



Fundusze
Europejskie



Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



EWALUACJA SPOSOBU WYBORU PROJEKTÓW W RAMACH IX OSI PRIORYTETOWEJ PROGRAMU OPERACYJNEGO INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO 2014-2020

Raport końcowy



ośrodek ewaluacji



Ośrodek Ewaluacji Sp. z o.o. – Lider konsorcjum
Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Rynku Pracy S-TO-S

Badanie ewaluacyjne współfinansowane z Funduszu Spójności.

Warszawa, 28 września 2017 r.

Streszczenie

Celem niniejszego badania była **ocena jakości zaplanowanego systemu wyboru projektów, ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów wyboru projektów stosowanych w ramach IX Osi Priorytetowej PO liŚ 2014-2020**, pod kątem ich trafności, skuteczności, efektywności i transparentności. Badanie przeprowadzono za pomocą pakietu metod ilościowych i jakościowych, w tym ankiety CATI z wnioskodawcami, ankiety CAWI z przedstawicielami Komitetu Sterującego, wywiadów grupowych z partnerami społecznymi i wnioskodawcami, wywiadów osobistych z przedstawicielami instytucji systemu wdrażania, wywiadów ITI z osobami oceniającymi wnioski, analizy statystycznej kart oceny z mini-studiami przypadku oraz analizy danych zastanych.

Badanie miało charakter ewaluacji on-going i zostało przeprowadzone w specyficznym momencie. Z jednej strony w momencie rozpoczęcia badania już zrealizowano szereg działań, które badacze mogli przeanalizować; z drugiej strony – nie planuje się już żadnych naborów konkursowych. Wiele ustaleń z ewaluacji nie będzie zatem mogło zostać wykorzystanych w odniesieniu do projektów wybieranych w trybie konkursowym, ale mogą zostać wykorzystane do wyboru projektów pozakonkursowych.

Badanie pokazało, że **konkursy zostały rozplanowane zgodnie z istniejącymi możliwościami**, a więc z dostosowaniem do stanu wypełniania warunku 9.3 Zdrowie w ramach warunkowości ex-ante – tj. opracowania Policy Paper oraz przygotowania map potrzeb zdrowotnych. Ta kwestia determinowała możliwość ogłaszania naborów, czyniąc wszelkie inne aspekty drugorzędnymi. W dalszej kolejności istotne znaczenie ma oczywiście dostępna alokacja i to, co jest z nią powiązane – konieczność spełnienia założeń ram wykonania.

Informacje o naborach były czytelne, dostęp do nich był powszechny, choć w ocenie wnioskodawców pochodzących z mniejszych podmiotów ważnym dopełnieniem działań informacyjnych mógłby być mailing do potencjalnych wnioskodawców, których katalog jest znany. **Najważniejszym źródłem informacji jest strona zdrowie.gov.pl** (zidentyfikowano pewne niedoskonałości, jeśli chodzi o komunikatywność) oraz kontakty telefoniczne z pracownikami IP. Zainteresowaniem cieszą się spotkania informacyjne organizowane w trakcie trwania naborów.

Treść i zakres regulaminów była odpowiednia do potrzeb, dokumenty były zrozumiałe, choć błędy popełniane przez wnioskodawców pokazują, że niektóre kwestie mogłyby być przedstawione w bardziej przejrzysty i jednoznaczny sposób. Co jednak istotne – widoczna jest poprawa przejrzystości dokumentów w kolejnych konkursach – **IP jest więc nastawiona na doskonalenie swoich działań**. Z punktu widzenia wnioskodawców większym problemem niż sam regulamin jest **wniosek o dofinansowanie – trudny, skomplikowany, zawierający wiele zbędnych z ich punktu widzenia (ale też z punktu widzenia pracowników i ekspertów) pytań**. Instrukcja wypełniania wniosku, choć z konkursu na konkurs bardziej szczegółowa, nie spełnia właściwie swojej roli – jest napisana jeszcze bardziej hermetycznym językiem niż regulamin, powtarza treść pytań, odwołuje się do innych dokumentów. Dużym problemem jest niski – w stosunku do wymagań osób oceniających – limit znaków na kluczowe odpowiedzi na pytania wniosku, **brakuje jednoznacznej wykładni co do roli studium wykonalności w procesie oceny**. W procedurze aplikacyjnej wymaga się **zbyt wielu załączników** – część z tych dokumentów jest dostępna publicznie. Przy bardzo dużym formalizmie (duże znaczenie parafek i pieczętek) i ograniczonym zakresie wykorzystania nowoczesnych narzędzi komunikacji stanowi to duże obciążenie wnioskodawców.

System kryteriów jest w pełni zgodny z zapisami „Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, z rekomendacjami Komitetu Sterującego, z założeniami i celami IX Osi i w pełni odpowiada logice interwencji IX Osi. Zgodność projektów z mapami potrzeb zdrowotnych i z Wojewódzkimi Planami Działania Systemu Ratownictwa Medycznego jest badana obligatoryjnie (odpowiednio do typu projektu).

Trzeba jednak stwierdzić, że **kryteria mają ograniczony wpływ na wskaźniki realizacji Osi, w tym na wskaźniki ram wykonania**, a to dlatego, że wskaźniki są produktowe, kryteria zaś odnoszą się do jakości wspieranych podmiotów i celowości planowanych przez te podmioty inwestycji – co należy zdecydowanie ocenić jako słuszne. Również dynamika wydatkowania nie jest zależna od wskaźników, a od terminów ogłaszania naborów, które zależne były od spełnienia warunkowości ex-ante. W badaniu nie zidentyfikowano kryteriów pominiętych; **za zbędne natomiast można uznać te, które nie mają związku z charakterem interwencji** (typu zgodność ze Strategią Morza Bałtyckiego czy wpływ na zmiany klimatu).

Wszystkie wybrane do dofinansowania projekty spełniły kryteria odnoszące się do stosowania **polityk horyzontalnych** – jednak zauważalne jest, że spełnianie tych wymogów traktowane jest jako zbędne i dające się wypełnić przez wpisanie kilku standardowych zdań.

O tym, czy kryteria miały wpływ na realną jakość projektów będzie się można przekonać po zakończeniu projektów – na obecnym etapie mamy do czynienia z obietnicami, których złożenie jest warunkiem uzyskania dofinansowania.

Jakość definicji kryteriów jest ogólnie dobra, choć wskazano wiele szczegółowych niedoskonałości. Co ważne – jakość ta jest coraz wyższa z konkursu na konkurs.

Czas i metody oceny są generalnie właściwe, aczkolwiek wnioskodawcy sugerują wydłużenie terminu na uzupełnienia ze względu na konieczność zaangażowania zespołu pracowników mających na co dzień inne zadania. Sugerują także wprowadzenia możliwości poprawiania przez IP oczywistych pomyłek pisarskich, co pozwoli uniknąć ponownego drukowania obszernej dokumentacji i przyspieszy ocenę.

W systemie wyboru nie ma szczególnych rozwiązań skłaniających do składania projektów innowacyjnych (choć można wskazać pewne pro-innowacyjne kryteria), ale też nie ma takich założeń w IX Osi. Jeśli chodzi o komplementarność, to służy jej koordynacja EFSI przez Komitet Sterujący.

System oceny i wyboru jest za bezstronny i przejrzysty.

Zasoby ludzkie zaangażowane w podproces oceny i wyboru projektów są wystarczające, choć okresowo, przy realizacji wielu naborów jednocześnie, **występują nadmierne obciążenia pracowników**, a zwłaszcza sekretarzy KOP. **Brakuje spotkań członków KOP**, podczas których można byłoby wyjaśniać najważniejsze wątpliwości i wymieniać wiedzę – ich brak wynikał z ograniczonego czasu, a także faktu, że eksperci są z różnych miast. Z tego względu dobrą formą uspołnienia wiedzy wszystkich członków KOP byłby „podręcznik” dla oceniającego, wskazujący gdzie szukać odpowiedzi niezbędnych do oceny danego kryterium (w jednym z konkursów przygotowano taki podręcznik i było to dobrze odebrane).

W Osi IX nie ma systemów informatycznych umożliwiających składanie wniosku. Utrudnia to ocenę formalną i merytoryczną. Kwestia ta powinna być rozwiązana od początku wdrażania PO liŚ przez IZ; na obecnym etapie nie ma byłoby to już racjonalne.

Przeprowadzone badanie prowadzi do wniosku, że stosowane kryteria gwarantują wybór projektów w największym możliwym stopniu przyczyniających się do realizacji celu szczegółowego IX OP PO liŚ, PI 9a oraz wskaźników rzeczowych, w tym sformułowanych na potrzeby ram wykonania, z wyjątkiem wskaźnika finansowego. Przyjęty system wyboru sprzyja prawidłowemu wdrażaniu IX Osi, choć pewne niedoskonałości zostały zidentyfikowane – w raporcie wskazano sposoby ich poprawy.

W wyniku badania sformułowano następujące **wnioski i rekomendacje** (szczegółowo wskazane w tabeli rekomendacji):

- Strona zdrowie.gov.pl stanowiąca główne źródło informacji jest niewystarczająco komunikatywna. Ponadto nie jest to wystarczające źródło by można było mówić o powszechnym dostępie informacji o naborach. Wskazano sposoby poprawy dotarcia z informacjami o naborach i poprawy

komunikatywności strony;

- Formularz wniosku o dofinansowanie jest zbyt skomplikowany i nadmiarowy, jeśli chodzi o interwencję w IX Osi, do tego w procesie aplikowania wymagana jest bardzo duża liczba załączników, a także wiele zbędnych czynności formalnych – niezbędne jest uproszczenie wymaganej dokumentacji i ułatwienie wnioskodawcom jej przygotowania m.in. dzięki lepszej jakości instrukcjom;
- Zbyt krótkie są terminy uzupełnienia wniosku w trakcie oceny – optymalnie powinno to być min. 10 dni roboczych;
- Kryterium „Zgodność ze Strategią Morza Bałtyckiego” nie ma związku z interwencją IX Osi; spełnienie kryterium wymaga jedynie pomysłowości wnioskodawcy – zaproponowano usunięcie kryterium;
- Kryterium efektywności energetycznej w obecnej formie jest nieadekwatne do projektów z zakresu ochrony zdrowia i nie spełnia swojej głównej roli – nie różnicuje wyników oceny. Z tego względu zaproponowano alternatywnie: usunąć kryterium lub doprecyzować je i dążyć do jednolitego rozumienia pojęć przez wnioskodawców i oceniających;
- Nie ma narzędzi uspoźnienia wiedzy między osobami oceniającymi wnioski - konieczne jest ich stworzenie.

Summary

The aim of this study was to assess the quality of the planned system of project selection, with particular emphasis on the criteria of project selection applied within the 9th Priority Axis of the Operational Programme Infrastructure and Environment 2014-2020 (hereinafter referred to as OP I&E), in terms of their relevance, effectiveness, efficiency and transparency. The study was conducted through a package of quantitative and qualitative methods, including CATI questionnaires with applicants, CAWI surveys with representatives of the Steering Committee, group interviews with social partners and applicants, personal interviews with representatives of the institutions of the implementation system, ITI interviews with assessors, statistical analysis of project assessment fiches with mini-case studies as well as desk research analysis.

The study was an on-going evaluation and was carried out at a specific moment in time. On the one hand, a number of activities were already carried out at the time of the start of the study, which the researchers could have analysed; on the other hand, no calls for applications have been planned anymore. Many of the evaluation findings will therefore not be applicable to projects selected through calls for applications, but can be used for the non-competitive project selection.

The study proved that the calls for applications had been planned according to the existing possibilities, i. e. in line with the state of fulfilment of condition 9.3 (Health) under ex-ante conditionality, i.e. development of the Policy Paper and elaboration of the health needs' maps. This issue has determined the possibility of announcing calls for applications, making any other aspects secondary. The next important issue is the available allocation and (what's related to the allocation) - the need to meet the objectives of the performance framework.

The information on the calls for applications was clear and widely available, although in the opinion of applicants from smaller institutions, a mailing to potential applicants whose catalogue is known could be an important complement to the information measures. The most important source of information was the health.gov.pl website (although some imperfections in terms of communication have been identified) as well as telephone contacts with the employees of the Intermediate Body. The informational meetings organised during the calls for applications were also popular among the applicants.

The content and scope of the Terms of Reference for the calls were appropriate, the documents were understandable, although errors made by applicants prove that some issues could be presented more clearly and unambiguously. What is important, however, is that there was an improvement in the transparency of documents in subsequent competitions – the Intermediate Body is therefore focused on improving its activities. From the applicants' point of view, the application for funding is more problematic than the regulations itself - it is difficult, complicated and contains many questions which are unnecessary from the point of view of the applicants (but also from the point of view of employees and assessors). The instruction for filling in the application form fundamentally does not fulfil its role (although it was more and more detailed in subsequent competitions). It is written in an even more hermetic language than the Terms of Reference, repeats the content of the questions, and refers to other documents. A certain problem (in relation to the requirements of the assessors) is a low limit of marks for key answers to the questions of the application. There is no clear interpretation as to the role of the feasibility study in the assessment process. Too many annexes are required in the application procedure - some of these documents are publicly available. With very high formalism (large importance of signatures and stamps) and limited use of modern communication tools, this places a heavy burden on applicants.

The system of criteria is fully in line with the provisions of the National Strategic Framework. The "Policy Paper for Health Protection 2014-2020", the recommendations of the Steering Committee as well as with the objectives and objectives of Axis IX. It also follows fully the intervention logic of Axis IX. Compatibility of the projects with health

needs maps and Regional Action Plans of the Medical Rescue System is examined on an obligatory basis (according to the project type).

