 5.1 of OP KED, difficulties have also been encountered in competitions concerning health prevention, of which the recruitments have been divided

² Report on the implementation of the Operational Programme Knowledge Education Development in 2017, Ministry of Investment and Economic Development, April 2018, p. 9.

into rounds and into 6 macroregions since 2018, which did not meet the interest of potential beneficiaries, resulting in not using half of the funds allocated for this purpose. This problem was noted by the participants of the panel of experts, who suggested a change in the method of recruitment, for example for an open recruitment, until the funds allocated for this measure are exhausted. IDI survey respondents suggested the possibility of restoring the rules of application applied before 2018, i.e. before the period of introduction of the formula of rounds and the division into 6 macroregions.

Among the identified problems, attention shall also be drawn to those related to the characteristics of the professions (mainly concerning doctors) covered by support under Measure 5.4 OP KED. In this scope it is possible to note a certain delay in the implementation of indicators, related to the fact that doctors do not want to or cannot participate in trainings financed from ESF due to the lack of time (resulting from professional obligations). The lack of willingness to expand the qualifications also results from the "saturation" of the market with this type of support, creating a situation in which doctors, already participating in other trainings co-financed from EU funds, are not willing to take part in another form of education.

The most significant element in terms of the impact on the effectiveness of projects' implementation was the previous experience in conducting projects. In this respect, the type of applicants (medical schools and research institutes) and extensive experience in implementing such projects were of significance, contributing in the largest scope to the high effectiveness of interventions within this Axis.

These entities were characterized by the adequate human resources potential, which (being related to the previous element) is the second key factor in the successful implementation of projects. The third of the most considerable factors concerns financial potential (also partly related to the size of the entities that constitute beneficiaries of the support).

Among factors affecting the limitations in the efficiency of support implementation, attention shall be paid to the build-up of calls for proposals during certain periods of the year. However, the calls for proposals result from the annual action plans, and the abovementioned situation occurred largely due to the necessity to spend the whole value of the allocation for a given year. In the following years, however, such a large number of calls is not planned, therefore such problem should not be significant.

The current level of implementation of indicators in relation to the level of co-financing and expenditure contributes to the positive assessment of the efficiency of implementation of OP KED. This assessment is also confirmed by the opinions of the respondents (IDI study) and the analysis of methods for assessing applications for co-financing. Taking into account the product indicators achieved so far, by the end of 2017 a significant number of indicators had been already implemented. As for 30 November 2018, the value of co-financing (EU contribution) amounted to PLN 956 996 819, and the level of expenditure (according to payment applications - EU contribution) reached PLN

299 082 746, with a considerable increase in the value of these applications occurring in the last year. Due to the high value remaining to be settled under the concluded agreements, one can expect a further increase in the level of spending in the near future, and therefore, the implementation of subsequent assumed values of indicators.

As the result of the analysis it was possible to identify good practices, an implementation of which could ensure positive effects both for the substantive and technical implementation of the project, as well as for the support of promotional activities (particularly significant in the case of prevention programs). A number of activities related to the promotion of these practices was also proposed.

All groups of respondents (beneficiaries, inhabitants of Poland and the representatives of Intermediate Institution and Managing Authority) positively referred to the impact of support available from the ESF for strengthening/reforming the health care sector. Among the features that influence the importance of support in the context of the entire health care sector, one shall draw the attention to, inter alia, the amount of allocated funds which enabled the implementation of wide-ranging activities in the scope of training of medical staff (which, in the perspective of the lack of these funds, would certainly not be implemented in such a wide range). Moreover, due to the pilot nature of numerous activities implemented within V PA of OP KED, there is a considerable probability of using the solutions developed in this manner as part of future models of providing primary health care services, constituting a special added value in the scope of future sector development.

It should be emphasized that the manner of planning and functioning of the implementation system of V PA of OP KED, including the institutional capacity of the Ministry of Health to properly fulfil the role of the OP KED Intermediate institution, were positively assessed by both beneficiaries and representatives of II and MA (especially high positive assessment concerned the broad scope of knowledge of MH, making it the most accurate institution in the context of the ability to perform this function).

Both beneficiaries of the support and respondents of the IDI research also positively assessed the applied modes of project selection. In one of the cases this mode was changed (from competitive to non-competitive), but no other needs are noted in this respect. Furthermore, a more considerable share of calls in the competition mode coincides with the recommendations of the European Commission.

Wykaz skrótów i objaśnienie terminologii przyjętej w dokumencie

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

IP- Instytucja Pośrednicząca

IZ – Instytucja Zarządzająca

KE – Komisja Europejska

MZ – Ministerstwo Zdrowia

MZOZ – Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

OP – Oś Priorytetowa

PI – Priorytet Inwestycyjny

PO WER - *Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój*

SRKL – *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego*

SzOOP – *Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych*

Wytyczne - *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*

ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

1. Wprowadzenie

Przedmiotem badania było wykonanie ewaluacji o charakterze oceny bieżącej (on-going), pn. *Ewaluacja on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER*. Celem głównym przedmiotowego badania była ocena jakości (trafności, skuteczności i efektywności) działań i systemu wdrażania V Osi Priorytetowej PO WER – *Wsparcie dla obszaru zdrowia* oraz postępów w jej wdrażaniu (dotychczasowych efektów).

W ramach V Osi Priorytetowej PO WER (*Wsparcie dla obszaru zdrowia*) wdrażanych jest pięć działań:

- 5.1 Programy profilaktyczne;
- 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych;
- 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych;
- 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych;
- 5.5 Rozwój usług pielęgniarских.

V OP POWER realizuje następujące cele szczegółowe przypisane do priorytetów inwestycyjnych 8vi, 9iv, 10ii oraz 10iii:

- PI 8vi (Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej);
- PI 9iv (Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych);
- PI 10ii (Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych);
- PI 10iii (Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju).

Cel główny przedmiotowego badania zrealizowany został poprzez następujące cele szczegółowe:

1. Ocena trafności działań wdrażanych w ramach projektów V OP PO WER;
2. Ocena skuteczności działań wdrażanych w ramach V OP PO WER oraz w realizacji celów szczegółowych do niej przypisanych;
3. Ocena efektywności działań wdrażanych w ramach V OP PO WER;
4. Ocena sposobu zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolności instytucjonalnej Ministerstwa Zdrowia, służącej właściwemu wypełnianiu roli Instytucji Pośredniczącej PO WER;
5. Identyfikacja (potencjalnych) zagrożeń, mogących warunkować osiągnięcie celów szczegółowych V OP PO WER;
6. Identyfikacja niezbędnych zmian, mogących służyć poprawie efektów wdrażania V OP PO WER.

Cel główny zrealizowany został przy uwzględnieniu poniższych kryteriów ewaluacyjnych:

Tabela 1. Kryteria ewaluacyjne badania

Kryteria ewaluacyjne	Wyjaśnienie
Trafność	Ocena dopasowania realizowanych działań do celów zdefiniowanych w PO WER, a także potrzeb, wyzwań i kierunków wsparcia określonych w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych, takich jak <i>Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020, Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.</i>
	Ocena dopasowania realizowanych działań do zapisów obowiązujących <i>Wytycznych Ministra Rozwoju i Finansów w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.</i>
	Ocena dopasowania realizowanych działań do istniejących aktualnie oraz projektowanych rozwiązań systemowych (w tym prawnych) w sektorze ochrona zdrowia.
Skuteczność	Ocena stopnia realizacji celów szczegółowych przedmiotowej osi priorytetowej, w tym identyfikacja (potencjalnych) zagrożeń, mogących warunkować ich realizację.
	Ocena dotychczasowych efektów realizacji projektów wdrażanych w ramach V OP PO WER, a także identyfikacja niezbędnych zmian, mogących służyć poprawie efektów wdrażania całej V OP PO WER.

	Ocena sposobu rozplanowania naborów w ramach poszczególnych Działań V OP PO WER (harmonogramów naborów) pod kątem możliwości osiągnięcia wskaźników finansowych i wykorzystania w pełni dostępnej alokacji.
Efektywność	Ocena stosunku nakładów finansowych / poniesionych w projektach wydatków do otrzymanych efektów realizacji – produktów/ rezultatów projektów realizowanych w ramach V OP PO WER).
Sprawność instytucjonalna	Ocena sposobu funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolności instytucjonalnej Ministerstwa Zdrowia, służącej właściwemu wypełnianiu roli Instytucji Pośredniczącej PO WER.

Źródło: Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia na wykonanie badania ewaluacyjnego pn. „Ewaluacja on-going realizacji celów Osi Priorytetowej PO WER”

Cel główny oraz cele szczegółowe badania zostały zrealizowane przy zastosowaniu kluczowej dla zapewnienia trafności i rzetelności prowadzonych działań badawczych zasady triangulacji, rozumianej jako triangulacja źródeł danych, metod badawczych oraz perspektyw badawczych:

- Triangulacja źródeł danych – analizą zostały objęte zarówno dane zastane, jak i dane wywołane (uzyskane bezpośrednio w toku realizacji);
- Triangulacja metod badawczych – w trakcie realizacji badania zastosowane zostały metody badań ilościowych (badania CATI) i jakościowych (wywiady IDI, panel ekspertów) oraz analiza danych zastanych i analiza SWOT;
- Triangulacja perspektyw badawczych – badanie zrealizowane zostało przez zespół badawczy składający się z osób reprezentujących różne dziedziny i podejścia badawcze, co pozwoliło zminimalizować wpływ poszczególnych badaczy na osiągnięte wyniki poprzez wzajemną kontrolę realizacji oraz weryfikację i konfrontację dokonywanych analiz i formułowanych wniosków. Efekt ten wzmocniony został dodatkowo przez organizację panelu ekspertów.

2. Zarys metodologiczny

2.1. Analiza danych zastanych (desk research)

Analiza danych zastanych - analiza dokumentów projektowych, prawnych, sprawozdań i innych materiałów źródłowych, która stanowi bazę dla dalszych rozważań oraz ustaleń związanych z realizacją dalszych etapów badania. Analiza desk research przeprowadzona w ramach ewaluacji dostarczyła niezbędnych informacji, które pozwoliły w pełni scharakteryzować działania ewaluowane w ramach V Osi Priorytetowej.

Prócz analizy szerokiego zakresu dokumentów, Wykonawca przeprowadził analizę wszystkich pozakonkursowych wniosków o dofinansowanie oraz połowy konkursowych wniosków o dofinansowanie (130 dokumentów). Rozkład dokumentów do analizy odzwierciedlał liczbę projektów realizowanych w poszczególnych działaniach (szczegóły w tabeli).

Konkursowe wnioski o dofinansowanie złożone w ramach poszczególnych Działań zostały wybrane do analizy w sposób losowy. Wykonawca każdemu wnioskowi złożonemu w ramach danego Działania przypisał liczbę całkowitą (od 1 do n, gdzie n to liczba umów o dofinansowanie podpisanych w ramach danego Działania), a następnie za pomocą generatora liczb losowych wygenerował n/2 liczb całkowitych zawierających się w zbiorze od 1 do n. Wnioski, do których przypisano wygenerowane liczby zostały poddane analizie. Procedura ta została przeprowadzona dla każdego Działania.

Tabela 2. Analiza wniosków o dofinansowanie - rozkład próby

L.p.	Nazwa działania	Liczba umów o dofinansowanie – projekty pozakonkursowe	Liczba umów o dofinansowanie – projekty konkursowe	Wnioski poddane analizie – projekty konkursowe
1.	Działanie 5.1 Programy profilaktyczne	1	31	16
2.	Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych	7	92	46
3.	Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych	1	73	37
4.	Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych	1	61	31
5.	Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarских	0	24	12
RAZEM		10	281	142

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia

2.2. Analiza SWOT

Analiza SWOT – technika analityczna polegająca na identyfikacji czterech czynników strategicznych. Jest to ocena silnych i słabych stron danego obiektu na tle szans i zagrożeń ze strony otoczenia. Jej nazwa pochodzi od pierwszych liter rozpatrywanych grup czynników: strengths – silne strony, weaknesses - słabości, opportunities - szanse, threats – zagrożenia. Jest to metoda kompleksowa, pozwalająca na łatwe przejście od etapu analizy strategicznej do etapu planowania strategicznego.

Analiza SWOT przeprowadzona została na etapie analizy wyników badań (po zrealizowaniu założonych prób w ramach badań CATI i IDI).

2.3. Panel ekspertów

Panel ekspertów posłużył do weryfikacji tez postawionych na podstawie wstępnych wyników badania, tj. przeprowadzonej analizy danych zastanych, badań ilościowych oraz jakościowych. Główną zaletą tej techniki jest możliwość sięgnięcia po wiedzę ekspercką i uzyskanie bardziej konkretnych informacji niż przy wykorzystaniu innych technik jakościowych.

Panel ekspertów przeprowadzony został po opracowaniu projektu raportu końcowego i posłużył do pogłębienia analizy materiału badawczego zgromadzonego dzięki pozostałym technikom badawczym oraz do omówienia i dopracowania wstępnych wniosków i rekomendacji opracowanych przez Zespół Badawczy.

2.4. Badanie CATI na grupie beneficjentów działań w ramach V Osi Priorytetowej

W związku z tym, iż beneficjenci odpowiadają za realizację projektów, posiadają bardzo bogatą wiedzę m.in. na temat przebiegu realizacji projektów, napotykanym barier oraz innych aspektów działań wdrażanych w ramach V OP PO WER – dlatego uwzględnienie opinii tej grupy respondentów w ewaluacji było niezbędne do udzielenia wyczerpujących odpowiedzi na pytania badawcze.

Respondenci

Beneficjenci działań V Osi Priorytetowej.

Czas badania

Pierwsza połowa października 2018 r.

Dobór próby badawczej

Wykonawca zakładał realizację badania CATI na próbie skutecznej (w pełni zrealizowane wywiady) dobranej w sposób losowo-warstwowy (warstwą było działanie PO WER) nie mniejszej niż 60% populacji (minimum 163 beneficjentów). Ze względu na charakter i tematykę badania CATI z beneficjentami oraz inicjacyjną fazę wdrażania Działania 5.5 PO WER, projekty z tego działania nie były uwzględnione w tym badaniu.

Tabela 3. Dobór beneficjentów do badania CATI - rozkład próby

L.p.	Nazwa działania	Liczba umów o dofinansowanie (projekty pozakonkursowe i konkursowe łącznie)	Liczba skutecznie zrealizowanych wywiadów
1.	Działanie 5.1 Programy profilaktyczne	32	20
2.	Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych	99	60
3.	Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych	74	45
4.	Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych	62	38
RAZEM		267	163

Źródło: Opracowanie własne

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt występowania stosunkowo wysokiego udziału odpowiedzi neutralnych w ramach uzyskanych wyników badania. Sytuacja ta wynika w głównej mierze ze zmian personalno-organizacyjnych w podmiotach reprezentowanych przez respondentów, poprzez co w części przypadków występowały problemy z pozyskaniem wymaganych odpowiedzi.

2.5. Badanie IDI na grupie przedstawicieli Instytucji Zarządzającej/ Instytucji Pośredniczącej

Indywidualne wywiady pogłębione stanowią jedną z najbardziej popularnych metod badań jakościowych, polegającą na szczegółowej, wnikliwej rozmowie z respondentem, której celem jest dotarcie do precyzyjnych informacji bądź wiedzy związanej z tematem badania. W trakcie wywiadów indywidualnych respondentom zadawane były pytania o charakterze eksploracyjnym, służące wyjaśnianiu i zrozumieniu zjawisk, motywacji, postaw i zachowań.

Respondenci

Przedstawiciele Instytucji Zarządzającej (1 IDI) /Instytucji Pośredniczącej (9 IDI) odpowiedzialni za realizację poszczególnych działań w ramach V Osi Priorytetowej

(wywiady podzielone pomiędzy 9 obszarów wsparcia, zgodnie z poniższym doбором próby badawczej) – opiekunowie projektów.

Dobór próby badawczej

Wywiady z opiekunami projektów dotyczyły poszczególnych obszarów wsparcia. Wykonawca zrealizował po 1 wywiadzie w ramach każdego z obszarów wsparcia:

- Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych;
- Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej;
- Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi;
- Dialog społeczny i społeczna odpowiedzialność instytucji systemu ochrony zdrowia;
- Mapowanie potrzeb zdrowotnych;
- Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia;
- Programy rozwojowe dotyczące praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej;
- Programy rozwojowe ukierunkowane na zwiększanie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo;
- Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pracowników systemu ochrony odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

2.6. Badanie CATI na grupie mieszkańców Polski, którzy korzystali z zakresu usług ochrony zdrowia

Uwzględnienie w ewaluacji opinii mieszkańców Polski, którzy korzystali z usług ochrony zdrowia pozwoliło na uzyskanie wiedzy m.in. na temat tego, jakie usługi z zakresu ochrony zdrowia są najistotniejsze oraz jakiego rodzaju wsparcie powinno być finansowane ze środków EFS. Informacje pozyskane od tej grupy respondentów są szczególnie użyteczne w procesie wskazywania zmian mogących służyć poprawie efektów wdrażania V OP PO WER.

Respondenci

Badanie przeprowadzone zostało na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 18+, którzy w ciągu ostatnich 24 miesięcy skorzystali z usług ochrony zdrowia sfinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (np. wizyta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wizyta u lekarza specjalisty, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza).

Czas badania

Pierwsza połowa października 2018 r.

Dobór próby badawczej

Zastosowano kwotowy dobór próby badawczej, który jest rodzajem nieprobabilistycznego doboru próby badawczej. Kwotowy dobór próby badawczej polegał na wyborze znanych obiektywnych składników/kategorii danej zbiorowości, a następnie ustaleniu struktury badanej zbiorowości według przyjętych kategorii. W oparciu o przyjęte kategorie ustala się kwoty, czyli udział danych kategorii w próbie. Kwotowy dobór próby badawczej oparty został na miejscu zamieszkania respondentów – województwach. W każdym województwie przeprowadzono po 25 skutecznych wywiadów (łącznie 400 skutecznych wywiadów). Przy założonej wielkości próby błąd oszacowania nie przekroczył 5% dla poziomu ufności 0,95.

3. Opis wyników badania

W rozdziale tym zaprezentowane zostały wyniki przeprowadzonych badań. Struktura rozdziału podzielona została względem czterech kryteriów ewaluacyjnych, tj. trafność, skuteczność, efektywność oraz sprawność instytucjonalna. Każde z tych kryteriów z kolei podzielone zostało wchodzącymi w ich zakres pytaniami ewaluacyjnymi. W przypadku każdego z pytań przeprowadzona została analiza danych zebranych dzięki wykorzystaniu wszystkich, odnoszących się do nich, metod badawczych (zgodnie z zasadą triangulacji metod badawczych).

3.1. Kryterium trafności

Pod względem kryterium trafności, analiza pozwala odpowiedzieć na 4 pytania/zestawy pytań ewaluacyjnych:

- ✓ *W jakim stopniu projekty wdrażane w ramach poszczególnych Działań V OP PO WER odpowiadają na wyzwania i potrzeby określone w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych w obszarze zdrowia (PO WER, Umowa Partnerstwa, Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla sektora zdrowia na lata 2014-2020, Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego), a także realizuje zapisy Wytycznych dla EFS w obszarze zdrowia? W których obszarach wsparcie najpełniej odpowiada zapisom ww. dokumentów / wytycznych, a w których należy podjąć większą aktywność?*
- ✓ *Czy należy wprowadzić jakiekolwiek zmiany w Wytycznych EFS dotyczących zdrowia, dokumentach strategicznych, a w szczególności w PO WER i SzOOP PO WER (w zakresie oraz zasadach wdrażania Programu), aby wsparcie z EFS na poziomie ogólnokrajowym lepiej odpowiadało na istniejące wyzwania i potrzeby polityki zdrowotnej?*
- ✓ *Czy demarkacja działań wdrażanych z EFS określona w Wytycznych dotyczących obszaru zdrowia jest właściwa / optymalna z punktu widzenia poszczególnych aktorów polityki spójności, a w szczególności beneficjentów PO WER? Jeżeli nie, jakie zmiany zapisów ww. Wytycznych lub innych dokumentów czy źródeł prawa należy rekomendować?*
- ✓ *Jak wsparcie dostępne dzięki EFS wpływa na wzmocnienie / reformę sektora ochrony zdrowia? Czy z EFS finansowane jest w sektorze ochrony zdrowia to co jest najbardziej potrzebne, aby uzyskać oczekiwaną zmianę? Czy EFS może być wykorzystany jeszcze inaczej, aby tę zmianę uzyskać szybciej, lepiej, w większej skali? itp.? Czy warto przewidzieć jeszcze jakiś rodzaj wsparcia w ramach PO WER dotyczący obszaru zdrowia?*

3.1.1. W jakim stopniu projekty wdrażane w ramach poszczególnych Działań V OP PO WER odpowiadają na wyzwania i potrzeby określone w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych w obszarze zdrowia (PO WER, Umowa Partnerstwa, Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla sektora zdrowia na lata 2014-2020, Strategia Odpowiedzialnego Rozwoju, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego), a także realizuje zapisy Wytycznych dla EFS w obszarze zdrowia? W których obszarach wsparcie najlepiej odpowiada zapisom ww. dokumentów / wytycznych, a w których należy podjąć większą aktywność?

PO WER został zatwierdzony przez KE 17 grudnia 2014 r., jako następca PO KL. Obecnie obowiązuje druga wersja dokumentu programowego, zatwierdzona 18 grudnia 2017 r.³ i stosowana od 27 grudnia 2017 r.⁴ (poprzednia wersja dokumentu obowiązywała od 17.12.2014 r.⁵). Finansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego i stanowi jeden z sześciu programów krajowych wdrażanych w okresie 2014-2020.

Program odpowiada na bieżące potrzeby identyfikowane w takich sferach, jak zatrudnienie, włączenie społeczne, edukacja, szkolnictwo wyższe, zdrowie i dobre rządzenie⁶.

Instytucja Zarządzająca (IZ) znajduje się w strukturach Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju, a jej zadania reguluje *Ustawa o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020* (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.). Zadania Instytucji Pośredniczącej (IP) dla V OP PO WER wykonuje z kolei Ministerstwo Zdrowia (MZ).

Przedmiotem niniejszej ewaluacji jest Oś Priorytetowa V PO WER, tj. *Wsparcie dla obszaru zdrowia*. Program w zakresie tej Osi zakłada realizację czterech celów szczegółowych:

- ✓ Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
- ✓ Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
- ✓ Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.

³ Decyzja wykonawcza KE nr C(2017) 8857 zmieniająca decyzję C(2014)10129 zatwierdzającą niektóre elementy programu operacyjnego „Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020” do wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego i środków alokowanych na Inicjatywę na rzecz zatrudnienia ludzi młodych w ramach celu "Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia" w Polsce.

⁴ Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 PO WER 2014-2020, 27 grudnia 2017

⁵ Wersja archiwalna Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 PO WER 2014-2020.

⁶ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, wersja 12, Warszawa 2018, s.4.

- ✓ Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju⁷.

V OP PO WER obejmuje 5 Działań:

- 5.1 Programy profilaktyczne;
- 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych;
- 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych;
- 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych;
- 5.5 Rozwój usług pielęgniarских.

Wartość alokacji w ramach Osi wynosi 301 192 742 EUR. W ciągu ostatniego roku wprowadzono 4 aktualizacje SzOOP. Prócz zmian na poziomie alokacji poszczególnych Działań dodane zostało Działanie 5.5 *Rozwój usług pielęgniarских*. Łączna wartość alokacji nie uległa zmianie, lecz nastąpiły przesunięcia w ramach Działań 5.1, 5.3 i 5.4. W listopadzie 2018 r. opublikowano najnowszą wersję SzOOP PO WER 2014-2020. Zmiany, które zaszły od 2017 r. do obecnej wersji SzOOP, przedstawiono na poniższym zestawieniu.

Tabela 4. Zmiany w kwotach alokacji przypisanych do poszczególnych Działań V OP PO WER, w EUR

Działanie	Wartość alokacji do 30.11.2017 r.	Wartość alokacji od 03.08.2018 r.	Różnica w kwocie alokacji
5.1	41 106 244	35 037 788	-6 068 456
5.2	73 492 694	73 492 694	-
5.3	142 817 847	109 843 160	-32 974 687
5.4	43 775 957	61 475 621	17 699 664
5.5	-	21 343 479	21 343 479
Łącznie	301 192 742	301 192 742	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie SzOOP PO WER 2014-2020 (wersja 13, 23 listopada 2018 r.) oraz danych zawartych w OPZ

Projekty w ramach analizowanej Osi realizowane są w dwóch podstawowych trybach, tj. konkursowym i pozakonkursowym⁸. Wg danych na dzień sporządzenia raportu (19.12.2018 r.), największa liczba dofinansowanych projektów (tryb konkursowy i pozakonkursowy V OP PO WER) w ogóle zawartych umów o dofinansowanie przypadła na Działanie 5.2 *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych* (99 projektów). Na drugim i trzecim miejscu w poniższym zestawieniu znalazły się Działania 5.3 i 5.4, na które również przypadła wysoka liczba projektów (kolejno 74 i 81). Niższe wartości z kolei przypadły na Programy profilaktyczne, tj.

⁷ Ibidem, s. 207.

⁸ *Dla kogo jest Program?*, <https://www.power.gov.pl/>

działanie 5.1 (32 projekty). Sytuacja ta wynikać może ze zmian w sposobie naboru wniosków wprowadzonego w ostatnim roku (z uwzględnieniem podziału na makroregiony, który (zgodnie z wynikami badania IDI) prowadził do niewykorzystania dostępnej alokacji). Najniższa liczba projektów z kolei przypadła na ostatnie z Działań, tj. 5.5. Rozwój usług pielęgniarstwa (25 projektów), co wynika jednak ze stosunkowo niedawnego wprowadzenia do SzOOP PO WER

Liczba i wartość projektów dofinansowanych w ramach V OP PO WER, projekty konkursowe i pozakonkursowe razem, w PLN

	Liczba dofinansowanych projektów	Wartość dofinansowanych projektów	Wartość dofinansowania
5.1	32	52 647 016	44 370 905
5.2	99	416 779 987	351 127 373
5.3	74	446 267 587	376 114 322
5.4	81	397 565 326	334 649 143
5.5	25	92 454 905	77 920 994
Razem	311	1405714822	1184182737

Źródło: Opracowanie własne na podstawie list projektów realizowanych z FE (stan na 03.12.2018 r.) oraz listy projektów wybranych do dofinansowania w trybie pozakonkursowym (stan na 05.08.2018 r.), www.funduszeuropejskie.gov.pl

Wśród potencjalnych beneficjentów V OP znajdują się kadry medyczne, podmioty opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze), uczelnie medyczne, szkoły i placówki oświatowe oraz ich kadra, organizacje pozarządowe, partnerzy społeczni i administracja publiczna oraz ich kadra⁹.

Poniżej przedstawiono główne rodzaje działań realizowanych w ramach projektów przypadających na poszczególne Działania V OP PO WER.

Tabela 5. Główne zadania realizowane w ramach dofinansowanych projektów V OP PO WER

Działanie	Główne rodzaje realizowanych działań w ramach dofinansowanych projektów
Działanie 5.1 Programy profilaktyczne	Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.
Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia	1. Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne. 2. Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną. 3. Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK),

⁹ POWER dla ochrony zdrowia. Poznaj zasady Programu, www.zdrowie.gov.pl [data dostępu: 06.12.2018]

ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych	służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych). 4. Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). 5. Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia. 6. Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi. 7. Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikację „białych plam” w opiece zdrowotnej).
Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych	1. Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej. 2. Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków.
Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych	1. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi. 2. Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju. 3. Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej. 4. Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych.
Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich	1. Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków. 2. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o dofinansowanie

Zakres ww. działań jest zbieżny z zapisami *Wytycznych* w zakresie wskazanych w tymże dokumencie Programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej realizowanych w ramach PO WER. Zgodnie z zapisami tego dokumentu, w ramach projektów pilotażowych i testujących w zakresie programów profilaktycznych PO WER mogą być realizowane w szczególności następujące działania:

- ✓ opracowanie programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej;
- ✓ badania naukowe;
- ✓ działania służące nawiązywaniu i utrzymaniu współpracy pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami;
- ✓ świadczenie usług zdrowotnych niezbędnych do realizacji celów programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej;
- ✓ zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem;
- ✓ zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia;
- ✓ działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców tychże programów, prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- ✓ działania szkoleniowo-edukacyjne związane z wdrażanym programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej skierowane do osób współpracujących z placówką POZ lub pracujących na rzecz placówki POZ, prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny¹⁰.

Chcąc określić stopień, w którym projekty realizowane w ramach V OP PO WER odpowiadają na wyzwania i potrzeby określone w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych z zakresu zdrowia, należy przytoczyć cele bądź priorytety w nich określone.

Wymienione wcześniej cele V OP PO WER wpisują się w cztery priorytety inwestycyjne określone w *Umowie Partnerstwa*, tj. dokumencie określającym kierunki interwencji w latach 2014-2020 polityk unijnych w Polsce (przyporządkowane w poniższym zestawieniu). Priorytety te z kolei wchodziły w skład celów tematycznych określonych w ww. *Umowie Partnerstwa*, tj. cel tematyczny 8 - Promowanie trwałego i wysokiej

¹⁰ *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa 2018, s. 12-13.

jakości zatrudnienia oraz wsparcie mobilności pracowników, cel tematyczny 9 - Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem oraz cel tematyczny 10 - Inwestowanie w edukację, umiejętności i uczenie się przez całe życie. Stan realizacji celów tematycznych przypadających na wymienione poniżej priorytety inwestycyjne monitorowany jest za pośrednictwem systemu SL2014 i publikowanych w tym zakresie Sprawozdań¹¹.

Tabela 6. Przypisanie celów szczegółowych V OP PO WER do priorytetów inwestycyjnych

Priorytet inwestycyjny	Cel szczegółowy Osi V PO WER wpisujący się w założenia priorytetu inwestycyjnego
Priorytet 8vi (EFS) aktywne i zdrowe starzenie się	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
Priorytet 9iv (EFS) ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Priorytet 10ii (EFS) poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.
Priorytet 10iii (EFS) wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji	Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Umowy Partnerstwa*

Projekty realizowane w ramach PO WER pozostają również w zbieżności z zapisami *Krajowych ram strategicznych. Policy Paper dla sektora zdrowia na lata 2014-2020*. Zgodnie z tym dokumentem, *Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia* ma za zadanie m.in. uzgadniać Plan działań w sektorze zdrowia, w tym w zakresie planowanych do finansowania projektów w ramach PO WER¹². Ponadto, cele

¹¹ *Sprawozdanie z postępów we wdrażaniu Umowy Partnerstwa w 2017 roku*, MIR, 2018 r., <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/>

¹² *Krajowe ramy strategiczne, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, s. 235.

i działania planowane w ramach PO WER znalazły swoje odzwierciedlenie w zapisach dotyczących logiki interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce w kontekście wdrażania celów strategicznych w ramach działań finansowanych ze środków krajowych. Projekty wdrażane z poziomu centralnego w ramach PO WER na lata 2014-2020 to projekty typu C, przywoływane w „narzędziach implementacji celów operacyjnych na lata 2014-2020”¹³.

Warto również odnieść cele operacyjne określone w dokumencie Krajowe ramy strategiczne, *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* do celów szczegółowych V OP PO WER. Jak można zauważyć na poniższym zestawieniu, wszystkie cele operacyjne znajdują swoje odzwierciedlenie w celach szczegółowych analizowanej Osi.

Tabela 7. Zbieżność celów operacyjnych Krajowych ram strategicznych, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 z celami szczegółowymi V OP PO WER

Cele operacyjne określone w dokumencie	Cel szczegółowy V OP PO WER odpowiadający przyjętemu celowi operacyjnemu
Cel A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
Cel B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Cel C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Cel D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.
	Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Krajowych ram strategicznych, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, s. 140

¹³ Ibidem, s. 148.

V OP PO WER odpowiada również na potrzeby i wyzwania wynikające ze *Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)*, która z kolei stanowi rozwinięcie Planu na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju¹⁴. W tym celu 14 listopada 2017 r. przyjęte zostały przez Radę Ministrów zmiany w Programie mające na celu dostosowanie zakresu wsparcia Programu do celów przyjętej *Strategii*. Zmiany te obejmowały jednakże głównie kwestie związane z rozwojem gospodarki (w tym rynku pracy), szkolnictwa i administracji¹⁵. Niemniej jednak, wśród zapisów *Strategii* znaleźć można liczne zbieżności ze wsparciem oferowanym w ramach V OP PO WER. Nakreślone w *Strategii* kierunki interwencji zakładają m.in. takie działania (w perspektywie do 2020 i 2030 r.), jak:

Tabela 8. Kierunki interwencji określone w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), związane z obszarem zdrowia, zbieżne z celami szczegółowymi V OP PO WER

Kierunki interwencji określone w Strategii, związane z obszarem zdrowia	Cel szczegółowy V OP PO WER odpowiadający przyjętemu kierunkowi interwencji
Programy profilaktyki, wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych zasobów pracy oraz zagrożeń niepełnosprawnością, kompleksowe programy rehabilitacji i przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, ułatwiające powrót do zatrudnienia, wydłużenie aktywności zawodowej lub zmianę miejsca pracy (np. badania przesiewowe, systemy wczesnego wparcia w środowisku).	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
Poprawa dostępu do różnego typu usług publicznych o charakterze rozwojowym (w tym społecznych związanych m.in. z edukacją, zdrowiem, kulturą oraz gospodarczych - związanych m.in. ze wsparciem przedsiębiorczości, przeciąganiem inwestycji prywatnych).	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia - ukierunkowanie modelu organizacji i finansowania opieki zdrowotnej na formy sprzyjające jej koordynacji i kompleksowości na wielu poziomach, a w tym w szczególności wspieranie rozwoju różnych form opieki zintegrowanej, poprawiające pozycję pacjenta w systemie ochrony zdrowia oraz zapewniające lepsze wykorzystanie zasobów;	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

¹⁴ Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju.

¹⁵ Zmiany w Programie Wiedza Edukacja Rozwój!, www.power.gov.pl [data dostępu: 17.10.2018].

wprowadzenie sprawdzonych form organizacji opieki koordynowanej (OOK); wprowadzenie i koordynacja wczesnej rehabilitacji kompleksowej (medycznej, społecznej i zawodowej); poprawa jakości danych oraz rozwój narzędzi analitycznych do prognozowania chorobowości, poprawa efektywności sposobu finansowania usług w systemie ochrony zdrowia (m.in. doprecyzowanie zakresu koszyka świadczeń zdrowotnych, optymalizacja taryfikatorów wyceny usług medycznych); poprawa systemu informacji w służbie zdrowia, monitoring zapotrzebowania na kadry medyczne, infrastrukturę oraz identyfikacja „białych plam” w opiece zdrowotnej; poprawa wykrywalności chorób we wczesnych stadiach rozwojowych, przebudowa systemu refundacji wyrobów medycznych.	
Poprawa jakości świadczeń medycznych - podejmowanie i wspieranie działań projakościowych (akredytacji, przekształceń, restrukturyzacji, alokacji zasobów); poprawa jakości zarządzania i kontroli; wdrożenie rejestru zdarzeń niepożądanych; poprawa zarządzania ryzykiem medycznym; wsparcie rozwiązań projakościowych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Rozwijanie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączące elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna). Wykorzystanie nowoczesnych technologii pozwoli na zmianę „tradycyjnego”, kapitałochłonnego leczenia w nowoczesne e-zdrowie;	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Poprawa systemu kształcenia kadr medycznych (kadra lekarska, pielęgniarska i inny personel medyczny) m.in. poprzez: zwiększenie oferty dydaktycznej uczelni medycznych, wprowadzenie zachęt do podejmowania kształcenia na kierunkach deficytowych, wsparcie szkoleniowe dla lekarzy w zakresie umiejętności oceny zakresu ograniczeń funkcjonalnych spowodowanych naruszeniem sprawności organizmu, powiązane z orzecznictwem lekarskim o niepełnosprawności, a przyszłościowo także	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych. Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.

o niesamodzielności i jej stopniu, rozwój kształcenia praktycznego (np. symulacyjnego) oraz podyplomowego (w tym kształcenia specjalizacyjnego); optymalizacja kadr (i procesu ich kształcenia) do zmieniających się potrzeb epidemiologiczno-demograficznych i wdrażanych rozwiązań technologicznych, kształcenie „liderów zmiany” dla sektora zdrowia publicznego, powoływanie nowych zawodów, odpowiadających na zapotrzebowanie w systemie ochrony zdrowia.	
Zmiana priorytetów badawczo-rozwojowych oraz komercjalizacji w zakresie technologii medycznych, przy uwzględnieniu progów inwestycyjnych oraz okresu zwrotu z inwestycji i potencjału polskich badaczy i przedsiębiorstw. Opracowanie narzędzi wspomagania decyzji wyboru projektów do realizacji z udziałem środków publicznych - dotyczy środków na badania i rozwój oraz komercjalizację leków i wyrobów medycznych.	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Programy PPP finansowania badań i rozwoju oraz komercjalizacji innowacyjnych leków i wyrobów medycznych prowadzone w Polsce.	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Rozwój e-zdrowia, w tym systemów informacyjnych w ochronie zdrowia – wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia. Elementem nowych rozwiązań będzie stała poprawa mechanizmów planowania inwestycji w ochronie zdrowia w oparciu o mapowanie potrzeb zdrowotnych – służyć temu będzie m.in. instrument oceny wniosków inwestycyjnych w sektorze zdrowia (IOWISZ) – narzędzie analityczne, pozwalające na podejmowanie (na podstawie szeregu miarodajnych i obiektywnych kryteriów) uzasadnionych decyzji o alokowaniu środków w systemie ochrony zdrowia. Planowane jest również wykorzystanie e-usług publicznych do realizacji celów e-zdrowia, informatyzacja podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia, wprowadzenie bezpiecznego podpisu elektronicznego przez pacjenta oraz osobę	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

świadczącą usługi z zakresu opieki zdrowotnej, integracji systemów teleinformatycznych funkcjonujących wewnątrz systemu ochrony zdrowia, wprowadzenie rejestru usług medycznych, e-recept oraz e-skierowań, rozwój dziedzinowych systemów teleinformatycznych ochrony zdrowia. Przewiduje się również informatyzację publicznej służby krwi, jak też dalszą integrację rejestrów medycznych na centralnej Platformie Rejestrów Medycznych oraz udostępnianie określonych danych z tych rejestrów, stworzenie warunków dla długoterminowego przechowywania danych medycznych w formie archiwizowanych plików cyfrowych, zapewnianie dostępu do zgromadzonych zasobów, wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, umożliwienie jej wymiany oraz udostępnienie usług elektronicznych. Dążyć się będzie również do usprawnienia procesów biznesowych związanych z taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej.	
Promocja zdrowia, profilaktyka oraz zapobieganie chorobom, obejmujące m.in.: zapewnienie na rynku bezpiecznej i zdrowej żywności, poprawę sposobu żywienia, wzrost poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa; profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami, profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i stresu; promocję zdrowego i aktywnego starzenia się oraz poprawę zdrowia prokreacyjnego.	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
Ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej poprzez wprowadzenie systemu motywacyjnego do podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie medycznym w kraju.	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych.
	Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.
Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, geriatricznej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)*, Warszawa 2017 r., s.167, 191, 282-284

Wśród kierunków interwencji znaleźć można więc wiele aspektów bezpośrednio lub pośrednio powiązanych z celami V OP PO WER, a co za tym idzie, z projektami wdrażanymi w ramach tejże Osi.

Innym ogólnokrajowym dokumentem strategicznym odnoszącym się m.in. do obszaru zdrowia jest *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*. Dokument ten stanowi jedną spośród dziewięciu strategii sektorowych, mających za zadanie realizację średnio i długookresowej strategii rozwoju kraju. Jest też strategią kluczową w zakresie rozwoju krajowego rynku pracy. Za cel główny Strategii obrano: *rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób w taki sposób, by mogły w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia*. W kontekście niniejszej analizy istotny jest jednak jeden z celów szczegółowych, a mianowicie *poprawa zdrowia obywateli oraz podniesienie efektywności opieki zdrowotnej*¹⁶. W ramach tego celu, ustanowiono szereg kierunków interwencji. Analizując ich zapisy z zakresem projektów realizowanych w ramach V OP PO WER, można wskazać następujące kierunki interwencji ww. Strategii, które są z nimi zbieżne:

Tabela 9. Zbieżność kierunków interwencji Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 z celami szczegółowymi V OP PO WER

Kierunki interwencji określone w dokumencie	Cel szczegółowy V OP PO WER odpowiadający przyjętemu kierunkowi interwencji
Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych;	Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej istotnych z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych;	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
Zmniejszenie liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa i realizację programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie chorobom zawodowym;	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.

¹⁶ *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, www.gov.pl, [data dostępu: 21.11.2018].

Kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną oraz prośrodowiskową oraz działania wspierające dostęp do zdrowej i bezpiecznej żywności, w tym m. in. poprawa poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa, zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych, oraz nieodpowiedniej diety;	Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.
Dostosowanie do potrzeb systemu ochrony zdrowia modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia;	Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych. Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.
Zwiększenie wiedzy i świadomości pacjentów oraz personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia;	Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.
Rozwój alternatywnych wobec opieki instytucjonalnej form opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych, starszych, niesamodzielnych;	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.
Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji	Wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, MPIPS, s.41.

Można więc zauważyć, że wiele kierunków interwencji zbieżnych jest z celami szczegółowymi, a poprzez to z działaniami realizowanymi w ramach analizowanej Osi.

Przeprowadzona analiza wniosków o dofinansowanie (wszystkich pozakonkursowych wniosków o dofinansowanie oraz połowy konkursowych wniosków o dofinansowanie) pozwoliła na wskazanie głównych zadań realizowanych w ramach projektów przypadających na poszczególne Działania V OP PO WER. Jak można zauważyć, tematyka projektów odnosi się bezpośrednio do realizacji celów V OP PO WER, jednocześnie wpisując się w wyszczególnione w niniejszym podrozdziale obszary / cele zidentyfikowane w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych w obszarze zdrowia.

Tabela 10. Główne zadania realizowane w ramach dofinansowanych projektów V OP PO WER

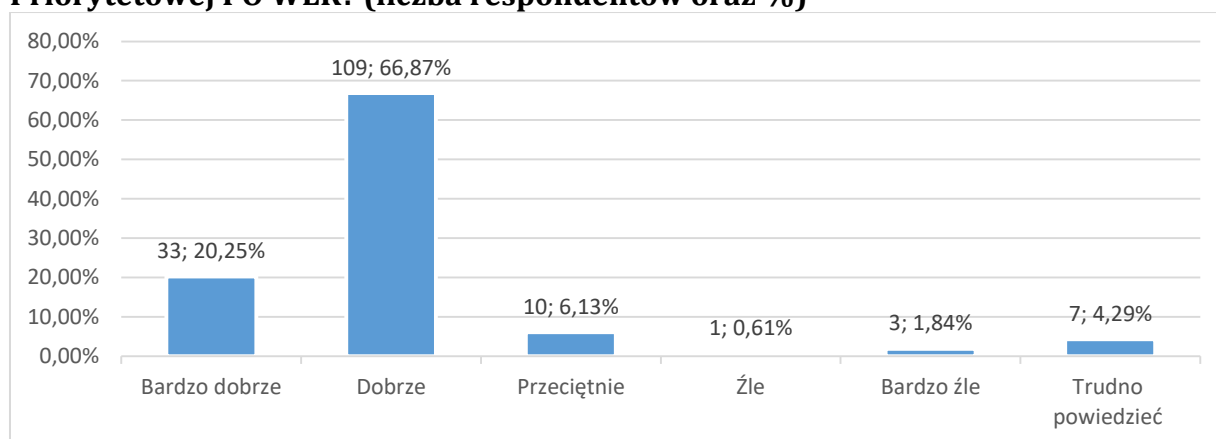
Działanie	Główne rodzaje realizowanych działań w ramach dofinansowanych projektów
Działanie 5.1 Programy profilaktyczne	Programy profilaktyki nowotworów głowy i szyi, programy profilaktyki dla osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów, programy z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrycia objawów chorób naczyń mózgowych, programy ukierunkowane na przeciwdziałanie chorobom stanowiącym istotną przyczynę dezaktywacji zawodowej.
Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych	Opracowanie narzędzi współpracy lekarzy POZ z lekarzami innych specjalności, standaryzacja rozwiązań z zakresu e-Zdrowia poprawiających jakość zarządzania podmiotami leczniczymi, wdrożenie narzędzi oceny jakości/zadowolenia pacjentów z usług medycznych, szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających szpitali w zakresie efektywnego zarządzania w sektorze ochrony zdrowia, utworzenie, dostosowanie lub doposażenie Dziennych Domów Opieki Medycznej, realizacja studiów podyplomowych.
Działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych	Opracowanie programów rozwojowych, stworzenie Centrów Symulacji Medycznych, opracowanie i wdrożenie programów stypendialnych.
Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych	Organizowanie kursów specjalizacyjnych i warsztatów dla lekarzy, pielęgniarek i położnych.
Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich	Opracowanie oraz realizacja programu rozwojowego uczelni dla kierunku pielęgniarstwo, rozszerzenie oferty zajęć dodatkowych dla studentów na kierunku pielęgniarstwo, finansowanie stypendiów dla studentów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o dofinansowanie

Dążąc do ustalenia oceny trafności oferowanego wsparcia warto też przybliżyć ogólną ocenę beneficjentów w zakresie uzyskanego przez nich dofinansowania. Jak wynika z przeprowadzonego badania, beneficjenci zdecydowanie pozytywnie oceniają wsparcie, które otrzymali (ponad 87% pozytywnych ocen, w tym 20,25 p.p. przypadło na ocenę bardzo dobrą). Warto przy tym zauważyć, że nieco ponad 6% odpowiedzi przypadło na wariant neutralny (ocena przeciętna), a 4,29% nie miało zdania w tym temacie. Tym

samym, jedynie 2,45% respondentów udzielił oceny negatywnej. Wśród uzasadnień tego typu ocen znalazły się opinie świadczące o niskim poziomie dofinansowania (wartość środków) czy występujących opóźnieniach (w oczekiwaniu na odpowiedź ze strony opiekuna projektu bądź rozliczenie wniosku o płatność).

Rysunek 1. Jak ogólnie ocenia Pan/i dofinansowanie uzyskane w ramach V Osi Priorytetowej PO WER? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

3.1.2. Czy należy wprowadzić jakiekolwiek zmiany w Wytycznych, dokumentach strategicznych, a w szczególności w PO WER i SzOOP PO WER (w zakresie oraz zasadach wdrażania Programu), aby wsparcie z EFS na poziomie ogólnokrajowym lepiej odpowiadało na istniejące wyzwania i potrzeby polityki zdrowotnej?

Przeprowadzone badanie IDI nie wykazało **potrzeby wprowadzania znaczących zmian w Wytycznych i dokumentach strategicznych**. Również w przypadku panelu ekspertów, uczestnicy nie wskazali potrzeb w tym zakresie.

Zdaniem osób biorących udział w badaniu IDI, *Wytyczne EFS* są określone właściwie i nie należy wprowadzać w nich zmian (w podobnym tonie wypowiadali się również uczestnicy panelu ekspertów). Zwracano co prawda uwagę na ich ogólny charakter, co jednak rozpatrywane jest w pozytywnym aspekcie, zważywszy na funkcję pełnioną przez te *Wytyczne*, tj. nakreślanie ogólnych ram. Konkretnie obszary uszczegóławiane są w ramach interpretacji opracowywanych przez Ministerstwo Zdrowia. Badani podkreślali też techniczny charakter *Wytycznych*, tj. wskazujący zasady wydatkowania dostępnych środków, poprzez co nie muszą być one ściśle powiązane z wyzwaniami i potrzebami polityki zdrowotnej. Zadanie to przypisane jest w większym stopniu do dokumentów strategicznych oraz diagnoz sporządzanych w tym celu, jednak badani nie zwrócili uwagi na potrzebę wprowadzenia zmian w tym zakresie.

Zwrócono jednak uwagę (podczas badań IDI) na kilka elementów PO WER i SzOOP PO WER, których modyfikacja przyniosłaby pozytywne zmiany w procesie wykorzystywania wsparcia z EFS. **Wymieniano mianowicie potrzebę rozdzielenia kwestii kształcenia pracowników różnych zawodów medycznych**. Zdaniem badanych, obecne wsparcie

kierowane do lekarzy, pielęgniarek i trzeciej grupy, tzw. innych zawodów medycznych jest niekorzystne właśnie dla ostatniej z tych grup. Wg respondenta badania IDI, w wyniku agregacji wielu zawodów do jednej grupy „innych zawodów medycznych” w praktyce wsparcie kierowane jest tylko do części z nich (np. fizjoterapeutów i ratowników medycznych), a brakuje oferty skierowanej dla np. diagnostów laboratoryjnych czy terapeutów środowiskowych. Rozwiązaniem w tym zakresie byłoby rozdzielenie ww. grupy i stworzenie oferty wsparcia skierowanej do poszczególnych grup zawodowych.

Inną zmianą sugerowaną przez uczestników badania IDI, jest usprawnienie Działania 5.1 PO WER. Zdaniem jednego z respondentów, **ograniczeniem w tym działaniu jest obowiązek każdorazowego uzyskiwania opinii w ramach każdego programu profilaktycznego od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.** Przeprowadzona analiza desk research potwierdziła występowanie takiego obowiązku. Uzyskane informacje potwierdziły prawidłowy kierunek zmian w zakresie planowania działań polegający na tworzeniu standaryzacji programów profilaktycznych. *Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2017 r., poz. 2110) (ustawa pilotażowa), wzmocniła rolę AOTMiT bowiem jednostka samorządu terytorialnego (JST), planująca realizację programu polityki zdrowotnej (PPZ) została zobowiązana do przesłania do AOTMiT projektu PPZ celem zaopiniowania. Projekty muszą być opracowane wg. wzoru określonego w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2476) – zamieszczonego na stronach www AOTMiT w wersji edytowalnej. AOTMiT może wzywać podmiot, którego projekt nie spełnia standardu do jego uzupełnienia. Ważną zmianą wprowadzoną na mocy obecnych przepisów jest, wiążący charakter opinii Prezesa AOTMiT. Oznacza to, że projekty zaopiniowane negatywnie nie mogą być wdrażane, a zaopiniowane warunkowo, przed rozpoczęciem realizacji PPZ muszą zostać uzupełnione o uwagi zawarte w opinii Prezesa Agencji. Należy jednak zauważyć, że AOTMiT nie ma już obowiązku weryfikacji, czy uwagi zostały prawidłowo zaadoptowane. W zakresie art. 48aa ustawy o świadczeniach, który reguluje kwestię *rekomendacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego* należy wskazać, że obecnie w AOTMiT prowadzone są działania mające na celu wyłonienie zagadnień i problemów zdrowotnych, dla których w pierwszej kolejności zostaną przygotowane dokumenty i formularze ułatwiające przygotowanie programów profilaktycznych.

Rozwiązaniem w tym zakresie byłoby utworzenie katalogu gotowych programów profilaktycznych, których realizacja nie wymagałaby już wydania nowej opinii przez ww. podmiot. Zdaniem ewaluatora, zmiana ta miałaby korzystny wpływ na

wdrażane Działanie. Problemy wynikające z długotrwałego procesu opiniowania wskazywane były często na dalszym etapie badań, jako przyczyny powstawania opóźnień w realizacji projektów.

W zakresie podejmowanych już w tym zakresie działań - **poza działalnością AOTMIT**, które prowadzą do utworzenia katalogu (repozytorium) gotowych programów profilaktycznych należy wskazać na podejmowane liczne inicjatywy w zakresie tworzenia systemów rekomendacji oceny programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, obejmujące kreowanie standardów i kryteriów jakości takich programów również poza sektorem zdrowotnym np. w sektorze edukacyjnym (głównie w odniesieniu do zdrowia psychicznego). W 2016 r. powstała nowa strona internetowa poświęcona programom rekomendowanym www.programyrekomendowane.pl.

Znajdują się tam m.in. informacje dotyczące profilaktyki zachowań ryzykownych, informacje na temat systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego oraz opisu procedury, w jaki sposób należy zgłosić program profilaktyczny do bazy programów rekomendowanych. Rekomendacje mogą uzyskać wyłącznie programy, które poddane zostały ocenie przez zespół specjalistów, zgodnie z przyjętymi nowymi standardami i kryteriami, jakości określonymi w systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego oraz Programie Exchange on Drug Reduction Action (EDDRA).

Wielu dodatkowych wniosków w kontekście możliwości wprowadzenia zmian w *Wytycznych* i dokumentach strategicznych dostarcza również przeprowadzona analiza desk research. W polskiej polityce zdrowotnej należy przede wszystkim uwydatnić konieczność monitorowania i śledzenia następujących spraw, których rozwiązanie może przyczynić się do lepszego dopasowania wsparcia z EFS na poziomie ogólnokrajowym do istniejących wyzwań i potrzeb polityki zdrowotnej:

- Wzrostu zachorowań na choroby przewlekłe;
- Nadal niewystarczających nakładów na ochronę zdrowia;
- Problemu niedoboru pracowników medycznych;
- Społecznych i medycznych efektów postępującego procesu starzenia populacji;
- Negatywnych efektów częstych reform systemowych.

Choroby przewlekłe są główną przyczyną zachorowalności i umieralności. Rosnąca częstość ich występowania ma wpływ na funkcjonowanie system ochrony zdrowia i na społeczeństwo jako całość. Powoduje także konieczność większego nacisku na podejmowanie działań z zakresu profilaktyki, prewencji i promocji zdrowia przez profesjonalistów medycznych i okołomedycznych. Z uwagi na obserwowany szybki postęp ważna jest także koncentracja na rozwoju technologicznym i innowacyjnych metodach leczenia. Przewidywany skokowy rozwój technologii medycznych pozwalających na leczenie chorób przewlekłych, takich jak: cukrzyca, niedokrwienie serca i udar oraz na lepszą diagnostykę i monitoring wielu innych schorzeń będzie

skutkowało koniecznością zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia nawet do 20% PKB¹⁷. Poziom wydatków na opiekę zdrowotną w państwach OECD jest bardzo zróżnicowany. Średnio państwa OECD wydają na opiekę zdrowotną 8.9% PKB. Polska na tym tle zajmuje jedno z ostatnich miejsc przeznaczając na ten cel 6,4% PKB. Stopniowo jednak powinno się to zmieniać bowiem latem 2018 roku Sejm znowelizował *ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2434), co w rezultacie powinno przyspieszyć tempo wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia. Zasadniczo jednak państwa rozwinięte, w tym Polska, starają się nie tyle zwiększać ile optymalizować wydatki na ochronę zdrowia, poszukując rozwiązań to zapewniających. Jednym z takich racjonalnych kierunków sanacji jest tworzenie nowych zawodów medycznych i okołomedycznych po to, aby więcej zadań związanych z ochroną zdrowia obywateli mogło być realizowanych nie tylko przez lekarza i pielęgniarkę.

W celu zapewnienia odpowiedniej liczby właściwie wykwalifikowanej i alokowanej kadry niezbędne jest podjęcie kompleksowych działań, nakierowanych nie tylko na sferę szkolnictwa wyższego, szkoleń i kursów kompetencyjnych, ale też finansowania i organizacji usług zdrowotnych oraz zmian prawnych nakierowanych na przyznawanie nowych kompetencji/uprawnień dla profesjonalistów medycznych i okołomedycznych. To ostatnie działanie ma na celu zmniejszenie ilości zadań do tej pory realizowanych wyłącznie przez lekarzy czy pielęgniarki i obciążenie nimi nowo wykreowanych profesji.

Wszystkie powyżej wymienione czynniki prognozują zwiększenie zapotrzebowania na usługi medyczne oraz usługi z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na dobrze systemowo osadzone nowe uprawnienia i kompetencje personelu medycznego i okołomedycznego. (np. profesjonalistów zdrowia publicznego, fizjoterapeutów, ratowników, pielęgniarki, elektroradiologów). Należy również pamiętać, że wymuszona ekonomicznymi ograniczeniami racjonalizacja wydatków finansowych na opiekę zdrowotną, skutkuje często racjonalizacją zatrudnienia lub nadawaniem nowych kompetencji systemowych (medycznych i okołomedycznych) dla nowych grup profesjonalistów, co skutkuje zjawiskiem kompetencji krzyżujących się lub pojawianiem się nowych zawodów np. koordynator opieki medycznej, analityk danych medycznych itp. Jest to zjawisko rozpoznane w Europie jako krzyżujące się kompetencje.

Obecnie skill mix (kompetencje łączone/ krzyżujące się) stanowi jeden z głównych kierunków zmiany w zasobach ludzkich systemu ochrony zdrowia. Jeśli faktycznie zauważona potrzeba związana z kreowaniem nowych profesji ma przyczynić się do lepszych osiągania lepszych rezultatów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia to sposoby tworzenia zawodów z nowymi kompetencjami powinny zostać mocno wyeksponowane oraz wprowadzone zarówno do agendy publicznej (głównie zawodowej), jak i politycznej. To wszystko powinno skutkować wzmocnieniem regulacji

¹⁷ Pasowicz, M.[red.]: *Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości*. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2013

prawnych w konsekwencji, których nowe zawody będą mogli prawidłowo funkcjonować w systemie przyczyniając się do pożądanego jego efektywności. Z nich powinny wynikać nowe propozycje rozwiązań prawnych np. w zidentyfikowanym już powyżej deficytowym obszarze nowych zawodów w systemie ochrony zdrowia czy nowych uprawnień zawodowych nadawanych wyselekcjonowanym pracownikom medycznym lub kadrze pomocniczej do medycznej (dietetycy, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni, higienistki stomatologiczne, asystenci medyczni itp.). W tym zakresie należałoby uregulować kwestię nowych uprawnień zawodowych, edukacji w tym zakresie (zmiany w programach studiów, standardach kształcenia), szkoleń dodatkowych, certyfikowania uprawnień. Ważne jest tworzenie sektorowych ram kwalifikacji dla pracowników sektora ochrony zdrowia i zdrowia publicznego i prawidłowe umiejscowienie zawodowych kompetencji. Sektorowa rama kwalifikacji dla zdrowia publicznego właśnie powstała i powinna po akceptacji środowiska i uzupełnieniach być podstawą zmian w *ustawie o zdrowiu publicznym*¹⁸ w zakresie uprawnień zawodowych absolwentów tego kierunku i ich umiejscowienia na rynku pracy (nowe role – koordynator, promotor zdrowia, analityk danych osobowych itp.). Prowadzony w ramach PO WER system szkoleń, doszkalania zawodowego finansowany ze środków UE powinien uwzględniać te nowe zjawiska, które powinny być także zobrazowane i ujmowane w dokumentach strategicznych, takich jak *Policy Paper*.

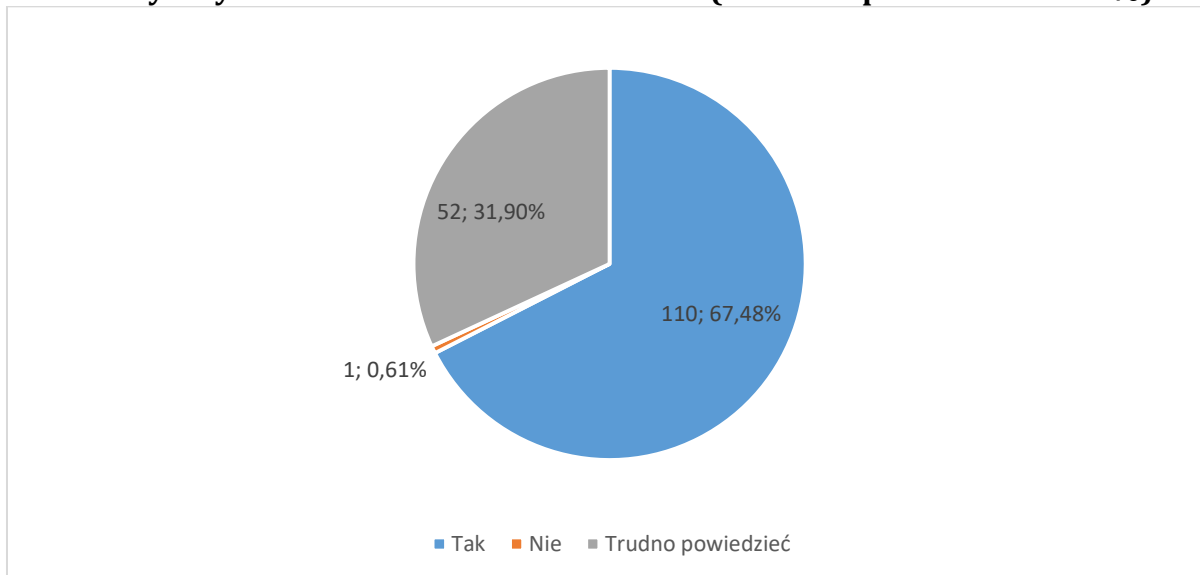
3.1.3. Czy demarkacja działań wdrażanych z EFS określona w Wytycznych jest właściwa / optymalna z punktu widzenia poszczególnych aktorów polityki spójności, a w szczególności beneficjentów PO WER? Jeżeli nie, jakie zmiany zapisów ww. Wytycznych lub innych dokumentów czy źródeł prawa należy rekomendować?

Kwestia demarkacji działań wdrażanych z EFS podjęta została w trakcie badania CATI z beneficjentami. Większość badanych oceniła ten podział pozytywnie (67,48%). Jedynie 0,61% badanych, tj. jeden respondent negatywnie ocenił ten aspekt. Jednakże ocenę tę należy traktować subiektywnie, gdyż respondent uściślił, że ocena ta odnosi się do faktu braku możliwości realizacji niektórych z tych działań przez reprezentowany przez niego podmiot. Zastanawiającym jest jednak wysoki udział osób, które nie miały zdania w tym temacie (31,90%). Zgodnie z adnotacją w kwestionariuszach, ankieterzy nie wymieniali wariantu odpowiedzi „trudno powiedzieć”, więc nie można tłumaczyć tego wyniku sposobem prowadzenia badań. Odpowiedzi na taki stan rzeczy upatrywać można natomiast w typie badanych beneficjentów. Bowiem większość tego typu wskazań przypadła nie na uczelnie medyczne, szpitale kliniczne, NFZ czy instytuty badawcze nadzorowane przez Ministra Zdrowia, lecz na kategorię „inne podmioty”, w ramach której odpowiedź tę wskazały głównie ZOZ-y, NZOZ-y, przychodnie czy stowarzyszenia. Można więc wnioskować, że

¹⁸Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. 2015 poz. 1916.

podmioty te nie analizowały dotychczas kwestii demarkacji działań określonych w *Wytycznych*, skupiając się jedynie na realizacji swoich projektów.

Rysunek 2. Czy, Pana/i zdaniem, rozdzielenie działań wdrażanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na programy profilaktyczne; działania ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych; wysoką jakość kształcenia na kierunkach medycznych; kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych zostało określone właściwie? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Kwestia rozgraniczenia działań wdrażanych z EFS została również pozytywnie oceniona przez (wszystkich) respondentów badania IDI. Ich zdaniem, demarkacja działań wdrażanych z EFS określona w *Wytycznych* dotyczących obszaru zdrowia jest optymalna i nie należy w tym zakresie wprowadzać zmian. Zwracano uwagę, że wytyczne w tym zakresie są trafnie określone poprzez co nie ograniczają beneficjentów i nie wpływają negatywnie na efektywność wdrażania. Jeden z badanych zaproponował możliwość utworzenia osobnego programu operacyjnego skupiającego się wyłącznie wokół tematyki zdrowia. Zmiana tego typu miałaby jednak charakter programowy, dotyczyć może więc jedynie przyszłej perspektywy finansowej.

Przeprowadzona analiza desk research również potwierdza właściwy sposób demarkacji działań wdrażanych z EFS. Wyszczególnione działania opierają się na aktualnych potrzebach sektora zdrowia, a szeroki zakres tematyczny działań nie stwarza ograniczeń w tym zakresie. Szczególnie korzystnie ocenia się wyszczególnienie wsparcia kierowanego w stronę deinstytucjonalizacji opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi, co pozwoliło na wdrożenie licznych działań, które spotkały się z dużym sukcesem. Efektem jest m.in. rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki

długoterminowej¹⁹. Zgodnie z wydaną rekomendacją, ruszyły już prace nad faktycznym ustanowieniem tej formy wsparcia świadczeniem gwarantowanym²⁰.

Co więcej, analiza typów projektów realizowanych w ramach V OP PO WER oraz samych wniosków o dofinansowanie, podparta również opiniami samych beneficjentów, nie pozwala na formułowanie wniosków w zakresie niewłaściwej demarkacji działań z EFS.

Dotychczasowe kierunki alokacji z EFS są więc racjonalne i przynoszą spodziewane rezultaty.

3.1.4. Jak wsparcie dostępne dzięki EFS wpływa na wzmocnienie / reformę sektora ochrony zdrowia? Czy z EFS finansowane jest w sektorze ochrony zdrowia to co jest najbardziej potrzebne, aby uzyskać oczekiwaną zmianę? Czy EFS może być wykorzystany jeszcze inaczej, aby tę zmianę uzyskać szybciej, lepiej, w większej skali? itp.? Czy warto przewidzieć jeszcze jakiś rodzaj wsparcia w ramach PO WER dotyczący obszaru zdrowia?

Respondenci badania CATI (beneficjenci) zostali poproszeni o ocenę poszczególnych obszarów wsparcia V OP PO WER pod względem zasadności ich realizacji w kontekście problemów i wyzwań służby zdrowia. Wśród obszarów, które zebrały największy udział sumy ocen pozytywnych (oceny 4 i 5) znalazły się takie obszary wsparcia, jak „wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych”, „programy rozwojowe dotyczące praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej”, oraz „programy rozwojowe ukierunkowane na zwiększanie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo”. Obszary te zebrały od 16,56% do 17,18% udziału ocen pozytywnych. W opinii ewaluatora, szczególnie istotne są w tym zakresie programy profilaktyczne, które odpowiadając na zidentyfikowane dotychczas główne zagrożenia (w tym m.in. choroby nowotworowe²¹ i powodujące dezaktywizację zawodową²²) mogą przyczynić się do znacznego ograniczenia problemów, które w przyszłości wynikłyby z tego powodu dla sektora ochrony zdrowia. Warto jednak zauważyć, że wszystkie wyszczególnione obszary wsparcia zebrały stosunkowo podobne struktury ocen, a żaden obszar nie wyróżniał się szczególnie wysokim udziałem ocen negatywnych, co świadczy o braku obszaru wsparcia, który w opinii badanych należałoby usunąć z oferty. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że respondenci w dużej mierze nie mieli zdania w tym temacie, gdyż zdecydowanie przeważały oceny neutralne (3). W dużej mierze wynika to z faktu realizacji przez danego beneficjenta projektu związanego z jednym z wymienionych obszarów (najwyższy udział ocen pozytywnych na danych obszar

¹⁹ Rekomendacja nr 76/2018 z dnia 31 lipca 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Dzienna długoterminowa opieka medyczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, AOTMiT.

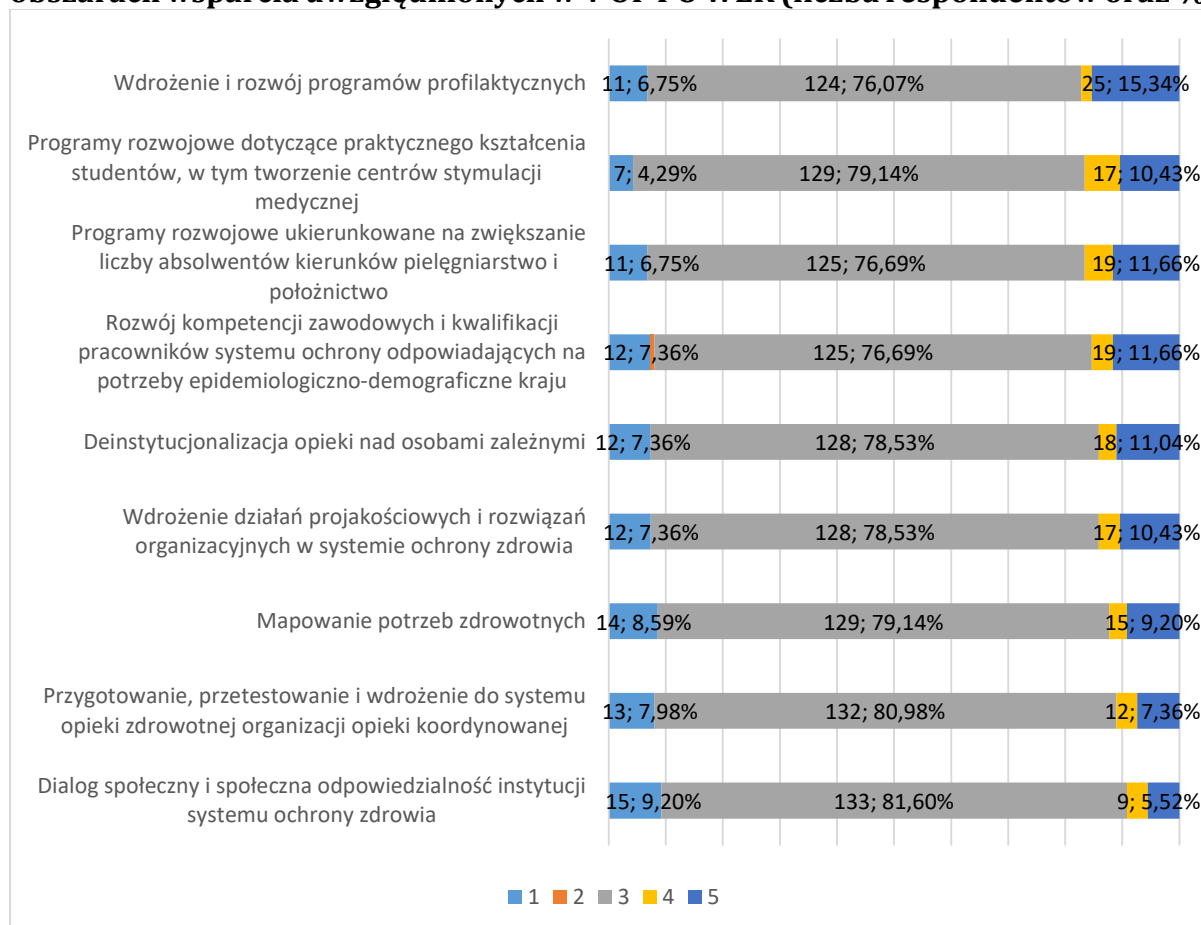
²⁰ *Dzienne domy opieki medycznej będą objęte świadczeniami gwarantowanymi?*, www.rynekzdrowia.pl [data dostępu: 06.12.2018]

²¹ *Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań*, Instytut Ochrony Zdrowia.

²² *Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL*

przypadał właśnie na beneficjentów realizujących w jego ramach projekt), po czym na pozostałe obszary udzielali ocen neutralnych, co może świadczyć o tym, że do tej pory skupiali się wyłącznie na realizacji swoich projektów, bez refleksji dotyczącej zasadności realizacji innych typów działań.

Rysunek 3. Proszę ocenić zasadność realizacji projektów w poszczególnych obszarach wsparcia uwzględnionych w V OP PO WER (liczba respondentów oraz %)

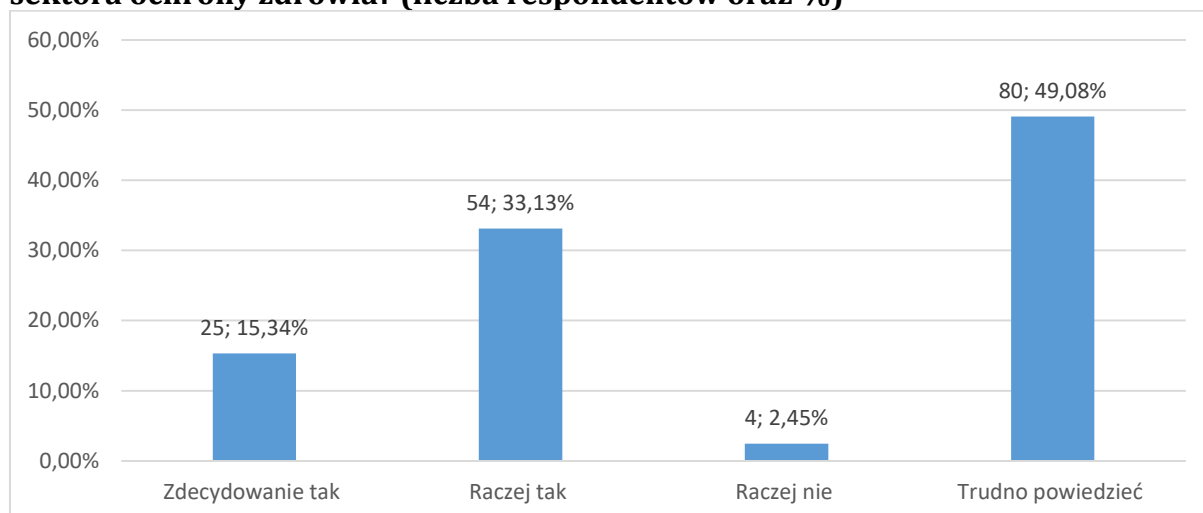


* w skali 1-5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie uzasadnioną realizację, a 5 – zdecydowanie uzasadnioną.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Uzupełnieniem powyższej kwestii, było kolejne z pytań podjętych w ramach tegoż badania. Respondenci zostali poproszeni o wyrażenie opinii, w jakim stopniu wsparcie dostępne dzięki Europejskiemu Funduszowi Społecznemu w ramach PO WER wpływa na wzmocnienie/reformę sektora ochrony zdrowia. Występowanie takiego oddziaływania potwierdziła blisko połowa badanych (48,47% dla sumy odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Istotną okolicznością jest jednak bardzo wysoki udział odpowiedzi „trudno powiedzieć”, świadczących o braku zdania respondentów w tym zakresie (ponad 49%). Tym samym, udział beneficjentów przekonanych o braku wpływu tegoż wsparcia na wzmocnienie/reformę sektora ochrony zdrowia wyniósł zaledwie 2,45%. Osoby te argumentowały swoje odpowiedzi tym, że nie zauważyły takiego wpływu oraz, że w tym celu potrzebne byłyby zmiany systemowe, a nie pojedyncze projekty (warto zauważyć, że badani oceniali ten aspekt z punktu widzenia realizacji swojego projektu, a nie ich ogółu).

Rysunek 4. Czy, Pana/i zdaniem, wsparcie dostępne dzięki Europejskiemu Funduszowi Społecznemu w ramach PO WER wpływa na wzmocnienie/ reformę sektora ochrony zdrowia? (liczba respondentów oraz %)



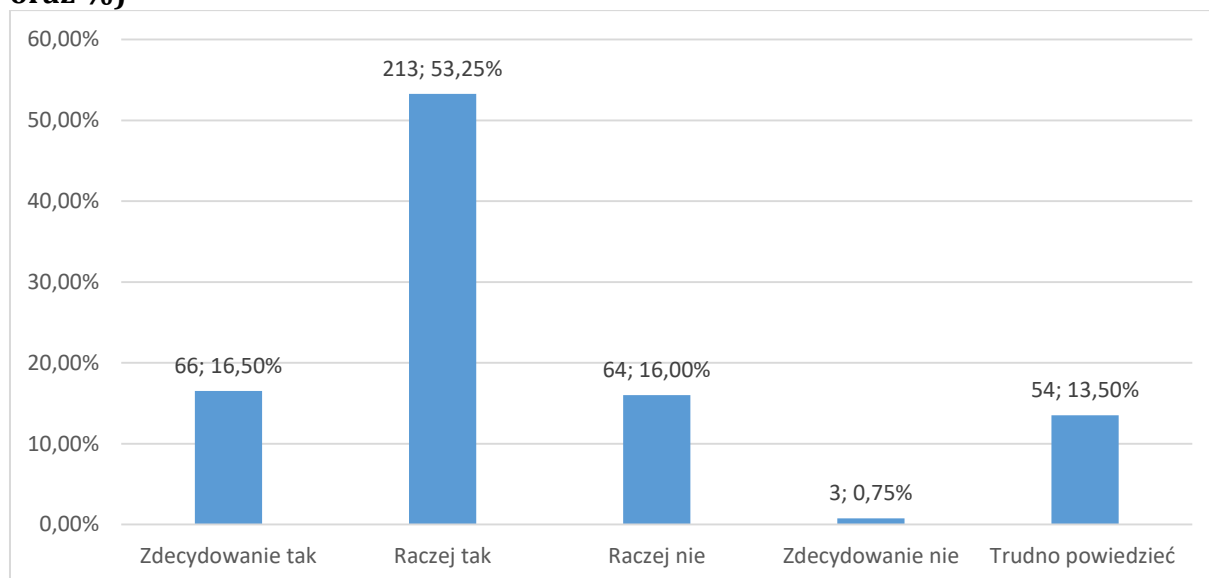
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Badani beneficjenci zostali również poproszeni o określenie (w ramach pytania otwartego) działań, które ich zdaniem powinny być jeszcze finansowane z EFS w przyszłości (w zakresie sektora ochrony zdrowia). **Najczęściej badani wymieniali badania profilaktyczne, szkolenia i kursy, dofinansowanie do kształcenia kadry medycznej oraz wspieranie działań o charakterze innowacyjnym** (czyli te działania, które wspierane są już obecnie). Podkreślić należy szczególny charakter badań profilaktycznych, dla przyszłego stanu sektora zdrowia. Wg obecnych badań, występuje silna zależność między subiektywną oceną stanu zdrowia a wykonywanymi badaniami profilaktycznymi (szczególny wzrost odsetka populacji wykonujących np. badania laboratoryjne odnotowuje się właśnie wśród starszych grup wiekowych²³). **Promocja działań profilaktycznych jest więc szczególnie istotna w kontekście zapobiegania rozwojowi chorób, w tym u osób młodych i w średnim wieku.**

Zakładając, że końcowymi odbiorcami korzyści płynących z istotnej części projektów wspartych w ramach V OP PO WER są mieszkańcy Polski, ich również poproszono (w ramach badania CATI) o ocenę, czy ich zdaniem dofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce ze środków unijnych (np. ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego) ma wpływ na jakość jego funkcjonowania. Większość badanych mieszkańców Polski była zdania, że dofinansowania tego typu faktycznie mają taki wpływ (blisko 70% dla odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Przeciwnego zdania (nie licząc osób nieposiadających wiedzy w tym zakresie – 13,50%) było z kolei 16,75% respondentów, przy czym na wariant „zdecydowanie nie” przypadło jedynie 0,75%. Biorąc jednak pod uwagę powyższe wyniki należy mieć na uwadze, że obarczone są one 5% błędem maksymalnym (poziom ufności 0,95).