However, it should be stated that the criteria have a limited impact on the Axis implementation indicators, including the performance framework indicators, because the indicators measure the outputs, while the criteria refer to the quality of the supported institutions and the purpose of the investments planned by these entities (this approach should definitely be assessed as right). Also, the dynamics of spending does not depend on indicators, but on the dates of announcing calls for applications, which in turn were dependent on the ex-ante conditionality. The study did not identify any omitted criteria; instead, unnecessary ones have been identified – mainly the criteria which are not related to the nature of the intervention (e.g. compliance with the Baltic Sea Strategy or impact on climate change).

All projects selected for co-financing met the criteria relating to the application of horizontal policies - however, it is noticeable that meeting these requirements is treated by the applicants as unnecessary and easy to fulfil through general descriptions in the application.

Whether the criteria have had an impact on the real quality of the projects is to be determined after the projects have been completed - at this stage we are dealing with the applicants' promises that are a prerequisite for obtaining funding.

The quality of the criteria definitions is generally good, although a number of specific shortcomings have been identified. Importantly, this quality has been getting higher in subsequent competition.

The timing and methods of the project assessment are generally appropriate, although applicants suggest that the deadline for completion should be extended due to the need to involve a team of staff burdened with different tasks on a daily basis. They also suggest that the Intermediate Body should be able to correct obvious typing mistakes, which would enable to avoid the re-printing of extensive documentation and to speed up the assessment process.

In the selection system there are no specific solutions inducing the submission of innovative projects (although some pro-innovative criteria can be indicated), but there are no such assumptions in Axis IX. As far as complementarity is concerned, EFSI's coordination by the Steering Committee is useful.

The assessment and selection system is regarded as impartial and transparent.

The human resources involved in the process of project assessment and selection are sufficient, although in the periods of many calls for applications at the same time, there is an excessive burden on staff and in particular on the secretaries of the Project Assessment Committee. There are no meetings of the Project Assessment Committee members where the most important issues could be clarified and knowledge exchanged - the lack of such meetings was due to the limited time available and the fact that experts are from different cities. For this reason, a "handbook" for the assessors would be a good way to make the knowledge of all the Project Assessment Committee members coherent, indicating where to look for the answers necessary to assess a given criterion (in one of the calls for applications, a handbook was prepared and it was well received).

Axis IX does not have IT systems for submitting applications. This makes formal and substantive assessment difficult. This issue should have been solved from the beginning of OP I&E implementation by the MA; at this stage, it would no longer be rational.

The study concludes that the criteria used guarantee the selection of projects, contributing to the greatest extent possible to the achievement of the specific objective of Axis IX, OP Investment Priority 9a and the indicators, including the performance framework indicators, with the exception of the financial indicator. The adopted selection system is conducive to the correct implementation of Axis IX, although certain weaknesses have been identified - the report indicates ways to improve them.

As a result of the study, the following conclusions and recommendations were formulated (detailed in the table of recommendations):

- The health.gov.pl website as the main source of information is not sufficiently communicative. Moreover, it is not a sufficient source for public access to information on calls for proposals. Ways of improving access to information on the calls as well as improving the website's features have been identified.
- The application form is too complicated when it comes to intervention in Axis IX, and a very large number of annexes are required during the application process, as well as many unnecessary formal activities - it is necessary to simplify the required documentation and make it easier for applicants to prepare the application, e. g. through better instructions;
- The deadline for completing the application during the evaluation is too short - it should optimally be min. 10 working days;
- The criterion "Compliance with the Baltic Sea Strategy" has no relevance to the intervention of Axis IX; meeting the criterion requires only ingenuity of the applicant - it has been proposed to remove the criterion;
- The energy efficiency criterion in its current form is inadequate to health projects and does not fulfil its primary role - it does not differentiate the assessment results. For this reason, it is proposed to remove the criterion or clarify it and to work towards a common understanding of the concepts by applicants and assessors;
- There are no tools to make the knowledge of the assessors of proposals more coherent - they need to be created.

Spis treści

Streszczenie	1
Summary	4
Wykaz skrótów	8
1. Wprowadzenie	9
2. Opis koncepcji badania.....	10
2.1. Cele badania i kryteria ewaluacyjne.....	10
2.2. Zastosowane metody badawcze.....	11
3. System wyboru projektów	12
4. Działanie systemu wyboru projektów	18
4.1. Planowanie konkursów	18
4.2. Ogłaszanie konkursów i nabór wniosków	21
4.3. Ocena i wybór projektów.....	30
4.3.1. System kryteriów wyboru projektów	31
4.3.2. Działanie podprocesu oceny i wyboru projektów.....	50
4.3.3. Zasoby alokowane do realizacji podprocesu oceny i wyboru projektów.....	62
4.4. Protesty.....	66
5. Rekomendacje.....	68
6. Spis tabel	71
7. Spis wykresów	71

Wykaz skrótów

Skrót:	Należy rozumieć jako:
ADZ	Analiza danych zastanych
AKO/CS	Analiza statystyczna kart oceny z mini-studiami przypadków
CATI	Wywiady kwestionariuszowe telefoniczne
CAWI	Ankieta online
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
FGI	Zogniskowany wywiad grupowy
IDI	Pogłębiony wywiad indywidualny
IOK	Instytucja Organizująca Konkurs
IP	Instytucja Pośrednicząca
IŻ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
KE	Komisja Europejska
KJE	Krajowa Jednostka Ewaluacji
KM	Komitet Monitorujący
KOP	Komisja Oceny Projektów
KS	Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji z Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia
MR	Ministerstwo Rozwoju
MZ	Ministerstwo Zdrowia
PE	Panel ekspertów
PI	Priorytet inwestycyjny
PO liŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020
SOPZ	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
WE	Warsztat ekspercki

1. Wprowadzenie

Niniejszy raport dotyczy badania pn. „Ewaluacja sposobu wyboru projektów w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020”, zrealizowanego przez konsorcjum podmiotów w składzie: Ośrodek Ewaluacji Sp. z o.o. i Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Rynku Pracy S-TO-S w okresie lipiec – wrzesień 2017 roku.

Skuteczność, trafność i efektywność programu zdeterminowane są przez wybór projektów spójnych z celami i logiką interwencji. By proces wyboru projektów przebiegał prawidłowo, kryteria wyboru projektów powinny być obiektywne, zrozumiałe, trafne i łatwo weryfikowalne oraz nie generujące zbędnych i nieuzasadnionych kosztów przygotowania wniosków o dofinansowanie projektów przez projektodawców. Kryteria muszą również gwarantować dokonanie wyboru projektów, które będą dostarczać produkty i rezultaty zgodne z celami osi priorytetowej, powiązanymi wskaźnikami i ramami wykonania. Ponadto system wyboru projektów powinien w sposób sprawny zapewniać wyłonienie najlepszych projektów do dofinansowania.

Właściwy dobór kryteriów jest kwestią niezwykle istotną, ponieważ od trafności i jakości projektów wybranych do realizacji zależy w dużej mierze efektywność i skuteczność realizacji całego programu operacyjnego. Prawidłowo dobrane kryteria powinny:

- zapewnić, że operacje przyczynią się do osiągnięcia celów szczegółowych i rezultatów odpowiednich priorytetów,
- być niedyskryminacyjne i przejrzyste oraz
- promować równość mężczyzn i kobiet oraz pozostawać w zgodności z zasadą zrównoważonego rozwoju.

Obiektywne, zrozumiałe, trafne i łatwo weryfikowalne kryteria wyboru projektów, wpisujące się w realizację celów programu, powinny służyć rzetelnej ocenie projektów i jednocześnie być pomocą dla potencjalnych beneficjentów, tj. jasno odzwierciedlać warunki, jakie musi spełniać projekt, aby uzyskać wsparcie. Jednocześnie przejrzysty system wyboru projektów, wraz z transparentną i bezstronną oceną, przyczynia się do sprawnego wdrażania programu i ułatwia osiągnięcie celów programu.

Wyniki niniejszej ewaluacji mają służyć zwiększeniu trafności w wyborze projektów, które w największym stopniu przyczyniają się do realizacji celu szczegółowego IX Osi Priorytetowej. *Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia*, wdrażanej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (dalej: PO IiŚ), którym jest: zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej, a co za tym idzie – realizacji Celu Tematycznego nr 9 oraz Priorytetu Inwestycyjnego 9a (Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych).

Odpowiednio zaprojektowany system wyboru i oceny projektów powinien gwarantować osiągnięcie oczekiwanych rezultatów IX OP PO IiŚ 2014-2020, a zatem – zgodnie z zapisami Programu – przyczynić się do poprawy świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym. Skuteczność wdrażania Programu determinowana jest przez wybór projektów spójnych z celami i logiką interwencji. Obiektywne, trafne i prawidłowo zaprojektowane kryteria powinny służyć właściwej ocenie wniosków i pozwalać na wybór jedynie projektów zgodnych z ww. założeniami programu. Jednocześnie powinny one być pomocą (a nie utrudnieniem) dla potencjalnych beneficjentów przy przygotowywaniu projektów poprzez precyzyjne określenie wymogów, jakie musi spełnić projekt, aby otrzymać wsparcie.

2. Opis koncepcji badania

2.1. Cele badania i kryteria ewaluacyjne

Celem badania była ocena jakości zaplanowanego systemu wyboru projektów, ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów wyboru projektów stosowanych w ramach IX Osi Priorytetowej PO liŚ 2014-2020, pod kątem ich trafności, skuteczności, efektywności i transparentności.

Cel główny badania realizowano poprzez zastosowanie następujących kryteriów ewaluacji:

- trafność, rozumianą jako:
 - ocena stopnia, w jakim kryteria są zgodne z:
 - zapisami istniejących w obszarze zdrowia regulacji prawnych i zapisów dokumentów strategicznych/programowych, w tym m.in. rozporządzenia ogólnego, Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020 oraz Krajowych Ram Strategicznych. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020,
 - uchwałami Komitetu Sterującego do spraw interwencji EFSI w sektorze zdrowia (m.in. właściwym Planem działań w sektorze zdrowia),
 - istniejącymi potrzebami i priorytetami zdrowotnymi (określonymi w mapach potrzeb zdrowotnych)
 - oraz
 - są wysokiej jakości (obiektywne, mierzalne – w przypadku kryteriów merytorycznych, weryfikowalne, jednoznaczne i precyzyjne, spójne ze sobą, a także poprawne merytorycznie),
 - a także
 - ocena sposobu organizacji procesu naboru i oceny projektów w kontekście:
 - odpowiedniego rozplanowania terminów ogłaszania konkursów,
 - podziału dostępnej alokacji,
 - zapewnienia w IP właściwego potencjału administracyjnego oraz organizacji pracy etc.);
- skuteczność (rozumianą jako ocena stopnia, w jakim definiowanie i stosowanie kryteria oraz organizacja procesu naboru, oceny i wyboru projektów przez IP gwarantują wybór projektów w największym możliwym stopniu przyczyniających się do realizacji celu szczegółowego IX OP PO liŚ, PI 9a oraz wskaźników rzeczowych (produktu, rezultatu bezpośredniego), w tym sformułowanych na potrzeby ram wykonania);
- efektywność (rozumianą jako ocena stosunku nakładów finansowych / kadrowych / czasowych poniesionych na funkcjonowanie systemu wyboru i oceny projektów do uzyskanych rezultatów, tj. jakości projektów wybranych do dofinansowania, a także ocena możliwości realizacji określonych celów finansowych, w tym wskaźników finansowanych sformułowanych na potrzeby ram wykonania);
- transparentność (rozumianą jako ocena zasad naboru, oceny i wyboru projektów pod kątem zapewnienia równego dostępu oraz jawności, przejrzystości i obiektywizmu zastosowanych procedur ogłaszanych konkursów, naboru, oceny i wyboru projektów do dofinansowania).

2.2. Zastosowane metody badawcze

W ramach badania wykorzystane zostały różne, uzupełniające się metody badawcze, zarówno jakościowe, jak i ilościowe. Metody badawcze zostały tak zaprojektowane, aby dostarczyć możliwie pogłębionych i trafnych odpowiedzi na pytania kluczowe i w ten sposób osiągnąć założone cele badania.

Tabela 1. Zestawienie metod i technik badawczych

Metoda ilościowo-jakościowa	Wielkość próby
Analiza danych zastanych	Zgodnie z wykazem w aneksie metodologicznym, p. 6.1.1
Analiza statystyczna kart oceny z mini-studiami przypadku	Karty z oceny 50 wniosków; 3 studia przypadku
Metody ilościowe	
Wywiady telefoniczne (CATI) z wnioskodawcami (potencjalnymi beneficjentami) i beneficjentami IX OP	100
Ankieta online (CAWI) z przedstawicielami (członkami, obserwatorami stałymi i na zaproszenie lub ich zastępcami) instytucji reprezentowanych w ramach Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji z EFSI w obszarze zdrowia	51
Metody jakościowe	
Wywiady pogłębione (IDI, diada, triada) z przedstawicielami instytucji zaangażowanych w realizację IX Osi Priorytetowej PO liŚ 2014-2020	6 osób
Zogniskowane wywiady grupowe (FGI) z wnioskodawcami (potencjalnymi beneficjentami) i beneficjentami IX OP oraz członkami i partnerami społecznymi z KM PO liŚ	Odpowiednio – 6 i 4 osoby
Warsztat ekspercki z pracownikami IP oceniającymi wnioski o dofinansowanie OP IX PO liŚ i	5 uczestników warsztatu
Wywiady telefoniczne z ekspertami	10 wywiadów telefonicznych

Źródło: opracowanie własne

Pełny opis zastosowanej metodologii przedstawiono w aneksie.

Wyniki badania prezentujemy zgodnie z kolejnymi etapami jego realizacji:

- Opis systemu: Jakie są cele i funkcje systemu oraz jego uwarunkowania?
- Analiza działania systemu: Jak działa system?
- Wnioskowanie, w tym zidentyfikowane problemy;
- Rekomendacje: Jakie alternatywne rozwiązania można zaproponować dla usprawnienia systemu?