²³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, GUS, s.172.

Rysunek 5. Czy, Pana/i zdaniem, dofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce ze środków unijnych (np. ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego) ma wpływ na jakość jego funkcjonowania? (liczba respondentów oraz %)

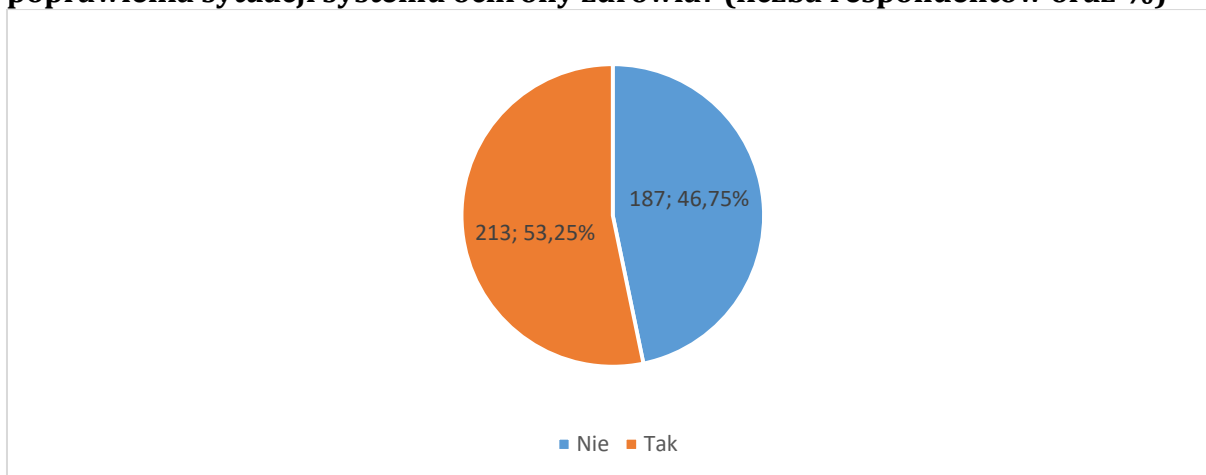


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z mieszkańcami Polski, n=400, błąd maksymalny 5% przy poziomie ufności 0,95

Analogicznie jak w ww. badaniu z beneficjentami, tak i w przypadku mieszkańców Polski, respondenci poproszeni zostali o wymienienie działań, które ich zdaniem powinny być finansowane z EFS. **Zdecydowanie najczęściej wymieniano badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem badań w zakresie diagnostyki nowotworów.** Ponadto, badani często opowiadali się za potrzebą dofinansowania nierefundowanych leków, szczepionek czy zajęć z zakresu rehabilitacji (należy zaznaczyć, że badani nie posiadali wiedzy z zakresu możliwości objęcia poszczególnych działań wsparciem z EFS, stąd zróżnicowane odpowiedzi).

W ramach przeprowadzonego badania CATI z mieszkańcami zbadano również stopień znajomości projektów zrealizowanych z dofinansowaniem ze środków unijnych. Jak się okazuje, nieco ponad połowa badanych potwierdziła znajomość tego typu działań. Zdecydowanie najczęściej osoby te przytaczały badania mammograficzne, które okazują się być najbardziej rozpoznawalnymi (wśród mieszkańców Polski) działaniami dofinansowanymi ze środków unijnych w zakresie sektora ochrony zdrowia (m.in. z tego wynika fakt wyższego poziomu znajomości działań dofinansowanych ze środków unijnych odnotowanego w przypadku kobiet, które stanowiły 67% tego typu respondentów). Ponadto, najczęściej wskazywano na innego typu badania profilaktyczne, doposażenie szpitali oraz szczepienia. Biorąc jednak pod uwagę powyższe wyniki należy mieć na uwadze, że obarczone są one 5% błędem maksymalnym (poziom ufności 0,95).

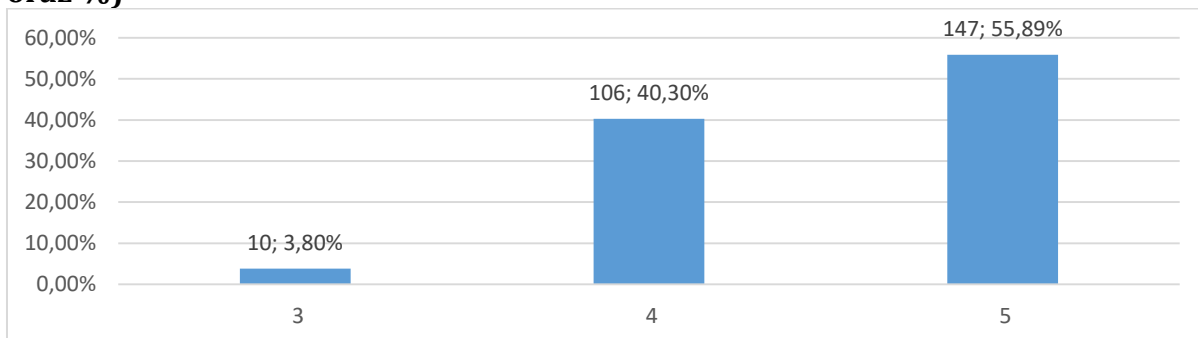
Rysunek 6. Czy kojarzy Pan/i działania zrealizowane ze środków unijnych w celu poprawienia sytuacji systemu ochrony zdrowia? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z mieszkańcami Polski, n=400, błąd maksymalny 5% przy poziomie ufności 0,95

Badani mieszkańcy Polski w ramach uzupełnienia ww. kwestii poproszeni zostali również o ocenę wymienionych przez nich działań, dofinansowanych ze środków unijnych. Jak wynika z udzielonych odpowiedzi, działania tego typu odbierane są przez społeczeństwo w zdecydowanie pozytywny sposób. Niemal wszyscy badani udzielili ocen pozytywnych (oceny 4 i 5, świadczące o potrzebie organizacji tego typu działań), a jedynie 3,8% udzieliło oceny neutralnej (tym samym, nikt nie ocenił tych działań negatywnie). Argumentowano, że działania z zakresu sektora ochrony zdrowia, dofinansowane ze środków unijnych, umożliwiają przeprowadzenie bezpłatnych badań, zwiększają wykrywalność chorób (w tym przede wszystkim nowotworowych, które wraz z chorobami układu krążenia odpowiadają za ponad 2/3 zgonów w Polsce²⁴) w tym na wczesnym etapie ich rozwoju. Biorąc jednak pod uwagę powyższe wyniki należy mieć na uwadze, że obarczone są one 5% błędem maksymalnym (poziom ufności 0,95).

Rysunek 7. Proszę ocenić wskazane działania/inwestycje (liczba respondentów oraz %)



* ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę całkowicie niepotrzebną, a 5 –całkowicie potrzebną

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z mieszkańcami Polski, n=263, błąd maksymalny 5% przy poziomie ufności 0,95

²⁴ Profil systemu ochrony zdrowia 2017, OECD.

W ramach triangulacji metod badawczych, wpływ wsparcia na wzmocnienie/reformę systemu ochrony zdrowia podjęty został również podczas badania IDI. Zdaniem tej grupy badanych, wsparcie w ramach V OP PO WER bezpośrednio odnosi się do wzmocnienia tegoż systemu. Sytuacja ta wynika z faktu przeznaczenia bardzo dużych nakładów finansowych w ramach tej Osi, poprzez co umożliwiono realizację szeroko zakrojonych działań z zakresu m.in. kształcenia kadry medycznej. Proces ten odbywa się ponadto dwutorowo, tzn. z uwzględnieniem zarówno lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów itp. jak i kadry zarządzającej szpitalami i innymi podmiotami działającymi w obszarze ochrony zdrowia. Ponadto, ze względu na pilotażowy charakter wielu działań realizowanych w ramach tej Osi, istnieje wysokie prawdopodobieństwo wykorzystania wypracowanych w ten sposób rozwiązań w ramach przyszłych modeli świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej (np. model opieki koordynowanej, dzienne domy opieki medycznej, czy też 15 opracowanych programów profilaktycznych, które docelowo mają zostać wsparte w ramach regionalnych programów operacyjnych). Niewątpliwie, utworzenie centrów symulacji medycznych również będzie miało w przyszłości wpływ na kształtowanie się tego sektora. Zdaniem badanych projekty realizowane w ramach V OP PO WER stanowią często impuls do przeprowadzenia zmian w zakresie sektora ochrony zdrowia – korzystnych zarówno dla pacjentów, jak i całego systemu.

Co więcej, respondenci badania IDI potwierdzili, że ich zdaniem z EFS finansowane są najbardziej potrzebne działania, w kontekście uzyskania oczekiwanej zmiany. Potwierdza to również analiza desk reseach w zakresie zbieżności celów szczegółowych (i związanych z tym działań) V OP PO WER z wyzwaniem i potrzebami określonymi w dokumentach strategicznych. Wg badanych (IDI), działania te są pod tym względem trafnie dobrane i odpowiadają sumie przeznaczonych na nie środków finansowych. Jednocześnie wsparcie to odpowiada na aktualne problemy sektora ochrony zdrowia, m.in. w postaci kształcenia pielęgniarek i położnych, w sytuacji kiedy odnotowuje się ich deficyt, czy też wdrażania programów profilaktycznych odpowiadających na potrzeby zdrowotne i epidemiologiczne zidentyfikowane w ramach kraju. Tym samym, wsparcie to odpowiada na najbardziej palące problemy ochrony zdrowia i pozytywnie wpływa na oczekiwaną zmianę. Badani zgodnie stwierdzili również, że środki z EFS nie powinny zostać wykorzystane w inny sposób niż obecnie przyjęty. Ich zdaniem (i również zdaniem ewaluatora) wszystkie istotne w tym zakresie obszary zostały już ujęte i nie powinno się w tym zakresie wprowadzać zmian.

Warto jednak zwrócić uwagę na kwestię skali udzielanego wsparcia. **Analiza zakresu projektów oraz opinii części reprezentantów IP pozwalają wysuwać wniosek, o zbyt niskiej kwocie alokacji przeznaczonej na kwestię wdrożenia programów profilaktycznych oraz szkolenia dla pracowników innych zawodów medycznych.** W pierwszym przypadku stosunkowo niska kwota alokacji w kontekście możliwego zakresu działań sprawiła, że niekiedy projekty te były mocno ograniczane, a poprzez to mniej efektywne. W przypadku drugiej ww. kwestii, szeroki zakres „innych zawodów medycznych” sprawił, że kwoty możliwe do przeznaczenia na wsparcie poszczególnych z nich były stosunkowo niewielkie w kontekście potrzeb.

Do analizy badanego zagadnienia warto również odnieść opinie ekspertów. Potwierdzili oni dotychczasowe wyniki analizy w zakresie istotnego wpływu wsparcia dostępnego w ramach EFS na wzmocnienie/reformę sektora ochrony zdrowia. Ich zdaniem, znaczącą rolę odgrywają w tym zakresie trafnie opracowane *Wytyczne*, precyzujące cele wyznaczone do osiągnięcia przy pomocy wsparcia unijnego. Rezultaty uzyskiwane poprzez ich realizację, zdaniem ekspertów, przyczyniają się do wzmocnienia jakości i zwiększenia dostępności usług z zakresu ochrony zdrowia.

Najważniejszą rzeczą, jest dokument Policy Paper [Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla sektora zdrowia na lata 2014-2020], który wskazuje jakie cele mają być w Polsce realizowane za pomocą środków unijnych. Oczywiście te cele są tożsame z innymi celami wybranymi przez UE dla pozostałych państw. Tam najważniejszym celem jest polityka spójności. A tam spójność rozumiemy jako szeroki dostęp do ochrony zdrowia po to, żeby zapewnić możliwość uzyskania przez człowieka miejsca na rynku pracy i tym samym pozyskania środków na życie i zaspokojenia własnych potrzeb. Dzięki sprecyzowaniu zasad, wg mnie zaangażowane instytucje realizują swoją rolę w sposób prawidłowy. Uzyskiwane rezultaty przyczyniają się do tego, że wzmacniamy dostępność, jakość i satysfakcję ludzi korzystających z ochrony zdrowia. Jest to wrażliwy sektor. Należy stale działać wyprzedzająco i myśleć o czymś więcej np. tworzenie wsparcia dla osób, które mają inne kompetencje. Skill-mix, jest jednym z kierunków, który pozwoli na lepsze zagospodarowanie pieniędzy i reformy ochrony zdrowia.

ŹRÓDŁO: PANEL EKSPERTÓW

W ramach triangulacji metod badawczych, warto powyższe wnioski uzupełnić analizą desk research. Dotychczasowe kierunki alokacji z EFS są co prawda racjonalne i przynoszą spodziewane rezultaty, jednak można zastanowić się nad tym czy nie przeznaczyć pozostałej części środków także na następujące działania:

1) Obsługa oprogramowania i systemów informatycznych, wdrażanych w obszarze e-zdrowia dla przedstawicieli zawodów medycznych i około medycznych.

Nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne oraz posiadanie umiejętności ich wykorzystania przez użytkowników systemów e-zdrowia zwiększają możliwości szybszego dostosowywania się do zmieniających warunków. Problematyka rozwoju kompetencji cyfrowych coraz bardziej dotyczyć będzie pracowników związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia. Obsługa komputera, oprogramowania, wykorzystanie Internetu, nowoczesnych urządzeń diagnostycznych, komunikacyjnych są obecnie pożądanymi czy wręcz niezbędnymi umiejętnościami, które będą sprzyjały sprawniejszej i efektywniejszej realizacji czynności zawodowych w tej grupie. Odpowiedni poziom tych umiejętności przyczyni się z pewnością także do sprawnej realizacji usług w ramach systemów e-zdrowia. Nowoczesne rozwiązania technologiczne wymagają od

pracowników ochrony zdrowia wysokich kompetencji cyfrowych. Obecne papierowe kartoteki pacjentów zastępuje e-dokumentacja, tradycyjne recepty mają zostać zastąpione e-receptami, wdrożony właśnie został system e-zwolnień, aplikacje medyczne pozwalają na zdobywanie wiedzy i nieograniczoną komunikację. Nowoczesne technologie informatyczno-komunikacyjne pozwalają nie tylko na tak oczywiste i nieskomplikowane funkcje jak umawianie wizyt online, ale także np. na zaawansowane, i w pełni zautomatyzowane, monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, jego podstawowych parametrów zdrowotnych, automatyczną i zwrotną komunikację z jednostkami opieki zdrowotnej, pełną wymianę danych medycznych. W ochronie zdrowia szerokie zastosowanie znalazły aplikacje zdrowotne działające na urządzeniach przenośnych - takich jak smartfony, tablety. Ich funkcjonalność pozwala prowadzić zdalny monitoring zdrowia, diagnozować choroby, kontrolować przebieg dolegliwości, prowadzić telekonsultacje medyczne. Powstaje coraz więcej rozwiązań dedykowanych chorym przewlekle, lekarzom, szpitalom, rodzinie i bliskim pacjentów. Jedną z najszybciej rozwijających się gałęzi medycyny jest telemedycyna. Nowe technologie znajdują coraz szersze zastosowanie w codziennej praktyce lekarskiej – wspierają pracę personelu medycznego, umożliwiają szybszą i dokładniejszą diagnostykę.

2) Kształcenie kadr okołomedycznych. Konieczne są badania w kierunku stworzenia matrycy krzyżujących się kompetencji (skill mix) i wyboru adekwatnych szkoleń, które wspomogą kompetencyjnie przedstawicieli zawodów okołomedycznych i pozwolą im na podjęcie aktywności uznawanej za tradycyjnie lekarską.

3) Monitorowanie prowadzonych działań profilaktycznych oraz identyfikowanie nowych jednostek chorobowych wymagających profilaktyki. Profil epidemiologiczny społeczeństwa polskiego został prawidłowo ukazany w badaniach, programach i dokumentach strategicznych. Nie oznacza to jednak, że możemy nie monitorować sytuacji i nadzorować stanu zdrowia. Konieczne wydaje się stworzenie instytucji nadzoru w zakresie chorób zakaźnych, aby na czas identyfikować nowe zagrożenia i sprawnie przeciwdziałać w sytuacji ich wystąpienia. Być może Państwowa Inspekcja Sanitarna, posiadająca ogromne doświadczenie w zakresie chorób zakaźnych, powinna zająć się również nadzorem epidemiologicznym w chorobach zakaźnych. Wymagałaby to doszkolenia pracowników tej Inspekcji w dodatkowe kompetencje.

Jedną z największych bolączek samorządu terytorialnego są słabo przygotowane do podejmowania profesjonalnych zadań w obszarze ochrony zdrowia kadry. Szczególnie jest to zauważalne na poziomie powiatu. **Finansowanie ze środków UE powinno zatem obejmować przede wszystkim szkolenia pracowników samorządowych w zakresie budowania, implementowania, monitorowania i oceny programów zdrowotnych, a także treści z szeroko rozumianego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia, czyli np. elementy HIA (ocena wpływu na zdrowie) w regionalnej i lokalnej polityce sektorowej i poza sektorowej, promocja zdrowia dla osób starszych w samorządzie terytorialnym, turystyka zdrowotna, różne formy opieki koordynowanej np. onkologiczna, itp.**

3.2. Kryterium skuteczności

Pod względem kryterium skuteczności, analiza pozwala odpowiedzieć na 7 pytań/zestawów pytań ewaluacyjnych:

- ✓ *W jakim stopniu zrealizowane zostały cele szczegółowe zdefiniowane dla V OP PO WER? Na ile ich realizacja odbyła się dzięki EFS, a na ile wynika to z innych czynników?*
- ✓ *Czy nabory prowadzone dotychczas w ramach V OP PO WER były właściwie rozplanowane pod kątem realizacji celów szczegółowych oraz wydatkowania alokacji? Jaką rolę odgrywają roczne plany działań V OP PO WER? Czy to narzędzie jest potrzebne, w kontekście funkcjonowania planów działań w sektorze zdrowia? Jakie są jego zalety oraz wady?*
- ✓ *W jakim stopniu projekty wpisują się w poszczególne cele szczegółowe przypisane do Działań / priorytetów inwestycyjnych realizowanych w ramach V OP PO WER? Które działania V OP PO WER i które typy projektów realizowały cele szczegółowe w sposób najbardziej trafny, skuteczny i efektywny? Z czego to wynikało?*
- ✓ *W których obszarach / naborach / działaniach V OP PO WER istnieje największe zainteresowanie realizacją projektów, a w których najmniejsze i dlaczego?*
- ✓ *Jakie czynniki i w jakim zakresie wywierają wpływ na skuteczność realizacji projektów w ramach poszczególnych Działań wdrażanych w V OP PO WER? Czy na skuteczność projektów ma wpływ rodzaj podmiotu realizującego projekt, długość trwania projektu, wysokość dofinansowania, wcześniejsze doświadczenie beneficjentów w realizacji projektów lub jeszcze inne czynniki, zarówno związane z charakterystyką projektodawcy lub otoczeniem zewnętrznym?*
- ✓ *W jaki sposób kryteria oceny projektów stosowane przez IP przyczyniły się do realizacji celów szczegółowych V OP PO WER i osiągania zaplanowanych efektów?*
- ✓ *W jakim zakresie działania V OP PO WER wpisywały się w realizację zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz równości szans kobiet i mężczyzn?*

3.2.1. W jakim stopniu zrealizowane zostały cele szczegółowe zdefiniowane dla V OP PO WER? Na ile ich realizacja odbyła się dzięki EFS, a na ile wynika to z innych czynników?

Zgodnie z wynikami analizy desk research, szczególny wzrost stopnia realizacji wskaźników tejże Osi nastąpił w 2017 r.²⁵. Cytując Sprawozdanie za 2017 r.: opracowano 6 programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy (75% celu pośredniego), wsparciem objęto 52 podmioty lecznicze, (130% celu pośredniego), opracowano 12 programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych (54% celu pośredniego), kształceniem podyplomowym objęto

²⁵ Sprawozdania z wdrażania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2-15-2017;

14,6 tys. pielęgniarek i położnych (146% celu pośredniego) oraz 2,9 tys. lekarzy (37% celu pośredniego)²⁶.

Powyższe dane należy zestawić z dotychczas osiągniętymi wartościami (wartość skumulowana) co pozwala przedstawić stopień realizacji poszczególnych wskaźników produktu.

Tabela 11. Założone i osiągnięte wskaźniki produktu dla V OP PO WER, wg stanu na koniec 2017 r.

Wskaźnik (nazwa wskaźnika)	Kategoria regionu	Wartość docelowa (2023 r.)	Dotychczasowa wartość skumulowana (2014-2017)	Stopień realizacji wskaźnika
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	słabiej rozwinięte	13	6	46%
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	lepiej rozwinięte	2	0	0%
Liczba osób, współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	słabiej rozwinięte	10574	27	0%
Liczba osób, współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	lepiej rozwinięte	1664	4	0%
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	słabiej rozwinięte	130	48	37%
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	lepiej rozwinięte	20	7	35%
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu	słabiej rozwinięte	536	166	31%
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu	lepiej rozwinięte	84	26	31%

²⁶ Sprawozdanie z wdrażania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w 2017 r., MIR, kwiecień 2018 r., s. 9.

Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą objętych pilotażem modelu opieki koordynowanej	słabiej rozwinięte	39	0	0%
Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą objętych pilotażem modelu opieki koordynowanej	lepiej rozwinięte	6	0	0%
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	słabiej rozwinięte	35	42	120%
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi	lepiej rozwinięte	5	7	140%
Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	słabiej rozwinięte	8640	324	4%
Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	lepiej rozwinięte	1360	51	4%
Liczba organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką praw pacjenta objętych wsparciem w ramach programu	słabiej rozwinięte	39	43	110%
Liczba organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką praw pacjenta objętych wsparciem w ramach programu	lepiej rozwinięte	6	7	117%
Liczba opracowanych analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób	słabiej rozwinięte	26	207	796%
Liczba opracowanych analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób	lepiej rozwinięte	4	33	825%
Liczba opracowanych analitycznych modeli prognozowania chorobowości	słabiej rozwinięte	1	0	0%
Liczba opracowanych analitycznych modeli prognozowania chorobowości	lepiej rozwinięte	1	0	0%
Liczba opracowanych analitycznych wielosektorowych modeli planowania zasobów i infrastruktury medycznej	słabiej rozwinięte	1	0	0%
Liczba opracowanych analitycznych wielosektorowych modeli planowania zasobów i infrastruktury medycznej	lepiej rozwinięte	1	0	0%
Liczba opracowanych modeli analizy danych w zakresie medycznego rynku pracy	słabiej rozwinięte	1	0	0%

Liczba opracowanych modeli analizy danych w zakresie medycznego rynku pracy	lepiej rozwinięte	1	0	0%
Liczba programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	słabiej rozwinięte	36	11	31%
Liczba programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	lepiej rozwinięte	6	1	17%
Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programu	słabiej rozwinięte	10800	416	4%
Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programu	lepiej rozwinięte	1700	65	4%
Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	słabiej rozwinięte	17280	12661	73%
Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	lepiej rozwinięte	2720	1991	73%
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	słabiej rozwinięte	13565	2521	19%
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	lepiej rozwinięte	2135	396	6%
Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS zostali objęci wsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi	słabiej rozwinięte	6221	216	3%
Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS zostali objęci wsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi	lepiej rozwinięte	979	34	3%

Źródło: Załącznik 4B do Sprawozdania z wdrażania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w 2017 r.

Do stopnia osiągnięcia celów szczegółowych zdefiniowanych dla V OP PO WER odnieśli się respondenci badania IDI. Badani zwracali uwagę na dobry poziom realizacji tychże celów, twierdząc jednocześnie, że V OP PO WER przoduje pod tym względem, gdyż już na ten moment (moment przeprowadzenia badania, tj. grudzień 2018 r.) zrealizowana została znaczna część wskaźników. **Biorąc pod uwagę możliwość realizacji wskaźników aż do 2023 r., sytuacja ta jest bardzo pozytywna i nie stwarza powodów do obaw.** Jednocześnie badani podkreślali, że realizacja projektów w przyjętym zakresie odbywa się praktycznie wyłącznie dzięki EFS. Bez tego typu środków projekty te w ogóle nie byłyby realizowane, bądź byłyby znacznie ograniczone. Dla przykładu warto zauważyć, że z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że najczęstszymi barierami w podnoszeniu swoich kwalifikacji są właśnie bariery finansowe²⁷, tak więc programy umożliwiające bezpłatne szkolenia niewątpliwie wpływają na rozszerzenie zjawiska podnoszenia kwalifikacji wśród pracowników POZ. Już projekty realizowane w ramach poprzedniej perspektywy finansowej, związane z podnoszeniem wiedzy i kompetencji wśród osób pracujących w sektorze zdrowia spotykały się z dużym zainteresowaniem i, poprzez to, powodzeniem w ich realizacji²⁸.

Wskazywano jednocześnie, że prócz realizacji zakładanych wskaźników widoczne stają się rzeczywiste efekty wdrażanych projektów, jak np. otwarcie jednego z Centrów Symulacji Medycznej czy powstanie dziennych domów opieki medycznej. Warto zauważyć, że na podstawie przeprowadzonych już badań ewaluacyjnych udało się stwierdzić, żeienne domy opieki medycznej stanowią skuteczną i efektywną formę opieki zdrowotnej, spełniającą potrzeby osób niesamodzielnych²⁹.

Mimo wyjątkowo sprawnej realizacji zakładanych celów szczegółowych, badani zwrócili jednak uwagę na pewien czynnik zewnętrzny, który miał wpływ na pewne opóźnienie na początkowym etapie realizacji projektów wchodzących w skład Działania 5.1. Chodzi mianowicie o każdorazową potrzebę opiniowania opracowywanych programów profilaktycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (problem ten był zgłaszany przez respondentów niejednokrotnie). Ostatecznie nie miało to wpływu na realizację projektów w tym działaniu, lecz niepotrzebnie wydłużało czas potrzebny na ich wdrożenie.

Mimo przeważających pozytywnych opinii, zgłoszono również, że w ramach Działania 5.4 można mówić o pewnym opóźnieniu w realizacji wskaźników, co związane jest jednak wyłącznie z brakiem czasu lekarzy (ze względu na zobowiązania zawodowe), którzy poprzez ten fakt nie chcą brać udziału w szkoleniach. Brak chęci do udziału w podnoszeniu swoich kwalifikacji wynika również

²⁷ Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, MZ, s.5.

²⁸ Badanie ewaluacyjne Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej, MZ.

²⁹ Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDOM), MZ, s. 84.

z „przesycenia” rynku tego typu wsparciem, tworząc sytuację, w której lekarze uczestnicząc już w innych szkoleniach dofinansowanych ze środków unijnych, nie są chętni do wzięcia udziału w kolejnej formie kształcenia. Występowanie tego typu problemu zauważyli również eksperci, którzy wzięli udział w panelu zorganizowanym na potrzeby niniejszego badania. Ich zdaniem, problem ten rozwiązać można dwójako. **Z jednej strony warto zastanowić się nad nowymi metodami motywacji lekarzy (np. w formie zwiększenia liczby punktów edukacyjnych za udział w szkoleniu), z drugiej jednak padła propozycja zwiększenia nacisku na wsparcie kształcenia osób pracujących w innych zawodach medycznych, np. fizjoterapeuci, położne. Dotychczasowe środki przeznaczone na ten cel nie były wystarczające, więc pozyskanie uczestników chętnych do podniesienia kwalifikacji nie byłoby tak trudne, jak w przypadku lekarzy, a ponadto lepiej wykwalifikowani specjaliści innych zawodów medycznych, docelowo odciążyliby lekarzy w zakresie wykonywanych obowiązków.**

Ekspert 3 – Może jeżeli chodzi o lekarzy, żeby ich zachęcić podwyższeniem punktów edukacyjnych?

Ekspert 4 – Z drugiej strony tak naprawdę, kiedy lekarze są już faktycznie nasyceni i kiedy są zajęci to skupmy się na innych zawodach. Oni chętnie by skorzystali rzeczywiście. Patrząc pod kątem pielęgniarek lub położnych czy lekarzy, których mamy niedobór, a natomiast tutaj mamy tych absolwentów całkiem sporo. Więc to na pewno pozwoliłoby im się w jakimś stopniu odnaleźć na tym rynku pracy.

Ekspert 1 - Czyli iść w kierunku takiego amerykańskiego systemu patrzenia na profesjonalistów medycznych, gdzie lekarz jest na ostatnim elemencie systemu i wchodzi, gdy jest rzeczywista taka potrzeba. Pielęgniarka ma swój receptariusz. W tym momencie myślenie o daniu im dodatkowych uprawnień to jest jakaś tam wizja. Tym bardziej - tak jak mówiła koleżanka - i tak, jak wiem, te rady ds. kompetencji w zawodach medycznych i zawodach związanych z pomocą społeczną prowadzą swoje działania w tym kierunku.

Ekspert 2 – Tutaj jest mowa o lekarzach, pielęgniarkach i położnych, natomiast nie ma po części mowy o fizjoterapeutach. Fizjoterapeutów jest bardzo dużo na rynku, oni są zainteresowani szkoleniami, a my nic im nie proponujemy.

Ekspert 1 – Jest jeszcze jeden element dotyczący fizjoterapeutów. Może należałoby rozpocząć rozmowy między instytucją pośredniczącą a NFZ. Celem tych rozmów powinno być zastanowienie się nad tym, czy nie rozszerzyć katalogu finansowanych świadczeń dedykowanych dla rehabilitantów. Jednak ilość pieniędzy, które przeznaczamy na rehabilitację nie jest nadmiernie duża w systemie. A być może ta grupa zawodowa byłaby w stanie odciążyć lekarzy. Jeśli chodzi o większość chorób to jest tak, jakby możliwość ich rozwiązania poprzez kontakt z profesjonalistą medycznym takim rzeczywistym, a rehabilitant to zapewnia. Poprzez ten kontakt może obniżyłaby się presja na to, żeby korzystać z usługi lekarskiej.

ŹRÓDŁO: PANEL EKSPERTÓW

Również zdaniem ewaluatora, problem odpowiedniego motywowania lekarzy do udziału w projektach stanowi jedno z głównych wyzwań V OP PO WER. Problem motywacji lekarzy do brania udziału w projektach szkoleniowych wynika z wielu czynników. Aby próbować odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tak jest należy się przede wszystkim zastanowić jak zmotywować tę grupę zawodową do większej partycypacji i aktywności w tym zakresie, a po drugie jakie są powody tej bierności, czyli zidentyfikować najczęstsze bariery. **Motywowanie lekarzy do brania udziału w szkoleniach jest trudnym problemem, wynikającym z tego, że pobyt na szkoleniu skutkuje nieobecnością w pracy i tym samym niemożnością zaspokajania potrzeb pacjentów oraz obniżeniem wynagrodzenia. Aby przeciwdziałać niechęci do brania udziału w szkoleniach należy podjąć próbę zmiany ich organizacji ze stacjonarnych na oferowane w różnych formach online.** Oferta *e-learningu* i *webinariów* w kształceniu podyplomowym lekarzy to efekt połączenia kompetencji specjalistów od komunikacji i edukacji medycznej oraz silne zaplecze programistyczne. Systemy e-learningowe obejmują internetowe kursy, bazy przypadków, produkcje wideo, w tym wywiady, wypowiedzi, animacje i symulacje medyczne. Wykorzystywane mogą być przede wszystkim w kształceniu środowiska medycznego, pacjentów i ich rodzin, ale także przedstawicieli medycznych. Wspomagają lub zastępują edukację stacjonarną, weryfikują wiedzę poprzez atrakcyjną formę quizów i egzaminów. Obecnie organizuje się także webinaria, czyli kursy i szkolenia online odbywające się w rzeczywistym czasie o ustalonej godzinie. Zaproszeni, zainteresowani tematyką lekarze zbierają się w tym samym czasie przed ekranami swoich komputerów, aby dołączyć do nadawanego z studia seminarium. Wykorzystanie wirtualnych narzędzi umożliwia obustronną komunikację między wykładowcami a uczestnikami szkolenia, niweluje konieczność dojazdu na szkolenie i kosztów z tym związanych oraz zmniejsza ryzyko zaprzestania działalności na dłuższy czas. Tematyka takich szkoleń może być różnorodna – ale logicznie przygotowana i uwzględniająca potrzeby lekarzy różnych specjalności, pracujących w podstawowych i specjalistycznych podmiotach leczniczych. Podstawowym odbiorcą tej formy kształcenia powinien być lekarz POZ, który z natury praktyki, którą realizuje spotyka się z bardzo szerokim spektrum chorób i nie zawsze jest w stanie podejmować prawidłowe decyzje dotyczące dalszego postępowania oraz ścieżki medycznej pacjenta, stąd potrzeba wspierania jego profesjonalnego rozwoju.

Poza czysto medycznymi szkoleniami należy przygotować także pakiet szkoleń dedykowany problematyce zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Szczególnie ważne jest szybkie wyjaśnianie zmian wprowadzanych w systemie ochrony zdrowia i ich konsekwencji dla działalności placówek. **W tym zakresie tematycznym należy zastanowić się także nad przedstawieniem korzyści, które może uzyskać lekarz, o ile w jego placówce zostanie zatrudniony pracownik o tzw. krzyżujących się kompetencjach, który przejmie na siebie szereg obowiązków związanych z projektowaniem ścieżki medycznej dla pacjentów, których schorzenia muszą być leczone poza POZ.** W konsekwencji wprowadzenia nowych uprawnień zawodowych np. dla pielęgniarek, koordynatorów, promotorów zdrowia (edukator zdrowotny), tworzenie

zespołów (medyczno-administracyjnych) doprowadzi do tego, że na rynku mogą pojawić się specjaliści, którzy przejmując kompetencje do tej pory realizowane przez lekarzy, zabezpieczą im więcej czasu na szkolenia zawodowe.

Najskuteczniejszą formą motywacji w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych jest wzrost wynagrodzenia. Mimo że pracodawca nie jest zobowiązany do obligatoryjnego nagradzania lub awansowania doksztalającego się pracownika, to jednak podniesienie kwalifikacji powinno wiązać się z dodatkowymi gratyfikacjami i być uwzględniane przy typowaniu pracowników do awansu. Pracodawca, który chce zmotywować swoich pracowników do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, powinien rozważyć wprowadzenie do systemu wynagrodzeń obowiązującego w zakładzie pracy różnego rodzaju gratyfikacji przyznawanych za chęć podnoszenia kwalifikacji, wykorzystywanie zdobytej wiedzy i umiejętności oraz chęć dzielenia się nimi z pozostałymi pracownikami. **Na przykład regulamin wynagradzania może uzależniać przyznanie pracownikowi nagrody pieniężnej za uzyskanie odpowiedniej liczby punktów i odbytych na czas szkoleń.**

W ramach rozszerzenia analizy dot. skuteczności oferowanego dotychczas wsparcia, respondenci badania IDI (w zależności od swoich kompetencji i zakresu działań) poproszeni zostali o ocenę poszczególnych form oferowanego wsparcia właśnie pod kątem ich skuteczności (dodatkowe bloki tematyczne, rozszerzające podstawowe badanie IDI).

Pierwszą z oferowanych form wsparcia jest wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych. Pozytywnie oceniony został komponent badawczy, który w wyniku projektu pozakonkursowego umożliwił opracowanie programów profilaktyki zdrowotnej. Niemniej jednak, negatywnie odniesiono się do komponentu edukacyjnego tego rodzaju wsparcia. Ocenę tę podparto problemami z nawiązaniem współpracy z POZ, które miałyby za zadanie oddelegować swoich pracowników do udziału w projekcie. Również badani eksperci potwierdzili występowanie tego typu problemu, wskazując na niechęć pracowników POZ do brania udziału w projektach szkoleniowych. Ich zdaniem (ekspertów) wynika to z faktu konieczności rozszerzenia zakresu obowiązków (udział w szkoleniu) osobom, które jednocześnie muszą realizować wszystkie swoje bieżące zobowiązania zawodowe. Istotnym aspektem w tym zakresie byłoby zwiększenie zakresu możliwych narzędzi motywacyjnych (opisane we wcześniejszym fragmencie analizy).