3. System wyboru projektów

System wyboru projektów jest ważnym składnikiem teorii wdrażania wpisującym się w logikę interwencji. Celem systemu wyboru projektów jest wyłonienie takich projektów (*działań*), które sfinansowane z programu (*nakłady*) przyniosą *produkty* przyczyniające się do powstania oczekiwanych *efektów*. A zatem w przedstawionej logice chodzi o to, aby kryteria wyboru projektów **doprowadziły do wyboru projektów optymalnych z punktu widzenia logiki interwencji i celów PO liŚ 2014-2020**. Kryteria to integralny element modelu logicznego, który stymuluje zakres interwencji realizowanej w ramach Osi IX PO liŚ w celu uzyskania pożądanej zmiany.

Ocena systemu wyboru projektów i systemu kryteriów wyboru projektów, które są przedmiotem niniejszej ewaluacji, wymaga zdefiniowania obu systemów¹. System to elementy (obiekty, instytucje, w systemach abstrakcyjnych – np. pojęcia) i relacje między nimi². Systemy wyodrębnia się m.in. ze względu na ich funkcjonalność. W naszym przypadku funkcjonalność tę określa cel systemu wyboru projektów i procesy zachodzące w systemie. A więc w tym przypadku system składa się z:

- elementów systemu (struktura instytucjonalna, zasoby),
- relacji między nimi (zależności funkcjonalne, uwarunkowania organizacyjne, prawne, operacyjne),
- procesów zachodzących w systemie (np. proces oceny wniosków).

Przy takim ujęciu systemu wyboru projektów, jego podsystemami i jednocześnie obszarami badawczymi są:

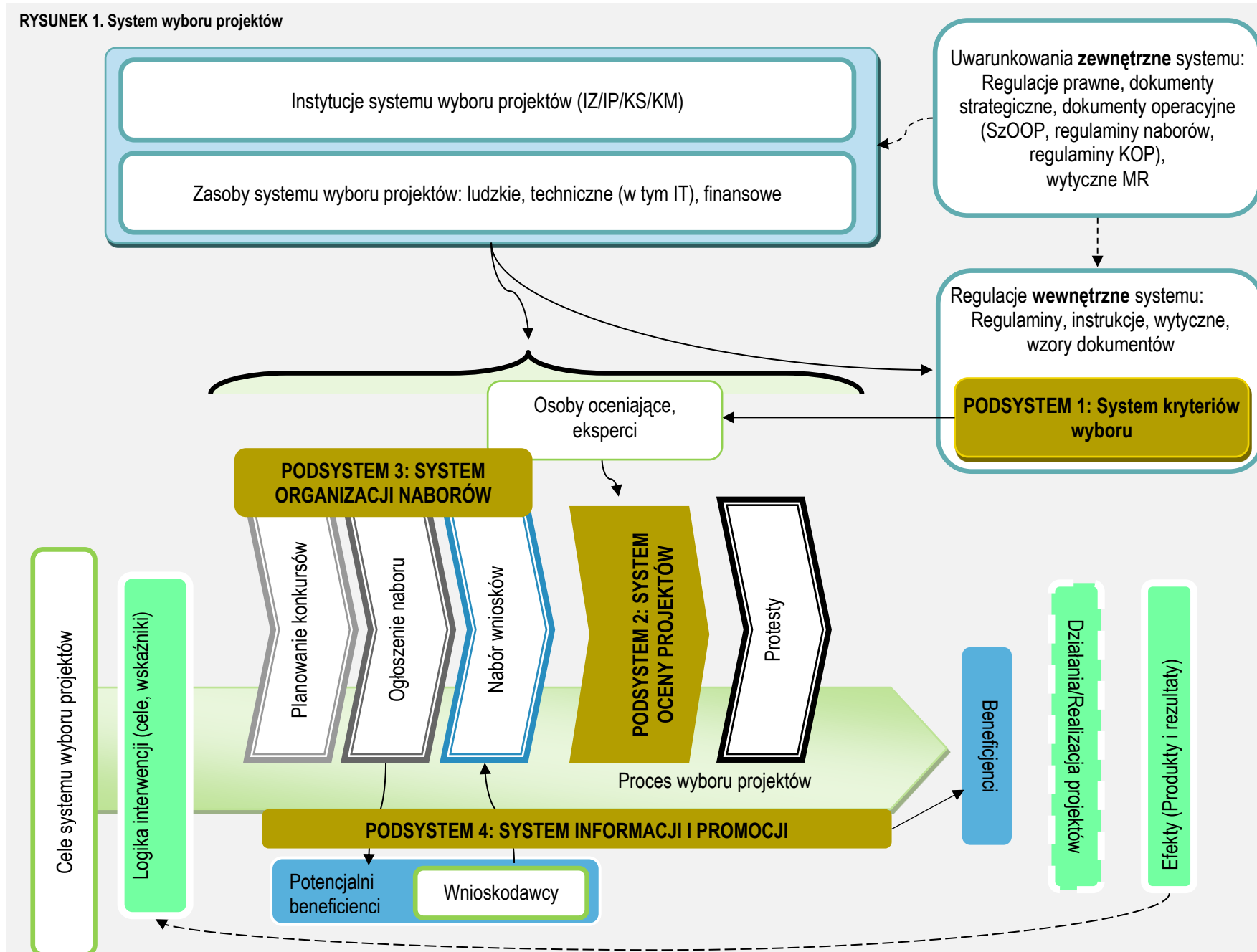
- system informacji i promocji;
- system organizacji naborów;
- systemu kryteriów wyboru projektów;
- system oceny projektów.

System wyboru projektów, wpisany w logikę interwencji (prostokąty brązowe na poniższym rysunku), a co za tym idzie – powiązanie poszczególnych obszarów badawczych – przedstawia schematycznie poniższy rysunek (rys. 1).

¹ Kryteria wyboru projektów pozostają w pewnej współzależności/relacji ze sobą i logiką interwencji tworzą więc system (zgodnie z definicją).

² Mazur M., *Pojęcie systemu i rygory jego stosowania*. Postępy Cybernetyki, z. 2, 1987

RYSUNEK 1. System wyboru projektów



Kształt systemu wyboru projektów jest zdeterminowany przez szereg dokumentów, ponadnarodowych i krajowych. Zgodnie z art. 35 pkt 5 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 *wyboru w konkursach należy dokonywać na podstawie otwartych, przejrzystych, proporcjonalnych i niedyskryminujących procedur, niedopuszczających do konfliktów interesów*³. Zgodnie z art. 110 pkt 2a tego dokumentu za jakość kryteriów wyboru odpowiada Komitet Monitorujący, który m.in. *rozpatruje i zatwierdza metodykę i kryteria wyboru operacji*⁴.

Na gruncie krajowym ład instytucjonalny określa *ustawa o zasadach programów w zakresie polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020*⁵ (tzw. ustawa wdrożeniowa). Zgodnie z nią (rozdział 4) Instytucja zarządzająca (Ministerstwo Rozwoju) odpowiada za *przygotowanie propozycji kryteriów wyboru projektów*, natomiast Komitet Monitorujący zatwierdza kryteria wyboru projektów. Kryteria zawarte są w załączniku do Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych Po liŚ 2014-2020. Dokonywaniem wyboru projektów zajmuje się Ministerstwo Zdrowia jako instytucja pośrednicząca dla IX Osi Priorytetowej PO liŚ.

Ustawa przyznaje ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego prawo do wydawania wytycznych horyzontalnych, dotyczących wdrażania funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności. W kontekście niniejszego badania istotne znacznie mają Wytyczne w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020 z marca 2015 r., których celem jest zapewnienie jednolitego stosowania przez właściwe instytucje przepisów w zakresie trybów wyboru projektów, uwzględniających specyfikę wyboru projektów współfinansowanych ze środków EFS. Zgodnie z przywołanymi regulacjami wybór projektów może być dokonany w trybie konkursowym lub pozakonkursowym.

Ogólne zasady projektów w ramach IX Osi zostały opisane w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. Zapisy wskazują na niezwykle ważne miejsce w tym systemie Komitetu Sterującego ds. Koordynacji Interwencji EFSI w sektorze zdrowia – projekty wybierane do wsparcia muszą być zgodne z rekomendacjami tego Komitetu.

Integralną częścią SzOOP są Kryteria Wyboru projektów dla IX Osi Priorytetowej PO liŚ (stanowiące zał. 3 do SzOOP). Opisano tam szczegółowo wszystkie typy kryteriów, jakie powinny zostać zastosowane w celu wyboru najkorzystniejszych projektów⁶:

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego objętych zakresem wspólnych ram strategicznych oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego i Funduszu Spójności, oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, art.38 punkt 5.

⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego objętych zakresem wspólnych ram strategicznych oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego i Funduszu Spójności, oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, art. 110 pkt 2a.

⁵ Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 w wersji (Dz. U. z 2016 r. poz. 217 z późn. zm.). Badanie dotyczy okresu sprzed nowelizacji ustawy z 7 lipca 2017 (Dz.U. z 2017 poz. 1475)

⁶ Kryteria Wyboru projektów, Oś Priorytetowa IX. *Wzmocnienie Strategicznej Infrastruktury Ochrony Zdrowia*, wersja obowiązująca od 4.04.2017, s. 2.



W ramach IX Osi wdrażane są dwa Działania. Dla każdego z nich opisano odrębnie zdefiniowane kryteria wyboru projektów. Szczegółowo prezentuje je poniższy schemat⁷.

⁷ SzOOP POIŚ, s.188-206

W zakresie działania 9.1. **Infrastruktura ratownictwa medycznego**, podczas wyboru projektów zastosowane zostały kryteria badające ich wpływ na:

1. efektywność kosztową:

1.1 z punktu widzenia inwestycji - osiągnięcie najlepszych efektów przy możliwie najniższych cenach,

1.2 z punktu widzenia podmiotu leczniczego - promowanie wnioskodawców, którzy wykazują największą efektywność finansową, jednocześnie przyczyniając się do ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia

2. dostępność:

zwiększenie dostępności do pomocy w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia mierzone poprzez m.in. odległość od najbliższego SOR/ CU, liczbę mieszkańców przypadającą na dany SOR/CU;

3. skuteczność:

3.1 zwiększenie skuteczności udzielania pomocy w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia poprzez m.in. odniesienie się do parametrów takich jak skrócenie czasu dotarcia lotniczego zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia oraz przewiezienia pacjenta do najbliższego SOR, CU lub jednostki współpracującej z systemem,

3.2 poprawa szybkości, zaawansowania technologicznego oraz poziomu precyzji diagnostyki, poprawa jakości i trafności wdrażanych metod leczenia – np. liczba stanowisk wstępnej intensywnej terapii, liczba stanowisk ICT.

Promowane były też projekty, które:

zmniejszają zużycie energii, stosują usprawnienia dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, posiadają możliwość funkcjonowania 24h/dobę 7 dni w tygodniu.

W zakresie działania 9.2. **Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych**, podczas wyboru projektów zastosowane zostały kryteria badające ich wpływ na:

1. efektywność kosztową:

1.1 z punktu widzenia projektu - osiągnięcie najlepszych efektów przy możliwie najniższych cenach, stopień wykorzystania (maksymalizacja) istniejącej oraz powstałej infrastruktury;

1.2 z punktu widzenia podmiotu leczniczego - analiza ex-ante efektywności kosztowej inwestycji w odniesieniu do oddziałów, w których realizowana będzie inwestycja oraz całego podmiotu, promowanie wnioskodawców, którzy wykazują największą efektywność finansową, u których w wyniku realizacji projektu poprawi się efektywność finansowa, w tym poprzez zastosowanie nowoczesnych rozwiązań z zakresu IT, rozwiązań z zakresu efektywności energetycznej, w szczególności obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystywania/ zmniejszenia energochłonności przez obiekt, tj. działania w zakresie modernizacji energetycznej budynków, promowane będą projekty, w ramach których zakupowana aparatura medyczna będzie wykorzystywana na potrzeby Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

2. dostępność :

zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych mierzone poprzez m.in. odniesienie się do stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych, oczekiwanego skrócenia czasu hospitalizacji, inicjatyw konsolidacyjnych i innych form współpracy, działań w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów, poprawa dostępności dla osób niepełnosprawnych, niesamodzielnych, dzieci i osób starszych.

3. skuteczność:

zwiększenie skuteczności diagnostyki oraz leczenia mierzona poprzez np. odniesienie się do parametrów takich jak zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych, poprawa szybkości, zaawansowania technologicznego oraz poziomu precyzji diagnostyki, poprawa jakości i trafności wdrażanych metod leczenia.

Promowane były też podmioty, które:

realizują działalność badawczo – rozwojową,

Zasady wyboru projektów w ramach PO liŚ (jednolite dla całego programu) dokładnie przedstawia załącznik nr 6 do Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych PO liŚ - System oceny i wyboru projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

Podsumowując, można powiedzieć, iż system wyboru projektów i kryteriów wyboru to skomplikowany układ wzajemnych zależności mających na celu wyłonienie projektów, które w największym stopniu przyczynią się do realizacji celów strategicznych Programu i Osi.

4. Działanie systemu wyboru projektów

4.1. Planowanie konkursów

Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:
Czy nabory dotychczas ogłoszone w ramach IX OP PO liŚ zostały prawidłowo rozplanowane? Czy przy ich planowaniu (harmonogram naborów) wzięto pod uwagę ryzyka dla realizacji celów OP IX i Programu (w tym osiągnięcia wartości docelowych wskaźników realizacji – produktu i rezultatu bezpośredniego – oraz kluczowych etapów wdrażania uwzględnionych w ramach wykonania), które mogą wynikać z czynników zewnętrznych, niezależnych od IP – IOK?
Czy ogłoszone konkursy uwzględniały potrzeby i możliwości potencjalnych wnioskodawców, cechy projektów oraz potencjał instytucjonalny instytucji dokonujących oceny i wyboru (rozplanowanie w czasie oraz podział środków)?