Zdaniem respondenta badania IDI beneficjentom bardzo trudno zebrać odpowiednią liczbę tego typu pracowników w ramach realizowanych projektów, co wpływa na niższą skuteczność tego obszaru wsparcia. Problem niskiego zainteresowania ww. podmiotów nie został również zniwelowany dzięki ujęciu w stawkach jednostkowych kwot przeznaczonych na badania przesiewowe. W tym miejscu warto wskazać (w oparciu o analizę desk research oraz opinię ewaluatora), że podstawowa opieka zdrowotna zmienia się w związku z pilotażową implementacją ustawy o POZ (Dz.U. 2017 poz. 2217). Wyraźnie widać, że przeważa w tym podejściu czynnik kolektywnego działania. Aby skłonić lekarzy POZ do wyższego zainteresowania/

uczestnictwa w projektach szkoleniowych, edukacyjnych, projektowych należy organizować pracę na tym poziomie w oparciu o zespół profesjonalistów medycznych i administracyjnych. W POZ powinien być zatrudniony promotor zdrowia/ edukator zdrowotny odpowiedzialny za prowadzenie programów profilaktycznych, pełniący także funkcje koordynatora usług dostarczanych w ramach budżetu powierzonego na poziomie opieki specjalistycznej ambulatoryjnej (AOS), finansowanych jednak przez lekarza rodzinnego. To właśnie taki edukator/ koordynator powinien być częściowo odbiorcą programów szkoleniowych, edukacyjnych w zakresie profilaktyki. Również rola pielęgniarki i położnej jest zdecydowanie większa. Ta grupa zawodowa otrzymuje prawo do samodzielnej ordynacji medycznej, wypisywania leków, prowadzenia ciąży.

Należy wykorzystać efekt krzyżowania się/ łączenia się kompetencji dla efektywniejszego podziału zadań, ról zawodowych i właściwego adresowania programów, projektów finansowanych z pieniędzy UE. To nie tylko lekarz POZ powinien być ich odbiorcą. Dodatkowo szkolenia dla lekarzy rodzinnych, w związku z ich małą liczbą, standardem obsługi pacjenta w 10-15 minut powinny mieć charakter skondensowany, najlepiej dostarczony na miejscu na przykład na zasadzie „latającego uniwersytetu” (dojazd grona wybranych najlepszych specjalistów w wybranej dziedzinie medycznej np. onkologii do ośrodków wskazanych przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych tak, aby udział w szkoleniach nie kolidował z codzienną pracą lekarzy) z częstotliwością raz na kilka tygodni.

Innym pomysłem jest wprowadzenie możliwości dodatkowego finansowania dla lekarzy rodzinnych za uzyskane nowe kwalifikacje. W ramach budżetu zadaniowego (powierzonego) lekarz rodzinny uzyskuje uprawnienia do zajmowania się określonymi przypadkami specjalistycznego leczenia po zakończonych kursach i otrzymuje za to wynagrodzenia, a zatem zamiast kierować do specjalisty i za to płacić podejmuje określony rodzaj interwencji (adekwatny do kompetencji potwierdzanych certyfikatem szkoleniowym). Wymagać to będzie stworzenia standardów kwalifikacji po zakończeniu kursów, ale pozwoli zmotywować lekarzy rodzinnych do uczestnictwa w nich i jednocześnie do odciążenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Docelowo powinien powstać nowy koszyk POZ, umożliwiający finansowanie świadczenia specjalistycznego na tym poziomie przez lekarza POZ w oparciu o certyfikat uzyskany na szkoleniu. Zaproponowane rozwiązanie pozwoliłoby na zwiększenie kompetencji lekarzy POZ z jednej strony, a z drugiej przyczyniłoby się do większej dostępności procedur specjalistycznych w POZ.

Tego typu działania są możliwe do sfinansowania w ramach takich Działań V OP PO WER, jak:

- ✓ Działanie 5.1 Programy profilaktyczne;
- ✓ Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych, głównie w kontekście przygotowania, przetestowania i wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej

(OOK), służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych;

- ✓ Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich.

W ramach powyższych działań należałoby skupić się przede wszystkim na szkoleniu kadr koordynujących pracę lekarza POZ i specjalisty, w ramach rozwijanych kompetencji pielęgniarskich lub osobno w zakresie kompetencji pracowników tzw. okołomedycznych. Niestety nie ma kategorii pracowników okołomedycznych we wskazaniach poszczególnych Działań w ramach V OP PO WER na lata 2014-2020, co stanowi pewnego rodzaju wyrażne pominięcie (w kontekście rozwoju takich kadr i ich kompetencji a także braków kadrowych typowych profesjonalistów medycznych). Należałoby zatem w następnej perspektywie PO WER zdefiniować taką kategorię pracowników i ich kompetencje oraz adresować dla nich konkretne działanie (rekomendowany tryb konkursowy).

Drugą z ocenianych form jest przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej. W tym przypadku respondenci badania IDI pozytywnie odnieśli się do tego obszaru wsparcia. Podkreślano, że model wsparcia opracowany został przez Bank Światowy, a obecnie realizowany jest przez NFZ, który dokonał już wyboru podmiotów, które wdrażać będą działania pilotażowe. Niemniej, na pełną ocenę skuteczności należy zdaniem badanych jeszcze poczekać, gdy znane już będą końcowe efekty.

Kolejną z ocenianych form wsparcia jest deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi. W tym przypadku skuteczność wsparcia oceniona została bardzo wysoko. Zdaniem osób badanych, osoby korzystające z efektów tej formy wsparcia są z niej zadowolone, a jakość ich życia oraz stan zdrowia uległy poprawie. Potwierdzeniem tego faktu, zdaniem jednego z respondentów, jest pozytywna rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie ujęcia tej formy wsparcia w ramach świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej.

Wśród form oferowanego wsparcia znalazł się również dialog społeczny i społeczna odpowiedzialność instytucji systemu ochrony zdrowia. Zdaniem respondenta, który został poproszony o ocenę tego wsparcia, cechowało się ono najmniejszą skutecznością w porównaniu do pozostałych (analizowanych w tym podrozdziale) form wsparcia oferowanego w ramach V OP PO WER. Ocenę tę podparto przekonaniem o braku wpływu tegoż wsparcia na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych (respondent był zdania, że wsparcie to zaowocowało jedynie wytworzeniem rekomendacji w tym zakresie i powstaniem dodatkowej dokumentacji).

Zdecydowanie lepiej oceniony został obszar wsparcia obejmujący mapowanie potrzeb zdrowotnych. W tym przypadku, respondent badania IDI poproszony o ocenę skuteczności ww. systemu mapowania potrzeb zdrowotnych stwierdził, że spełnia on stawiane mu cele i cały czas jest rozwijany. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że problem dostosowania systemu wsparcia do aktualnych potrzeb zdrowotnych, w tym

z uwzględnieniem zapotrzebowania na terenie poszczególnych regionów, stanowiło już szczególne wyzwanie w ramach poprzedniej perspektywy finansowej³⁰.

Podczas badania zaznaczono jednak, że dokładne efekty wywołane przez zastosowanie tego systemu (poprzez prowadzone obecnie działania) poznać będzie można dopiero w dłuższej perspektywie czasowej, badając jego wpływ na trendy w opiece zdrowotnej (w tym zakresie warto wspomnieć o opracowanych niedawno nowych wskaźnikach z zakresu ochrony zdrowia, przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych, które niewątpliwie będą mogły przyczynić się w przyszłości do pomiaru efektów mapowania potrzeb zdrowotnych³¹). Badani wskazali jednakże w tym przypadku na problem z aktualnością dostępnych danych, na podstawie których odbywa się mapowanie potrzeb zdrowotnych (na daną chwilę w praktyce wykorzystywać można dane pochodzące sprzed dwóch lat, tj. z uwzględnieniem okresu sprawozdawczego, czasu potrzebnego na analizę, opracowania i publikację danych).

Następnym, poddanym ocenie respondentów obszarem wsparcia jest wdrożenie działań projakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Również i w tym przypadku wsparcie spotkało się z przychylną oceną respondentów. Zwracano przy tym na uwagę kompleksowego charakteru wsparcia w ramach tego obszaru i doświadczenie beneficjentów w realizacji działań, co ma bezpośrednie przełożenie na jego skuteczność. Ponadto, wskazywano na istotność każdego rodzaju działań podejmowanych w tym obszarze i nie zgłaszano potrzeby wprowadzania zmian.

W przypadku programów rozwojowych dotyczących praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenia centrów symulacji medycznej, badani również udzielili pozytywnej oceny. Podkreślano możliwość podejmowania nauki i praktyki przez studentów przy pomocy fantomów. Badani nie odnieśli się jednak do oceny stopnia realizacji tych programów, gdyż znajdują się one obecnie na różnych etapach.

Pozytywna ocena przypadła również na programy rozwojowe ukierunkowane na zwiększanie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Zdaniem respondentów badania IDI, program ma pozytywny wpływ na sytuację studentów oraz cieszy się wśród nich bardzo dużym zainteresowaniem. Wartością dodaną wsparcia udzielanego w ramach tego obszaru jest wymóg podejmowania pracy jeszcze w dwa lata po zakończeniu studiów, co powinno mieć bezpośrednie przełożenie na zminimalizowanie problemu deficytów kadrowych w sektorze ochrony zdrowia.

Ostatnim z badanych obszarów wsparcia jest rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji pracowników systemu ochrony odpowiadających na potrzeby

³⁰ Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pt. „Ocena szacunkowa (ex-ante) projektu Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)”, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2013 r., s.44.

³¹ Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych, Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS.

epidemiologiczno-demograficzne kraju. Na ten obszar wsparcia składa się szereg form pomocy. Pierwszą z nich jest kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi). Respondent, który poproszony został o ocenę skuteczności tej formy wsparcia, odniósł się do niej pozytywnie. Zdaniem respondenta, zakres kursów (tematyka, program) regulowane są prawnie i zatwierdzane przez Ministra Zdrowia, co stanowi o pewnego rodzaju gwarancji ich jakości. Ponadto, kursy organizowane były na terenie całego kraju, więc dostęp terytorialny do tej formy wsparcia w żaden sposób nie był ograniczony. Badany pozytywnie ocenił skuteczność tych kursów i zainteresowanie samych uczestników, którzy zdobyli nowe kompetencje i kwalifikacje.

Podobna, pozytywna ocena, przypadła również na drugą z form wsparcia, tj. kształcenia specjalistycznego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. Podkreślano prawidłowy przebieg projektów w tym zakresie, duże zainteresowanie uczestników i efektywność wsparcia w takiej formie.

Analogicznie pozytywnie oceniono też kształcenie podyplomowe lekarzy w realizowane w innych formach niż ww. specjalizacje. Pozytywna opinia wynikała m.in. z szerokiego zakresu zagadnień i faktu realizacji na terenie całego kraju. Wskazano co prawda na małą liczbę podmiotów biorących udział w programie kształcenia, lecz ogólnie tę formę wsparcia również oceniono jako skuteczną.

Ostatnią z form wsparcia w ramach tego obszaru jest doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. Również i w tym przypadku pozytywnie odniesiono się do skuteczności tej formy wsparcia, głównie odnosząc to do stosunkowo wysokich kosztów doksztalcania pracowników tej grupy zawodów oraz (dotychczasowe) pomijanie tejże grupy w ramach przydzielanego wsparcia (m.in. fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni). Szczególnie podkreślono bardzo wysokie zainteresowanie tą formą wsparcia. **Zwrócono jednakże uwagę na potrzebę rozszerzenia liczby zawodów, które dotychczas kwalifikowały się do wzięcia udziału w projektach.**

3.2.2. Czy nabory prowadzone dotychczas w ramach V OP PO WER były właściwie rozplanowane pod kątem realizacji celów szczegółowych oraz wydatkowania alokacji? Jaką rolę odgrywają roczne plany działań V OP PO WER? Czy to narzędzie jest potrzebne, w kontekście funkcjonowania planów działań w sektorze zdrowia? Jakie są jego zalety oraz wady?

Podczas badania IDI, moderator poprosił respondentów o ocenę w zakresie właściwego sposobu rozplanowania naborów V OP PO WER pod kątem realizacji celów szczegółowych i wydatkowania alokacji. Zdanie w tym zakresie było podzielone. Przeważały co prawda pozytywne opinie (w tym poparte właściwym osiągnięciem celów pośrednich i brakiem zagrożenia w kontekście realizacji głównych celów wsparcia), lecz pojawiło się również kilka negatywnych aspektów. Ogólną uwagą badanych były

pojawiające się w niektórych okresach nawarstwienia naborów, poprzez co osoby zajmujące się nimi były przeciążone obowiązkami. Inne negatywne opinie były bardziej szczegółowe – wskazano m.in., że **wysokość alokacji przeznaczonej na kwestię wdrożenia programów profilaktycznych była zdecydowanie za niska, poprzez co zrealizowano jedynie projekty o niewielkim zakresie działań i, poprzez to, nieefektywne.** Inną wadą, wskazaną przez respondentów badania IDI, była **zbyt niska kwota przeznaczona na konkursy w zakresie szkoleń dla pracowników innych zawodów medycznych.** Ze względu na szeroki zakres grup zawodów kwalifikujących się do tej kategorii, kwota ta była zdaniem badanych zbyt niska, aby efektywnie wesprzeć kształcenie wszystkich tych grup zawodowych. Ponadto, zwrócono uwagę na **problem dotyczący konkursów z zakresu profilaktyki zdrowotnej pod kątem podziału konkursów i realizacji w formule rundowej w podziale na makroregiony,** w ramach których nie spotkano się z zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów, poprzez co nie wykorzystano połowy przyznanej na ten cel alokacji. Do problemu odnieśli się również uczestnicy panelu ekspertów, którzy sugerowali zmianę metody naboru wniosków np. na nabór o charakterze otwartym, do momentu wyczerpania przeznaczonych na to działania środków. Z kolei respondenci badania IDI sugerowali możliwości przywrócenia zasad aplikowania stosowanych przed 2018 r., tj. przed okresem wprowadzenia formuły rundowej i podziału na 6 makroregionów. Zgodnie z harmonogramem planowanym na 2019 r., prowadzone będą jeszcze dwa nabory w ramach Działania 5.1, co stwarza jeszcze pewne możliwości w zakresie wprowadzenia zmian.

Tabela 12. Dotychczasowe i planowane nabory w ramach V OP PO WER

Rok	5.1	5.2	5.3	5.4
2015	0	1	2	1
2016	3	2	0	4
2017	8	1	2	1
2018	8	1	2	2
2019	2	tryb pozakonkursowy	0	1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie www.power.gov.pl/strony/skorzystaj/harmonogramy-naborow-wnioskow

Respondenci badania IDI pozytywnie odnieśli się do rocznych planów działań V OP PO WER. Co prawda niektórzy badani traktują je jedynie jako pewnego rodzaju „tradycyjny” element, przechodzący z perspektywy na perspektywę, odpowiadający na wymogi stawiane przez KE, lecz inni badani wskazali na szereg pozytywnych aspektów wnoszonych przez ich opracowywanie. Przede wszystkim zwracano uwagę na wprowadzany przez plany podział zadań w ujęciu rocznym, co znacznie ułatwia wdrażanie Programu (brak konieczności dokładnego rozplanowania działań na cały okres perspektywy finansowej). Podkreślano też, że plany te systematyzują pracę IP oraz porządkują kwestie związane z wydatkowaniem środków. Roczne plany działań jasno wskazują, jakie konkursy i projekty pozakonkursowe ogłaszane będą w danym roku i jakie kwoty w ich zakresie będą wydatkowane. Z drugiej strony z tej cechy wynikają również ich wady. Zgłaszano mianowicie nie do końca dobrze rozplanowane w ich

ramach działania (w ujęciu czasowym). Dochodzi bowiem do sytuacji, kiedy na dany okres w roku przypada ocena wniosków z kilku konkursów, co paraliżuje działanie instytucji odpowiedzialnej za ich weryfikację. Ponadto, badani zwracali uwagę na czasochłonny proces wprowadzania ewentualnych zmian w ww. planach. Mimo tego negatywnego aspektu, badani potwierdzili potrzebę opracowywania rocznych planów działań.

Badanie pozwoliło zidentyfikować również problem wynikający z powielania zagadnień w ramach opracowywania rocznych planów działań i planów działań w obszarze zdrowia. Do corocznie opracowywanych rocznych planów działań dla POWR doszedł plan działań w obszarze zdrowia, opracowywany na rzecz KS. Część zagadnień, również zdaniem respondentów badania IDI, powtarza się w obu dokumentach. Aspektu tego nie należy jednak rozpatrywać wyłącznie w kontekście negatywnym, gdyż opracowywanie planów działań przejrzysto prezentuje to, co zamierza się obecnie realizować oraz odpowiada to na potrzeby Komisji Europejskiej, podkreślającej potrzebę ich opracowywania w celu koordynacji wsparcia w obszarze zdrowia ze środków EFSI na różnych obszarach wdrażania.

PD stanowią dobre narzędzie dla wszystkich interesariuszy, biorących udział w procesie ich uzgadniania (KS i jego członkowie – bardzo szerokie gremium), ponieważ dają możliwość wpływu na podejmowane obszary interwencji.

Biorąc pod uwagę potencjalnych beneficjentów należałoby zwrócić szczególną uwagę na konsultowanie rocznych PD nie tylko z członkami KS, ale także z jednostkami samorządu lokalnego (powiat, gmina).

3.2.3. W jakim stopniu projekty wpisują się w poszczególne cele szczegółowe przypisane do Działań / priorytetów inwestycyjnych realizowanych w ramach V OP POWR? Które działania V OP POWR i które typy projektów realizowały cele szczegółowe w sposób najbardziej trafny, skuteczny i efektywny? Z czego to wynikało?

Do zagadnienia szeroko odnieśli się respondenci badania IDI. **Za zdecydowanie najbardziej trafne i efektywne wskazane zostały (kilkukrotnie) projekty związane z tworzeniem centrów symulacji medycznych.** Badani często podkreślali wielką rolę tego typu obiektów w kształceniu kadry medycznej (zgodnie z aktualnymi trendami światowymi). Polskie uczelnie medyczne bardzo chętnie aplikowały o wsparcie w tym zakresie poprzez co nie występują problemy z realizacją zakładanych w tym zakresie celów szczegółowych. O najbardziej trafnym, skutecznym i efektywnym realizowaniu celów szczegółowych przez te projekty byli przekonani również uczestnicy panelu ekspertów, którzy zaznaczyli, że obecnie funkcjonują już dwa tego typu centra. Wskazywali, że jest to najlepszy sposób nauki zagadnień klinicznych.

Badani często wskazywali również na Działanie 5.2, w ramach którego tworzone są dzienne domy opieki medycznej, mające znaczny wpływ na efektywność i jakość służby zdrowia. Ponadto zwracano uwagę na opiekę koordynowaną, w ramach której

opracowany został model, który obecnie wdrażany jest w formie pilotażowej przez NFZ. W przypadku kiedy projekt zakończy się sukcesem, istnieje duża szansa na jego realizację na dużą skalę, co zdaniem badanych stanowi istotny aspekt obecnego wsparcia – stanowi ono pewnego rodzaju katalizator zmian, mogący wpłynąć na reformę sektora opieki zdrowotnej. Warto również zauważyć, że w ramach Działania 5.2 realizowane są szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego – co jest szczególnie istotne ze względu na przeprowadzone dotychczas badania i zidentyfikowane w tym zakresie potrzeby³².

Respondenci pozytywnie odnosili się również do programów profilaktycznych, które zarówno zdaniem KE, jak i Światowej Organizacji Zdrowia stanowią kluczowy element obniżenia kosztów opieki zdrowotnej i zapotrzebowania na lekarzy.

Pozytywne opinie respondentów, w odniesieniu do realizacji celów szczegółowych, dotyczyły również kwestii szkoleń dla lekarzy, pielęgniarek, położnych i pracowników innych zawodów medycznych. Szkolenia te cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem, m.in. przez stosunkowo wysokie koszty z nimi związane, poprzez co często beneficjenci wsparcia nie mieliby okazji do podniesienia swoich kompetencji bez udziału w projekcie. Zdaniem respondentów, sami uczestnicy szkoleń również pozytywnie odnosili się do ich przebiegu.

3.2.4. W których obszarach / naborach / działaniach V OP PO WER istnieje największe zainteresowanie realizacją projektów, a w których najmniejsze i dlaczego?

Wg aktualnych danych (na dzień sporządzenia raportu, tj. 19.12.2018 r.) największa liczba dofinansowanych projektów (tryb konkursowy i pozakonkursowy V OP PO WER) w ogóle zawartych umów o dofinansowanie przypada na działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych (99 projektów). Na Działania 5.3 i 5.4 również przypadła wysoka liczba projektów (kolejno 74 i 81). Stosunkowo niższe wartości w tym zakresie przypadły na programy profilaktyczne, tj. działanie 5.1 (32 projekty). Sytuacja ta wynikać może z wprowadzonego w ostatnim roku podziału na makroregiony, który (zgodnie z wynikami badania IDI) prowadził do niewykorzystania dostępnej alokacji. Najniższa liczba projektów przypadła na ostatnie z Działań, tj. 5.5. Rozwój usług pielęgniarских (25 projektów), co wynika ze stosunkowo niedawnego wprowadzenia go do SzOOP PO WER. Sytuacja ta wynika jednakże w dużej mierze z terminów naboru, gdyż już w momencie sporządzania niniejszego raportu wybrano do dofinansowania kolejne projekty w ramach tego działania. Warto jednak zauważyć, że w ślad za stosunkowo niższą liczbą dofinansowanych projektów w ramach Działań 5.1 oraz 5.5 idzie również stosunkowo niższa kwota alokacji.

³² Analiza potrzeb szkoleniowych pracowników sektora zdrowia, MZ, 2016 r. s.88.

Respondenci badania IDI zwrócili jednak uwagę na fakt „nasycenia” sektora ochrony zdrowia funduszami unijnymi, co skutkuje niższym zainteresowaniem w przypadku działań opartych np. na szkoleniach lekarzy, którzy zarówno w wyniku bieżących zobowiązań zawodowych, jak i jednoczesnemu uczestnictwu w innych projektach unijnych nie są chętni na podejmowanie kolejnych szkoleń.

Tabela 13. Liczba i wartość projektów dofinansowanych w ramach V OP PO WER, projekty konkursowe i pozakonkursowe razem, w PLN, stan na 03.12.2018 r. (dla projektów konkursowych) oraz 05.08.2018 r. (dla projektów pozakonkursowych)

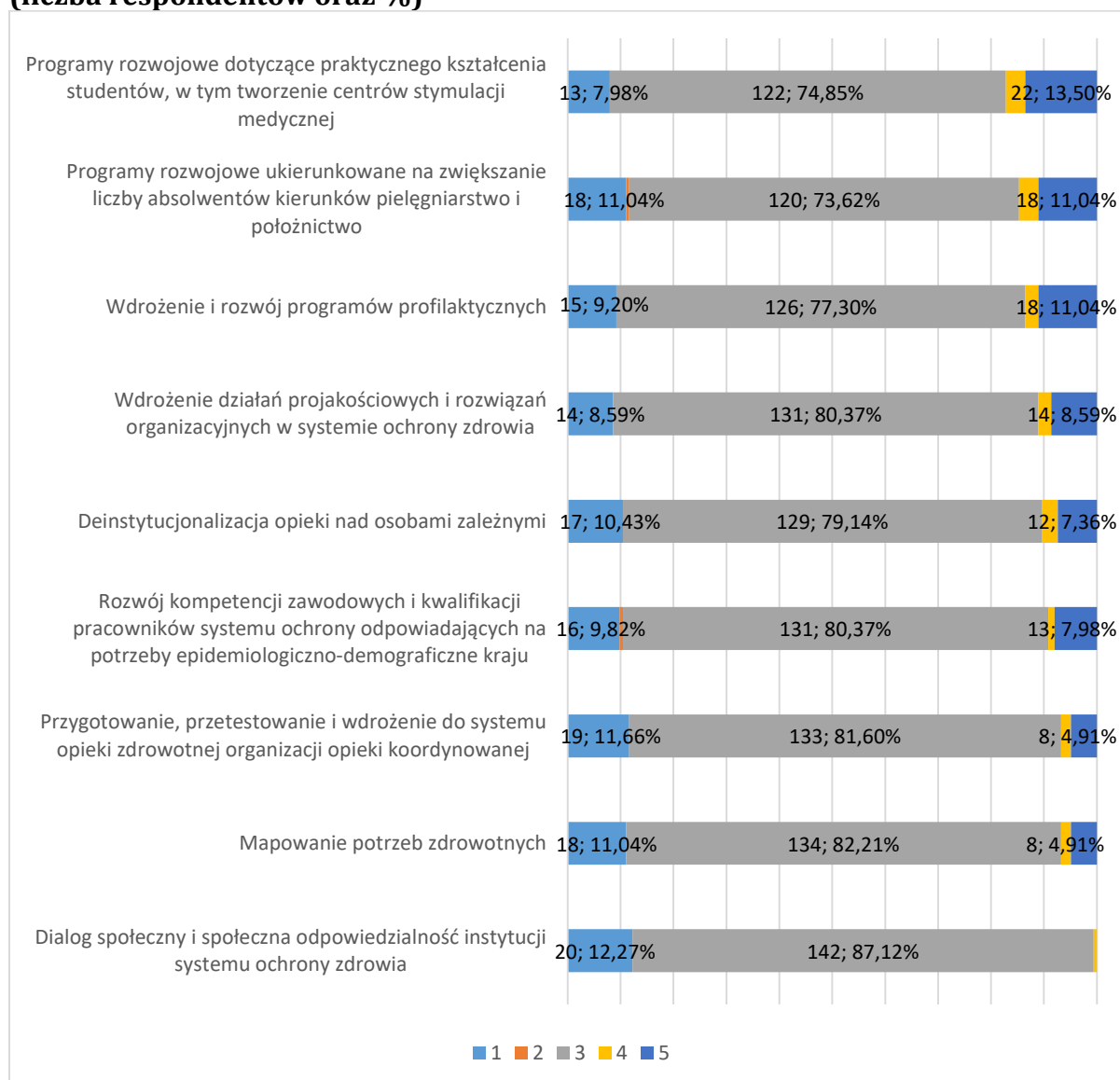
Działanie		Liczba dofinansowanych projektów	Wartość dofinansowanych projektów	Wartość dofinansowania
5.1	Programy profilaktyczne	32	52 647 016	44 370 905
5.2	Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych	99	416 779 987	351 127 373
5.3	Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych	74	446 267 587	376 114 322
5.4	Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych	81	397 565 326	334 649 143
5.5	Rozwój usług pielęgniarских	25	92 454 905	77 920 994
Razem		311	1 405 714 822	1 184 182 737

Źródło: Opracowanie własne na podstawie list projektów realizowanych z FE (stan na 03.12.2018 r.) oraz listy projektów wybranych do dofinansowania w trybie pozakonkursowym (stan na 05.08.2018 r.), www.funduszeuropejskie.gov.pl

Respondenci badania CATI (beneficjenci) poproszeni zostali o ocenę stopnia zainteresowania poszczególnymi obszarami wsparcia realizowanymi w ramach V OP PO WER. Można wskazać, że **największym zainteresowaniem badanych beneficjentów cieszy się obszar "programy rozwojowe dotyczące praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej"**. Na obszar ten przypadło łącznie 17,18% ocen pozytywnych (tj. suma udziału ocen 4 i 5). Potrzebę tę argumentowano dużym znaczeniem rozwoju kształcenia, pozwalającym zwiększyć umiejętności studentów i, tym samym, zapewnić następstwo obecnie pracujących służb medycznych. Na drugim miejscu w poniższym zestawieniu znalazł się obszar „programy rozwojowe ukierunkowane na zwiększanie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo”, w przypadku którego suma ocen pozytywnych wyniosła 14,72%. Zbliżony udział (13,50%) przypadł z kolei na obszar "wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych". Biorąc jednak pod uwagę ogół uzyskanych wyników należy zauważyć, że większość badanych udzieliła odpowiedzi neutralnej (ocena 3). Zdaniem ewaluatora, sytuacja ta wynika z faktu realizacji przez danego beneficjenta projektu związanego z jednym z wymienionych obszarów (najwyższy udział ocen

pozytywnych na danych obszar przypadają właśnie na beneficjentów realizujących w jego ramach projekt), po czym na pozostałe obszary udzielali ocen neutralnych, co może świadczyć o tym, że do tej pory skupiali się wyłącznie na realizacji swoich projektów, bez refleksji dotyczącej zasadności realizacji innych typów działań.

Rysunek 8. W jakim stopniu podmiot, który Pan/i reprezentuje jest zainteresowany poszczególnymi obszarami wsparcia realizowanymi w ramach V OP PO WER? (liczba respondentów oraz %)



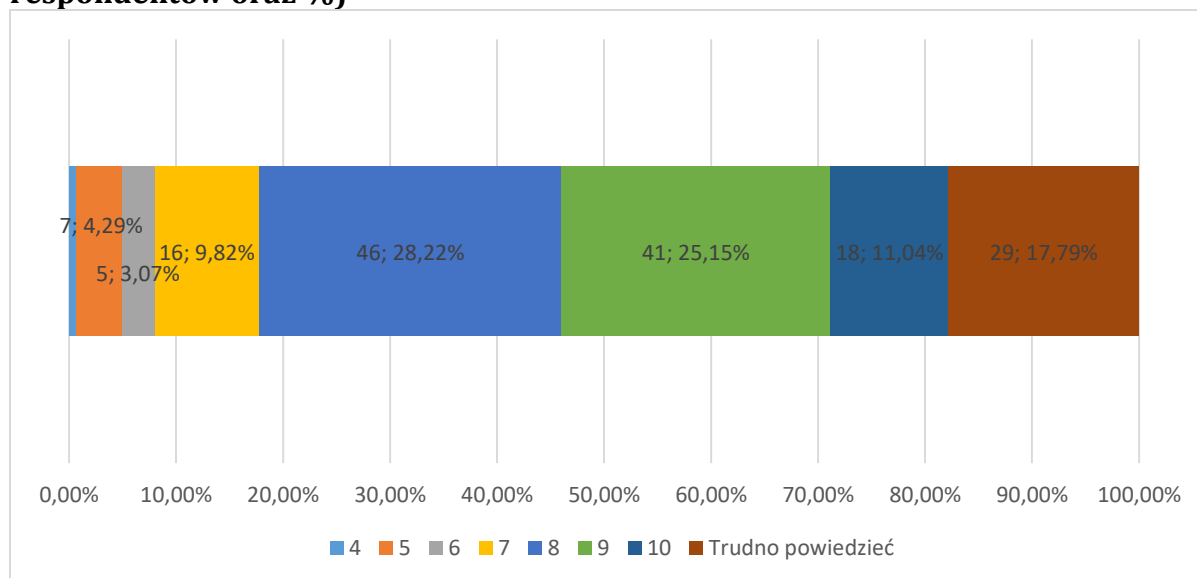
* w skali 1-5, gdzie 1 oznacza w ogóle nie zainteresowany, a 5 – bardzo zainteresowany.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

3.2.5. Jakie czynniki i w jakim zakresie wywierają wpływ na skuteczność realizacji projektów w ramach poszczególnych Działań wdrażanych w V OP PO WER? Czy na skuteczność projektów ma wpływ rodzaj podmiotu realizującego projekt, długość trwania projektu, wysokość dofinansowania, wcześniejsze doświadczenie beneficjentów w realizacji projektów lub jeszcze inne czynniki, zarówno związane z charakterystyką projektodawcy lub otoczeniem zewnętrznym?

Próbując określić rolę poszczególnych czynników w skuteczności realizacji projektów, warto wyjść od ogólnej oceny tejże skuteczności. Badani beneficjenci wsparcia w ramach badania CATI mieli bowiem za zadanie ocenić ten aspekt realizacji swojego projektu. Skala odpowiedzi obejmowała zakres od 1 do 10, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nisko”, a 10 „zdecydowanie wysoko”. Nie odnotowano żadnej oceny w zakresie 1-3, a na oceny jednoznacznie pozytywne (od 6 do 10) przypadło ponad 77% odpowiedzi. Warto też zauważyć, że niemal 18% badanych nie miało zdania w tym temacie, a nieco ponad 4% wskazało ocenę neutralną (5). Tym samym, tylko 0,63% (jeden respondent) wybrało ocenę negatywną (4). Ocenę tę (negatywną) respondent uargumentował problemami wynikającymi z utrudnionej współpracy z POZ. Warto też zauważyć, że oceny neutralne wynikały m.in. z wczesnego etapu realizacji projektu, poprzez co badani nie chcieli jeszcze dokonywać oceny w tym zakresie.

Rysunek 9. Biorąc pod uwagę wszystkie aspekty realizacji projektu, o których rozmawialiśmy, jak ogólnie ocenia Pan/i skuteczność realizacji projektu? (liczba respondentów oraz %)



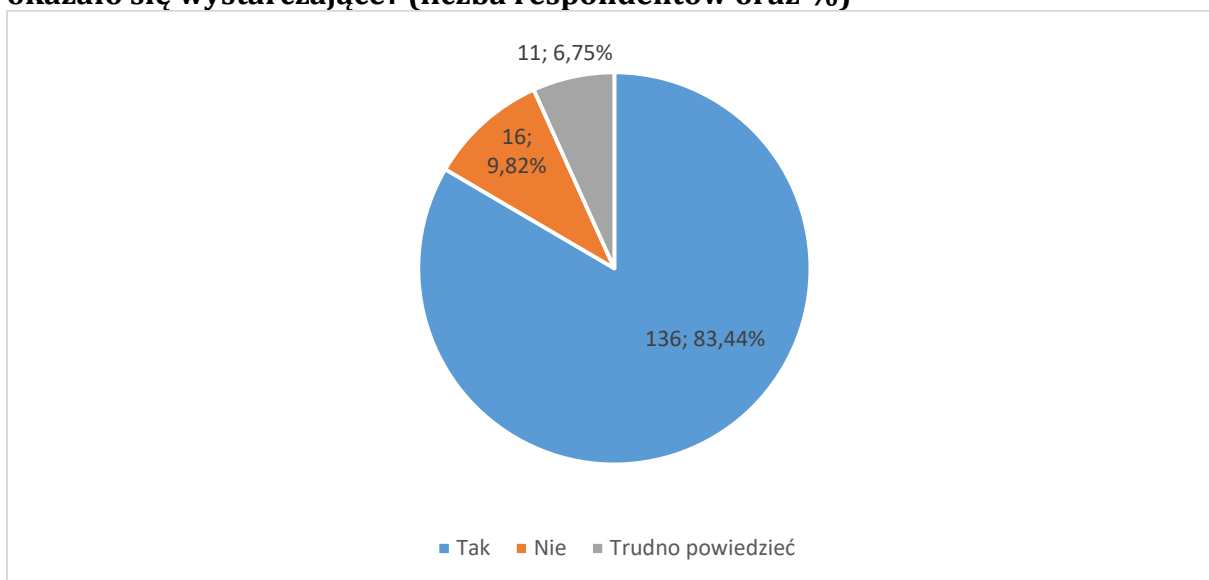
**ocena w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nisko”, a 10 – „zdecydowanie wysoko”*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Po udzieleniu ogólnej oceny skuteczności swoich projektów, badani (beneficjenci) poproszeni zostali o ocenę wysokości otrzymanego dofinansowania. Badani w zdecydowanej większości (83,44%) przyznali, że wg nich otrzymane dofinansowanie (pod względem wysokości) było wystarczające. Niemniej jednak, niemal co dziesiąty

badany beneficjent był przeciwnego zdania. Odpowiedzi te argumentowano sytuacjami w których zabrakło środków na wynagrodzenia (w tym dla firm szkoleniowych), niewystarczającą kwotą przeznaczoną na szkolenia (zainteresowanie uczestników przerosło możliwości finansowe) czy też występowaniem problemu z podanymi kosztami jednostkowymi (np. za wynajem sali bądź catering), które okazały się zdezaktualizowane w momencie faktycznej realizacji. Negatywne oceny dotyczące wysokości dofinansowania odnotowano wśród beneficjentów każdego z działań V OP PO WER, lecz stosunkowo najczęściej ocen tego typu udzielali beneficjenci Działania 5.2 (Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych). Co ciekawe, biorąc pod uwagę analizę korelacji udzielonych odpowiedzi, większość respondentów (75%), która negatywnie oceniła wysokość otrzymanego dofinansowania, w ramach pytania o skuteczność realizacji swojego projektu udzieliła oceny pozytywnej (pozostałe 25% przypadło na osoby udzielające oceny neutralnej). Zdaniem ewaluatora negatywnych opinii dotyczących wysokości dofinansowania nie należy więc interpretować w perspektywie konieczności jej zwiększenia. Oceny te wynikają bowiem z pewnego rodzaju mentalności beneficjentów, którzy w toku realizacji projektów często dostrzegają możliwości jego rozszerzenia, które jednak nie były wcześniej identyfikowane i nie stanowiły elementu wspartego projektu (zjawisko takie obserwuje się nie tylko w ramach PO WER, lecz również w przypadku innych programów operacyjnych).

Rysunek 10. Czy dofinansowanie, jakie otrzymali Państwo na realizację projektu okazało się wystarczające? (liczba respondentów oraz %)

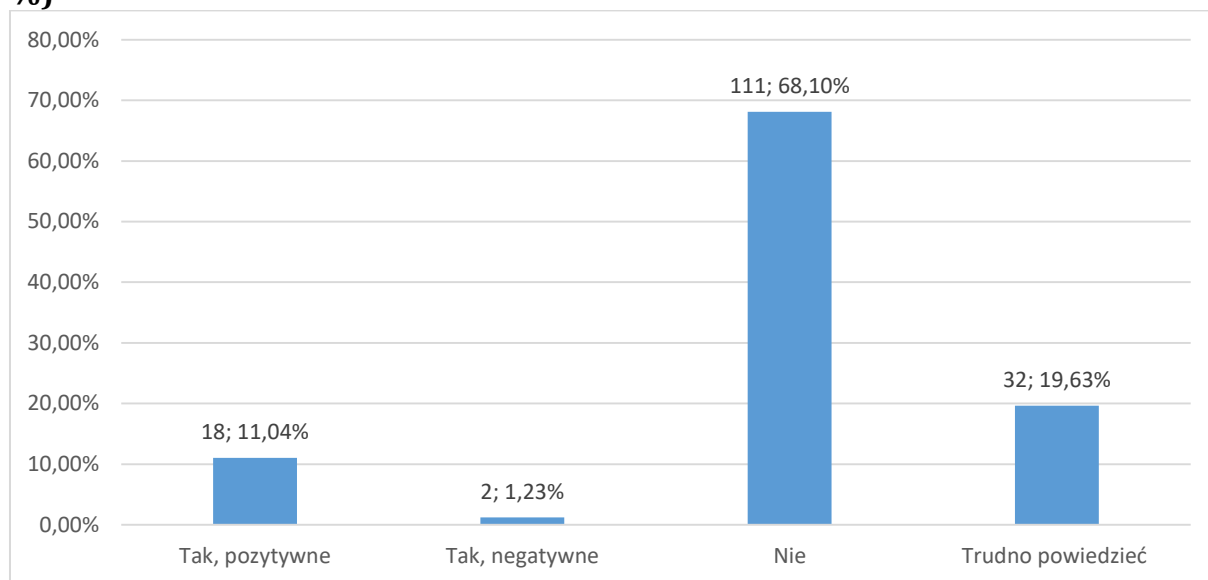


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Potwierdzeniem skuteczności wdrażania wsparcia są również dodatkowe, nieprzewidziane efekty. Badani beneficjenci w ramach badania CATI wskazali na wystąpienie tego typu, nieprzewidzianych we wniosku efektów. Wśród 12,27% badanych, którzy potwierdzili wystąpienie tego typu efektów, aż 11,04 p.p. przypadło na efekty o charakterze pozytywnym. W tym zakresie wymieniano przede wszystkim rozwój

sieci kontaktów i integrację, pozytywne działania społeczne czy szybki czas realizacji. Jedynie dwie osoby (1,23 %) wskazały na efekty negatywne, argumentując to problemami z niewystarczającymi środkami i nieprzewidzeniem wszystkich czynników.

Rysunek 11. Czy realizacja projektu przyniosła nieprzewidziane we wniosku o dofinansowanie efekty, pozytywne bądź negatywne? (liczba respondentów oraz %)



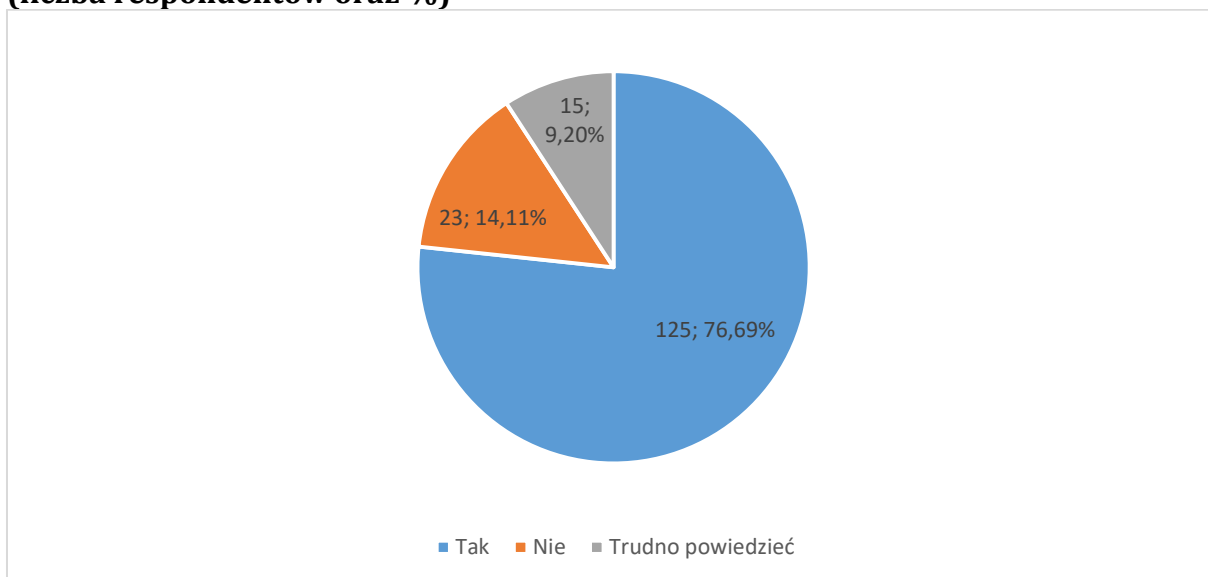
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Powyższą tezę potwierdzają również wyniki dalszych badań. Do wyników tych odnieśli się bowiem respondenci badania IDI, podkreślający, że wysokość kwoty dofinansowania ustalają sami wnioskodawcy, a ewentualne problemy z jej wysokością wynikają z niedoszacowania kosztów przez wnioskodawcę. Jednak i w takiej sytuacji istnieje możliwość aktualizacji budżetu projektu, np. w oparciu o zwiększenie liczby uczestników czy nieprzewidziany we wniosku wzrost kosztów. Tego typu sytuacjami każdorazowo zajmują się opiekunowie projektu. Tym samym, problem ten rozpatrywać należy bardziej w kontekście „bariery mentalnej”, zgodnie z którą beneficjenci wsparcia (działając w zakresie ustalonych przez siebie w budżecie kwot) zawsze będą mieli wrażenie, że wsparcie mogłoby być wyższe.

Powiązana kwestią podjętą podczas badania CATI z beneficjentami była prośba o ocenę czasu przewidzianego na realizację realizowanych przez nich projektów (co również może mieć przełożenie na ich skuteczność). Kolejny raz większość uzyskanych odpowiedzi przypadła na odpowiedzi pozytywne (76,69%). Niemniej jednak, udział odpowiedzi przeczących był w tym przypadku wyższy i wyniósł 14,11%. Pozostałe 9,20% przypadło na respondentów nie posiadających zdania w tym temacie. Niemniej, również i w tym przypadku, obserwując korelacje wyników badania, nie można mówić o wpływie tego czynnika na obniżenie skuteczności projektu. Respondenci którzy udzielili w ramach tego pytania odpowiedzi przeczącej, w większości przypadków (78%) pozytywnie ocenili skuteczność swojego projektu (pozostali udzielili oceny neutralnej). Warto też zauważyć, że w trakcie realizacji projektu, w przypadku napotkania nieprzewidzianych we wniosku okoliczności, istnieje możliwość przedłużenia projektu (szczególnie biorąc pod uwagę

etap, na którym znajduje się wdrażanie PO WER – Program jeszcze się nie kończy i istnieją możliwości w tym zakresie).

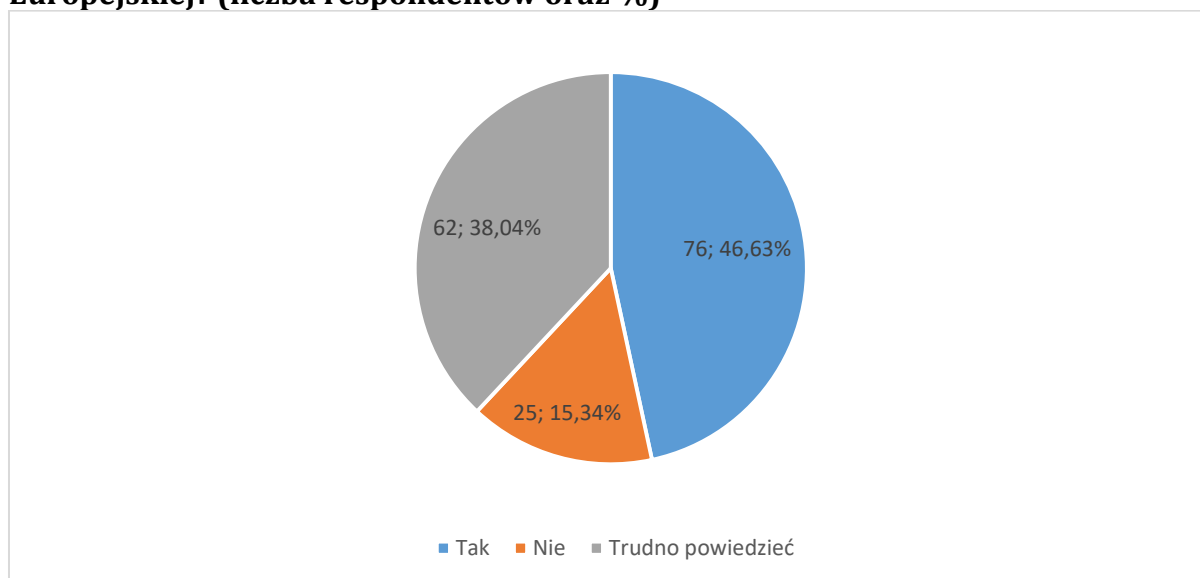
Rysunek 12. Czy czas przewidziany na realizację projektu okazał się dostateczny? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Wśród czynników wywierających wpływ na skuteczność realizacji projektów w ramach poszczególnych działań wdrażanych w V OP PO WER wymienić należy również dotychczasowe doświadczenie beneficjentów w realizacji projektów. Jak wynika z badania CATI, aż blisko połowa badanych (46,63%) posiadała już wcześniejsze doświadczenia z realizacją projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Wśród przykładów projektów wskazywano szeroki zakres działań, od projektów typowo inwestycyjnych (twarde projekty w zakresie budowy bądź modernizacji istniejących obiektów) po projekty miękkie (szkolenia i kształcenie). Ponadto, stosunkowo wysoki udział (38,04%) przypadł na respondentów nie posiadających wiedzy w tym temacie (nie zidentyfikowano w tym zakresie szczególnej kumulacji tego typu odpowiedzi w podziale na poszczególne typy beneficjentów). Tym samym, tylko nieco ponad 15% badanych było przekonanych, że tego typu doświadczeń nie posiadają (argumentowano ten fakt przede wszystkim brakiem potrzeb w tym zakresie, lecz wskazywano również na brak osób będących w stanie zająć się pozyskaniem dofinansowania).

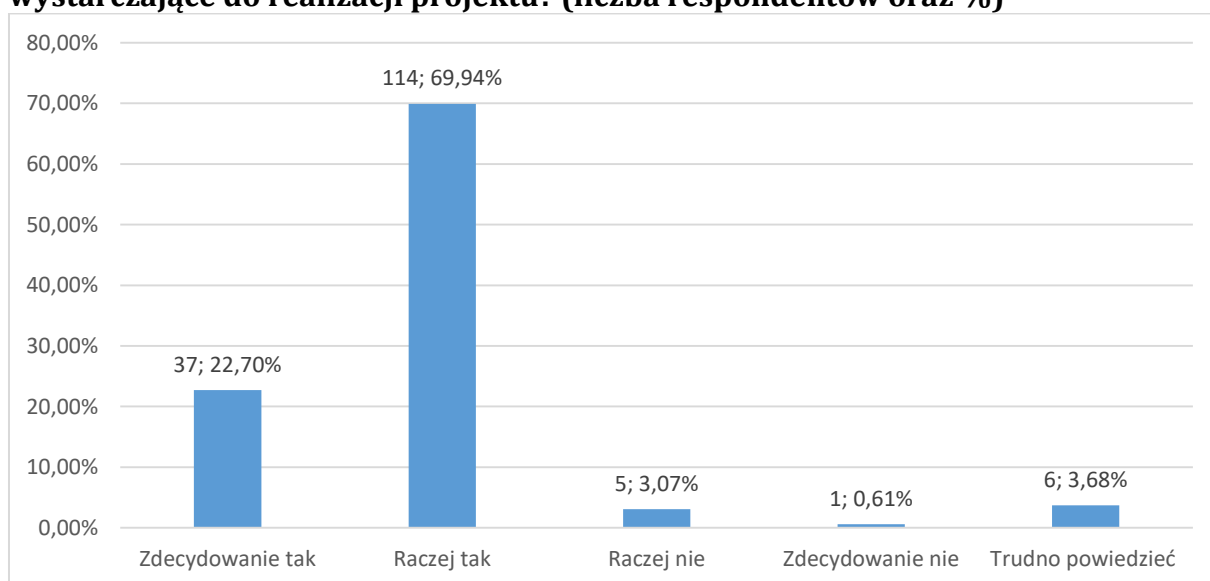
Rysunek 13. Czy przed realizacją projektu w ramach V Osi Priorytetowej PO WER realizowali Państwo inne projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Warto również zwrócić uwagę na zasoby ludzkie, którymi dysponują beneficjenci wsparcia. Jak wynika z badania CATI, aż 92,64% badanych beneficjentów potwierdziło posiadanie zasobów ludzkich wystarczających do realizacji projektu. Ocen negatywnych udzieliło z kolei 3,67% badanych (6 respondentów). Wśród braków wskazano osoby do rozliczenia projektu, zarządzania nim (w tym obsługi administracyjnej), pracownika socjalnego oraz lekarza. Problem ten miał więc charakter marginalny, a posiadanie odpowiedniej kadry stanowić może jeden z powodów dla których realizacja V OP PO WER przebiega sprawnie i skutecznie.

Rysunek 14. Czy zasoby ludzkie, którymi Państwo dysponują, okazały się wystarczające do realizacji projektu? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Badani beneficjenci zostali również poproszeni o sprecyzowanie (w ramach pytania otwartego) czynników, które ich zdaniem miały pozytywny wpływ na skuteczność realizowanego przez nich projektu. Ich zdaniem, niezwykle pomocna okazała się być przede wszystkim (co potwierdza dotychczasowe wnioski) wyszkolona kadra (doświadczona w realizacji projektów). Poza tym wskazywano na pomoc koordynatora i szybkość realizacji. Istotnym okazał się również fakt odpowiedniego zaplanowania projektu (w tym harmonogramu realizacji) oraz wysokość dofinansowania, która pozwoliła na realizację zaplanowanych działań. Prócz ww. czynników, wskazywano również na inne, lecz stanowiły one pojedyncze wskazania. W tym zakresie wymieniano m.in. pomoc zewnętrznej firmy doradczej, prosty język wniosku, przejrzystość przepisów czy liczbę osób chętnych do udziału w projekcie.

Kwestię czynników mających wpływ na skuteczność realizacji poszczególnych działań wdrażanych w V OP PO WER podjęto również podczas wywiadów pogłębionych (IDI). Badani potwierdzili, że wszystkie czynniki, takie jak rodzaj podmiotu realizującego projekt, długość trwania projektu, wysokość dofinansowania czy wcześniejsze doświadczenie w realizacji projektów ma kluczowe znaczenie na skuteczność realizacji działań V OP PO WER. **Zdecydowanie najistotniejszym elementem, zdaniem respondentów (jak i również beneficjentów, co zostało wskazane powyżej), było dotychczasowe doświadczenie w realizacji projektów.** W tym zakresie wpływ miał rodzaj wnioskodawców (uczelnie medyczne i instytuty badawcze) i co za tym idzie właśnie bogate doświadczenie w realizacji tego typu projektów, co przyczyniło się w największym stopniu do wysokiej skuteczności interwencji w ramach tej Osi. Prócz tego typu „dużych” podmiotów, wśród beneficjentów znalazły się również niewielkie firmy szkoleniowe (Działanie 5.2 i 5.4). Warto tu zauważyć, że kryteria dostępu obejmowały w tym zakresie m.in. ograniczenie w postaci spełniania przez projektodawcę warunków wynikających z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Co ciekawe, również i w ich przypadku można mówić o wysokiej skuteczności działania. Wynika to bowiem z ich charakteru, tj. stosunkowo istotnego udziału budżetu projektu w ich całokształtowej działalności. Tym samym, podmioty te zdaniem badanych były silnie zmotywowane do sprawniej realizacji działań.

Tabela 14. Czynniki mające największy wpływ na skuteczność realizacji projektów w ramach V OP PO WER

Wcześniejsze doświadczenie beneficjenta w realizowaniu projektów unijnych
Potencjał kadrowy
Potencjał finansowy beneficjenta
Czas realizacji
Wysokość dofinansowania

Źródło : Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

3.2.6. W jaki sposób kryteria oceny projektów stosowane przez IP przyczyniły się do realizacji celów szczegółowych V OP PO WER i osiągnięcia zaplanowanych efektów?

O ocenę kryteriów oceny projektów stosowanych przez IP w kontekście oddziaływania na realizację celów szczegółowych V OP PO WER i osiągnięcia zaplanowanych celów poproszeni zostali respondenci badania IDI. Pozytywnie odnieśli się do sposobu określenia tychże kryteriów. W zakresie wpływania na realizację celów, badani podkreślali znaczenie kryteriów dostępu w postaci np. typu placówki, który reprezentować muszą potencjalni beneficjenci. Wykluczało to z udziału podmioty niedoświadczone oraz nieposiadające zaplecza odpowiedniego do osiągnięcia zaplanowanych efektów. Jednocześnie kryteria te wpłynęły na wysoką skuteczność realizowanych projektów, poprzez bogate doświadczenie realizujących je beneficjentów w wydatkowaniu środków unijnych (doświadczenie wymieniane było na pierwszym miejscu wśród powodów wysokiej skuteczności wsparcia tej Osi). W przypadku niektórych działań (5.2 i 5.4) beneficjentami mogły być z kolei firmy szkoleniowe (ze względu na charakter tychże działań). W tym zakresie również zadbano o zapewnienie doświadczenia wśród wybranych beneficjentów, poprzez wprowadzenie kryterium odnoszącego się do przedstawienia dokumentów potwierdzających dotychczasowe doświadczenie (przeprowadzenie szkoleń w danej formie wsparcia).

Ponadto badani zwracali uwagę na istotność przedstawienia zaplanowanego sposobu realizacji działań, co gwarantuje konieczność zaplanowania przez beneficjentów całego procesu realizacji i przeanalizowania czynników z tym związanych. Tak przedstawiony sposób realizacji jest przejrzysty dla osób go weryfikujących i umożliwia wskazanie jego słabych stron, celem ich eliminacji.

Wśród istotnych kryteriów oceny badani wymieniali również wymagany potencjał techniczny i kadrowy, co ponownie wpływało na wyeliminowanie podmiotów niezdolnych do realizacji planowanych przedsięwzięć i minimalizację ryzyka związanego z wystąpieniem problemów w realizacji działań. Warto również zauważyć, że przeprowadzone w 2017 r. badanie w zakresie oceny trafności i skuteczności stosowania kryteriów wyboru projektów w PO WER nie zidentyfikowało większych problemów w zakresie stosowanych kryteriów wyboru projektów stosowanych w V OP PO WER³³.

Pośrednią przyczyną osiągnięcia zaplanowanych celów była również zdolność IP do bieżącego reagowania na pojawiające się problemy. Jako przykład badani wskazali problem wynikający z konieczności spełnienia kryterium współpracy z 40 placówkami opieki zdrowotnej. W wyniku napotkanych trudności kryterium to (Działanie 5.4) zmodyfikowano, a liczba ww. placówek uległa zmniejszeniu. Niemniej warto zauważyć, że problem w postaci trudności w zaangażowaniu POZ do współpracy przy projekcie stanowił jedno z głównych wyzwań wdrażania tego Działania (brak chęci do udziału

³³ Ocena trafności i skuteczności stosowania kryteriów wyboru projektów w PO WER, MR 2017r.

w podnoszeniu swoich kwalifikacji wynika m.in. z „przesycenia” rynku tego typu wsparciem, tworząc sytuację, w której lekarze uczestnicząc już w innych szkoleniach dofinansowanych ze środków unijnych, nie są chętni do wzięcia udziału w kolejnej formie kształcenia, a same POZ nie chcą nakładać na swoich pracowników dodatkowych obowiązków (wynikających z udziału w szkoleniach), gdyż jednocześnie muszą oni realizować wszystkie bieżące zobowiązania zawodowe). Problem ten szeroko opisany został we wcześniejszej części niniejszego dokumentu.

3.2.7. W jakim zakresie działania V OP PO WER wpisywały się w realizację zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz równości szans kobiet i mężczyzn?

W regulaminach konkursów V OP PO WER zawarto m.in. informacje o konieczności zgodności projektów (na podstawie standardu minimum) z zasadą równości szans kobiet i mężczyzn oraz z pozostałymi właściwymi zasadami unijnymi, w tym z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami i zasadą zrównoważonego rozwoju. Standard ten wyznaczony został w *Wytycznych w zakresie realizacji i zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*. Aktualna wersja dokumentu przypada na kwiecień 2018 r. Celem *Wytycznych* jest „zapewnienie zgodności realizacji PO z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn, a także zapewnienie spójnego podejścia w tym zakresie w ramach EFS, EFRR i FS”³⁴. Ww. standard minimum to narzędzie obejmujące pięć zagadnień, mające na celu ocenę czy wnioskodawca uwzględnił we wniosku kwestie równościowe w ramach analizy problematyki związanej z projektem, zaplanowanych działań, wskaźników i opisu wpływu realizacji projektu na sytuację kobiet i mężczyzn, oraz w ramach działań na rzecz zespołu projektowego³⁵.

Zagadnienia badane w ramach standardu minimum prezentują się następująco:

1. We wniosku o dofinansowanie projektu zawarte zostały informacje, które potwierdzają istnienie (albo brak istniejących) barier równościowych w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu – maksymalnie 1 punkt;
2. Wniosek o dofinansowanie projektu zawiera działania odpowiadające na zidentyfikowane bariery równościowe w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu – maksymalnie 2 punkty;
3. W przypadku stwierdzenia braku barier równościowych, wniosek o dofinansowanie projektu zawiera działania, zapewniające przestrzeganie zasady

³⁴ *Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*, MIR, Warszawa 2018, s. 5.

³⁵ *Ibidem*, s. 10.

równości szans kobiet i mężczyzn, tak aby na żadnym etapie realizacji projektu tego typu bariery nie wystąpiły – maksymalnie 2 punkty;

4. Wskaźniki realizacji projektu zostały podane w podziale na płeć i/lub został umieszczony opis tego, w jaki sposób rezultaty przyczynią się do zmniejszenia barier równościowych, istniejących w obszarze tematycznym interwencji i/lub zasięgu oddziaływania projektu – maksymalnie 2 punkty;
5. We wniosku o dofinansowanie projektu wskazano jakie działania zostaną podjęte w celu zapewnienia równościowego zarządzania projektem – maksymalnie 1 punkt³⁶;

W ramach oceny ww. 5 zagadnień, wniosek otrzymać może maksymalnie 6 punktów (kryteria nr 2 i 3 są alternatywne), jednak do spełnienia standardu minimum wystarczy uzyskanie 3 punktów. W przypadku nieuzyskania 3 punktów, wniosek jest odrzucany, zwrócony do uzupełnienia (projekty pozakonkursowe) bądź skierowany do negocjacji (rekomendowane działanie dla projektów konkursowych). Warto jednak zauważyć, że Wytyczne dopuszczają możliwość obniżenia progu punktowego w przypadku projektów, gdzie możliwość zastosowania standardu minimum jest znacząco ograniczona ze względu na charakterystykę wsparcia³⁷.

Analiza wniosków o dofinansowanie pozwoliła zidentyfikować szeroki zakres działań podejmowanych w zakresie tejże polityki horyzontalnej (przeprowadzone badania IDI również nie stwierdziły problemu ze spełnieniem standardu minimum przez wnioskodawców).

Wnioskodawcy podkreślali dbałość o poszanowanie równości płci na każdym etapie realizacji (od rekrutacji, przez realizację poszczególnych działań merytorycznych po dystrybucję materiałów promocyjno-informacyjnych).

Wnioskodawcy zwracali uwagę, że rekrutacja uczestników projektów odbywać się będzie zgodnie z Wytycznymi, tj. z zachowaniem proporcjonalnego podziału grupy docelowej na kobiety i mężczyzn (bądź z uwzględnieniem dostępnych statystyk dot. wielkości populacji grupy docelowej w podziale na płeć) oraz w oparciu o działania mające na celu umożliwienie wzięcia udziału w projekcie przez osoby z niepełnosprawnościami, m.in. poprzez organizację spotkań ramach projektów (biuro projektowe, sale konferencyjne) oraz miejsc realizacji działań projektowych w obiektach dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych (np. podjazdy, windy, miejsca parkingowe, pętle indukcyjne, oprogramowanie dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami). Warto w tym miejscu zauważyć, że (zgodnie z przyjętą definicją) za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się w tym przypadku osoby niepełnosprawne w rozumieniu *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób*

³⁶ Załącznik nr 1. Standard minimum realizacji zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach projektów współfinansowanych z EFS

³⁷ Ibidem.

*niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*³⁸.

Często w zapisach wniosków o dofinansowanie pojawiały się również zapisy świadczące o dostosowaniu działań do potrzeb osób głuchoniemych (obsługa przez personel z kursem języka migowego). Innymi działaniami z zakresu wsparcia w projekcie udziału osób niepełnosprawnych było m.in. dostosowanie portalu internetowego do standardu WCAG 2.0, organizacja konferencji umożliwiających interaktywny udział osób niepełnosprawnych, szkolenia w formie e-learningu, rekrutacja online, formularz zgłoszeniowy do projektu umożliwiający przekazanie informacji o szczególnych potrzebach związanych z niepełnosprawnościami uczestnika projektu.

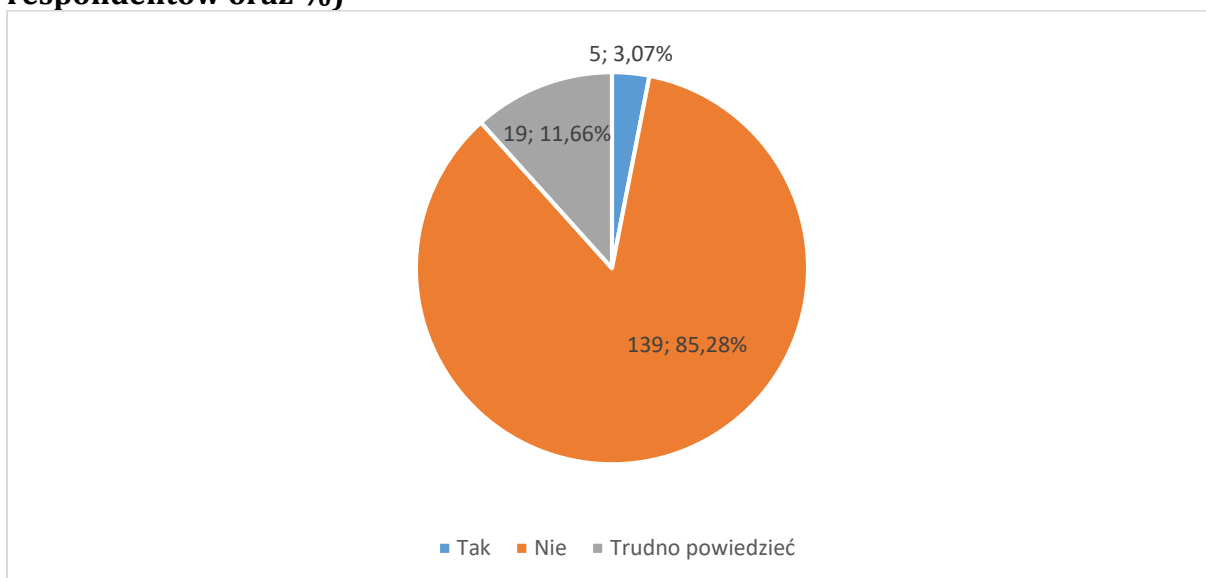
Działania podejmowane w celu zapewnienia równościowego zarządzania projektem najczęściej opierały się na informowanie członków zespołu projektowego (zazwyczaj podczas pierwszego spotkania) o obowiązkach wynikających z wymogów polityki horyzontalnej. Często w zapisach wniosków znajdowały się fragmenty potwierdzające zaangażowanie w realizację projektu osób posiadających odpowiednią wiedzę w zakresie obowiązku przestrzegania zasady równości szans kobiet i mężczyzn, potrafiących stosować tę zasadę w codziennej pracy przy projekcie. Podkreślano, że skład zespołu projektowego powoływany będzie z zachowaniem zasad równości płci, bez defaworyzowania którejś z nich.

Ponadto, często wskazywano również na działania, które podejmowane będą już w trakcie realizacji projektów. Zapewniano np., że prowadzony będzie bieżący monitoring w zakresie osiągania założonych wskaźników w podziale na płeć czy też prowadzenie monitoringu ogólnej realizacji zasad równości szans i niedyskryminacji (monitoring ciągły, przez cały okres realizacji projektu).

O sytuacji wystąpienia ograniczeń dla osób niepełnosprawnych w dostępie do wsparcia w ramach realizowanych projektów zapytani zostali beneficjenci V OP PO WER w ramach przeprowadzonego badania CATI. W zdecydowanej większości przypadków (ponad 85%) takie sytuacje nie miały miejsca. Ponadto, aż 11,66% respondentów nie miało zdania w tym temacie, poprzez co wystąpienie ograniczeń dla osób niepełnosprawnych potwierdziło jedynie 3,07% badanych.

³⁸ *Materiał informacyjny dotyczący kwalifikowalności uczestników projektu Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020*

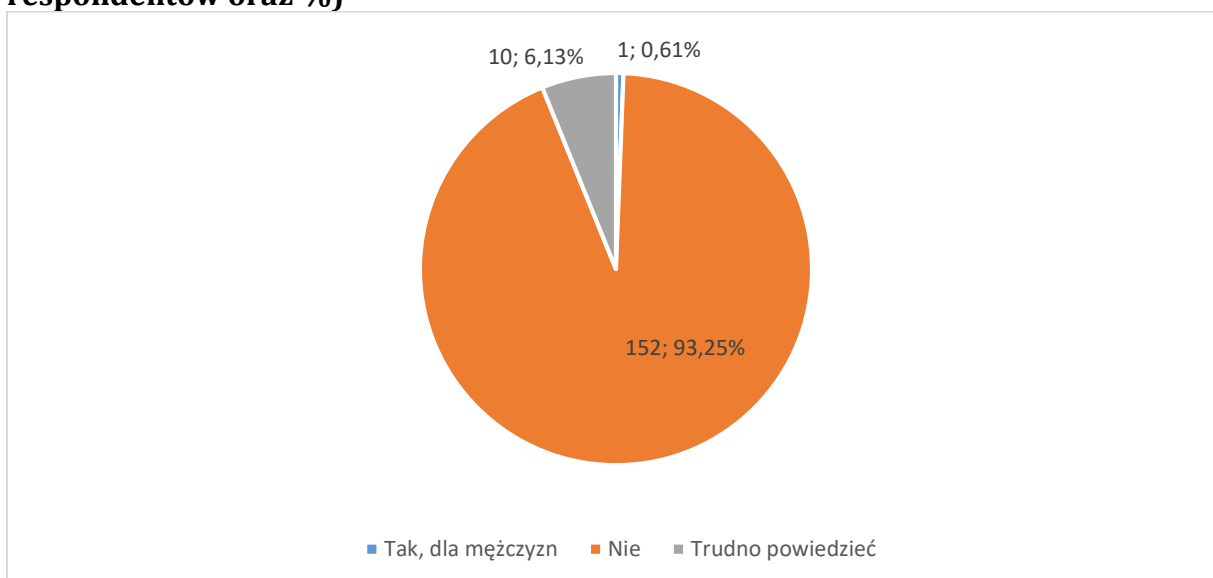
Rysunek 15. Czy istniały jakiekolwiek ograniczenia dla osób niepełnosprawnych w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego przez Państwa projektu? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Analogiczne pytanie zadano respondentom ww. badania w kontekście ograniczeń ze względu na płeć w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego projektu. W tym przypadku tylko jedna osoba (0,61%) udzieliła odpowiedzi twierdzącej, a uzasadnienie było zbieżne z poprzednio analizowaną kwestią i dotyczyło ukierunkowania projektu na grupę pielęgniarek, co w opinii respondenta prowadziło do dyskryminacji mężczyzn.

Rysunek 16. Czy istniały jakiekolwiek ograniczenia w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego przez Państwa projektu ze względu na płeć? (liczba respondentów oraz %)

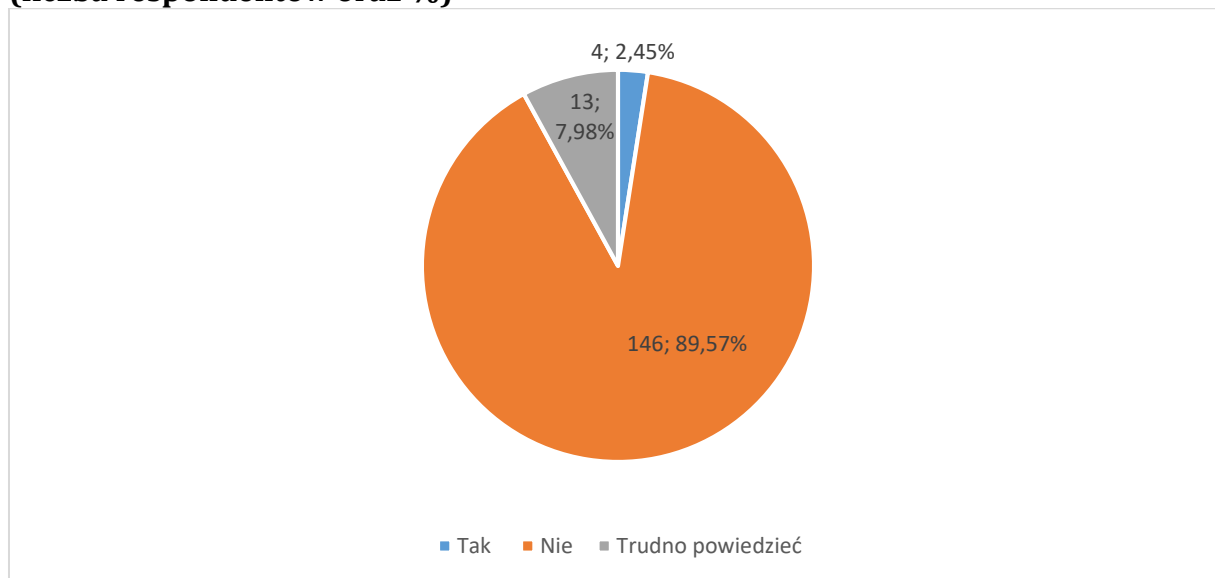


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Uzupełnieniem tej kwestii było kolejne pytanie w ramach badania CATI z beneficjentami, których poproszono również o wskazanie, czy w ramach realizowanych przez nich działań wystąpiły ograniczenia dla jakiejś innej grupy społecznej. Odpowiedzi twierdzące

dotyczyły zaledwie 2,45% ogółu badanych, jednakże argumentacja tychże wskazań nie stanowiła o występowaniu faktycznych ograniczeń ze względu na płeć.

Rysunek 17. Czy istniały ograniczenia w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego przez Państwa projektu dla jakiejkolwiek innej grupy społecznej? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Do ww. ograniczeń odnieśli się respondenci badania IDI. Ich zdaniem, nie występują żadne problemy z zakresu realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji. Ponadto, wskazane przez uczestników badania CATI ograniczenia wynikały stricte ze specyfiki poszczególnych projektów (np. ograniczenia w zakresie grupy docelowej skierowanej do kobiet wynika ze specyfiki zawodu pielęgniarstwa, który jest silnie sfeminizowany). Zasady te wchodziły w skład kryteriów horyzontalnych (dotycząc wszystkich funduszy europejskich) i są każdorazowo sprawdzane na etapie oceny wniosku, kiedy to muszą zostać spełnione. Ponadto, w dalszej perspektywie kryteria te kontrolowane są podczas audytu. Szczególna uwaga zwracana była, zdaniem badanych, na dostosowanie obiektów (w przypadku projektów infrastrukturalnych) do potrzeb osób niepełnosprawnych (budowa centrów symulacji medycznej) czy też w ramach projektów szkoleniowych, gdzie zapewnione musiało być miejsce organizacji szkolenia spełniające potrzeby tej grupy społecznej.

3.3. Kryterium efektywności

Pod względem kryterium efektywności, analiza pozwala odpowiedzieć na 2 pytania/zestawy pytań ewaluacyjnych:

- ✓ *Jaka jest efektywność wdrażania V OP PO WER (w rozumieniu stosunku efektów – produktów / rezultatów, otrzymanych w wyniku (z)realizowanych projektów do nakładów finansowych / wydatków poniesionych w tych projektach)?*
- ✓ *Czy istnieją w ramach V OP PO WER jakiekolwiek problemy z wydatkowaniem środków finansowych z EFS / rozliczaniem projektów, a jeżeli tak – to jakie? Czy, a jeśli tak – to jak należy usprawnić proces rozliczania / wydatkowania środków z EFS?*

3.3.1. Jaka jest efektywność wdrażania V OP PO WER (w rozumieniu stosunku efektów – produktów / rezultatów, otrzymanych w wyniku (z)realizowanych projektów do nakładów finansowych / wydatków poniesionych w tych projektach)?

Biorąc pod uwagę dotychczas osiągnięte wskaźniki produktu (punkt 3.2.1.), już na koniec 2017 r. zrealizowana została znaczna część wskaźników, niekiedy przekraczając założoną wartość nawet kilkukrotnie (podobna sytuacja miała miejsce w przypadku poprzedniej perspektywy finansowej, kiedy to wskaźniki osiągnięte np. w ramach Działania 2.3 PO KL zostały przekroczone³⁹). Co więcej, szczególny wzrost stopnia realizacji wskaźników tejże Osi nastąpił w 2017 r. Biorąc pod uwagę ten trend (w stosunku do poprzednich lat, kiedy wdrażanie wsparcia w ramach V OP PO WER dopiero się rozpoczynało) można zakładać podobny przyrost realizacji wskaźników w 2018 r. Warto zauważyć, że planowane są kolejne nabory w ramach analizowanej Osi, a w ramach dotychczas zawartych umów o dofinansowanie rozliczono we wnioskach o płatność stosunkowo niewielki udział wartości przyznanego dofinansowania (wg stanu na 30 listopada 2018 r. wartość przyznanego dofinansowania (wkład UE) wyniosła 956 996 819 PLN, a poziom wydatków (wg wniosków o płatność – wkład UE) osiągnął 299 082 746 PLN)⁴⁰.

Biorąc pod uwagę zmiany zachodzące w latach 2015-2018, szczególny wzrost wartości wniosków o płatność (wg wkładu UE) nastąpił w ciągu ostatniego roku. W przypadku liczby wniosków o dofinansowanie najwyższy wzrost przypadł z kolei na lata 2016/2017. Ze względu na wysoką wartość pozostałą do rozliczenia w ramach zawartych umów, spodziewać można się dalszego wzrostu poziomu wydatkowania w najbliższym czasie, a co za tym idzie, realizacji kolejnych zakładanych wartości wskaźników.

³⁹ Sprawozdanie z Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, s.2.

⁴⁰ informacje dotyczące stanu wdrażania Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/> [data dostępu: 14.12.2018].