Zasady tworzenia harmonogramów naborów określa ustawa wdrożeniowa⁸ w artykule 47:

1. Instytucja zarządzająca do dnia 30 listopada każdego roku zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz na portalu harmonogram naborów wniosków o dofinansowanie projektu w trybie konkursowym, których przeprowadzenie jest planowane na kolejny rok kalendarzowy.
2. W przypadku aktualizacji harmonogramu, o którym mowa w ust. 1, instytucja zarządzająca niezwłocznie zamieszcza zaktualizowany harmonogram na swojej stronie internetowej oraz na portalu.
3. Aktualizacja nie może dotyczyć naboru wniosków o dofinansowanie projektu w trybie konkursowym, którego przeprowadzenie zaplanowano w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące, licząc od dnia aktualizacji.

Badanie potwierdziło stosowanie zapisanych wyżej zasad. Harmonogramy dostępne są pod linkiem: <http://www.pois.gov.pl/strony/skorzystaj/harmonogram-naborow-wnioskow/>.

Kluczowym czynnikiem wpływającym na harmonogram naborów było spełnienie warunku 9.3 Zdrowie w ramach warunkowości ex-ante, dotyczącego przygotowania dokumentu o charakterze strategiczno-wdrożeniowym dla sektora zdrowia oraz przygotowania map potrzeb zdrowotnych. Warunek ten był spełniany etapami – dokument „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe Ramy Strategiczne” został zaakceptowany w lipcu 2015 roku; w kwietniu 2016 roku KE zaakceptowała mapy z zakresu kardiologii i onkologii, 2 czerwca 2016 roku - mapy dotyczące leczenia szpitalnego dla pozostałych jednostek chorobowych wspieranych w POliŚ 2014-2020 (oprócz leczenia chorób psychicznych), w kwietniu 2017 r. Komisja potwierdziła wypełnienie warunku ex-ante dla sektora zdrowia po opublikowaniu kolejnych map. Kolejne nabory umieszczano w harmonogramach w miarę realizacji zobowiązań dotyczących spełniania warunków ex-ante. Wymaga podkreślenia, że umieszczenie naboru w harmonogramie wymaga jego pierwotnego ujęcia w Planie Działań w sektorze zdrowia na dany rok, a więc wymaga uchwały Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Przygotowanie map było procesem niezależnym od IP:

My nie mieliśmy bezpośredniego wpływu, bo prace nad mapami były prowadzone wielotorowo, był jeden departament, który był merytorycznie odpowiedzialny za koordynację i spięcie całego procesu. Mapy powstawały ustawowym trybem mapy, więc był określony

⁸ Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.

czas na przygotowanie. My musieliśmy się dostosować do tego, co wypracował inny departament. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Jednocześnie istotny w planowaniu jest aspekt dostępnej alokacji. On też, jako jeden z głównych czynników jest brany pod uwagę:

Liczba konkursów a ramy wykonania to jest zbyt duże uproszczenie, bo każdy planowany konkurs ma swoją alokację. Czyli mamy alokację przeznaczoną na cały priorytet i na początku wdrażania jest już rozplanowane, co byśmy mieli robić. Tak więc IZ widzi, że pomimo tego, że ogłosiliśmy z 9.2 tylko kardiologię, onkologię, ale widzieli, że kolejnym krokiem będzie konkurs na taką i taką alokację. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Jest to wynikiem uzgodnień między nami a instytucją pośredniczącą. Rozumiemy, że instytucja pośrednicząca ma swoje priorytety, ale też odnosimy się do przedstawionych propozycji. Na pewno taką wypadkową jest też, tego determinantu ogłaszania konkursów są wolne środki. Jeżeli są wolne środki to konkursy są ogłaszane. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

I choć jednak z powyższych wypowiedzi to nie wynika jednoznacznie, to daje się zauważyć, że na cały proces planowania prac IP mają wpływ ramy wykonania, w tym zwłaszcza wskaźniki certyfikacji. Ponieważ konkursy nie mogły zostać ogłoszone póki nie było map potrzeb, to ramy wykonania były siłą rzeczy kwestią niejako drugorzędną. Jednak **od momentu uruchomienia konkursów i pojawiania się kolejnych map ramy wykonania nabierają głównego znaczenia, silniej zwłaszcza zauważalnego już w procesie oceny i wyboru projektów oraz zawierania umów.**

W pierwszym roku wdrażania (2015) zaplanowano konkurs w ramach Działania 9.1 (niezależnym od map, zależnym jedynie od przyjęcia Policy Paper) i zgodnie z założeniami w październiku ogłoszono nabór. Pierwsza wersja harmonogramu na rok 2016 nie przewidywała konkursów w ramach Działania 9.1, ale w piątej⁹ (z 30.06) takie konkursy już uwzględniono. Wynikało to przede wszystkim z przebiegu pierwszego konkursu – niskiej ogólnej kwoty zakontraktowanych środków.

W odniesieniu do Działania 9.2 w czterech kolejnych wersjach harmonogramu na rok 2016 planowany na III kwartał nabór opatrzony był zastrzeżeniem „o ile KE zatwierdzi mapy potrzeb”. W piątej wersji pojawiła się zapowiedź na IV kwartał konkursów w trzech kolejnych zakresach, która nieoczekiwanie w kolejnej wersji harmonogramu (z 31 sierpnia) została zmieniona na konkurs wielozakresowy, co z punktu widzenia wnioskodawców oceniane jest negatywnie, jako utrudnienie w aplikowaniu i zmniejszenie wielu podmiotom szans na uzyskanie dofinansowania. Harmonogram na rok 2017 nie przewiduje już prowadzenia naborów konkursowych.

W ustalaniu harmonogramu naborów nie konsultowano się z potencjalnymi wnioskodawcami, czego konsekwencją jest **brak możliwości uwzględnienia w planowaniu naborów możliwości potencjalnych wnioskodawców, aczkolwiek badanie nie wskazuje na taką potrzebę.** Wyjątkiem są harmonogramy projektów pozakonkursowych, gdzie jest to wynikiem uzgodnień między potencjalnym beneficjentem a IP. Przedstawiciel IP, oceniając zaplanowane działania i odbiór ich przez beneficjentów uważał przyjęte założenia za słuszne, ponieważ odzew był zgodny z planami, tego się spodziewano:

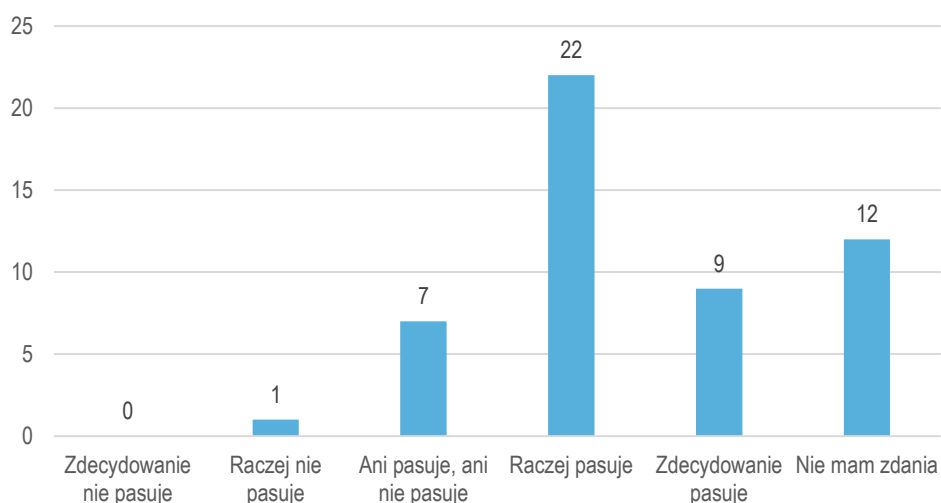
...generalnie jest zgodne z naszymi oczekiwaniami, z naszymi planami. Nie jesteśmy ani w jedną stronę zaskoczeni ani w drugą, bo jesteśmy w stanie w miarę precyzyjnie określić liczbę beneficjentów, którzy będą aplikować. (...) Konkretnie wiemy, że w kardiologii, w działaniu 9.2 to około 60 będzie aplikować i dosłownie o 1 się pomyliłam. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

⁹ Wielość wersji harmonogramów naborów wynika z zakresu całego PO IiŚ, nie wiąże się wyłącznie z planami w ramach IX Osi.

Nie był brany także pod uwagę potencjał instytucji dokonującej oceny i wyboru – pracownicy IP mieli świadomość, że muszą dostosować się do okoliczności i tak organizować prace zespołu, by terminowo i na najwyższym jakościowo poziomie realizować niezbędne zadania, przy wsparciu ekspertów zewnętrznych i innych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia tam, gdzie to konieczne.

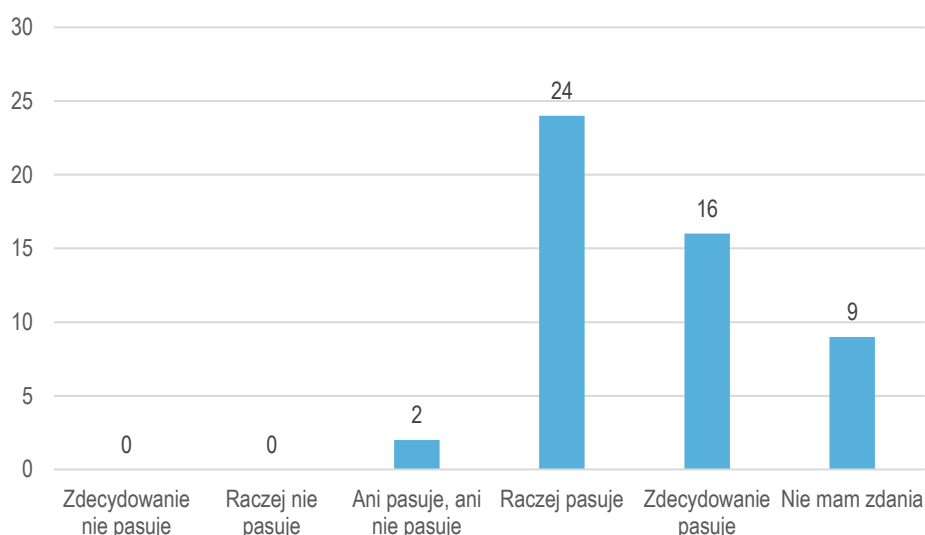
Badanie wśród członków Komitetu Sterującego także potwierdza, że nabory zostały rozplanowane właściwie i że plany te były zgodne z planami przyjętymi przez KS.

Wykres 1. Nabory dotychczas ogłaszane w ramach Osi IX PO liŚ były prawidłowo rozplanowane (ich sposób rozplanowania pozwoli na osiągnięcie celów).



Źródło: CAWI KS, n=51

Wykres 2. Nabory dotychczas ogłaszane w ramach Osi IX PO liŚ były w pełni zgodne z zatwierdzanymi przez KS Planami Działań w sektorze zdrowia.



Źródło: CAWI KS, n=51

Odnosząc się do założeń IX Osi PO liŚ partnerzy społeczni zwracali uwagę, że przy zamkniętej liczbie odbiorców, z przygotowanymi i dookreślonymi potrzebami, ustanawianie formy konkursowej nie jest zasadne. Wybrane jednostki powinny być strategicznie wspierane, a nie konkurować ze sobą:

ale tak naprawdę tu jest wewnętrzna sprzeczność, (...). Bo skoro są działania strategiczne, są mapy itd., to tak naprawdę powinno być wyznaczone w tym miejscu tu, to i tamto itd. A wprowadzamy w to konkursy. (FGI partnerzy)

Przyjęte zasady wylaniania projektów do dofinansowania ze znaczącym udziałem trybu konkursowego są jednak wynikiem obowiązujących (na poziomie całej UE) w obecnej perspektywie rozwiązań ograniczających możliwość stosowania trybu konkursowego.

Kluczowe wnioski:

Badanie pokazało, że konkursy zostały rozplanowane zgodnie z istniejącymi możliwościami, a więc z dostosowaniem do stanu wypełniania warunku 9.3 Zdrowie w ramach warunkowości ex-ante – tj. opracowania Policy Paper oraz przygotowania map potrzeb zdrowotnych. Ta kwestia determinowała możliwość ogłaszania naborów, czyniąc wszelkie inne aspekty drugorzędnymi. W dalszej kolejności istotne znaczenie ma oczywiście dostępna alokacja i to, co jest z nią powiązane – konieczność spełnienia założeń ram wykonania.

Nie były brane pod uwagę możliwości wnioskodawców, ale praktyka pokazała, że nie miało to znaczenia. Potencjał instytucji prowadzącej nabory nie stanowił czynnika uwzględnianego przy planowaniu konkursów – przyjęto zasadę, że to potencjał instytucji musi być dostosowany do niezbędnych działań, a nie odwrotnie.

4.2. Ogłaszanie konkursów i nabór wniosków

Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Czy informacja o naborze była czytelna? Jakie formy działań informacyjnych były stosowane przez IP i które z nich okazały się najbardziej trafne oraz skuteczne w dotarciu do potencjalnych wnioskodawców? Czy dostęp do informacji był powszechnie dostępny / wystarczający?

Czy zakres i treść regulaminów ogłoszonych naborów oraz zakres wymaganych dokumentów były trafne w kontekście celu szczegółowego IX OP PO IiŚ? Czy regulaminy naborów były kompletne / poprawne merytorycznie? Czy treść tych dokumentów była zrozumiała dla potencjalnych wnioskodawców IX OP Programu?

Czy w ramach naborów wniosków o dofinansowanie zapewniony został właściwy / niezbędny czas na składanie wniosków, a także zapewniony został odpowiedni potencjał administracyjny instytucji dokonujących naboru?

Nabory

Dotychczas ogłoszono 18 konkursów¹⁰ i naborów projektów pozakonkursowych (łącznie). Otwarcie naboru wniosków obligatoryjnie było poprzedzane ogłoszeniem konkursu, formułowanym wg zasad określonych w Wytocznych w sprawie trybów wyboru projektów¹¹, w których w Podrozdziale 7.2 pkt. 7 stwierdzono:

IOK ogłasza konkurs na swojej stronie internetowej oraz na portalu w formie ogłoszenia o konkursie, co najmniej 30 dni przed planowanym rozpoczęciem naboru wniosków o dofinansowanie. Ogłoszenie konkursu zawiera co najmniej elementy, o których mowa w pkt 2, lit. a-b, d (z wyłączeniem iv), h oraz i. Dodatkowo ogłoszenie następuje w miejscu, zakresie i formie zgodnymi z Wytocznymi w zakresie informacji i promocji programów operacyjnych polityki spójności na lata 2014-2020.

¹⁰ Każdorazowo ogłaszane są jednocześnie bliźniacze konkursy dla regionów słabiej rozwiniętych i regionów lepiej rozwiniętych

¹¹ Wersja obowiązująca w trakcie prowadzenia analizowanych naborów (z dnia 31 marca 2015)

W przywołanych Wytycznych w zakresie informacji i promocji programów operacyjnych polityki spójności na lata 2014-2020¹², w rozdziale 7.2, pkt. 2 zapisano natomiast:

Portal Funduszy Europejskich zawiera w szczególności:

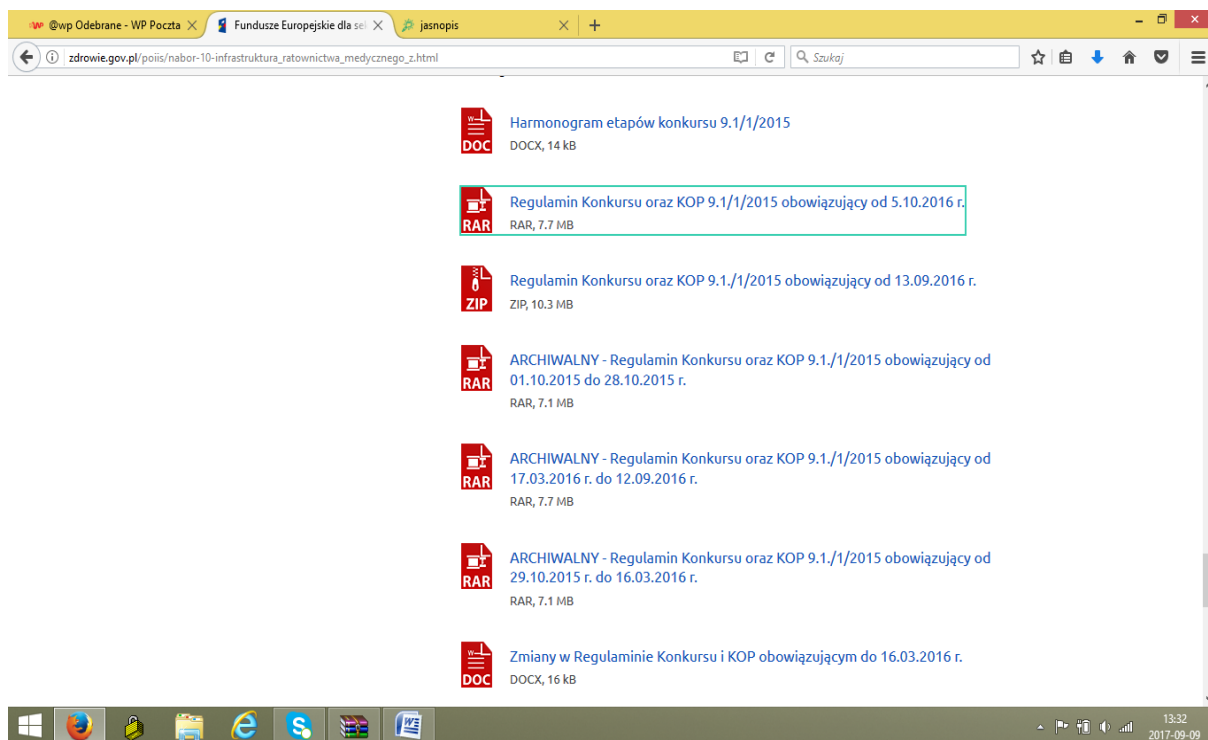
(lit. l) ogłoszenia o konkursach, zawierające informacje o naborach, w tym: nazwę i adres właściwej instytucji, określenie przedmiotu konkursu, maksymalny dopuszczalny poziom dofinansowania projektu lub maksymalną dopuszczalną kwotę dofinansowania projektu, kwotę przeznaczoną na dofinansowanie projektów w konkursie, termin, miejsce i sposób składania wniosków; ponadto w publikowanej informacji o konkursie znajdują się: regulamin konkursu określający w szczególności przebieg postępowania konkursowego, kryteria wyboru projektów, planowany termin rozstrzygnięcia konkursu, informacje o środkach odwoławczych przysługujących wnioskodawcy, wzór wniosku o dofinansowanie projektu oraz wzór umowy o dofinansowanie projektu, stanowiące element regulaminu konkursu (...); linki bezpośrednie do pozostałej dokumentacji konkursowej; dokumenty do wypełnienia przez potencjalnego beneficjenta powinny być publikowane z instrukcjami ich wypełniania.

Dodatkowo instytucja koordynująca działania informacyjno-promocyjne w ramach programów finansowanych z funduszy europejskich wprowadziła (zaleciła) jednolity wzór (schemat) ogłoszenia o naborze na stronę internetową.

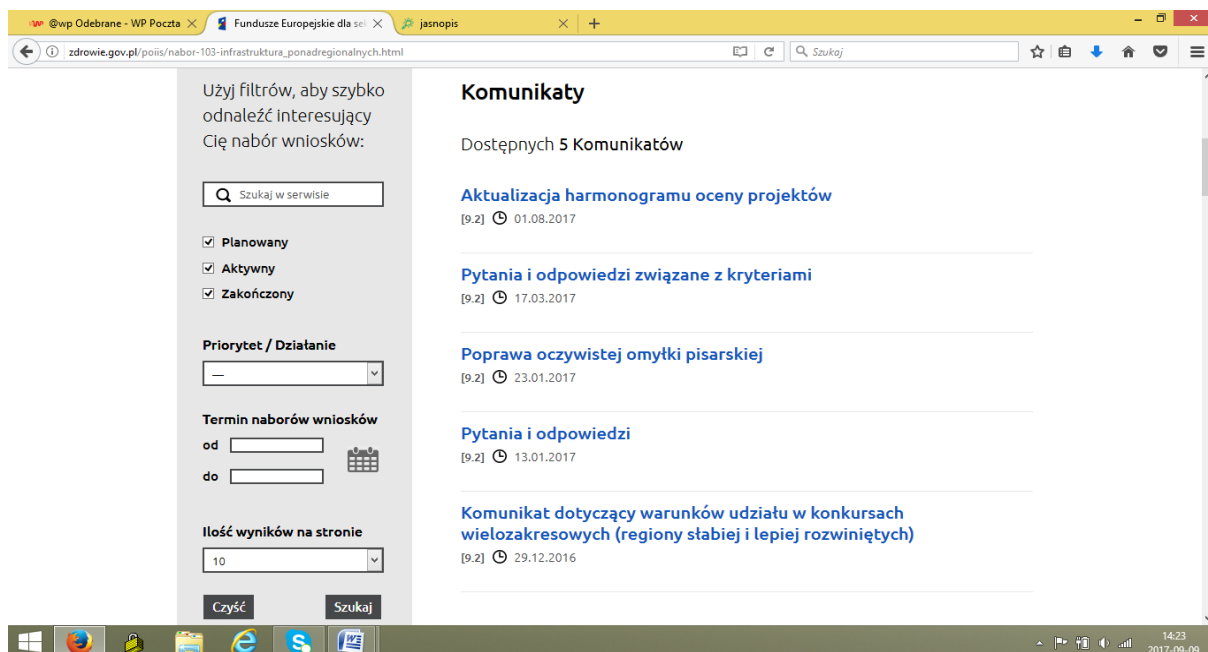
Ogłoszenia IP o naborach w ramach IX Osi PO liŚ były zgodne z powyższymi zasadami. **Generalnie informacje o naborze były czytelne, aczkolwiek zidentyfikowano kilka uchybień w tym zakresie:**

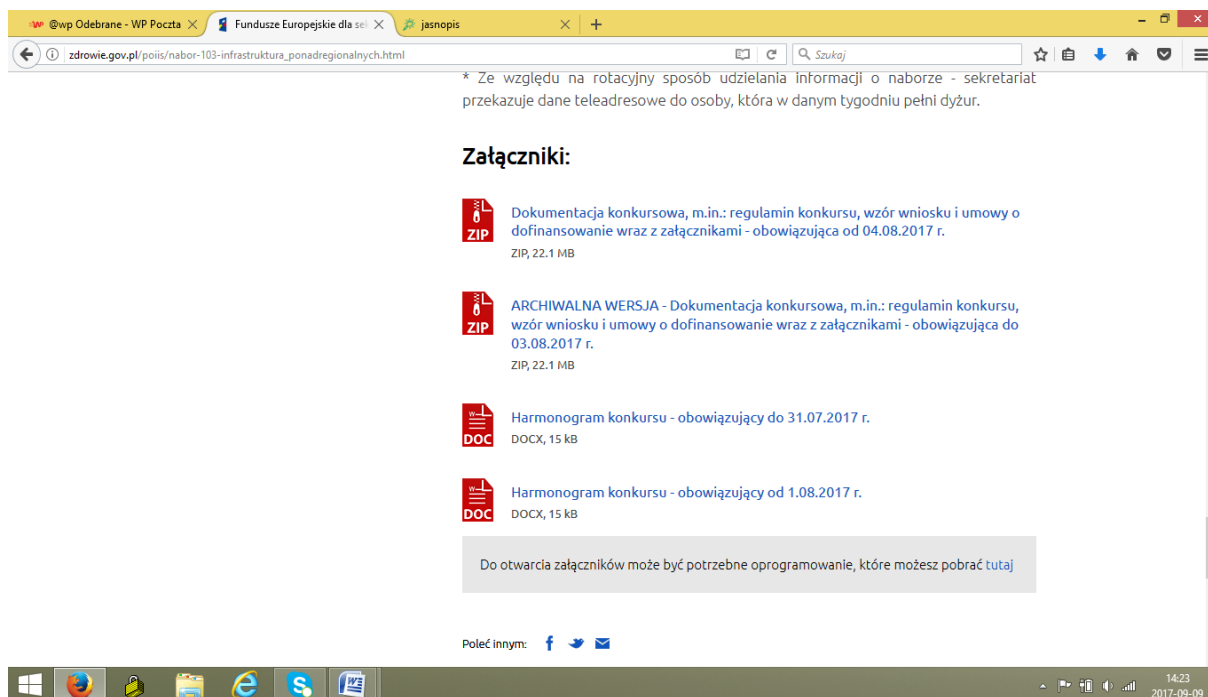
- Nie stosowano konsekwentnie oznaczania konkursów jako „planowany”, „aktywny” i „zakończony”, co jest podstawowym sposobem na komunikowanie uruchomienia naboru (np. w dniu 10 września wciąż jako „planowany” oznaczony jest konkurs, w którym nabór był prowadzony od 31.12.2016 do 31.03.2017);
- Komunikaty wywieszane w trakcie trwania naboru (oraz w trakcie trwania oceny) nie są gromadzone w osobnym folderze z komunikatami i w efekcie przysłaniają treść ogłoszenia;
- Treść komunikatów zamieszczana jest pod ogłoszeniem, ale kliknięcie w link do komunikatu nie przenosi automatycznie do jego treści;
- Załączniki do ogłoszenia (kolejne wersje regulaminów konkursu, kolejne wersje harmonogramu naboru) nie są umieszczane zgodnie z chronologią – poniżej przykład z pierwszego konkursu. Dodatkowo widoczna na ekranie lista załączników do ogłoszenia sugeruje cztery zmiany regulaminu, a w Komunikatach jest tylko informacja o jednej zmianie.

¹² Analogiczny zapis znajduje się w obu wersjach obowiązujących w badany okresie – z dnia 30 kwietnia 2015 i z dnia 3 listopada 2016



- Inny przykład braku spójności między Komunikatami a załącznikami do ogłoszenia zauważono w przypadku ostatniego konkursu: na liście Komunikatów nie ma wzmianki o zmianie regulaminu, ale wśród załączników jest wersja bieżąca i wersja archiwalna regulaminu, co zdecydowanie wskazuje na zmiany.





Poproszono respondentów w badaniu ilościowym o ocenę różnych kwestii związanych z naborami. Jak widać w tabeli poniżej ogólna ocena wszystkich badanych aspektów jest ogólnie więcej niż dobra. Wyjątek stanowi jedynie czas na przygotowanie wniosku, co zostanie dodatkowo omówione w dalszej części tego rozdziału.

Tabela 2. Opinie respondentów na temat różnych kwestii związanych z systemem wyboru projektów (z użyciem skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)

Tryb wnioskowania	Konkursowy		Pozakonkursowy		Ogółem	
	Średnia ocen	Liczba odpowiedzi	Średnia ocen	Liczba odpowiedzi	Średnia ocen	Liczba odpowiedzi
Nie było problemów z uzyskaniem jakichkolwiek informacji o naborze, wyborze i ocenie wniosków.	4,21	86	4,00	12	4,18	98
Informacje o naborze wniosków, jakie otrzymaliśmy, były wyczerpujące.	4,29	86	4,25	12	4,29	98
Informacje o naborze wniosków, jakie otrzymaliśmy, były w pełni czytelne.	4,35	86	4,33	12	4,35	98
Treść regulaminów naborów była dla nas całkowicie jasna.	4,17	86	4,25	12	4,18	98
Czas naboru (czas na przygotowanie projektu) był wystarczająco długi, by dobrze przygotować projekt.	3,68	85	3,46	13	3,65	98

Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami działań 9.1 i 9.2, n=100 (różnica między 100 a wartością ogółem – braki odpowiedzi)

Głównym kanałem komunikacji IP z potencjalnymi beneficjentami i jednocześnie głównym źródłem informacji (obok kontaktu telefonicznego z Ministerstwem Zdrowia) dla potencjalnych beneficjentów była strona internetowa IP www.zdrowie.gov.pl. Rzetelność przekazywanych informacji jest zasadniczo oceniana

wysoko. Najlepiej oceniano bezpośredni kontakt z MZ lub z Punktem Informacyjnym, stosunkowo najniżej – broszury i kontakt telefoniczny z IP.