Tabela 15. Nabory, wnioski i wartość umów oraz wniosków o płatność, V OP PO WER, lata 2015-2018, w PLN

Data opublikowania informacji	Liczba naborów	Liczba wniosków o dofinansowanie	Wartość umów o dofinansowanie (wkład UE)	Wartość wniosków o płatność (wkład UE)
30.11.2018	37	307	956 966 819	299 082 746
30.12.2017	23	240	758 982 574	126 948 315
30.12.2016	16	112	498 044 627	9 450 750
30.12.2015	5	5	80 906 922	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Stan wdrażania Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020: Nabory - Wnioski o dofinansowanie - Umowy - Wnioski o płatność*, www.funduszeuropejskie.gov.pl [data dostępu: 14.12.2018]

Przeprowadzone badania IDI pozwoliły ponadto stwierdzić, że często na zakończenie projektów pozostają jeszcze oszczędności, co pozytywnie świadczy o stosunku poniesionych nakładów do uzyskanych produktów/rezultatów. O racjonalności w podejściu do wydatkowanych środków świadczy również opinia badanych dotycząca szczególnej weryfikacji wysokości poziomu wynagrodzeń ujętych we wnioskach o dofinansowanie (szczegółowy budżet projektu). Na etapie oceny wniosków kwoty te weryfikowane są w kontekście ich zbieżności z poziomem wynagrodzeń stosowanych poza projektem. W przypadku stawek jednostkowych np. za usługi cateringowe czy wynajem sal, są one kalkulowane na podstawie aktualnych rozeznań rynku. Należy przy tym zauważyć, że aktualizacja tychże stawek nie stoi po stronie IP, lecz IZ. Respondenci badania IDI byli również zdania, że w przypadku kiedy beneficjent rzetelnie podszedł do kalkulacji kosztów, nie powinien napotkać na żadne problemy, a sytuacje kiedy tych środków zabrakło praktycznie się nie zdarzały.

Metody oceny wniosków o dofinansowanie (w kontekście wysokości przyjętych kosztów) oraz sposób określenia kosztów rynkowych poszczególnych usług nie budzą zastrzeżeń i, zgodnie również z opiniami samych badanych, nie występują powody do niepokoju dotyczącego efektywności wdrażania V OP PO WER. Przydzielane w ramach poszczególnych projektów środki finansowe są zgodne ze stawkami rynkowymi, problem braku środków jest zjawiskiem marginalnym (wynikającym zazwyczaj z niedoszacowania kosztów przez beneficjenta), a opinie dotyczące niewystarczających środków traktować należy bardziej w kontekście pewnego rodzaju bariery mentalnej (beneficjent zawsze będzie miał wrażenie, że mógłby wydać więcej środków np. poprzez rozszerzenie zakresu projektów, nie można więc odnosić tego typu sądów do oceny nakładów środków przeznaczonych na dany projekt (w przyjętym wcześniej wymiarze). Warto również podkreślić, że niewątpliwie wpływ na efektywność wydatkowania środków miały szkolenia organizowane przez Ministerstwo Zdrowia dla potencjalnych

beneficjentów, podczas których poruszany m.in. kwestie zasad finansowania wydatków, kwalifikowalności kosztów czy opisów kategorii budżetowych⁴¹.

3.3.2. Czy istnieją w ramach V OP PO WER jakiekolwiek problemy z wydatkowaniem środków finansowych z EFS / rozliczaniem projektów, a jeżeli tak – to jakie? Czy, a jeśli tak – to jak należy usprawnić proces rozliczania / wydatkowania środków z EFS?

Przeprowadzona analiza desk research, SWOT, badania IDI oraz panel ekspertów potwierdziły występowanie pewnych problemów zarówno z wydatkowaniem środków z EFS, jak i rozliczaniem projektów. Przy czym zauważyć należy, że przyczyny tych problemów są ze sobą zbieżne.

Badani respondenci badania CATI (beneficjenci) poproszeni zostali o przedstawienie działań, które w ich ocenie doprowadziłyby do usprawnienia procesu wydatkowania środków z EFS (pytanie o charakterze otwartym). Wśród udzielonych odpowiedzi najczęściej pojawiały się opinie o **potrzebie ograniczenia biurokracji, zaangażowania większej liczby osób odpowiadających za rozpatrywanie wniosków, polepszenia systemu komunikacji**. Często wśród udzielonych odpowiedzi respondenci (beneficjenci) wskazywali po prostu na przyspieszenie procesu wydatkowania, jednak bez wskazania konkretnych działań w tym kierunku.

Analogiczne pytanie postawiono respondentom w odniesieniu do możliwości usprawnienia procesu rozliczania projektów. Odpowiedzi w tym zakresie były w dużej mierze zbieżne z poprzednio analizowanymi, tj. rekomendowano głównie szybszą weryfikację wniosków, ograniczenie biurokracji oraz usprawnienie procesu komunikacji.

Kwestia wydatkowania środków z EFS i rozliczania projektów podjęta została również w trakcie badania IDI. Respondenci w znacznej mierze zgodzili się z wynikami badania CATI, a za główną przyczynę wszelkich występujących opóźnień (czy to w wydawaniu odpowiedzi na zapytania beneficjentów, czy rozpatrywania wniosków) zgodnie wskazali na **zbyt dużą liczbę umów w stosunku do posiadanego zaplecza kadrowego**. Respondenci wskazywali, że **na jednego opiekuna przypada w ich instytucji nawet po kilkadziesiąt projektów i fakt ten ma bezpośrednie przełożenie na wydłużanie procesu weryfikacji wniosków o płatność czy proces komunikacji bieżącej z beneficjentami**. Problemy te zidentyfikowane zostały również w ramach przeprowadzonej analizy SWOT, jako główne słabe strony realizacji PI dedykowanych zdrowiu w PO WER i celów szczegółowych V OP PO WER. Warto zauważyć, że problem długiego oczekiwania na weryfikację wniosków o płatność zidentyfikowany został również w ramach badania *Oceny obciążeń administracyjnych beneficjentów w trakcie cyklu trwania projektu w ramach wybranych krajowych i regionalnych programów operacyjnych perspektywy finansowej 2014-2020*. Tak wysokie obciążenie wynika w dużej mierze z **nieodpowiedniego rozplanowania naborów w ramach rocznych planów**

⁴¹ Szkolimy potencjalnych beneficjentów w Programie Wiedza Edukacja Rozwój , <http://zdrowie.gov.pl>

działań. Wskazano jednak na działania, których podjęcie w ostatnim czasie pozwoliło na minimalizację tego problemu: samodzielna korekta oczywistych błędów we wnioskach (bez konieczności ich każdorazowego odsyłania do wnioskodawcy), rozpatrywanie wniosku o płatność przez jedną osobę (wcześniej wnioski rozpatrywały dwie osoby). Niemniej, respondenci są zdania, że same wzory wniosków zostały już maksymalnie uproszczone, a jedyna dalsza możliwość usprawnienia tego procesu leży w zwiększeniu liczby zatrudnionych w tym celu osób. Ze strony ewaluatora, **racjonalnym wydaje się również podjęcie próby rozplanowania naborów w ramach rocznych planów działań przy zapewnieniu konsultacji z osobami odpowiedzialnymi za weryfikację wniosków w praktyce**, co mogłoby wpłynąć na zmniejszenie znaczenia tego problemu. Dotychczasowe nawarstwienie naborów w niektórych okresach wynikało prawdopodobnie z potrzeby zakontraktowania zakładanego (wysokiego) poziomu środków, niemniej sugeruje się podjęcie próby uwzględnienia tego typu konsultacji. Wydłużenie procesu planowania, które się z tym wiąże, miałoby potencjalnie mniejszy wpływ na wdrażanie wsparcia, aniżeli opóźnienia wynikające z późniejszego nawarstwienia się pracy w IP (problem zgłaszany wielokrotnie przez różnych przedstawicieli IP).

Ponadto, jeden z badanych zwrócił również uwagę na słabą jakość generatorów wniosków, w których występują problemy z importowaniem zewnętrznych treści czy z zawieszaniem się podczas pracy.

3.4. Kryterium sprawności instytucjonalnej

Pod względem kryterium sprawności instytucjonalnej, analiza pozwala odpowiedzieć na 7 pytań/zestawów pytań ewaluacyjnych:

- ✓ *Czy występują jakieś specyficzne dla V OP PO WER bariery, na które napotykają beneficjenci projektów? Czy występują jakieś specyficzne bariery przypisane do poszczególnych PI w OP V PO WER? W jaki sposób można/należy je wyeliminować?*
- ✓ *Jak należy ocenić sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER? Jakie bariery administracyjne i problemy związane z wdrażaniem pojawiły się w trakcie realizacji V OP PO WER? Jak je można/należy rozwiązać? Jak ich unikać w przyszłości? Czy potencjał kadrowy (liczba pracowników) jest odpowiedni do ilości pracy / zadań przewidzianych do realizacji na poziomie IP? Jakie jest obciążenie pracą członków KOP i opiekunów projektów? Czy jest ono odpowiednie do posiadanych zasobów kadrowych IP V OP PO WER?*
- ✓ *Jakie dobre praktyki w zakresie zarządzania projektami i wdrażania projektów PO WER dotyczących obszaru zdrowia, a także osiąganych przez nie efektów można zidentyfikować? Jak z nich mogą skorzystać beneficjenci oraz instytucje zaangażowane we wdrażanie Programu? W jaki sposób należy je upowszechniać /*

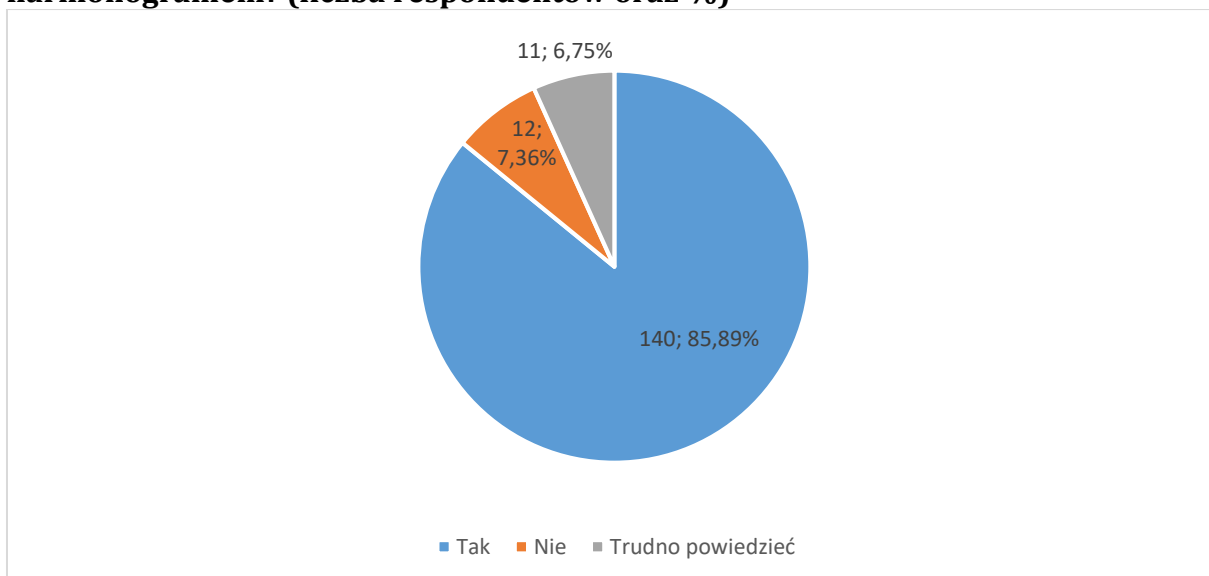
promować, aby możliwe było multiplikowanie najbardziej skutecznych / efektywnych działań?

- ✓ *Jakie mechanizmy zapewniane przez MZ / Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia sprzyjają trafnemu i skutecznemu wdrażaniu Działań V OP PO WER? Czy, a jeśli tak to jakie mechanizmy zwiększające trafność i skuteczność Działań V OP PO WER można zaproponować?*
- ✓ *Czy współpraca z innymi instytucjami funkcjonującymi w sektorze / resorcie zdrowia, a jeśli tak – to w jakim stopniu ma przełożenie na trafność, efektywność i skuteczność Działań wdrażanych w ramach V OP PO WER?*
- ✓ *Czy istnieją procedury związane z wdrażaniem / realizacją projektów specyficzne dla V OP PO WER, które stanowią szczególne obciążenie administracyjne dla IP? Jeżeli tak, to jak należy je usprawnić, aby nie generowały problemów?*
- ✓ *Czy projekty wybierane są poprzez zastosowanie właściwego trybu? W jakich wypadkach należałoby zastosować inny tryb?*

3.4.1. Czy występują jakieś specyficzne dla V OP PO WER bariery, na które napotykają beneficjenci projektów? Czy występują jakieś specyficzne bariery przypisane do poszczególnych PI w OP V PO WER? W jaki sposób można/należy je wyeliminować?

Dążąc do ustalenia barier napotykaných przez beneficjentów, warto przyjrzeć się ich opinii dotyczących zgodności realizacji projektu z założonym harmonogramem. Zgodnie z przeprowadzonym badaniem, **zdecydowana większość badanych beneficjentów (niemal 86%) potwierdziła realizację projektu zgodnie z zakładanym wcześniej harmonogramem**. Biorąc pod uwagę 6,75% respondentów, którzy nie mieli zdania w tym temacie, jedynie 7,36% potwierdziło, że mieli problem w tym względzie. Wskazywane w tym zakresie powody takiej sytuacji były zróżnicowane, stanowiąc tym samym jednostkowe przypadki. **Wskazywano na opóźnienia w płatnościach, problemy z terminową rekrutacją uczestników projektu, problemy we współpracy, skomplikowaną dokumentację, zmianę opiekuna czy też problemy z pozyskaniem POZ chętnych do współpracy przy projekcie.**

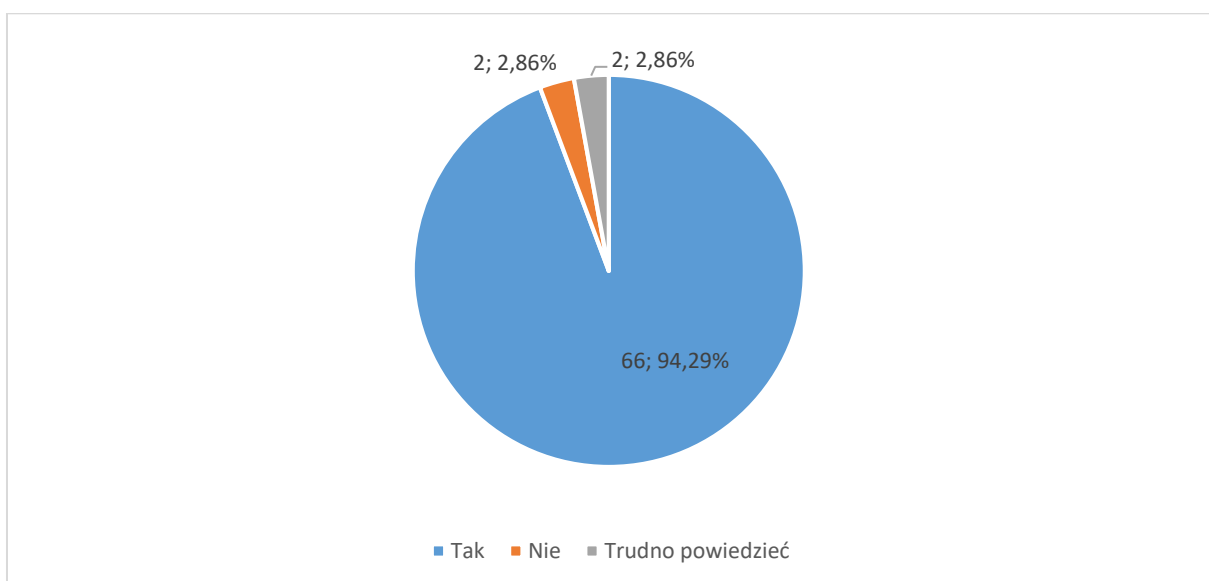
Rysunek 18. Czy realizacja projektu przebiegała zgodnie z założonym harmonogramem? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Analizując problemy napotkane przez beneficjentów warto przytoczyć wyniki badania CATI, dotyczące osiągnięcia przez badanych beneficjentów zaplanowanych wartości wskaźników. Jak się okazuje, w tym zakresie beneficjenci nie napotykali większych trudności, gdyż aż 94,29% udało się osiągnąć zakładane wskaźniki. Odpowiedzi negatywnej udzieliło jedynie 2,86% badanych (dwoje respondentów). Jeden z nich argumentował ten fakt niewystarczającymi środkami finansowymi względem szacowanych wskaźników, a drugi z kolei zrezygnował z realizacji projektu.

Rysunek 19. Czy udało się Państwo osiągnąć wszystkie zaplanowane wartości wskaźników? (liczba respondentów oraz %)



*(n=70, ze względu na filtr związany z respondentami, którzy zakończyli realizację projektu na dzień przeprowadzenia badania)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami

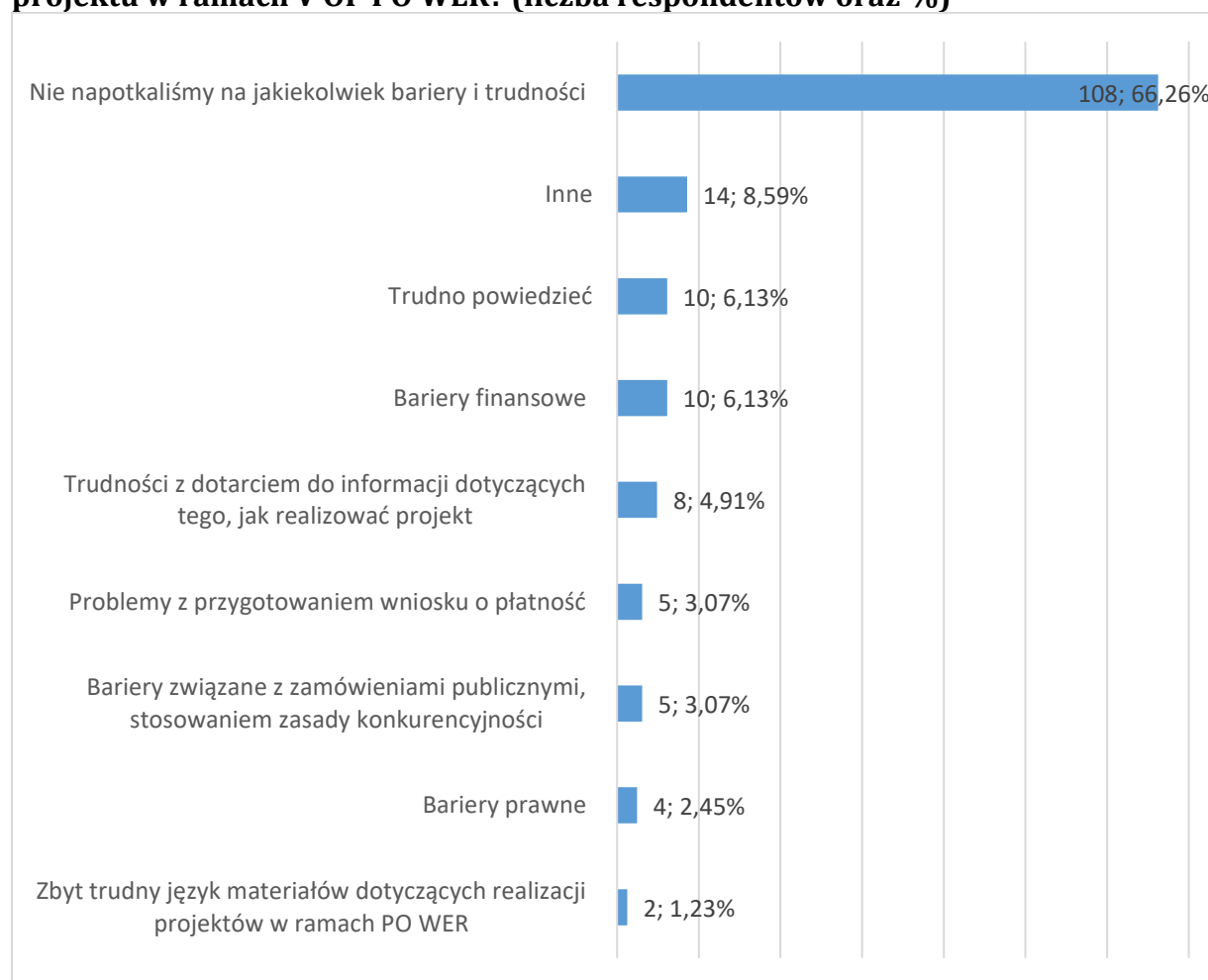
Kolejne pytanie postawione beneficjentom w ramach badania CATI dotyczyło stricte napotkanych przez nich podczas realizacji projektu barier i trudności. **Najpowszechniejszą sytuacją było stwierdzenie respondenta o braku tego typu aspektów (aż 2/3 badanych, przy czym należy zaznaczyć, że wariant ten nie był wyczytywany przez ankietera).** Bardzo dobrze świadczy to m.in. o obsłudze beneficjentów przez opiekunów projektów oraz właściwej formie opracowanych wzorów dokumentów. Ponadto, ze względu na rozłożenie się pozostałych wyników względem szerokiej kafeterii odpowiedzi, na poszczególne warianty problemowe przypadło bardzo niewiele wskazań.

Spośród sklasyfikowanych w kafeterii wariantów barier, badani najczęściej wskazywali na problemy finansowe (6,13%, tj. 10 wskazań) - odpowiedź uszczegóławiano wskazując na problemy z płynnością finansową, wysokimi kosztami wynagrodzeń oraz opóźnieniami w wypłacaniu zaliczek. Nie można jednoznacznie wskazać etapu, na którym zwykle przydarzały się beneficjentom tego typu problemy - wymieniali oni bowiem wszystkie etapy realizacji projektu (początek, środek, koniec, bądź cały okres trwania projektu) bez jednoznacznej przewagi danego wariantu odpowiedzi. Ponadto, zdaniem większości respondentów (tj. tych, którzy napotkali tego typu problemy) bariera ta nie miała znaczenia w kontekście realizacji projektu. Na jej duży wpływ wskazało jedynie dwóch respondentów. Większość beneficjentów radziła sobie z tym problemem finansując chwilowo realizację projektu ze środków własnych, niemniej niektórzy musieli się zadłużyć w celu jego kontynuowania. Zdaniem badanych, można zminimalizować w przyszłości możliwość wystąpienia takich problemów poprzez zwiększenie liczby osób zaangażowanych w rozpatrywanie wniosków o płatność (w rozumieniu zmniejszenia liczby wniosków przypadających na jedną osobę) i, tym samym, przyspieszenie przepływu informacji.

Ponadto badani wskazywali na trudności z dotarciem do informacji dotyczących tego, jak realizować projekt (niemal 5%, tj. 8 wskazań), przy czym odpowiedź podpierano niejasnymi instrukcjami początkowymi oraz utrudnionym kontaktem z opiekunem projektu. W tym przypadku można już wskazać etap realizacji projektu, którego dotyczy ten problem, gdyż wszyscy badani, którzy zwrócili na niego uwagę doprecyzowali, że bariera ta napotkana została na początkowym etapie realizacji projektu. Ponadto, zdaniem wszystkich badanych, którzy zmierzali się z tego typu problemem, nie miał on znaczenia w kontekście realizacji projektu, a radzono sobie z nim poprzez kontakt z opiekunem projektu bądź pozyskiwanie informacji na własną rękę. Zdaniem badanych, można zminimalizować w przyszłości możliwość wystąpienia takich problemów poprzez ułatwienie kontaktu z opiekunem i wpłynięcie na usprawnienie przekazu informacji. To z kolei osiągnąć można poprzez zwiększenie liczby opiekunów projektów bądź próby takiego rozplanowania naborów w ciągu roku, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia sytuacji szczególnego nagromadzenia obowiązków na jeden okres.

Warto zauważyć, że stosunkowo wysoki odsetek wskazań (8,59%, tj. 14 wskazań) przypadł na wariant „inne”, w ramach którego respondenci wymieniali specyficzne bariery, nie uwzględnione w przygotowanym zestawie odpowiedzi. W tym zakresie najczęściej wskazywano na **długi czas oczekiwania na odpowiedź w ramach zadanych pytań, brak decyzyjności przy odpowiadaniu na pytania beneficjentów, czasochłonność procedur, wycofywanie się partnerów projektu ze względu na rozbudowane formalności, problemy z rekrutacją studentów czy problem z pozyskaniem POZ do współpracy przy projekcie** - problem ten wskazywany był również przez przedstawicieli IP w ramach badania IDI, uściślając go do problemu braku chęci do współpracy z beneficjentami ze strony POZ, które nie chcą delegować swoich pracowników (lekarzy i pielęgniarek) argumentując ten fakt bieżącymi zobowiązaniami i brakiem czasu pracowników do udziału w projekcie. Szczególną uwagę względem tego problemu przywiązywali również uczestnicy panelu ekspertów. Warto jednak zaznaczyć, że problemy te nie miały wpływu na realizację projektów, bądź powodowały jedynie lekkie opóźnienia.

Rysunek 20. Na jakie bariery i trudności napotkali Państwo podczas realizacji projektu w ramach V OP PO WER? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Jak wynika z powyższej analizy, udział napotkanych barier w stosunku do ogółu badanych nie był wysoki. Na fakt ten wskazali również uczestnicy badania IDI (którzy zostali zaznajomieni z wynikami badania CATI). Ponadto, respondenci ci zwrócili uwagę, że główna bariera wskazywana przez beneficjentów, tj. bariera finansowa, wynika nie tylko z winy instytucji rozpatrującej wnioski o płatność. Co prawda respondenci przyznali, że opiekunowie projektów są znacznie przeładowani obowiązkami i stąd wynika część opóźnień w rozpatrywaniu wniosków o płatność, lecz problem leży również po stronie samych wnioskodawców. Badani wskazali w tym zakresie na problem błędów popełnianych przy wypełnianiu ww. wniosków i konieczności wielokrotnego ich poprawiania, przy czym niekiedy w tym zakresie występuje dodatkowo problem komunikacyjny (beneficjenci nie odpowiadają na wiadomości mailowe i trudno się z nimi skontaktować) co wydłuża cały ten proces. Innym aspektem, na który zwrócili uwagę respondenci badania IDI, mającym wpływ na występowanie problemów finansowych beneficjentów jest ich uzależnienie od realizacji danego projektu. Problem ten w szczególności dotyczy firm szkoleniowych, w przypadku których niejednokrotnie udział w projekcie stanowi główne źródło przychodu, poprzez co wszelkie przesunięcia w wypłacie środków stawiają ich przed problemem z utrzymaniem płynności finansowej. Problem ten nie występuje w przypadku większych firm, które zakładają możliwość wyłożenia części środków z zasobów własnych.

Badani podkreślili również, że większość wymienionych przez beneficjentów barier łączy się jednak z ograniczonymi zasobami kadrowymi w zakresie opiekunów projektów. Jednocześnie zwrócili jednak uwagę, że samo zwiększenie zatrudnienia nie jest rozwiązaniem, które natychmiastowo rozwiąże te problemy. Wynika to z faktu potrzeby dokształcenia nowych pracowników i zdobycia przez nich potrzebnego doświadczenia. Zagrożenie to potęgowane jest przez zjawisko płynności kadr, tj. możliwości odejścia z pracy aktualnych, doświadczonych pracowników. Zwrócono tym samym uwagę na potrzebę doceniania doświadczonych pracowników, którzy obecnie zajmują się tymi zagadnieniami, gdyż to właśnie zdobyte doświadczenie ma główny wpływ na sprawną realizację działań.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, na występowanie opóźnień w ramach Działania 5.1 wpływ miała również konieczność każdorazowego opiniowania opracowanych programów profilaktycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Problem ten potwierdzili również uczestnicy panelu ekspertów, wskazując na niepotrzebnie wydłużony czas konieczny na realizację projektów, wynikający z braku katalogu gotowych programów profilaktycznych, których realizacja nie wymagałaby już wydania nowej opinii.

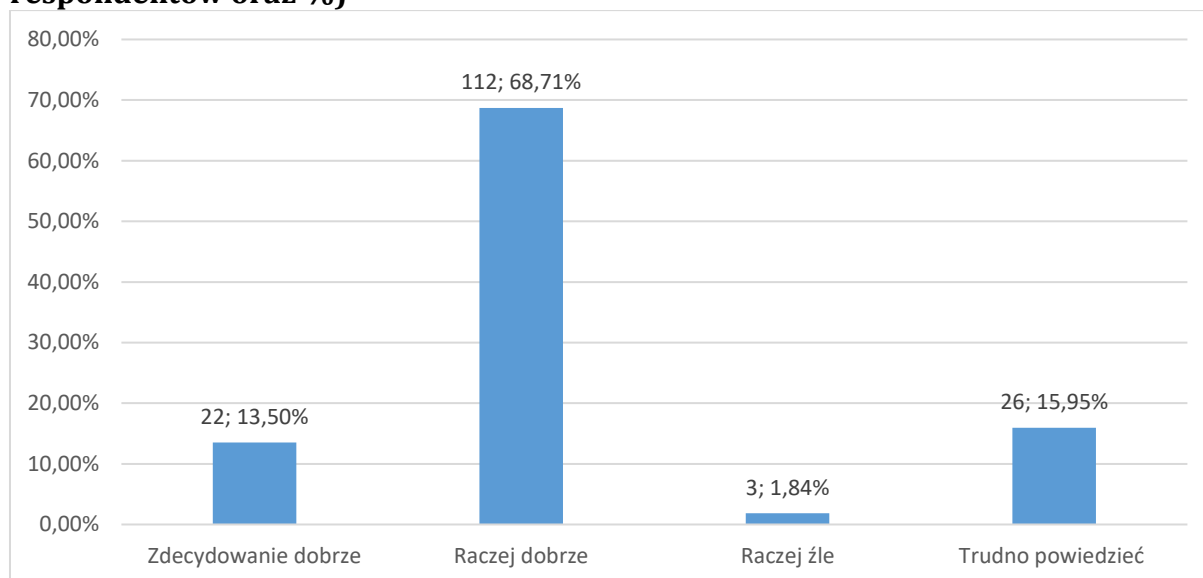
Odnosząc się do danych zawartych w raporcie widzimy, że ci z którymi były realizowane badania, wskazują faktycznie to o czym Pan powiedział - że mamy bardzo wysoki poziom realizacji wskaźników i że to gwarantuje dobrą alokację finansową pieniędzy z Unii i być może przełoży się to na jakość opieki zdrowotnej, czyli na poprawę wskaźników dostępności i lepszą satysfakcję osób z uzyskanego wsparcia. Mimo bardzo pozytywnej oceny jednak wskazano na element negatywny, czyli potrzeby wystandaryzowania pewnej grupy programów, czyli programów profilaktycznych, które faktycznie z niewielką wariancją mogą być powtarzane w różnych województwach. (...) To wszystko wydłuża niepotrzebnie czas. To jest jeden punkt widzenia. Z drugiej strony, jeżeli by ta agencja oceny technologii medycznej [AOTMiT] byłaby tak zupełnie niepotrzebna, to byśmy jej nie powoływali. Z mojego punktu widzenia ona jest bardzo ważnym elementem koordynacji środków z EFS. Jakby dzięki niej nie tylko uczymy rozsądnego planowania na poziomie regionalnym, ale także bilansowania tej podażowej strony. Czyli nie na hura realizujemy wszystkie projekty jakie nam się podoba tylko realizujemy projekty wynikające z mapy potrzeb zdrowotnych, targetujemy faktyczny projekt do faktycznie zdiagnozowanych potrzeb medycznych.

ŹRÓDŁO: PANEL EKSPERTÓW

3.4.2. Jak należy ocenić sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER? Jakie bariery administracyjne i problemy związane z wdrażaniem pojawiły się w trakcie realizacji V OP PO WER? Jak je można/należy rozwiązać? Jak ich unikać w przyszłości? Czy potencjał kadrowy (liczba pracowników) jest odpowiedni do ilości pracy / zadań przewidzianych do realizacji na poziomie IP? Jakie jest obciążenie pracą członków KOP i opiekunów projektów? Czy jest ono odpowiednie do posiadanych zasobów kadrowych IP V OP PO WER?

O ocenę sposobu zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER (w tym zdolności instytucjonalnej MZ do właściwego wypełniania roli IP PO WER) poproszeni zostali w pierwszej kolejności beneficjenci wsparcia (w ramach badania CATI). Wyniki uznać należy za zdecydowanie pozytywne, gdyż na tego typu oceny (suma udziału ocen „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”) przypadło ponad 82%. Co więcej, niemal 16% badanych nie miało zdania w tym zakresie, wobec czego na negatywne oceny przypadło jedynie 1,84% (trzech respondentów). Oceny te podparte były opiniami o nienajlepszym kontakcie z MZ (w tym braku chęci brania udziału w spotkaniach) oraz ogólnej opinii jednego z badanych dotyczącej słabego wywiązywania się ze swojej roli.

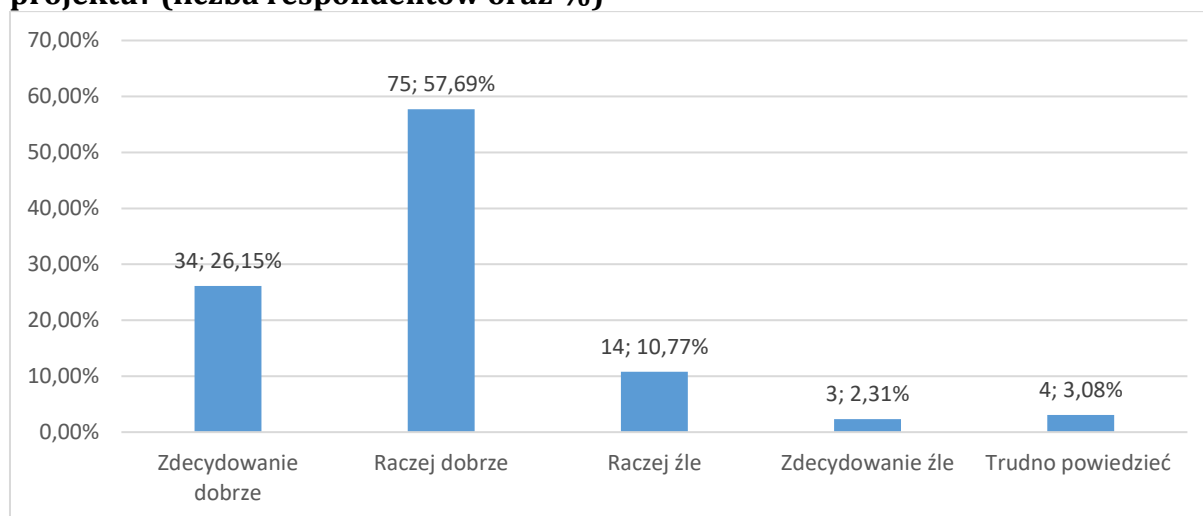
Rysunek 21. Jak ocenia Pan/i sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Badani beneficjenci V OP PO WER (badanie CATI) zostali poproszeni również o ocenę współpracy z opiekunem merytorycznym projektu. Większość beneficjentów, która miała faktyczny kontakt z opiekunem merytorycznym projektu, ocenia go pozytywnie (niemal 84% dla sumy ocen „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”). 3,08% nie miało zdania w tym temacie, poprzez co na oceny negatywne przypadło nieco ponad 13%. Negatywne oceny podyktowane zostały głównie zmianami w osobie opiekuna projektu w trakcie realizacji projektu. Ponadto wskazywano na pojawiające się problemy z decyzyjnością i wiedzą opiekunów oraz brakiem czasu wynikającym z dużego zakresu obowiązków (były to jednak pojedyncze wskazania).

Rysunek 22. Jak oceniają Państwo współpracę z opiekunem merytorycznym projektu? (liczba respondentów oraz %)

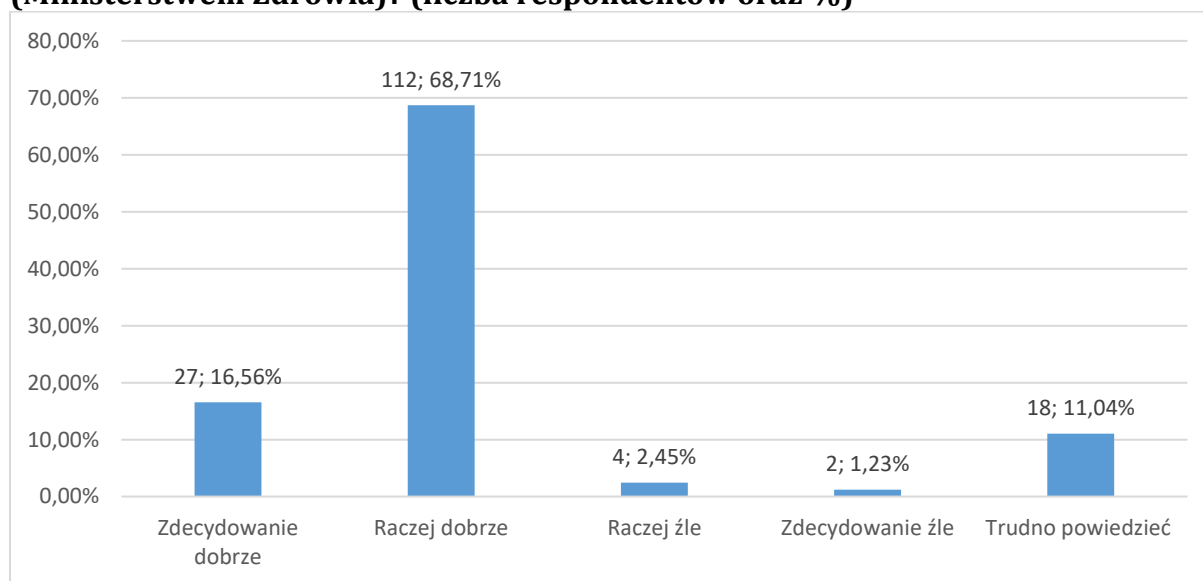


*n=130, ze względu na filtr weryfikujący respondentów, którzy mieli kontakt z opiekunem merytorycznym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami

Analogiczne pytanie zadane zostało beneficjentom w kontekście współpracy z IP (MZ). Ponownie udzielone odpowiedzi koncentrowały się wokół ocen pozytywnych (ponad 85%). Ponadto, nieco ponad 11% badanych nie miało zdania w tym zakresie, poprzez co udział ocen negatywnych wyniósł jedynie 3,68%. Argumentowano te oceny złą komunikacją – zarówno utrudnieniami w kontakcie, jak i długim czasem oczekiwania na odpowiedź oraz niedotrzymaniem ustaleń poczynionych w ramach bieżącego kontaktu. Niemniej warto zauważyć, że ww. problemy stanowiły pojedyncze opinie.