Tabela 3. Źródła informacji o naborach i ocena ich rzetelności w skali od 1 do 5

Źródło	Czy korzystali			Średnia ocen rzetelności źródła		
	Konkursowy	Pozakonkursowy	Ogółem	Konkursowy	Pozakonkursowy	Ogółem
Kontakt telefoniczny - Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich	19	3	22	4,32	3,67	4,23
	22,1%	23,1%	22,2%			
Kontakt telefoniczny – Ministerstwo Zdrowia	46	8	54	4,33	4,88	4,41
	53,5%	61,5%	54,5%			
Kontakt bezpośredni - Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich	3	0	3	4,67	-	4,67
	3,5%	0%	3,0%			
Kontakt bezpośredni – Ministerstwo Zdrowia	19	4	23	4,74	5,00	4,78
	22,1%	30,8%	23,2%			
Kontakt mailowy - Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich	12	1	13	4,42	4,00	4,38
	14,0%	7,7%	13,1%			
Kontakt mailowy – Ministerstwo Zdrowia	34	9	43	4,47	4,67	4,51
	39,5%	69,2%	43,4%			
Szkolenia na temat Osi IX PO IiŚ	44	4	48	4,20	4,75	4,25
	51,2%	30,8%	48,5%			
Ulotki	6	0	6	4,50	-	4,50
	7,0%	,0%	6,1%			
Broszury	6	0	6	4,17	-	4,17
	7,0%	,0%	6,1%			
Strona internetowa www.pois.gov.pl	51	5	56	4,59	4,20	4,55
	59,3%	38,5%	56,6%			
Strona internetowa http://www.zdrowie.gov.pl/	70	11	81	4,46	4,27	4,43
	81,4%	84,6%	81,8%			

Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami działań 9.1 i 9.2, n=100

W ocenie wnioskodawców i beneficjentów – uczestników badania jakościowego – w działaniach informacyjnych należałoby uwzględnić mailing do podmiotów uprawnionych do startowania w konkursie. Jest to o tyle możliwe i proste, że lista uprawnionych podmiotów jest zamknięta. Jednocześnie przedstawiciele instytucji przyznają, że znajdowali informację w Internecie, choć jej wyszukiwanie dla małych podmiotów jest problemem (brak kadry).

Biorąc pod uwagę liczbę zgłaszanych w kolejnych konkursach wniosków o dofinansowanie można stwierdzić jednak, że informacja była powszechnie dostępna. Odzew na ogłaszane nabory jest zgodny z oczekiwaniami IP.

W trakcie trwania naboru IP organizuje spotkania informacyjne dla zainteresowanych wnioskodawców, dotyczące zasad aplikowania, przygotowania wniosku, rozumienia kryteriów. Spotkania odbywają się w Warszawie i cieszą się dużym zainteresowaniem.

Jest spotkanie informacyjne na temat naboru. Bardzo duże zainteresowanie, np. w SOR-ach mieliśmy trzydniowe spotkanie, w konkursie kardiologicznym trzy dni różne dla każdej grupy.

Więcej ludzi mogło wziąć udział, prosiliśmy, żeby z jednej instytucji, z jednego szpitala były maksymalnie 1-2 osoby, żeby jak najwięcej przeszkolić po prostu. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania).

Spotkania są generalnie bardzo dobrze oceniane, choć niektórzy uczestnicy badania (wnioskodawcy) zwracali uwagę, że odbywały się one zbyt późno i było ich zbyt mało.

Jak już wspomniano, dla wnioskodawców **drugim głównym źródłem informacji jest kontakt telefoniczny z pracownikami IP**. W regulaminie konkursu jest podawany numer telefonu do kontaktu. Jest także podawany adres specjalnie w tym celu utworzonej skrzynki mailowej: dep-ie@mz.gov.pl lub dep-fz@mz.gov.pl. Warto w przyszłości pomyśleć nad prostszym adresem, bez myślnika, dzięki czemu uniknie się problemów w zgłaszaniu pytań, związanych z błędnym wpisywaniem adresu mailowego. IP podejmuje działania, które w jego opinii mogą ułatwić beneficjentom składanie wniosków, między innymi wprowadzenie systemu jednolitego odpowiadania na zgłaszane problemy i pytania:

Jednolity system: mailowo odpowiadaliśmy (a nie telefonicznie –red.). Było pytanie, była odpowiedź przemyślana, jednakowa dla wszystkich. Jeśli się coś powtarzało, mieliśmy bazę, z tej bazy każdy korzystał. Wiedział, jakie są tam zagadnienia poruszane. I jednolity sygnał szedł dla wnioskodawców. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Kontakty telefoniczne z wnioskodawcami stanowią bardzo duże obciążenie dla pracowników IP – ten sam zespół zajmuje się udzielaniem informacji w aktywnym naborze, przygotowaniem kolejnych konkursów i oceną wniosków w trwających konkursach lub naborach pozakonkursowych. Jednak charakter pytań sprawia, że trudno przekazać do innych zespołów zadania związane z udzielaniem wyjaśnień.

Specyficznym problemem, jaki pojawia się zarówno na spotkaniach informacyjnych jak i w ramach pytań telefonicznych, jest kwestia kwalifikowalności określonych konkretnych wydatków. Wnioskodawcy oczekują jednoznacznych rozstrzygnięć, pracownicy natomiast wiedzą, że rozstrzygnięcie jest możliwe dopiero w toku oceny wniosku w kontekście pozostałych zawartych w nim informacji, niekiedy będzie możliwe dopiero na etapie rozliczania wniosku o płatność, czy kontroli.

Zdaniem pracowników IP z najczęściej zadawanych pytań i odnoszących się do nich rozstrzygnięć tworzone są tzw. FAQ, które zamieszczane są na stronie dotyczącej danego naboru. W toku badania zidentyfikowano jednak FAQ tylko w dwóch naborach (podwójnych – ogłaszanych osobno dla regionów słabiej i lepiej rozwiniętych), prowadzonych na przełomie 2016 i 2017 roku – jednym w ramach Działania 9.1 (POIS.09.01.00-IP.04-00-007/16) i jednym w ramach Działania 9.2 (POIS.09.02.00-IP.04-00-005/2016).

Jakość regulaminów

Zakres i treść regulaminów były w pełni zgodne z wymaganiami stawianymi w ramach „Wytucznych w sprawie trybów wyboru projektów” i w pełni adekwatne z punktu widzenia celu szczegółowego IX Osi PO liŚ. Regulaminy były kompletne i poprawne merytorycznie. Aczkolwiek w kilku przypadkach, w trakcie prowadzonego naboru, zachodziła potrzeba dokonywania korekt zapisów regulaminów, które wynikały z konieczności doprecyzowania niektórych zapisów. Widoczne jest, że IP systematycznie wyciąga wnioski z przeprowadzonych naborów, doskonaląc zapisy regulaminu w kolejnych konkursach.

Treść regulaminów nie jest konsultowana z potencjalnymi wnioskodawcami, uważa się bowiem, że taka praktyka naruszałaby reguły konkursu i równego dostępu potencjalnych wnioskodawców do informacji. Przedstawicielka IP zwraca w tym kontekście uwagę, że wiele podmiotów które biorą udział w konkursach ma już doświadczenie z wdrażania projektów w ramach PO liŚ 2007-2013 i *wiedzą jak się poruszać*. Co więcej beneficjenci, znając SzOOP, widząc harmonogram naboru mogli zacząć się przygotowywać do składania wniosków o wiele wcześniej. Potwierdzają to zresztą sami beneficjenci (dzięki czemu, w niektórych przypadkach byli w stanie na czas

przygotować niezbędną dokumentację, bowiem zaczęli ja robić dużo wcześniej zanim ogłoszono konkursy). **Z drugiej strony być może konsultowanie zapisów dotyczących zakresu dopuszczalnych wydatków, czy możliwej do uzyskania minimalnej punktacji, pozwoliłoby na uniknięcie zmian w regulaminach w trakcie naboru.**

Jest liczba punktów, które trzeba zdobyć, żeby zakwalifikować się w konkursie – minimalna 52. Kryteria były tak ustalone, że my jako największy szpital onkologiczny w Polsce nie zdobyliśmy tej liczby punktów. (...) To są takie rzeczy, że mając pełne obłożenie na naszych oddziałach nie dostajemy punktów za obłożenie łóżek, tak to jest skonstruowane. (FGI wnioskodawcy)

Generalnie za właściwy z punktu widzenia celów Osi należy uznać zakres wymaganych dokumentów na etapie aplikowania, ale trzeba zwrócić uwagę, że wg części respondentów i części ekspertów oceniających wnioski **liczba wymaganych załączników jest zdecydowanie zbyt duża**. Jednak uzyskane opinie nie pozwalają na jednoznaczne wskazanie zbędnych dokumentów z wyjątkiem tych, które IP posiada lub do których jest w stanie zapewnić sobie prosty dostęp (przykładem jest tu wymaganie kontraktu z NFZ). Zgodnie z uzyskanymi informacjami pracownicy odpowiedzialni za przygotowanie regulaminu konkursu, w tym zakresie wymaganych załączników, ustalają ten wykaz dokonując szczegółowej analizy kryterium i zdefiniowanego w definicji sposobu ich oceniania.

Jak pracuję nad konkursami to zawsze sobie robię matrycę: jak mam takie kryterium, to jaki dokument jest mi potrzebny, żeby dane kryterium zweryfikować. Zawsze jest powiązane to kryterium - ten załącznik. Jeśli nie jestem w stanie załącznika wypracować, to opracowuję instrukcję, w jaki sposób wnioskodawcy powinni to opisać w dokumentacji aplikacyjnej. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Zwraca jednak uwagę to, że **znaczna część oświadczeń powiela dane zawarte we wniosku lub w wymaganym (słusznie) studium wykonalności**. Szczególnym przykładem może tu być „oświadczenie o adekwatności projektu do potrzeb” o następującej treści:

W związku z ubieganiem się (nazwa Wnioskodawcy) o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020, Osi priorytetowej IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działania 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych na realizację Projektu (nazwa projektu), oświadczam, że zaplanowane w ramach projektu działania, w tym w szczególności w zakresie zakupu wyrobów medycznych (jeżeli dotyczy) są uzasadnione z punktu widzenia rzeczywistego zapotrzebowania na dany produkt (wytworzona infrastruktura, w tym ilość, parametry wyrobu medycznego, są adekwatne do zakresu udzielanych przez jednostkę świadczeń opieki zdrowotnej.

Dodatkowo konieczność wyprodukowania wielu osobnych oświadczeń zamiast jednego zbiorczego stanowi nieuzasadnioną uciążliwość. Jednocześnie zwrócono uwagę na brak wzoru oświadczenia w zakresie stosowania prawa zamówień publicznych.

Za dyskusyjne należy uznać wymaganie dotyczące przedkładania na etapie aplikowania dokumentów potwierdzających przeprowadzenie rozeznania cenowego dla wszystkich planowanych wydatków – jest to niezwykle pracochłonne, a cała procedura i tak musi być ponownie przeprowadzona w momencie, gdy dany wydatek będzie miał być zrealizowany.

Ponadto **w dokumentacjach konkursowych istnieje pewien chaos i niespójność, jeśli chodzi o wymagane załączniki**. Przykładowo w pierwszych dwóch konkursach (ogłoszonych w listopadzie 2015 w ramach Działania 9.1) w dokumentacji konkursowej zamieszczono wykaz 17. wzorów załączników, w tym 16 to wzory oświadczeń. Integralną częścią wniosku o dofinansowanie jest lista 41. wymaganych załączników, natomiast w par. 15.

Regulaminu wymieniono 37 wymaganych załączników – sprawia to problem wnioskodawcom, by w sposób właściwy skompletować całość dokumentacji aplikacyjnej. W konkursie z grudnia 2016 (wsparcie istniejących oddziałów ratunkowych) wymaga się 44. załączników.

Inną kwestią jest wymaganie podpisywania wszystkich tego typu dokumentów „za zgodność z oryginałem”, co stanowi kolejną zbędną uciążliwość administracyjną. W tym kontekście również wymóg parafowania każdej strony „oryginału” wniosku oraz oznaczania „za zgodność z oryginałem” kopii wniosku wydaje się zbędnym obciążeniem. **Tak więc o ile katalog dokumentów jest ogólnie trafny, to już sposób ich składania nakłada na wnioskodawców zbędne obciążenia.**

Jak pokazano w tabeli 2, **średnia ocena zrozumiałości regulaminów dokonana przez uczestników badania ilościowego wyniosła 4,18, jest ogólnie dobra.** W badaniu jakościowym było więcej możliwości dyskusji o szczegółach, ale nadal ogólna ocena wypada pozytywnie – zarówno ze strony podmiotów uprawnionych do aplikowania jak i pomagających im firm doradczych.