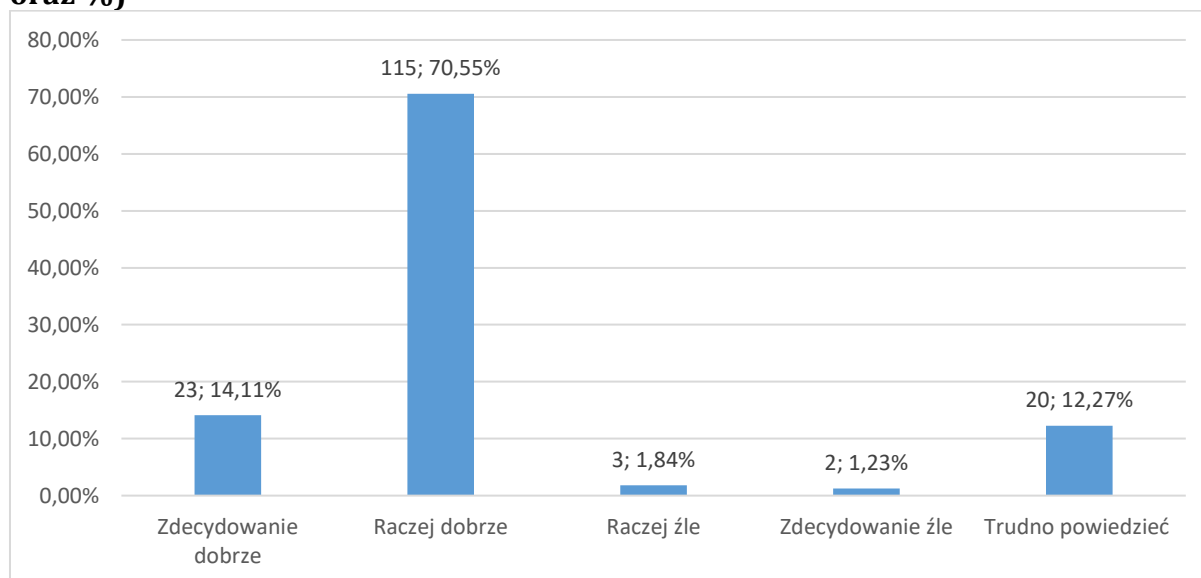
Rysunek 23. Jak ocenia Pan/i współpracę z Instytucją Pośredniczącą (Ministerstwem Zdrowia)? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Badani beneficjenci poproszeni zostali również o ocenę IP (MZ) pod względem dostępności zasobów kadrowych. Również i w tym przypadku przeważały oceny pozytywne (84,66% dla sumy ocen „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”). Ocen negatywnych odnotowano z kolei jedynie 3,07%. Oceny te argumentowano (w opinii badanych) niewystarczającą liczbą pracowników oraz, wynikającym z tego, problemem w komunikacji.

Rysunek 24. Jak ocenia Pan/i Ministerstwo Zdrowia jako Instytucję Pośredniczącą PO WER pod względem dostępności zasobów kadrowych? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

O ocenę zdolności instytucjonalnej MZ do pełnienia roli IP PO WER zostali poproszeni również respondenci badania IDI. Oceny w tym zakresie były zdecydowanie pozytywne. **Podkreślano sprawność funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER oraz bogatą obszarową wiedzę, której nie posiadają inne instytucje (tym samym, badani nie byliby w stanie wskazać innej instytucji, która jeszcze lepiej mogłaby wypełnić tę rolę).** Badani często podkreślali również, że wszelkie niedoskonałości w tym zakresie wynikają praktycznie wyłącznie z ograniczeń kadrowych MZ. Potwierdza to również analiza innych pytań zadanych w ramach badania IDI, zwracająca uwagę na przeładunek obowiązkami pracowników IP (szczególnie w okresach nawarstwiania się naborów, co potwierdza również analiza desk research w zakresie terminów dotychczas ogłaszanych naborów). Zwrócono też uwagę, że lepiej prezentuje się sytuacja KOP, gdzie zaangażowani mogą być eksperci zewnętrzni, aniżeli sytuacja opiekunów, którzy są znacznie przeładowani obowiązkami. **Jako barierę we wdrażaniu projektów przez MZ można wskazać problem niskich i niekonkurencyjnych (w stosunku do sektora prywatnego) wynagrodzeń, które niekiedy nie pozwalają zatrzymać wykwalifikowanych pracowników, ani przyciągnąć nowych.** Badani tłumaczyli również, że niektóre problemy (jak np. długi czas oczekiwania na odpowiedź) wynika również z samej specyfiki administracji publicznej – w przypadku otrzymania skomplikowanego pytania, przechodzi ono przez szereg szczebli, od opiekuna projektu, przez naczelnika aż po IZ. Stanowi to normalny obieg informacji, lecz w punktu widzenia beneficjenta, który oczekuje na odpowiedź, sytuacja ta może sprawiać wrażenie niepotrzebnego wydłużania czasu potrzebnego na jej otrzymanie i stąd wynikają niektóre, negatywne opinie w tym zakresie.

O opinię dotyczącą zdolności instytucjonalnej Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER poproszono również uczestników

panelu ekspertów. Opinie w tym zakresie były jednoznacznie pozytywne. Podkreślono, że Ministerstwo Zdrowia jest *jedynym właściwym podmiotem, który prawidłowo wypełnia rolę Instytucji Pośredniczącej*⁴².

Respondenci badania IDI poproszeni zostali również o wskazanie barier administracyjnych związanych z wdrażaniem działań. Część badanych stwierdziła, że tego typu bariery wcale nie występują. Jednakże pozostała część respondentów wskazała w tym zakresie przede wszystkim na ww. obieg informacji w instytucji publicznej, tj. konieczność uzyskiwania informacji i decyzji w ramach różnych wydziałów, co wpływa na czas wdrażania. Na występowanie identycznych problemów wskazali również uczestnicy panelu ekspertów. Rozwiązania tego problemu szukać można w przeprowadzeniu **ewaluacji wewnętrznych procedur komunikacyjnych IP i IZ, mającej na celu wypracowanie rekomendacji służących skróceniu czasu obiegu informacji na potrzeby wdrażania PO WER.**

Ponadto wymieniano, wspominaną również w przypadku innych pytań badawczych, konieczność uzyskiwania opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie opracowanych programów profilaktycznych. Zdaniem badanych, opinie te (szczególnie na początku okresu wdrażania) nie uwzględniały specyfiki Działania 5.1, co powodowało problemy i wydłużenie czasu potrzebnego na realizację. Sytuacja ta, zdaniem badanych, uległa już pewnej poprawie (w wyniku m.in. prowadzonych szkoleń i dwustronnego dialogu), lecz wciąż wymaga dalszych działań. Sugeruje się utworzenie katalogu gotowych programów profilaktycznych (Działanie 5.1) nie wymagających opiniowania ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wynikającego z dotychczas zaopiniowanych programów. Potrzebę w tym zakresie potwierdzili również uczestnicy panelu ekspertów.

3.4.3. Jakie dobre praktyki w zakresie zarządzania projektami i wdrażania projektów PO WER dotyczących obszaru zdrowia, a także osiągniętych przez nie efektów można zidentyfikować? Jak z nich mogą skorzystać beneficjenci oraz instytucje zaangażowane we wdrażanie Programu? W jaki sposób należy je upowszechniać / promować, aby możliwe było multiplikowanie najbardziej skutecznych / efektywnych działań?

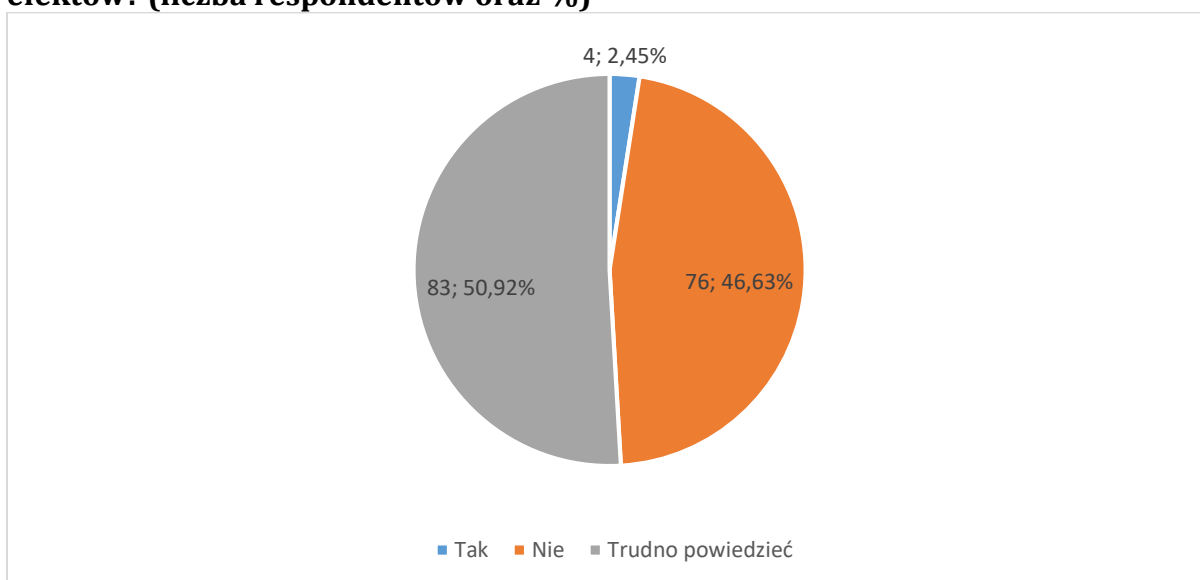
Zgodnie z przeprowadzoną analizą desk research, szczególnie istotny (z punktu widzenia zarządzania projektami i wdrażania projektów PO WER dotyczących obszaru zdrowia) jest właściwy sposób zaplanowania wsparcia. W tym względzie wyróżnić należy kluczowe znaczenie opracowywanych Planów Działań (w kontekście narzędzia koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia). Zgodnie z wnioskami płynącymi z raportu cząstkowego Ocena Realizacji Planów Działań W Sektorze Zdrowia – Etap I, Plany te opracowane są w trafny sposób, m.in. dzięki ich uzgadnianiu na forum *Komitetu*

⁴² Panel ekspertów.

Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (którego członkiem jest IP V OP PO WER, tj. MZ). Licznie podkreślane **pozytywne elementy funkcjonowania KS** skutkowały jednocześnie opracowaniem rekomendacji w tym zakresie, dotyczącej kontynuacji funkcjonowania działalności KS w kolejnej perspektywie finansowej⁴³.

Badani beneficjenci V OP PO WER (w ramach badania CATI) nie wykazali się znajomością dobrych praktyk w zakresie zarządzania projektami dotyczącymi obszaru zdrowia. Zaledwie 2,45% spośród ogółu badanych potwierdziła znajomość tego typu przykładów. Niemniej, biorąc pod uwagę uzasadnienie tych wskazań, zaledwie jeden respondent podał przykład, który faktycznie zdefiniować można jako potencjalną dobrą praktykę w tym zakresie, lecz zaznaczyć należy, że odnosi się on do przykładowego, potencjalnego, nie stosowanego dotychczas działania (wskazano na możliwość ryczałtowego rozliczania ponoszonych kosztów, co w konsekwencji doprowadziłoby do skrócenia czasu przeznaczonego na sporządzanie wniosków o płatność).

Rysunek 25. Czy potrafi Pan/i wskazać dobre praktyki w zakresie zarządzania projektami PO WER, które dotyczą obszaru zdrowia oraz osiągniętych przez nie efektów? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Zdecydowanie szerszą wiedzę w zakresie dobrych praktyk posiadali respondenci badania IDI. Wśród wymienianych rozwiązań wskazywano na **korzyści wynikające z podziału zespołu projektowego beneficjenta** (pracującego przy realizacji danego projektu) na dwa działy, tj. zajmujący się działaniami stricte merytorycznymi oraz drugi, zajmujący się rozliczeniami projektu (taka praktyka poruszona została również przez uczestników panelu ekspertów, którzy jednocześnie podkreślili istotną rolę dobrej komunikacji pomiędzy oboma działami). Podkreślono jednak, że podział taki ma zasadność jedynie w przypadku większych projektów, z budżetem na poziomie pozwalającym na takie rozgraniczenie odpowiedzialności. Pozostałe dobre praktyki wymieniane przez badanych

⁴³ Raport Częstkowy Ocena Realizacji Planów Działań W Sektorze Zdrowia – Etap I, MZ, 2017 r., s. 88.

dotyczyły instytucji zaangażowanych we wdrażanie Programu. Wymieniano w tym **zakresie weryfikację wniosku o płatność przez jedną osobę** (zdaniem badanych podział tej czynności na dwie osoby wprowadzał znaczne opóźnienia w wypłacaniu środków), **ograniczenie liczby projektów przypadających na jednego opiekuna** oraz **rozdzielenie projektów na pracowników instytucji z uwzględnieniem zakresu tematycznego projektów (doprowadzenie do „specjalizacji” poszczególnych pracowników w danej dziedzinie tematycznej)**. Specjalizacja w danej tematyce, zdaniem badanych, wpływa na większą efektywność wdrażania Programu.

Dodatkowych informacji z zakresu dobrych praktyk dostarcza analiza desk research z zakresu wniosków o dofinansowanie. W jej wyniku udało się zidentyfikować następujące dobre praktyki:

- **Zastosowanie "marketingu wirusowego" (*viral*) w zakresie działań świadomościowych (Działanie 5.1 Programy profilaktyczne).** Jeden z beneficjentów założył w ramach projektu opracowanie form graficznych dystrybuowanych na portalach społecznościowych. Z założenia charakter tychże form miał za zadanie intrygować, a dzięki temu, doprowadzić do dalszego rozsyłania (udostępniania) treści pomiędzy dalszymi użytkownikami portalu. Działanie wsparte zostało (w celu zwiększenia zasięgu oddziaływania) kampanią reklamową w social media z udziałem osób opiniotwórczych. Jako pierwowzór tego typu dobrych praktyk wskazać można brytyjską kampanię "Know your lemons", mającą na celu promocję profilaktyki antynowotworowej. Działania tego typu są szczególnie przydatne właśnie w promocji profilaktyki, gdyż oferując niestandardową formę, zaowocować mogą znacznym zwiększeniem zasięgu kampanii (w porównaniu do standardowych form promocji).
- Po części związany z poprzednią dobrą praktyką, jest również pomysł dotyczący **szerokiego wykorzystania infografik w ramach rekrutacji do udziału w programach profilaktycznych (Działanie 5.1)**. Infografiki w analizowanym przypadku zamieszczone zostały na stronie internetowej będącej jednocześnie miejscem zgłoszeń do udziału w projekcie. Rekrutacja w tym przypadku odbywała się za pośrednictwem umieszczonej na portalu ankiety, wspartej infografikami, które w znacznie większym stopniu „przemawiają” do świadomości potencjalnych uczestników projektu, aniżeli „suchy tekst”, który mógłby nie zachęcić wystarczająco do wzięcia udziału w projekcie.
- **Wykorzystanie do rekrutacji uczestników (badania profilaktyczne, tj. Działanie 5.1) street-workerów.** W przypadku badań profilaktycznych, szczególnie istotnym elementem jest dotarcie do osób, które od wielu lat nie brały udziału w tego typu badaniach. Tradycyjne formy promocji nie są skuteczne wobec niektórych środowisk społecznych, do których trafić można właśnie na zasadzie działań oddolnych, bezpośrednio w środowisku osób zagrożonych chorobami, których dotyczą badania profilaktyczne realizowane w ramach projektu. W przypadku zidentyfikowanego projektu, zakładał on zlecenie tego typu działań

organizacji posiadającej doświadczenie w prowadzeniu tego typu, oddolnych akcji edukacyjnych.

Wśród rekomendowanych metod promocji tych rozwiązań respondenci badania IDI wskazywali na dzielenie się nimi podczas forum *Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia*. Badani sugerowali również organizację spotkań i warsztatów, w trakcie których zaprezentować swoje rozwiązania mogłyby osoby zaangażowane w realizację najbardziej efektywnych projektów. Pojawiły się również opinie dotyczące potrzeby informowania o dobrych praktykach za pośrednictwem Facebooka. Ze strony ewaluatora, sugestia ta wydaje się wartościowa, a cykliczne publikowanie tego typu informacji np. za pośrednictwem np. fanpage'a IP byłoby trafnym rozwiązaniem i umożliwiłoby dotarcie z informacją do osób zainteresowanych.

Realizowanie programów typu PO WER skutkuje powstaniem rozwiązań problemów zdrowotnych i organizacyjnych, które mogą być stosowane w wielu miejscach w Polsce. Istotne jest zatem, żeby przygotować takie formy informacji o nich, aby potencjalni naśladowcy mogli w przystępny sposób z nich korzystać. Istotą sukcesu sprawdzonego rozwiązania jest jego szeroka implementacja. Aby to uzyskać można wykorzystać następujące formy promowania istniejących dobrych praktyk:

1. **Podręcznik dobrych praktyk** – do ściągnięcia ze stron MZ. Zalecanym rozwiązaniem mogłoby być przygotowanie na stronie zdrowie.gov.pl w formie infografik i filmów instruktażowych zachęcających do zapoznania się i skopiowania już zastosowanego rozwiązania. Strona zdrowie.gov.pl jest ogólnie dostępna zatem wszystkie zainteresowane podmioty – w tym szczególnie samorządowe- mogłyby się na bieżąco zapoznawać z tym działaniem które przyniosły sukces.
2. **Przygotowanie prezentacji ciekawych programów profilaktycznych zrealizowanych z V OP PO WER** na płytach CD i dołączanie ich do periodyków wydawanych przez Izby. Takie działanie miałoby na celu zainteresowanie lekarzy możliwością zainicjowania w podmiocie samorządowym, w którym pracują działań na rzecz wykorzystania środków unijnych do szerzenia programu promocji i profilaktyki zdrowia
3. **Przygotowanie strategii PR**, mającej na celu wprowadzenie materiałów przygotowanych przez MZ i inne podmioty w obszar zainteresowania mediów społecznościowych, szczególnie tych powiązanych ze środowiskiem samorządowym, profilaktyka i promocja zdrowia oraz wspierających koprodukcję w usługach społecznych w tym zdrowotnych
4. **Przygotowanie repozytorium wiedzy o adresach internetowych stron**, na których można się zapoznać i prześledzić wszystkie fazy rozwiązywania problemu przygotowane jako dobre praktyki, które uzyskały pozytywną rekomendację AOTMiT

5. **Wizyty studyjne** przedstawicieli samorządu terytorialnego w miejscach, w których przygotowano i zrealizowano programy profilaktyczne rekomendowane przez AOTMiT.
6. Proponujemy, aby w ramach toczącej się właśnie debaty „Wspólnie dla Zdrowia” zastanowić się nad poświęceniem jednego spotkania problemom **dyfuzji wiedzy i uczenia się zarówno przez zarówno przez sukces jak i przez porażkę**. Sukces jest często omawiany i propagowany, zatem istotne byłoby także przyjrzenie się tym projektom, które nie odniosły pełnego sukcesu i zidentyfikowanie mechanizmów, które o tym zdecydowały. Propagowanie wiedzy na temat potencjalnych zagrożeń jest równie ważne jak identyfikowanie determinantów sukcesu.
7. **Utworzenie specjalnej strony internetowej (bądź zakładki w istniejących witrynach) prezentujące tego typu dobre praktyki** na zasadzie analizy *case study* w podziale na poszczególne działania V OP PO WER.

Warto też zaznaczyć, że zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań⁴⁴, beneficjenci wsparcia udzielanego w ramach V OP PO WER pozyskują informacje głównie za pośrednictwem prasy branżowej. Warto więc uwzględnić to źródło informacji w procesie promocji dobrych praktyk (np. w postaci odniesienia do opublikowanego podręcznika dobrych praktyk).

3.4.4. Jakie mechanizmy zapewniane przez MZ / Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia sprzyjają trafnemu i skutecznemu wdrażaniu Działań V OP PO WER? Czy, a jeśli tak to jakie mechanizmy zwiększające trafność i skuteczność Działań V OP PO WER można zaproponować?

W większości przypadków respondenci badania IDI nie posiadali wiedzy w zakresie mechanizmów stosowanych przez MZ/Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, zapewniających trafne i skuteczne działanie V OP PO WER. Sytuacja ta wynika z faktu braku udziału tychże respondentów w posiedzeniach Komitetu Sterującego. Niemniej, wśród pojawiających się opinii szczególnie podkreślono istotę prowadzenia dialogu. Wszelkie spotkania podczas których prowadzona jest dyskusja dotycząca wsparcia, w tym w szczególności z udziałem IZ i IP, wpływa znacznie na trafność oferowanego wsparcia. W tym zakresie podkreślano rolę spotkań Komitetu Sterującego, grup roboczych powoływanych w celu wypracowania zakresu programów profilaktycznych czy też warsztatów organizowanych przez MZ z członkami Komitetu Monitorującego w celu opracowania rocznych planów działań. Wg opinii ewaluatora, **szczególny nacisk położony powinien zostać właśnie na wydarzenia związane z konsultowaniem rocznych planów działań**. To właśnie z niewłaściwego rozplanowania naborów w danym roku w największym stopniu wynikają problemy

⁴⁴ Ocena trafności i skuteczności systemu komunikacji oraz wyliczenie wskaźników monitorujących realizację działań informacyjno-promocyjnych PO WER, MR, 2017 r. s.40.

z przeładowaniem obowiązkami osób zaangażowanych w weryfikację wniosków, z czego wynikają niemal wszystkie wskazywane przez badanych (zarówno beneficjentów jak i przedstawicieli IP) problemy z właściwym wdrażaniem działań w ramach V OP PO WER.

Warto też zwrócić uwagę na opinie beneficjentów poddanych badaniu CATI. Poprzez konieczność przejścia przez ścieżkę aplikacyjną, mogą bowiem dysponować cennymi spostrzeżeniami dotyczącymi działalności (w tym stosowanych mechanizmów) Ministerstwa Zdrowia. Jak już wspomniano we wcześniejszej części analizy, aż 82% badanych beneficjentów pozytywnie oceniło sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER. Negatywne opinie, mogące stanowić o potrzebie zastosowania mechanizmów nastawionych na zwiększenie trafności i skuteczności Działań V OP PO WER, opierały się o trudności wynikające z okresowego nawarstwienia się obowiązków pracowników IP i wynikający z tego braku czasu, skutkujący np. opóźnieniami w bieżącym kontakcie z instytucją czy w rozliczaniu wniosków o płatność.

Warto również zwrócić uwagę na opinie uczestników panelu ekspertów. Podkreślili oni istotną rolę KS w prawidłowej koordynacji działań m.in. w ramach V OP PO WER. Ich zdaniem, to właśnie szeroki zakres członków KS sprawia, że wsparcie jest trafne i skuteczne. Wynika to z faktu wsparcia w tym zakresie Ministerstwa Zdrowia przez podmioty z różnych środowisk (instytucje centralne i regionalne), co pozwala na koordynowanie działań również na szczeblu regionalnym poprzez ich zatwierdzanie bądź eliminowanie, co daje tym samym realny wpływ na zmiany w kształcie systemu (informacje te potwierdza również analiza desk research⁴⁵). Jednocześnie, eksperci zwrócili uwagę na **potrzebę prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych, w zakresie podkreślenia istotnej roli KS i efektów jego działań.**

Do rekomendacji, to można by się zastanowić, czy nie wzmocnić uzyskanych wyników badań, o to, że KS prawidłowo wypełnia w tej chwili rolę „stanowiącą” w administracji dot. decentralizacji. Czyli Ministerstwo jest w tej formule scentralizowanej jednostki, a KS z uwagi na to, że wykorzystuje osoby z różnych środowisk, z różnych instytucji i z różnych poziomów regionalnego „władztwa” dopuszcza właśnie tę decentralizację. Dzięki temu co się dzieje w trakcie obrad KS, wszystkie podmioty zaangażowane w realizację zadań mają możliwość wpływania na kształt systemu.

ŹRÓDŁO: PANEL EKSPERTÓW

⁴⁵ OCENA REALIZACJI PLANÓW DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA – ETAP II, s. 115.

Uczestnicy panelu ekspertów odnieśli się również do kwestii kryteriów wyboru projektów, stosowanych w ramach V OP PO WER. Ich zdaniem, nie należy w tym zakresie wprowadzać żadnych zmian.

Wydaje mi się, że dotychczasowe zasady w równym stopniu premią wszystkie podmioty, które starają się o środki na realizację projektów. Ja nie potrafię wskazać modyfikacji, które mogłyby poprawić efektywność procesu.

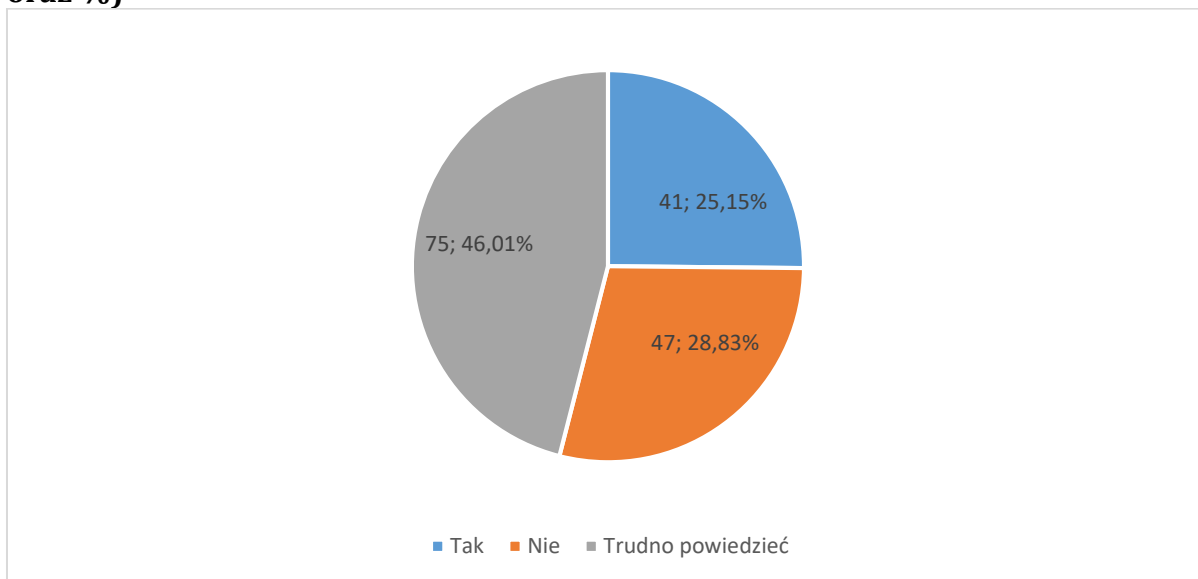
ŹRÓDŁO: PANEL EKSPERTÓW

Wielu dodatkowych wniosków dostarcza natomiast przeprowadzona analiza desk research, wsparta opinią ewaluatora. Plan Działania na 2019 rok, przyjęty Uchwałą Nr 55/2018/O Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 3 października 2018 r. w sprawie przyjęcia *Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2019 w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 – 2020* uwzględnia ważne wyselekcjonowane na ten rok problemy zdrowotne i edukacyjne takie jak: profilaktyka nowotworów wątroby oraz szkolenia przedstawicieli zawodów medycznych i okołomedycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Plan przygotowywany na rok 2020 z uwagi na dynamicznie zachodzące zmiany powinien zostać wzbogacony o wskazany już wcześniej **rozwój szkoleń nastawionych na tworzenie profesjonalistów z tzw. krzyżującymi się kompetencjami (skill mix)**. Podkreślić należy także potrzebę konieczności monitorowania i permanentnej modyfikacji sektorowych aktywności, szczególnie w ujęciu regionalnym, tak aby podejmowane działania rzeczywiście odpowiadały pojawiającym się potrzebom.

3.4.5. Czy współpraca z innymi instytucjami funkcjonującymi w sektorze / resorcie zdrowia, a jeśli tak – to w jakim stopniu ma przełożenie na trafność, efektywność i skuteczność Działań wdrażanych w ramach V OP PO WER?

Respondenci badania CATI (beneficjenci) zostali poproszeni o wskazanie, czy realizacja ich projektów uwzględniała aspekt współpracy z innymi instytucjami funkcjonującymi w sektorze ochrony zdrowia. Fakt ten potwierdził co czwarty badany, wskazując przy tym na współpracę z przychodniami, szpitalami, MZOZ, ZOZ, NFZ, uczelniami i laboratoriami. Z kolei brak prowadzenia tego typu współpracy uzasadniany był brakiem takiej potrzeby (zdecydowana większość uzasadnień dotyczyła właśnie tego aspektu) czy też brakiem takiego wymogu.

Rysunek 26. Czy realizacja projektu uwzględniała współpracę z innymi instytucjami funkcjonującymi w sektorze ochrony zdrowia? (liczba respondentów oraz %)

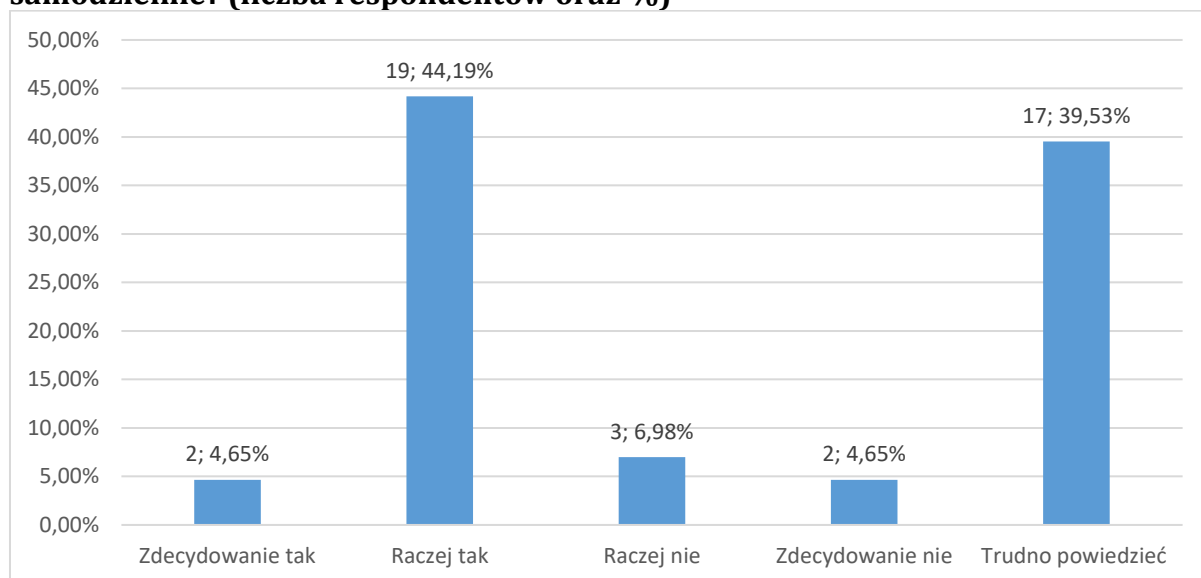


Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Uzupełnieniem powyższej kwestii było pytanie postawione beneficjentom, którzy zadeklarowali podejmowanie tego typu współpracy. A mianowicie, poproszono ich o ocenę, czy ich zdaniem współpraca ta pozwoli na osiągnięcie lepszych efektów niż w sytuacji, gdyby projekt był realizowany samodzielnie. Znaczna część badanych (48,84%) udzieliła odpowiedzi pozytywnej. Warto zauważyć, że istotność podejmowania współpracy podkreślana jest już na etapie składania wniosków o dofinansowanie, gdzie wśród kryteriów premiujących znalazły się kryteria dotyczące nawiązywania partnerstw na potrzeby projektu⁴⁶. Stosunkowo wysoki udział (blisko 40%) przypadł na osoby nie posiadające zdania w tym zakresie.

⁴⁶ Plan działań na rok 2018, Ministerstwo Zdrowia.

Rysunek 27. Jak Pan/i ocenia, czy wspomniana współpraca pozwoliła Państwu na osiągnięcie lepszych efektów niż w sytuacji, gdyby realizowali Państwo projekt samodzielnie? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, $n=40$ ze względu na filtr respondentów, którzy deklarowali prowadzenie współpracy w ramach projektu

Jako uzupełnienie tej kwestii posłużyć mogą wyniki badania IDI. Respondenci odnosząc się do kwestii współpracy z innymi instytucjami funkcjonującymi w resorcie/sektorze zdrowia zauważyli, że aspekt ten jest fundamentalny dla trafności oferowanego wsparcia. Plany działań w sektorze zdrowia konsultowane są z odpowiednimi komórkami odpowiadającymi m.in. za merytorykę: w przypadku szkoleń konsultacje prowadzone są z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w przypadku kwestii kształcenia pielęgniarek jest to Departament Pielęgniarek i Położnych itd. Zdaniem badanych, bez tego typu współpracy wdrożenie odpowiednich działań byłoby w zasadzie niemożliwe, a departament odpowiedzialny za wdrażanie tych form wsparcia byłby pozbawiony wymaganego wsparcia merytorycznego. Prócz ww. departamentów niezwykle cenne, zdaniem badanych, w kontekście planowania i wdrażania form wsparcia są również konsultacje prowadzone z instytutami badawczymi, ekspertami, NFZ, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia itd.

Inną formą współpracy są szkolenia i dyskusje organizowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie opracowywanych programów profilaktycznych. Korzyści z tego typu współpracy są obopólne, gdyż z jednej strony IP pozyskuje wiedzę dotyczącą właściwego sposobu opracowania tychże programów, a sama Agencja dowiaduje się o specyfice EFS i ograniczeniach w zakresie grup docelowych.

Do kwestii współpracy odnieśli się również uczestnicy panelu ekspertów, szczególnie pozytywnie odnosząc się do współpracy na linii IP-IZ, podkreślając tworzenie pewnego rodzaju „sieci”, wypracowującej wspólnie pożądane rozwiązania.

Uzyskane wyniki ewaluacji potwierdziły, że konieczna jest współpraca na różnych poziomach (IP- IZ, IP- beneficjenci). Aby efektywnie wdrażać projekt należy kierować się potrzebami lokalnej populacji wyrażonymi w regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych, statystykach społeczno-demograficznych z danego regionu oraz informacjami zbieranymi przez podmioty działające w systemie ochrony zdrowia np. NFZ, MZ.

Niezbędne są również szerokie konsultacje społeczne prowadzone przez IP, w których uczestniczą potencjalni bezpośredni beneficjenci instytucjonalni, a także pacjenci, ich rodziny czy instytucje wspierające potencjalnych odbiorców wsparcia (np. POZ), lekarze, pielęgniarki.

Należałoby wprowadzić do agendy toczącej się w Polsce debaty, zainicjowanej przez Ministra Zdrowia „Wspólnie dla Zdrowia” temat finansowania działań EFS w ochronie zdrowia i skonfrontować go z bardzo szerokim gremium odbiorców: profesjonalistami medycznymi, samorządowcami, naukowcami, kadrą zarządzającą podmiotami leczniczymi.

Ewidentnym pozytywnym instrumentem było szerokie wykorzystanie map zdrowotnych, których wykorzystanie wpłynęło na trafność, efektywność i skuteczność działań wdrażanych w ramach V OP PO WER rozwiązań. **Mapy zdrowotne były szczególnie istotne w obszarze zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych** (a w szczególności: tworzeniu i zakupów przez NFZ; tworzeniu wojewódzkich priorytetów w ochronie zdrowia, tworzeniu kryteriów oceny ofert składanych w procedurze kontraktowania świadczeń). Tutaj zwrócić należy uwagę na pozytywne skutki powiązania (na poziomie ustawowym) efektów mapowania potrzeb zdrowotnych z działaniami podejmowanymi przez płatnika. Art. 131 b pkt 1 (UoSZ) wprowadza obowiązek tworzenia przez OW NFZ planów zakupów świadczeń, uwzględniających regionalną mapę potrzeb zdrowotnych oraz stopień dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konkretnym województwie. Oprócz zoperacjonalizowania wykorzystania map uzyskano także ujednolicenie dokumentacji i zwiększenie transparentności systemu kontraktowania świadczeń w konsekwencji obowiązku publikacji. Dodatkowo należy podkreślić znaczenie konieczności wskazania maksymalnej liczby podmiotów, jaka może być zakontraktowana na danym terenie dla racjonalnego rozmieszczenia zasobów i tworzenia dostępu do świadczeń. Następnym pozytywnym aspektem wynikającym z wdrożenia omawianego instrumentu jest fakt, iż mapy potrzeb zdrowotnych przyczyniają się do lepszego formułowania przez wojewodów priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej (art. 95c UoSZ). Wskazane przez władze wojewódzkie priorytety regionalnej polityki zdrowotnej muszą być uwzględniane przez OW NFZ w planie zakupów świadczeń. Drugim ważnym obszarem było tworzenie przez Ministerstwo Zdrowia polityk zdrowotnych. **Mapy potrzeb zdrowotnych wspierają decydentów w procesie formułowania priorytetów polityk zdrowotnych i przyczyniają się do budowania dialogu pomiędzy zaangażowanymi interesariuszami.** Tutaj podkreślenia wymaga to, że dzięki mapom zdrowotnych możliwe jest ustalenie wspólnego stanowiska, opartego na

wiedzy, a nie intuicji. Mapy mogą być także wykorzystywane jako podstawa do budowania scenariuszy zmian, np. przy odpowiednio elastycznie zdefiniowanym modelu prognostycznym istnieje możliwość przygotowania oceny wariantowej proponowanych zmian i wybrania najbardziej realistycznego. Z uwagi na fakt, iż mapy potrzeb zdrowotnych są zarówno instrumentem diagnozującym aktualną sytuację, jak i podstawą do formułowania priorytetów w ochronie zdrowia oraz służą jako podstawa do weryfikacji zamierzeń inwestycyjnych ich znaczenie dla racjonalnego tworzenia rozwiązań systemowych jest nie do przecenienia. **Mapy są także narzędziem nadzoru merytorycznego w systemie ochrony zdrowia ustawodawcy, płatnika oraz konsultantów medycznych w ochronie zdrowia (krajowych i wojewódzkich).**

Szczególny wpływ współpracy na właściwe zarządzanie projektami i ich wdrażanie ma właściwy sposób zaplanowania wsparcia, co w dużej mierze opiera się na odpowiednio opracowanych Planach Działań. Zgodnie z wnioskami płynącymi z raportu częściowego *Ocena realizacji Planów Działań w sektorze zdrowia – etap I*, Plany te opracowane są w trafny sposób, właśnie głównie dzięki współpracy – uzgadnianiu ich na forum *Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia*. Wśród członków Komitetu znajduje się m.in. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Cyfryzacji, strona samorządowa (IZ RPO) oraz organizacje spoza administracji i partnerzy właściwi w zakresie ochrony zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Narodowy Funduszy Zdrowia⁴⁷. Wydaje się jednak, że **wartym rozważenia byłby fakt rozszerzenia wpływu organizacji pozarządowych na prace KS**. Podobny wniosek został jednak już wcześniej sformułowany w ramach innych prowadzonych badań⁴⁸.

3.4.6. Czy istnieją procedury związane z wdrażaniem / realizacją projektów specyficzne dla V OP PO WER, które stanowią szczególne obciążenie administracyjne dla IP? Jeżeli tak, to jak należy je usprawnić, aby nie generowały problemów?

W zakresie procedur związanych z wdrażaniem / realizacją projektów specyficznych dla V OP PO WER, które stanowią szczególne obciążenie administracyjne badani (badanie IDI) wskazywali na (podejmowany również w innych częściach prowadzonych wywiadów) **problem konieczności uzyskiwania każdorazowej akceptacji opracowanych programów profilaktycznych ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**. Respondenci zaznaczyli, że problem ten został po części rozwiązany dzięki prowadzeniu szkoleń przez pracowników tejże Agencji dla osób opracowujących ww. programy. Niemniej, aspekt ten można by jeszcze usprawnić

⁴⁷ Skład Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

⁴⁸ *Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności w Polsce*, s. 135.

poprzez utworzenie katalogu gotowych programów profilaktycznych, których realizacja nie wymagałaby już wydania nowej opinii przez ww. podmiot.

Poza tym wskazywano na problemy natury prawnej, np. problem powierzania nowych obowiązków (wynikających z zakresu danego projektu, w ramach Działania 5.4) lekarzom pracującym na kontrakcie (konflikt pomiędzy przepisami Prawa Pracy a regulacjami zatrudniania lekarzy w świetle wytycznych dotyczących kwalifikowalności). Warto w tym miejscu uszczegółowić, na czym polega tenże problem. Na personel projektu składają się wszystkie osoby zaangażowane do realizacji zadań w ramach projektu, tj. w szczególności osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy (dotyczy umowy o pracę, mianowania, powołania, wyboru i spółdzielczej umowy o pracę) lub stosunku cywilnoprawnego (np. umowa zlecenia, umowa o dzieło), osoby samozatrudnione (tj. osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, które są beneficjentami danego projektu i jednocześnie stanowią personel tego projektu), osoby współpracujące w rozumieniu *ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.) oraz osoby świadczące usługi w formie wolontariatu w rozumieniu *ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* (Dz. U. z 2014 r., poz. 1118, z późn. zm.).

Należy pamiętać, iż definicja ta odnosi się do całego personelu projektu, nie tylko do personelu administracyjnego (ujętego w kosztach pośrednich), ale również do personelu ujętego w zadaniach merytorycznych. **Kluczowe dla stwierdzenia, czy dana osoba stanowi personel projektu jest określenie, czy osoba ta wykonuje zadania osobiście.** O ile przy zatrudnianiu osób na podstawie stosunku pracy czy umowy zlecenia bądź o dzieło problem interpretacyjny nie powinien wystąpić, to może się on pojawić przy osobach fizycznych prowadzących działalność gospodarczą (w takiej sytuacji są pracownicy kontaktowi). Osobiste wykonywanie zadań należy bowiem odróżnić od zlecania usług podmiotom gospodarczym w ramach projektu. Jeżeli umowa zawierana jest z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą jako personelem projektu, niezbędne jest nałożenie obowiązku osobistej realizacji umowy na osobę prowadzącą przedmiotową działalność gospodarczą. Wówczas należy w sposób wyraźny i jednoznaczny nałożyć w zapisach umowy obowiązek realizacji umowy przez konkretną osobę. Jednocześnie w celu wyeliminowania wszelkich wątpliwości co do osobistej realizacji wykonywanej przez personel projektu umowy, należałoby w sposób jednoznaczny i precyzyjny wyłączyć zarówno możliwość podzlecania usług nią objętych osobom trzecim, jak i wskazać konkretną osobę, która miałaby realizować umowę. Przy tym, w umowie zawieranej z personelem projektu należy wskazać wszystkie obowiązki personelu, na przykład obowiązek prowadzenia protokołu godzin i zadań, czy też zobowiązanie do nieprzekraczania 276 godzin zaangażowania zawodowego miesięcznie. Należy podkreślić, iż postanowienia umowy wskazujące osobę, która osobiście miałaby wykonywać zadania po stronie wykonawcy są całkowicie dopuszczalne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa krajowego. **Tym samym, personel projektu stanowią osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą bez względu na to,**

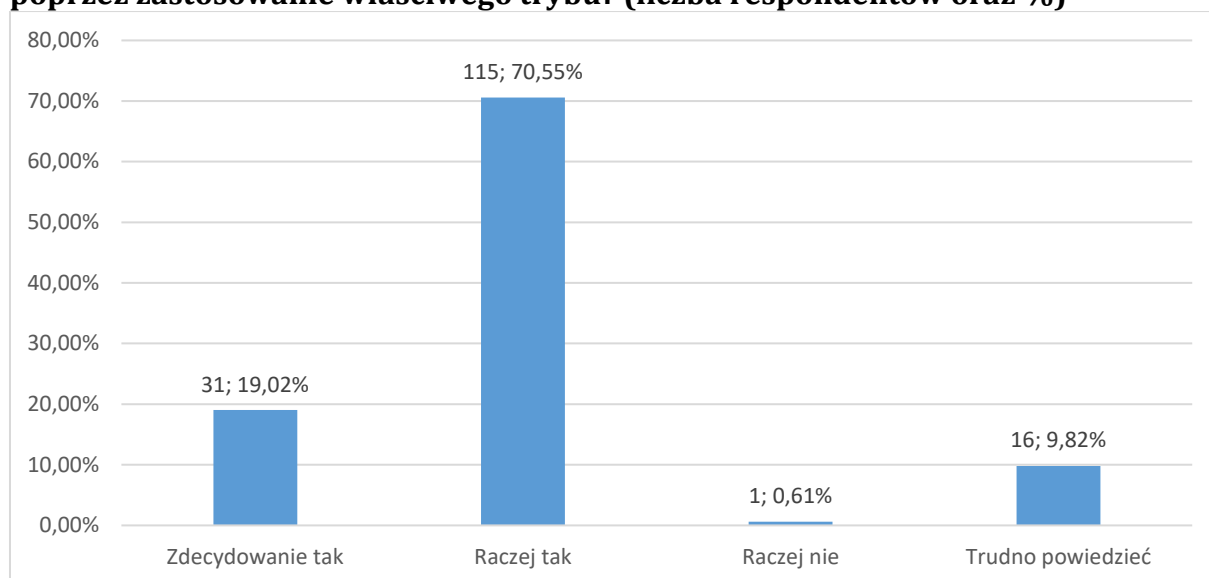
czy zatrudniają one pracowników czy nie, pod warunkiem osobistego wykonywania zadań przez te osoby. Zatem, jeżeli osoba prowadząca działalność gospodarczą będzie wykonywać osobiście pracę na rzecz projektu, będzie uwzględniona jako personel projektu; w przypadku gdy osoba prowadząca działalność gospodarczą otrzyma zlecenie np. na realizację badania i będzie to realizować z wykorzystaniem swoich pracowników lub wykonawców zewnętrznych, mówimy o zlecaniu usługi, a nie osobistym wykonywaniu zadań typowym dla personelu projektu.

Reasumując, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą może być personelem projektu, gdy jest beneficjentem tego projektu. Innymi słowy, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą jest personelem swego projektu. O takiej osobie w Wytycznych mówi się, że jest to osoba samozatrudniona. W przypadku zaangażowania się osoby samozatrudnionej w swój projekt, żadna umowa nie będzie zawarta. Dlatego też, koszt zaangażowania osoby samozatrudnionej jest kwalifikowalny. Zatem, to instytucja organizująca konkurs przed zatwierdzeniem wniosku o dofinansowanie powinna potwierdzić racjonalność kosztu zaangażowania osoby samozatrudnionej oraz sposób rozliczania przez tę osobę kosztów jej zaangażowania w swój projekt lub podpisać z nią umowę według powyższych wyjaśnień (musi to być umowa zawierająca klauzulę osobistego wykonywania pracy ze wszystkimi restrykcjami takiego zapisu).

3.4.7. Czy projekty wybierane są poprzez zastosowanie właściwego trybu? W jakich wypadkach należałoby zastosować inny tryb?

O ocenę w zakresie właściwości trybu wyboru projektów w ramach V OP PO WER poproszeni zostali w pierwszej kolejności respondenci badania CATI (beneficjenci wsparcia). Brak wątpliwości co do zastosowania właściwego trybu wyboru wskazało aż niemal 90% badanych. Pozostali respondenci głównie nie mieli zdania w tym temacie (9,82%), a jedynie jeden respondent zgłosił w tym zakresie wątpliwość, argumentując to jednak zastosowaniem nieproporcjonalnego, w opinii respondenta, podziału na makroregiony w Działaniu 5.1 (co jednak nie odnosi się do sedna pytania, tj. trybu wyboru projektów).

Rysunek 28. Czy, Pana/i zdaniem, projekty w ramach V OP PO WER wybierane są poprzez zastosowanie właściwego trybu? (liczba respondentów oraz %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań CATI z beneficjentami, n=163

Z ww. pozytywnymi opiniami zgodzili się również respondenci badania IDI. Ich zdaniem również tryby wyboru projektów są właściwe. Podkreślono, że zdecydowana większość projektów wybierana jest w formule konkursowej, zapewniającej odpowiednią efektywność ich wyboru oraz bezstronność w tym procesie (wybór odbywa się na podstawie ogólnie ustalonych kryteriów). Co więcej, w uzasadnionych sytuacjach zmieniany był tryb wyboru projektów. Sytuacja taka miała miejsce w przypadku opieki koordynowanej, w przypadku której z początku planowano tryb konkursowy, lecz ostatecznie, ze względu na uwagę systemową, za zgodą KE zmieniono tryb na pozakonkursowy, ustanawiając NFZ beneficjentem rozdzielającym dalej środki podmiotom leczniczym w postaci projektów grantowych. Jednakże badani nie zauważyli potrzeby analogicznych zmian w przypadku pozostałych rodzajów oferowanego wsparcia V OP PO WER i pozytywnie ocenili zastosowane w niej tryby wyboru. Pojawiły się jednakże sugestie (powiązane z problemem wskazanym przez jednego z badanych beneficjentów) odnośnie do potrzeby zniesienia podziału na makroregiony w Działaniu 5.1. Programy profilaktyczne. Podział ten wpływa niekiedy na ograniczenia w wykorzystaniu przyznanej alokacji i ogranicza możliwość ubiegania się o wsparcie przez podmioty zlokalizowane w niektórych regionach kraju. Respondent zaznaczył, że podział ten wprowadzono dopiero w 2018 r. i to właśnie od tego roku odnotowano problemy w wykorzystaniu alokacji (wcześniej zainteresowanie przewyższało przewidzianą w tym zakresie kwotę, a po wprowadzeniu formuły rundowej z wykorzystaniem podziału na 6 makroregionów, nie udało się wykorzystać połowy z tych środków).

4. Analiza SWOT

W niniejszym podrozdziale zaprezentowana została analiza SWOT w zakresie realizacji PI dedykowanych zdrowiu w PO WER i celów szczegółowych V OP PO WER.

Tabela 16. Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
✓ PI dedykowane zdrowiu oraz cele szczegółowe V OP PO WER kompleksowo odpowiadają na wyzwania i potrzeby określone w ogólnokrajowych dokumentach strategicznych w obszarze zdrowia ✓ Dzięki trafnemu mapowaniu potrzeb zdrowotnych podjęte działania w znacznym stopniu przyczyniają się do poprawy sytuacji w sektorze ochrony zdrowia ✓ Wystarczająca wysokość środków w ramach alokacji ✓ Dobry poziom aktualnej realizacji zakładanych wartości wskaźników (już na tę chwilę zrealizowano część z nich) ✓ Wysokie zainteresowanie beneficjentów ✓ Dotychczasowe doświadczenie beneficjentów w pozyskiwaniu i rozliczaniu funduszy unijnych ✓ Fachowa, sektorowa wiedza beneficjentów w zakresie realizowanych projektów ✓ Fachowa, sektorowa wiedza IP w zakresie wdrażanego wsparcia ✓ Dobrze dobrane kryteria oceny projektów ✓ Zgodność przyznawanego wsparcia ze stawkami rynkowymi ✓ Bardzo mały udział beneficjentów zgłaszających występowanie barier w realizacji projektów ✓ Bieżące reagowanie na problemy przez IP i wprowadzanie koniecznych	✓ Niekorzystne rozplanowanie naborów w ramach rocznych planów działań, skutkujące paraliżem prac IP ✓ Długi czas rozpatrywania wniosków i oczekiwania na odpowiedź w ramach bieżącego kontaktu z opiekunami projektu ✓ Konieczność każdorazowego opiniowania programów profilaktycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ✓ Ujęcie wielu zawodów w ramach jednej grupy „innych zawodów medycznych”, prowadzące do ich marginalizacji w kontekście oferowanego wsparcia ✓ Zastosowany od 2018 r. podział na 6 makroregionów i formułę rundową naborów w ramach Działania 5.1. Programy profilaktyczne, skutkujący niewykorzystaniem alokacji (eksperti sugerowali zmianę metody naboru wniosków np. na nabór o charakterze otwartym, do momentu wyczerpania przeznaczonych na to działanie środków) ✓ Konieczność dostosowywania się do zapisów Ustawy o zamówieniach publicznych, skutkująca niekiedy opóźnieniami w realizacji projektów bądź potrzebą wprowadzania zmian w ich zakresie ✓ Wsparcie w zakresie dialogu społecznego i społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia jako jedyne ocenione

zmian (np. zmiana trybu wyboru projektów, sposobu weryfikacji wniosków) ✓ Współpraca w ramach realizowanych projektów (skutkująca lepszymi efektami realizacji)	zostało przez niektórych badanych w sposób negatywny (pod względem jego skuteczności) - ocenę tę podparto przekonaniem o braku wpływu tegoż wsparcia na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych ✓ Długi czas obiegu informacji w podmiotach administracji publicznej ✓ Wzrost zachorowań na choroby przewlekłe ✓ Nadal niewystarczające nakłady na ochronę zdrowia ✓ Problem niedoboru pracowników medycznych ✓ Społeczne i medyczne efekty postępującego procesu starzenia populacji ✓ Negatywne efekty częstych reform systemowych
Szanse	Zagrożenia
✓ Utworzenie katalogu gotowych programów profilaktycznych (Działanie 5.1) nie wymagających opiniowania ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ✓ Pilotażowy charakter działań w ramach V OP PO WER skutkujący wysokim prawdopodobieństwem wykorzystania wypracowanych w ten sposób rozwiązań w ramach przyszłych modeli świadczenia usług podstawowej opieki zdrowotnej (wpływ na cały sektor ochrony zdrowia) ✓ Możliwość zwiększenia zatrudnienia wśród opiekunów projektów ✓ Rozplanowanie naborów w ramach rocznych planów działań przy zapewnieniu konsultacji z osobami odpowiedzialnymi za weryfikację wniosków w praktyce	✓ Długi okres wymagany do publikacji danych statystycznych negatywnie wpływa na aktualność danych wykorzystanych na potrzeby mapowania potrzeb zdrowotnych, co może doprowadzić do dezaktualizacji zidentyfikowanych problemów i, co za tym idzie, oferowanego wsparcia ✓ Podział na makroregiony w przypadku Działania 5.1, który z jednej strony sprawia, że alokacja nie jest w pełni wykorzystywana, a z drugiej pozbawia część zainteresowanych potencjalnych beneficjentów dostępu do wsparcia (eksperti sugerowali zmianę metody naboru wniosków np. na nabór o charakterze otwartym, do momentu wyczerpania przeznaczonych na to działanie środków, a respondent badania IDI sugerował powrót do zasad naboru sprzed 2018 r.)

✓ Propagowanie zidentyfikowanych dobrych praktyk (w zakresie przyjętym w niniejszym dokumencie) ✓ Dialog między IP i IZ w zakresie oferowanego wsparcia ✓ Największym zagrożeniem dla życia Polaków są choroby układu krążenia⁴⁹, stąd szczególna szansa na poprawienie się tej sytuacji poprzez prowadzone obecnie działania w ramach V OP PO WER ✓ Zwiększenie efektywności sektora ochrony zdrowia dzięki wprowadzonemu od 2019 r. obowiązkowi prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej⁵⁰	✓ „Nasycenie” sektora ochrony zdrowia funduszami unijnymi, skutkujące słabnącym zainteresowaniem POZ i lekarzy/pielęgniarek udziałem w kolejnych projektach ✓ Dalsze niekorzystne rozplanowywanie naborów w ramach rocznych planów działań skutkować może nawarstwianiem się obowiązków i, wynikającymi z tego, negatywnymi opiniami beneficjentów w kontekście tempa weryfikacji wniosków i sprawności bieżącego kontaktu ✓ Niski poziom wynagrodzeń opiekunów projektów prowadzić może do odejścia wykwalifikowanych i doświadczonych pracowników (przy czym doświadczenie tego typu stanowi bardzo cenny zasób, a zastąpienie takiego pracownika wymaga nabycia praktyki) ✓ Brak możliwości dalszego upraszczania wzorów wniosków i dokumentów ✓ Proces starzenia się populacji, wpływający zarówno na wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne⁵¹, jak również na problem spadającej liczby osób wykonujących zawody medyczne⁵².
--	---

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

⁴⁹ Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, NIZP-PZH.

⁵⁰ Obowiązek wynika z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

⁵¹ Przybyłka A., *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*.

⁵² Kautsch M., *Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce*.

5. Wnioski i rekomendacje

Tabela 17. Wnioski i rekomendacje

L.p.	Treść wniosku (nr stron/y w raporcie)	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia	Klasa rekomendacji	Status rekomendacji
1.	Brak czasu lekarzy i niechęć POZ do oddelegowywania pracowników (przede wszystkim lekarzy) do udziału w projektach szkoleniowych wpływa na opóźnienia we wdrażaniu Działań V OP PO WER (Działanie 5.4). Brak chęci do udziału w podnoszeniu swoich kwalifikacji wynika również z „przesycenia” rynku tego typu wsparciem, tworząc sytuację, w której lekarze uczestnicząc już w innych szkoleniach dofinansowanych ze środków unijnych, nie są chętni do wzięcia udziału w kolejnej formie kształcenia (str. 55-59, 66, 74-75)	Rekomenduje się wprowadzenie szeregu zmian, zarówno w formie sugerowanych zmian w regulaminach wynagradzania stosowanych w POZ, jak i działań informacyjno-motywacyjnych: 1. informowanie o korzyściach które może uzyskać lekarz w przypadku kiedy w jego placówce zostanie zatrudniony nowy typ pracownika – edukator/promotor zdrowia pełniący także obowiązki koordynatora (NFZ), 2. Wprowadzenie zmian w regulaminach wynagradzania (POZ) w zakresie możliwości przyznania pracownikowi nagrody pieniężnej za uzyskanie odpowiedniej liczny punktów i odbytych na czas szkoleń oraz preferencji podczas typowania do awansu(MZ); 3. Zwiększenie liczby punktów edukacyjnych za udział w szkoleniach (MZ); 2. rekomendowanie wprowadzenia zmian w regulaminach wynagradzania (POZ) w zakresie możliwości przyznania pracownikowi nagrody pieniężnej za uzyskanie odpowiedniej liczny punktów i odbytych na czas	IP PO WER, NFZ	1. Przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych o korzyściach które może uzyskać lekarz w przypadku kiedy w jego placówce zostanie zatrudniony nowy typ pracownika – edukator/promotor zdrowia pełniący także obowiązki koordynatora (NFZ), 2. Wprowadzenie zmian w regulaminach wynagradzania (POZ) w zakresie możliwości przyznania pracownikowi nagrody pieniężnej za uzyskanie odpowiedniej liczny punktów i odbytych na czas szkoleń oraz preferencji podczas typowania do awansu(MZ); 3. Zwiększenie liczby punktów edukacyjnych za udział w szkoleniach (MZ);	31.12.2019 r.	Rekomendacja horyzontalna strategiczna	Rekomendacja zatwierdzona w całości

		szkoleń oraz preferencji podczas typowania do awansu; 3. zwiększenie liczby punktów edukacyjnych za udział w szkoleniach; 4. zwiększenie liczby szkoleń w formie online i e-learningu; 5. wprowadzenie możliwości dodatkowego finansowania dla lekarzy rodzinnych za uzyskane nowe kwalifikacje. W ramach budżetu zadaniowego (powierzonego) lekarz rodzinny uzyskiwałby uprawnienia do zajmowania się określonymi przypadkami (wymaga stworzenia standardów kwalifikacji po zakończeniu kursów, docelowo powinien powstać nowy koszyk POZ, umożliwiający finansowanie świadczenia specjalistycznego na tym poziomie przez lekarza POZ w oparciu o certyfikat uzyskany na szkoleniu)		4. Zwiększenie liczby szkoleń w formie online i e-learningu(MZ); 5. Wprowadzenie możliwości dodatkowego finansowania dla lekarzy rodzinnych za uzyskane nowe kwalifikacje (MZ)			
2.	Zastosowany w 2018 r. podział na makroregiony w Działaniu 5.1. <i>Programy profilaktyczne</i> skutkował niewykorzystaniem pełnej alokacji oraz uniemożliwił niektórym zainteresowanym udziału w programie (str. 24, 63)	Zmiana zasad aplikowania w ramach Działania 5.1.	IP PO WER	Zastosowanie (w kontekście kolejnych naborów w ramach Działania 5.1, w przypadku dalszego pojawiania się problemu niewykorzystania alokacji) zasad aplikowania stosowanych przed 2018 r., tj. przed okresem wprowadzenia formuły	31.12.2019 r.	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja zatwierdzona w całości

				rundowej i podziału na 6 makroregionów. Rekomenduje się również rozważenie możliwości prowadzenia naboru o charakterze otwartym, do wyczerpania alokacji.			
3.	Konieczność weryfikacji programów profilaktycznych przez AOTMiT wydłuża proces realizacji projektów (str. 54, 88, 93)	Utworzenie katalogu gotowych programów profilaktycznych (Działanie 5.1) nie wymagających opiniowania ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	AOTMiT MZ	MZ powinno zwrócić się do AOTMiT z propozycją przygotowania katalogu gotowych programów profilaktycznych w taki sposób, aby zaproponowane działania były możliwe do modułowego wdrażania w różnych regionach Polski. Po stronie AOTMiT zostałaby kontrola spójności uzyskanych rezultatów z rekomendowanymi w gotowym zestawie programów. Działanie takie można zainicjować w trybie pozakonkursowych wykorzystując do tego środki PO WER.	31.12.2019 r.	Rekomendacja pozasystemowa (zewnętrzna)	Rekomendacja zatwierdzona w całości
4.	Ujęcie wielu zawodów w ramach jednej grupy „innych zawodów medycznych”, prowadzi do ich marginalizacji w kontekście	Zmiana podziału na grupy zawodów w ramach Działania 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych	IP PO WER	Rozdzielnie grupy „innych zawodów medycznych” i stworzenie oferty	31.12.2019 r.	Rekomendacja programowa	Rekomendacja zatwierdzona

	oferowanego wsparcia (np. diagnostów laboratoryjnych czy terapeutów środowiskowych). (str. 37, 62)			wsparcia skierowanej do poszczególnych grup zawodowych w ramach Działania 5.4 (m.in. skierowanej ku diagnostom laboratoryjnym i terapeutom środowiskowym)		operacyjna	w całości
5.	W ramach aktualnie wdrażanych Działań V OP PO WER nie znalazła się kategoria pracowników okołomedycznych, co stanowi pewnego rodzaju wyraźne pominięcie (w kontekście rozwoju takich kadr i ich kompetencji a także braków kadrowych typowych profesjonalistów medycznych) (str. 59-60)	Rozszerzenie zakresu wspieranych zawodów o przedstawicieli „zawodów okołomedycznych”	MZ	Rozszerzenie w ramach kolejnej perspektywy finansowej zakresu wspieranych zawodów o przedstawicieli „zawodów okołomedycznych” np. ratowników medycznych, fizjoterapeutów, dietetyków, terapeutów zajęciowych, higienistki, promotora zdrowia	2021 r.	Rekomendacja programowa strategiczna	Rekomendacja zatwierdzona w całości
6.	Wymuszona ekonomicznymi ograniczeniami racjonalizacja wydatków finansowych na opiekę zdrowotną, skutkuje często racjonalizacją zatrudnienia lub nadawaniem nowych kompetencji systemowych (medycznych i okołomedycznych) dla nowych grup profesjonalistów, co skutkuje zjawiskiem kompetencji krzyżujących się lub pojawianiem się nowych zawodów np. koordynator opieki medycznej, analityk danych medycznych itp. Jest to zjawisko	Dostosowanie przyszłych PD do zmieniających się potrzeb.	IP PO WER	Plan Działania przygotowywany na rok 2020 z uwagi na dynamicznie zachodzące zmiany powinien zostać wzbogacony o działania na rzecz rozszerzenia szkoleń przedstawicieli profesjonalistów medycznych działających w obszarze zdrowia psychicznego oraz rozwój szkoleń	31.12.2019 r.	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja zatwierdzona w całości

	rozpoznane w Europie jako krzyżujące się kompetencje. (str. 39-40)			nastawionych na tworzenie profesjonalistów z tzw. krzyżującymi się kompetencjami (skill mix). Należy również monitorować i bieżąco modyfikować sektorowe aktywności, szczególnie w ujęciu regionalnym, tak aby podejmowane działania rzeczywiście odpowiadały pojawiającym się potrzebom. Taki monitoring może być prowadzony na równi z mapowaniem potrzeb zdrowotnych. Dzięki wiedzy dotyczącej aktualnych potrzeb zdrowotnych możliwe jest również określenie zapotrzebowania w zakresie kadrowym oraz wymaganych kompetencji (w tym ich krzyżowania). Monitoring i ocenę w tym zakresie mogą prowadzić Regionalne Centra Zdrowia Publicznego.			
7.	Prowadzony w ramach PO WER system szkoleń, doszkalania zawodowego finansowany ze środków	Wprowadzenie zmian w zakresie części oferowanego wsparcia V OP PO WER oraz uaktualnienie	IP PO WER	Uwzględnienie w <i>Krajowych Ramach Strategicznych. Policy</i>	31.12.2019 r.	Rekomendacja program	Rekomendacja zatwier

	UE powinien uwzględniać nowe zjawiska, które powinny być także zobrazowane i ujmowane w dokumentach strategicznych takich jak Policy Paper. (str. 39-40)	<i>Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020</i>		<i>Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 zmian wynikających z utworzonej sektorowej ramy kwalifikacji dla zdrowia publicznego (nowe role – koordynator, promotor zdrowia, analityk danych osobowych itp.). Analogiczne zmiany dotyczyć powinny oferowanego w ramach V OP PO WER systemu szkoleń i doszkalania zawodowego.</i>		owa strategiczna	dzona w całości
8.	Bardzo niska znajomość beneficjentów w zakresie dobrych praktyk stosowanych w projektach V OP PO WER. (str. 94)	Identyfikacja i promocja dobrych praktyk stosowanych w projektach V OP PO WER.	IP PO WER	Promocja zidentyfikowanych dobrych praktyk: • zastosowanie "marketingu wirusowego" (viral) w zakresie działań świadomościowych. • szerokie wykorzystanie infografik w ramach rekrutacji do udziału w programach profilaktycznych. • wykorzystanie do rekrutacji uczestników (badania profilaktyczne, tj. Działanie 5.1) street-workerów.	31.12.2019 r.	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja zatwierdzona w całości

				• podział zespołu projektowego beneficjenta (pracującego przy realizacji danego projektu) na dwa działy, tj. zajmujący się działaniami stricte merytorycznymi oraz drugi, zajmujący się rozliczeniami projektu • weryfikacja wniosku o płatność przez jedną osobę • ograniczenie liczby projektów przypadających na jednego opiekuna oraz rozdzielenie projektów na pracowników instytucji z uwzględnieniem zakresu tematycznego projektów <i>Szerzej powyższe dobre praktyki oraz proponowane metody promocji opisane zostały na stronach 94-97.</i>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

6. Spis tabel i rysunków

Rysunek 1. Jak ogólnie ocenia Pan/i dofinansowanie uzyskane w ramach V Osi Priorytetowej PO WER? (liczba respondentów oraz %)	36
Rysunek 2. Czy, Pana/i zdaniem, rozdzielenie działań wdrażanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na programy profilaktyczne; działania ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych; wysoką jakość kształcenia na kierunkach medycznych; kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych zostało określone właściwie? (liczba respondentów oraz %)	41
Rysunek 3. Proszę ocenić zasadność realizacji projektów w poszczególnych obszarach wsparcia uwzględnionych w V OP PO WER (liczba respondentów oraz %)	43
Rysunek 4. Czy, Pana/i zdaniem, wsparcie dostępne dzięki Europejskiemu Funduszowi Społecznemu w ramach PO WER wpływa na wzmocnienie/ reformę sektora ochrony zdrowia? (liczba respondentów oraz %)	44
Rysunek 5. Czy, Pana/i zdaniem, dofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce ze środków unijnych (np. ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego) ma wpływ na jakość jego funkcjonowania? (liczba respondentów oraz %)	45
Rysunek 6. Czy kojarzy Pan/i działania zrealizowane ze środków unijnych w celu poprawienia sytuacji systemu ochrony zdrowia? (liczba respondentów oraz %)	46
Rysunek 7. Proszę ocenić wskazane działania/inwestycje (liczba respondentów oraz %)	46
Rysunek 8. W jakim stopniu podmiot, który Pan/i reprezentuje jest zainteresowany poszczególnymi obszarami wsparcia realizowanymi w ramach V OP PO WER? (liczba respondentów oraz %)	66
Rysunek 9. Biorąc pod uwagę wszystkie aspekty realizacji projektu, o których rozmawialiśmy, jak ogólnie ocenia Pan/i skuteczność realizacji projektu? (liczba respondentów oraz %)	67
Rysunek 10. Czy dofinansowanie, jakie otrzymali Państwo na realizację projektu okazało się wystarczające? (liczba respondentów oraz %)	68
Rysunek 11. Czy realizacja projektu przyniosła nieprzewidziane we wniosku o dofinansowanie efekty, pozytywne bądź negatywne? (liczba respondentów oraz %)	69
Rysunek 12. Czy czas przewidziany na realizację projektu okazał się dostateczny? (liczba respondentów oraz %)	70
Rysunek 13. Czy przed realizacją projektu w ramach V Osi Priorytetowej PO WER realizowali Państwo inne projekty współfinansowane ze środków Unii Europejskiej? (liczba respondentów oraz %)	71
Rysunek 14. Czy zasoby ludzkie, którymi Państwo dysponują, okazały się wystarczające do realizacji projektu? (liczba respondentów oraz %)	71
Rysunek 15. Czy istniały jakiegokolwiek ograniczenia dla osób niepełnosprawnych w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego przez Państwa projektu? (liczba respondentów oraz %)	77

Rysunek 16. Czy istniały jakiekolwiek ograniczenia w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego przez Państwa projektu ze względu na płeć? (liczba respondentów oraz %)	77
Rysunek 17. Czy istniały ograniczenia w dostępie do wsparcia w ramach realizowanego przez Państwa projektu dla jakiekolwiek innej grupy społecznej? (liczba respondentów oraz %)	78
Rysunek 18. Czy realizacja projektu przebiegała zgodnie z założonym harmonogramem? (liczba respondentów oraz %)	84
Rysunek 19. Czy udało się Państwo osiągnąć wszystkie zaplanowane wartości wskaźników? (liczba respondentów oraz %)	84
Rysunek 20. Na jakie bariery i trudności napotkali Państwo podczas realizacji projektu w ramach V OP PO WER? (liczba respondentów oraz %)	86
Rysunek 21. Jak ocenia Pan/i sposób zaplanowania i funkcjonowania systemu wdrażania V OP PO WER, w tym zdolność instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia do właściwego wypełniania roli Instytucji Pośredniczącej PO WER? (liczba respondentów oraz %)	89
Rysunek 22. Jak oceniają Państwo współpracę z opiekunem merytorycznym projektu? (liczba respondentów oraz %)	89
Rysunek 23. Jak ocenia Pan/i współpracę z Instytucją Pośredniczącą (Ministerstwem Zdrowia)? (liczba respondentów oraz %)	90
Rysunek 24. Jak ocenia Pan/i Ministerstwo Zdrowia jako Instytucję Pośredniczącą PO WER pod względem dostępności zasobów kadrowych? (liczba respondentów oraz %)	91
Rysunek 25. Czy potrafi Pan/i wskazać dobre praktyki w zakresie zarządzania projektami PO WER, które dotyczą obszaru zdrowia oraz osiąganych przez nie efektów? (liczba respondentów oraz %)	93
Rysunek 26. Czy realizacja projektu uwzględniała współpracę z innymi instytucjami funkcjonującymi w sektorze ochrony zdrowia? (liczba respondentów oraz %)	99
Rysunek 27. Jak Pan/i ocenia, czy wspomniana współpraca pozwoliła Państwu na osiągnięcie lepszych efektów niż w sytuacji, gdyby realizowali Państwo projekt samodzielnie? (liczba respondentów oraz %)	100
Rysunek 28. Czy, Pana/i zdaniem, projekty w ramach V OP PO WER wybierane są poprzez zastosowanie właściwego trybu? (liczba respondentów oraz %)	105

Tabela 1. Kryteria ewaluacyjne badania	14
Tabela 2. Analiza wniosków o dofinansowanie - rozkład próby	16
Tabela 3. Dobór beneficjentów do badania CATI - rozkład próby	18
Tabela 4. Zmiany w kwotach alokacji przypisanych do poszczególnych Działań V OP PO WER, w EUR	23
Tabela 5. Główne zadania realizowane w ramach dofinansowanych projektów V OP PO WER	24
Tabela 6. Przypisanie celów szczegółowych V OP PO WER do priorytetów inwestycyjnych	27

Tabela 7. Zbieżność celów operacyjnych Krajowych ram strategicznych, Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 z celami szczegółowymi V OP PO WER	28
Tabela 8. Kierunki interwencji określone w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), związane z obszarem zdrowia zbieżne z celami szczegółowymi V OP PO WER.....	29
Tabela 9. Zbieżność kierunków interwencji <i>Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020</i> z celami szczegółowymi V OP PO WER.....	33
Tabela 10. Główne zadania realizowane w ramach dofinansowanych projektów V OP PO WER	35
Tabela 11. Założone i osiągnięte wskaźniki produktu dla V OP PO WER, wg stanu na koniec 2017 r.	51
Tabela 12. Dotychczasowe i planowane nabory w ramach V OP PO WER.....	62
Tabela 13. Liczba i wartość projektów dofinansowanych w ramach V OP PO WER, projekty konkursowe i pozakonkursowe razem, w PLN, stan na 03.12.2018 r. (dla projektów konkursowych) oraz 05.08.2018 r. (dla projektów pozakonkursowych)	65
Tabela 14. Czynniki mające największy wpływ na skuteczność realizacji projektów w ramach V OP PO WER.....	72
Tabela 15. Nabory, wnioski i wartość umów oraz wniosków o płatność, V OP PO WER, lata 2015-2018, w PLN	80
Tabela 16. Analiza SWOT.....	106
Tabela 17. Wnioski i rekomendacje	109

7. Bibliografia

- Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój– wersja aktualnie obowiązująca oraz wersje archiwalne;
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego (wersja aktualnie obowiązująca oraz wersje archiwalne);
- Roczne Plany Działania PO WER 2014-2020 na lata 2015-2018 oraz projekt Roczno Planu Działania PO WER 2014-2020 na rok 2019;
- Sprawozdania z realizacji PO WER za lata 2015-2017;
- Decyzja wykonawcza KE nr C(2017) 8857 zmieniająca decyzję C(2014)10129 zatwierdzającą niektóre elementy programu operacyjnego „Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014-2020” dot. wsparcia z EFS i środków alokowanych na Inicjatywę na rzecz zatrudnienia ludzi młodych w ramach celu "Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia" w Polsce;
- Lista projektów realizowanych z FE (stan na 30.09.2018 r.) oraz Lista projektów wybranych do dofinansowania w trybie pozakonkursowym (stan na 05.08.2018 r.), www.funduszeuropejskie.gov.pl;
- Raport końcowy z nadania ewaluacyjnego pn. „Ocena obciążeń administracyjnych beneficjentów w trakcie cyklu trwania projektu w ramach wybranych krajowych i regionalnych programów operacyjnych perspektywy finansowej 2014-2020”, Warszawa 2018;
- Zmiany w Programie Wiedza Edukacja Rozwój!, www.power.gov.pl [data dostępu: 17.10.2018];
- Informacje na temat PO WER dostępne na stronach www.zdrowie.gov.pl/power oraz www.funduszeuropejskie.gov.pl/;
- „Materiał informacyjny dotyczący kwalifikowalności uczestników projektu Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020”;
- Dokumentacja konkursowa i projektowa, w tym regulaminy wszystkich przeprowadzonych naborów, planowane nabory konkursowe (www.power.gov.pl/strony/skorzystaj/harmonogramy-naborow-wnioskow) oraz wnioski o dofinansowanie wybranych projektów;
- Dane monitoringowe z systemu SL2014, zbierane na potrzeby realizacji projektów;
- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.);
- Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020;
- Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020;
- Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020;
- Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pt. „Ocena trafności i skuteczności stosowania kryteriów wyboru projektów w PO WER”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pt. „Ocena trafności i skuteczności systemu komunikacji oraz wyliczenie wskaźników monitorujących realizację działań informacyjno-promocyjnych PO WER;

- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pt. „Ocena szacunkowa (ex-ante) projektu Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER);
- Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych;
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny;
- Raport częściowy z badania ewaluacyjnego pn. „OCENA REALIZACJI PLANÓW DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA – ETAP I”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „OCENA REALIZACJI PLANÓW DZIAŁAŃ W SEKTORZE ZDROWIA – ETAP II”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności w Polsce”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Ewaluacja bieżąca projektów POWER - dzienne domy opieki medycznej”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych pracowników sektora zdrowia”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL;
- Sprawozdanie końcowe z realizacji Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena wpływu działań edukacyjnych na system ochrony zdrowia”;
- Raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”;
- Kautsch M., Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce;
- Przybyłka A., Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia;
- Walka z nowotworami i opieka onkologiczna w Polsce wobec wyzwań demograficznych i epidemiologicznych – propozycje rozwiązań, Instytut Ochrony Zdrowia;
- Dane statystyczne dotyczące sytuacji w polskiej służbie zdrowia z GUS (*Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*), OECD (*Profil systemu ochrony zdrowia 2017*), NIZP-PZH (Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania);
- Akty prawne w zakresie ochrony zdrowia:
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 2110);
 - Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. 2015 poz. 1916;
 - Ustawa o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (tzw. ustawa wdrożeniowa);
 - Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657;

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152;
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535.