Aby ułatwić wnioskodawcom wypełnienie skomplikowanego wniosku¹³ IP przygotowywała **instrukcje do poszczególnych pytań**. Nie stanowi ona osobnego dokumentu, lecz naniesiona jest na wzór wniosku, co ułatwia odbiór. Jeśli porównać instrukcje przygotowywane w ramach kolejnych konkursów, to wyraźnie widoczne jest, że pracownicy odpowiedzialni za konkursy wyciągają wnioski z wcześniejszych naborów (i występujących w nich błędów w składanych wnioskach) i doskonałą przygotowywane instrukcje. Co cenne – w kolejnych konkursach wprowadzono zwyczaj „zacierania” pól, których wnioskodawcy nie muszą wypełniać. Problemem jest jednak stosowanie złożonego formalnego języka. Poddano ocenie¹⁴ poziom trudności następującego tekstu instrukcji do pytania A4: *Należy wykazać, że podmiot odpowiedzialny za realizację projektu dysponuje wiedzą niezbędną do realizacji projektu. Ponadto należy wskazać, że podmiot odpowiedzialny za realizację projektu posiada odpowiednią komórkę organizacyjną/zespół/współpracujących ekspertów (itp. posiadającą odpowiednią wiedzę w zakresie realizacji i rozliczania projektów współfinansowanych środkami UE oraz konieczną wiedzę specjalistyczną w zależności od specyfiki projektu (np. wiedza, doświadczenie i umiejętność realizacji projektów obejmujących m.in. prace budowlane o określonym charakterze i skali).* Tekst uzyskał najwyższą możliwą ocenę trudności - 7/7 (podczas gdy tekst regulaminu i ogłoszenia o naborze uzyskał ocenę 6/7), co stawia pod znakiem zapytania jego użyteczność.

Inna ważna kwestia dotyczy **limitu znaków**. W pytaniu B.3.1, kluczowym z punktu widzenia oceny projektu, limit znaków wynosi 7000, a instrukcja do jego wypełnienia – aż 6484. Tak duża liczba wskazuje odnośnie do oczekiwań wobec treści wymaganych od wnioskodawcy stawia pod znakiem zapytania możliwość ich spełnienia w ramach narzuconego limitu.

Ponadto porady z instrukcji nie powinny odwoływać się do regulacji prawnych, a przytaczać te ich zapisy, które są niezbędne do zastosowania – zwiększy to przejrzystość instrukcji.

Ważną kwestią z punktu widzenia wnioskodawców, w tym w kontekście limitów znaków, jest jednoznaczne ustalenie, czy załączone studia wykonalności stanowią element obowiązkowo uwzględniany w ocenie wniosku, na równi z treścią wniosku. Wydaje się (na podstawie rozmów z osobami oceniającymi), że obecnie nie ma w tej kwestii jednolitej praktyki. Dodatkowo, skoro w ramach odpowiedzi na wezwanie do wyjaśnień i uzupełnień, dopuszcza się przedstawienie dodatkowych informacji w piśmie przewodnim przesyłającym poprawiony wniosek (tym samym dopuszczając do przekroczenia limitu znaków), to albo limit ten nie jest określony

¹³ W ramach PO IiŚ 2014-2020 na mocy decyzji IZ stosowany jest formularz wniosku zgodny z Rozporządzeniem Wykonawczym Komisji (UE) 2015/207 z dnia 20 stycznia 2015 r. ustanawiającym szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzoru sprawozdania z postępów, formatu dokumentu służącego przekazywaniu informacji na temat dużych projektów, wzorów wspólnego planu działania, sprawozdań z wdrażania w ramach celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia”, deklaracji zarządczej, strategii audytu, opinii audytowej i rocznego sprawozdania z kontroli oraz metodyki przeprowadzania analizy kosztów i korzyści, a także zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1299/2013 w odniesieniu do wzoru sprawozdań z wdrażania w ramach celu „Europejska współpraca terytorialna”

¹⁴ Przy pomocy aplikacji jansopis.pl

racjonalnie, albo zasady oceny nie są klarowne. Tym bardziej, że niejednokrotnie oznacza to, że wnioskodawca w piśmie przedstawia informacje zawarte w studium wykonalności.

Z drugiej strony badanie pokazało, że są tacy wnioskodawcy, którzy nie uczą się na błędach i, przysyłając odpowiedź na wezwanie do wyjaśnień i uzupełnień, nie reagują na część uwag. Osoby oceniające wnioski zauważają także przypadki, gdy w ramach ponownej możliwości składania takich samych projektów wnioskodawcy popełniają te same błędy, które były powodem odrzucenia ich wniosku w pierwszym konkursie.

Przygotowanie wniosku dla wielu mniejszych placówek jest wyzwaniem. Obecni na wywiadzie wnioskodawcy niekiedy korzystają z pomocy zewnętrznych firm (mając z tym bardzo różne doświadczenia). W niektórych większych placówkach są oddzielne komórki zajmujące się wyłącznie zdobywaniem zewnętrznego finansowania. Są jednak i takie placówki, w których dyrektor techniczny szpitala zajmuje się wszystkim w procesie zdobywania funduszy – od przeglądania stron internetowych w poszukiwaniu informacji o konkursach, po podpisywanie umów.

Czas na przygotowanie wniosków

Jak wskazano powyżej, respondenci badania ilościowego najbardziej krytycznie (choć niewiele poniżej oceny dobrej) ocenili czas jaki mieli na przygotowanie wniosków. Badanie jakościowe nie potwierdza tej krytycznej oceny. Problemem bywa zgromadzenie dokumentów wymaganych przy inwestycjach, ale regulaminy dopuszczają przedkładanie tego typu dokumentów dopiero na etapie zawierania umowy. Jednak odnosząc się do czasu nie można nie poruszyć kwestii rodzaju projektu, co szczególnie podkreślali wnioskodawcy:

Można powiedzieć, że czas na przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej, mam na myśli wniosek o dofinansowanie, ale też nie w pełnym zakresie, studium wykonalności, też nie w pełnym zakresie, to czas jest wystarczający. Natomiast trzeba mieć na względzie fakt, że zakres rzeczowy tego projektu danego, planowanego do zgłoszenia implikuje konieczność przedłożenia innych dokumentów. np. dokumentacji projektowej. (FGI wnioskodawcy)

Wnioskodawcy uważają, że w przypadku projektów infrastrukturalnych terminy są za krótkie, nie uwzględniają de facto niezbędnego czasu na przygotowanie inwestycji:

W zakresie inwestowania w infrastrukturę, to muszę przyznać, że to jest bardzo krótki okres, nawet do przygotowania dokumentacji pod lądowisko.. w przeciwieństwie do pana, który ma jeszcze konsultacje z konserwatorem zabytków, to my mamy pole, gdzie chcemy to wybudować. Niby prosta sprawa, ale w przypadku kiedy nie ma planu zagospodarowania, całe procedury administracyjne potrwają minimum pół roku. (FGI wnioskodawcy)

W przypadku lądowiska (...) to jest inwestycja wynikająca z zarządzenia jako potencjalne znaczące oddziaływanie na środowisko. W związku z czym trzeba poddać ocenie wydanie decyzji w zakresie oceny oddziaływań na środowisko, a procedura administracyjna trwa przy dobrych wiatrach 3 miesiące. (FGI wnioskodawcy)

Przywoływano również przypadek szpitala, który jest na granicy dwóch gmin. Przygotowanie niezbędnych dokumentów w tym przypadku niemal uniemożliwia wywiązanie się z przygotowania dokumentacji w terminie:

Jedna gmina ma plan zagospodarowania przestrzennego, a w gminie na której szpital stoi, to nie ma planu zagospodarowania. I trzeba występować o warunki zabudowy. W związku z tym pierwszym ta cała procedura jeszcze bardziej się wydłuża, już nie mówiąc o kwestii pozwolenia na budowę, przygotowania dokumentacji. (FGI wnioskodawcy)

Analiza poszczególnych naborów pokazuje, że **wyznaczone przez IP terminy są znacząco dłuższe od minimalnych wskazanych w Wytocznych** (30 dni od ogłoszenia konkursu do rozpoczęcia naboru i 7 dni od rozpoczęcia do zamknięcia naboru). Przykładowo w pierwszym konkursie nabór wniosków trwał od 2 listopada

2015 r. do 31 marca 2016 roku¹⁵. Dodatkowo od 31 lipca 2015 roku był znany harmonogram naborów ze wskazanym terminem ogłoszenia w październiku. Oznacza to, że interesujący się możliwością uzyskania środków podmiot miał osiem miesięcy na przygotowanie swojej aplikacji, z czego przez pięć miesięcy znał wszystkie szczegółowe wymagania. Co ciekawe, respondenci, którzy uważali, że mieli za mało czasu na przygotowanie wniosku zapytani, ile dni powinien wynosić okres od daty ogłoszenia konkursu do daty zamknięcia naboru, najczęściej wskazywali okres 90 dni, a więc znacząco mniej, niż faktycznie wynosi ten okres.

Kluczowe wnioski:

Informacje o naborach są czytelne, dostęp do nich jest powszechny, aczkolwiek jest w tym zakresie miejsce na poprawę – ważnym dopełnieniem działań informacyjnych mógłby być mailing do potencjalnych wnioskodawców, których katalog jest znany. Najważniejszym źródłem informacji jest strona zdrowie.gov.pl (zidentyfikowano pewne niedoskonałości jeśli chodzi o komunikatywność) oraz kontakty telefoniczne z pracownikami IP. Zainteresowaniem cieszą się spotkania informacyjne organizowane w trakcie trwania naborów.

Treść i zakres regulaminów była odpowiednia do potrzeb, dokumenty były zrozumiałe, choć błędy popełniane przez wnioskodawców pokazują, że niektóre kwestie mogłyby być przedstawione w bardziej przejrzysty i jednoznaczny sposób. Co jednak istotne – widoczna jest poprawa przejrzystości dokumentów w kolejnych konkursach – IP jest więc nastawiona na doskonalenie swoich działań. Z punktu widzenia wnioskodawców większym problemem niż sam regulamin jest wniosek o dofinansowanie – trudny, skomplikowany, zawierający wiele zbędnych z ich punktu widzenia (ale też z punktu widzenia pracowników i ekspertów) pytań. Instrukcja wypełniania wniosku, choć z konkursu na konkurs bardziej szczegółowa, nie spełnia właściwie swojej roli – jest napisana jeszcze bardziej hermetycznym językiem niż regulamin, powtarza treść pytań, odwołuje się do innych dokumentów. Dużym problemem jest niski – w stosunku do wymagań osób oceniających – limit znaków na kluczowe odpowiedzi na pytania wniosku, brakuje jednoznacznej wykładni co do roli studium wykonalności w procesie oceny. W procedurze aplikacyjnej wymaga się zbyt wielu załączników – część z tych dokumentów jest dostępna publicznie. Przy bardzo dużym formalizmie (duże znaczenie parafek i pieczętek) i ograniczonym zakresie wykorzystania nowoczesnych narzędzi komunikacji stanowi to duże obciążenie wnioskodawców.

Czas na składanie wniosków jest właściwy, choć w przypadku projektów inwestycyjnych podmioty mają trudności. Kwestia potencjału instytucji dokonującej naboru jest analogiczna jak w przypadku planowania konkursów – organizacja pracy w zespole jest dostosowywana do przebiegu konkursu.

4.3. Ocena i wybór projektów

Oceny dokonano w trzech podobszarach:

- Podobszar 1. System kryteriów wyboru projektów
- Podobszar 2. Działanie podprocesu oceny i wyboru projektów
- Podobszar 3. Zasoby alokowane do realizacji podprocesu oceny i wyboru projektów.

¹⁵ Ustalenie daty ogłoszenia konkursu nie było możliwe

4.3.1. System kryteriów wyboru projektów

System kryteriów a dokumenty nadrzędne

*Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:
W jakim stopniu kryteria wyboru projektów były zgodne z zapisami strategii / programów krajowych w obszarze zdrowia, w tym przede wszystkim Krajowymi Ramami Strategicznymi. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz uchwałami Komitetu Sterującego do spraw interwencji EFSI w sektorze zdrowia i właściwym Planem działań w sektorze zdrowia?
Czy wybór projektów był (i w jakim stopniu) oparty o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych / zgodnie z Wojewódzkimi Planami Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (WPDSPRM)?*

„Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”¹⁶ to kluczowy dokument wytyczający cele strategiczne i długoterminowe dla sektora, do którego odwołuje się interwencja w ramach IX Osi PO IiŚ. Celem głównym tej interwencji jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Osiągnięciu celu głównego służyć będą następujące cele długoterminowe (do 2030) i przypisane im cele operacyjne (do 2020):

- Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.
 - A. Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce
- Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
 - B. Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
- Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.
 - 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.
- Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).
 - D. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Dla każdego z celów operacyjnych w Policy Paper przedstawiono zestaw tzw. Narzędzi implementacji.

Wsparcie dla sektora zdrowia przewidziane w ramach funduszy strukturalnych, ściśle wynika z Policy Paper i bezpośrednio oraz pośrednio odnosi się do poszczególnych Narzędzi. I tak, w ramach PO IiŚ wdrażane są następujące Narzędzia:

- Narzędzie 6: Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze

¹⁶ Dokument przygotowany w MZ, zaakceptowany przez KE w lipcu 2015 roku, stanowiący częściowe wypełnienie dla warunku 9.3 Zdrowie w ramach tzw. warunkowości *ex-ante*.

szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie);

- Narzędzie 7: Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie);
- Narzędzie 8: Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie);
- Narzędzie 9: Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie);
- Narzędzie 10: Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie);
- Narzędzie 11: Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy;
- Narzędzie 12: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie);
- Narzędzie 15: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie).

Dodatkowo zgodność z Policy Paper stymulowana jest kryteriami wyboru projektów, które powiązane są z Narzędziami. Przykład: w ramach IX Osi PO liŚ jednym z kryteriów w ocenie merytorycznej I stopnia w Działaniu 9.2 jest „Wykorzystywanie rozwiązań z zakresu telemedycyny” (choć bezpośrednio do rozwoju telemedycyny odnosi się Narzędzie nr 27, wdrażane w ramach PO PC.

W Policy Paper w rozdziale 6.3. Efektywność systemu ochrony zdrowia a planowane działania w ramach funduszy strukturalnych na lata 2014-2020, stwierdza się m.in.:

Inwestycje finansowane ze środków EFSI będą wspierały reformy ukierunkowane na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, co nastąpi m.in. poprzez silne ukierunkowanie wsparcia na projekty prowadzące do poprawy efektywności, w tym finansowej, podmiotów leczniczych oraz dostosowanie struktury (zakres działalności medycznej i zasoby) do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz deficytów w zakresie podaży danego rodzaju świadczeń. Ponadto, w ramach inwestycji planowanych do realizacji w ponadregionalnych podmiotach leczniczych w ramach PO liŚ, oceniana będzie m.in. dostępność rozumiana jako zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych mierzone poprzez m.in. odniesienie się do stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych, oczekiwanego skrócenie czasu hospitalizacji, inicjatyw konsolidacyjnych i innych form współpracy, działań w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów.¹⁷

Wszystkie wymienione aspekty są ujęte w systemie kryteriów wyboru projektów. **Niemal każde kryterium ma swoje odwołanie w zapisach Policy Paper.**

Z zapisów Policy Paper wynika także kryterium „Jakość”, które odnosi się do posiadania przez podmiot leczniczy akredytacji wydanej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia

¹⁷ Str. 197-198

przygotowywania się do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej lub posiadania certyfikatu normy EN 15224 – Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością. W Policy Paper stwierdza się, że

jednym z kluczowych elementów poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest wsparcie systemu akredytacji na wszystkich poziomach świadczenia usług medycznych¹⁸. Poprawa efektywności funkcjonowania systemów ochrony zdrowia poprzez upowszechnianie systemu akredytacji jakości została zaplanowana w ramach Narzędzia 20: Działania pro jakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne oraz Narzędzia 21: Działania pro jakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną.

Można uznać, że stosowanie w ramach PO liŚ kryterium jakości służy nie tylko kierowaniu wsparcia do najmocniejszych podmiotów, ale też promocji posiadanych rozwiązań pro-jakościowych i z tego względu musi być uznane jako zasadne, mimo zastrzeżeń części wnioskodawców (o czym piszemy w części dotyczącej kryteriów).

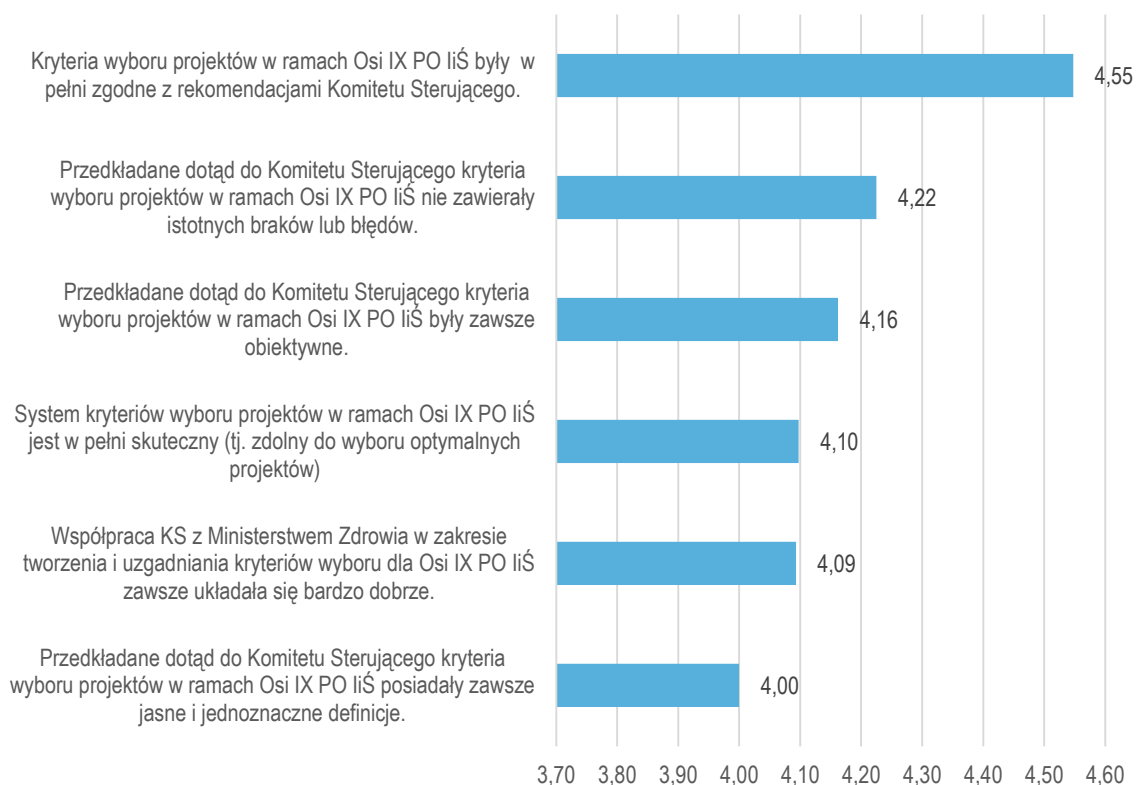
Wszystkie stosowane w ramach IX Osi kryteria są zgodne z uchwałami Komitetu Sterującego do spraw interwencji EFSI w sektorze zdrowia i właściwym Planem działań w sektorze zdrowia, a także (odpowiednio) z mapami potrzeb zdrowotnych/Wojewódzkimi Planami Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Komitet Sterujący stanowi narzędzie koordynacji wdrażania poszczególnych celów postawionych w Policy Paper. Jako podkomitet Komitetu ds. Umowy Partnerstwa stanowi gremium skupiające przedstawicieli strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli innych podmiotów mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia. Jak zapisano w Policy Paper: *Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z uzgodnionym przez Komitet Sterujący Planem działań w sektorze zdrowia podejmowanych ze środków unijnych na poziomie krajowym i regionalnym.* Komitet Monitorujący PO liŚ nie akceptuje kryteriów wyboru projektów nie mających rekomendacji Komitetu Sterującego. Przegląd protokołów z obrad KM i uchwał przez niego podjętych wskazuje, że zasada ta była przestrzegana.

Poniższy wykres przedstawia średnie ocen członków KS na temat kryteriów wyboru projektów. Jak widać zasadniczo, w różnych obszarach (zgodności z dokumentami, czy obiektywności) są one oceniane jako dobre lub więcej niż dobre. Stosunkowo najslabiej oceniany jest aspekt jasności definicji proponowanych dotąd kryteriów wyboru projektów.

¹⁸ Str. 199

Wykres 3 Ocena kryteriów wyboru przez KS (średnie ocen)



Źródło: CAWI n=51

Zgodność z mapami potrzeb/Wojewódzkimi Planami Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (WPDSPRM) jest tzw. dodatkowym kryterium formalnym – a więc jest kryterium obligatoryjnym.

Kryteria a cele interwencji IX Osi PO LiS, w tym ramy wykonania

Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Czy została zapewniona przez IP spójność kryteriów z założeniami i celami szczegółowymi IX OP PO LiS 2014-2020 (w tym wskaźnikami realizacji przypisanymi priorytetom inwestycyjnym oraz kluczowymi etapami wdrażania i wskaźnikami rzeczowymi oraz finansowymi uwzględnionymi w ramach wykonania)?

W jakim stopniu system kryteriów wyboru projektów był skuteczny, tj. zdolny do wyboru projektów optymalnych z punktu widzenia logiki interwencji i PI 9a PO LiS 2014-2020 oraz założeń sformułowanych na potrzeby systemu ram wykonania?

Jaki był wpływ kryteriów oraz procesu naboru na strukturę i dynamikę wydatkowania oraz certyfikacji środków finansowych (z uwzględnieniem systemu ram wykonania)?

Czy kryteriom wyboru projektów przypisane zostało znaczenie (waga) odpowiednia z punktu widzenia celów szczegółowych każdego z Działań IX OP PO LiS 2014-2020 (w tym założeń ram wykonania)?

Czy zastosowano najistotniejsze kryteria czy też można zidentyfikować takie, które pominięto, a można je uznać za istotne z punktu widzenia celów szczegółowych każdego z Działań OP IX PO LiS 2014-2020, w tym założeń ram wykonania?

Czy wyeliminowano wszystkie kryteria nieistotne dla założeń programowania czy też można takie wskazać?

Czy kryteria zapewniły, że projekty przyczynią się do osiągnięcia celu szczegółowego, rezultatów i wskaźników (rzeczowych i finansowych) określonych dla IX OP PO LiS 2014-2020?

Celem IX Osi PO IiŚ jest zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej. **Kryteria wyboru projektów są w pełni zgodne z założeniami Osi i służą osiągnięciu jej celu. System kryteriów wyboru projektów jest skuteczny – służy wyborowi projektów optymalnych z punktu widzenia logiki interwencji PI9a.** Jest to konsekwencją zgodności zarówno interwencji Osi IX, jak i systemu kryteriów wyboru projektów z Policy Paper, o której mowa była wyżej.

Kryteria wyboru projektów mają ograniczony wpływ na kluczowy etap wykonania oraz wskaźniki rzeczowe i finansowe uwzględnione w ramach wykonania. Wskaźnik finansowy, mierzony całkowitą kwotą certyfikowanych wydatków kwalifikowanych, zależy jest w pierwszej kolejności od tempa kontraktacji. To z kolei zależało od przygotowania i uzyskania akceptacji KE dla map potrzeb zdrowotnych, a nie od kryteriów. Stymulowanie poprzez kryteria większego tempa kontraktacji już po akceptacji map potrzeb mogłoby prowadzić do niepożądanych efektów. Możliwe są tu bowiem dwa scenariusze – pierwszy polegający na intensywnym premiowaniu inwestycji gotowych do realizacji, co ograniczyłoby części podmiotów dostęp do wsparcia, drugi - polegający na masowym ułatwieniu dostępu do wsparcia poprzez rezygnację z części selektywnych kryteriów, co z kolei potencjalnie mogłoby mieć negatywny wpływ na wskaźniki rezultatu, ale przede wszystkim na osiąganie celów Osi. Tempo kontraktacji ma także wpływ na osiąganie wskaźników produktu, odnoszących się do liczby wspartych podmiotów określonego typu, ten jednak jest określony na bezpiecznie niskim poziomie, jego osiągnięcie więc nie jest zagrożone.

Zgodnie z tym co stwierdzono wyżej, kryteria nie miały też wpływu na dynamikę wydatkowania oraz certyfikacji środków finansowych (z uwzględnieniem systemu ram wykonania).

Cel Działania 9.1 „Infrastruktura ratownictwa medycznego”, to poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, zaś cel Działania 9.2 „Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych” to poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach ze względu na trendy epidemiologiczne oraz zasoby pracy. **Ponieważ kryteria wyboru stanowią spójną koncepcję wynikającą z Policy Paper z jednej strony, a z drugiej cele poszczególnych Działań służą osiągnięciu celu Osi, to jest sprawą oczywistą, że służyć będą celom Działań. Jednak, jak stwierdzono to już wcześniej, kryteria (i ich wagi) pozostają bez związku z ramami wykonania.** Wagi mają natomiast znaczenie dla wyboru projektów najsilniej wpływających na zmiany w systemie ochrony zdrowia.

W zgodnej ocenie ekspertów oceniających wnioski i zespołu badawczego oraz uczestników badań jakościowych **nie pominięto żadnego istotnego kryterium.** Pewnym problemem okazało się wskazanie **kryteriów zbędnych – tu są różnice zdań.** Można wskazać następujące kryteria:

- Innowacyjność – interwencja IX Osi co do zasady nie jest nastawiona na innowacyjność, a w ocenie ekspertów kryterium to (przy odrobinie pomysłowości wnioskodawcy) jest spełniane, nie stanowi więc czynnika różnicującego wyniki oceny;
- Zgodność ze Strategią Morza Bałtyckiego – nie ma związku z interwencją IX Osi i jest kryterium zupełnie niezrozumiałym dla wnioskodawców z terenów oddalonych od morza; spełnienie kryterium wymaga jedynie pomysłowości wnioskodawcy;
- Efektywność energetyczna w projektach budowy/remontów łądowisk jest dyskusyjna i daje duże pole dla subiektywnej oceny eksperta;
- Ponadregionalny charakter projektu (zgodność ze strategiami ponadregionalnymi) jest w zasadzie niemożliwa do spełnienia na pełnym możliwym poziomie, bowiem rzadko w nich znajdują się odwołania do zdrowia, ponownie jest to więc kwestia pomysłowości wnioskodawcy – ostatecznie jednak uzyskany punkt nie różnicuje końcowej oceny;
- W przypadku konkursu „odtworzeniowego” nie wydaje się niezbędne (z punktu widzenia celu interwencji) spełnianie takich kryteriów jak kształcenie, posiadanie programu restrukturyzacji, współpraca z innymi

podmiotami leczniczymi czy wpływ na zmniejszenie zakażeń;

- Możliwe jest zmniejszenie liczby wskaźników do oceny sytuacji finansowej, np. rezygnacja z jednego ze wskaźników zadłużenia (w ocenie eksperta z tej dziedziny na ogół oba wskaźniki dotyczące zadłużenia są na analogicznym poziomie).

Zdaniem rozmówców wielość kryteriów, choć uciążliwa dla beneficjentów, w niektórych przypadkach pozwala lepiej dostosować proces oceny do sytuacji danego szpitala.

Biorąc pod uwagę wskaźniki finansowe, gdyby z tych 10, które obowiązują, wybrali 3 to by znaczyło, że kładziemy nacisk na te 3 kwestie. Np. zadłużenie, a nie na inne. Czyli uznajemy, że te są ważniejsze. Natomiast sytuacja finansowa szpitali jest często trudna i różna, dlatego jak rozbijemy to na więcej części lub przyznamy im różne wagi, to może wypaść pozytywnie dla danego beneficjenta. Bo wtedy jakiś taki ubytek w jednym zakresie nie wpłynie bardzo negatywnie na całość. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Uczestnicy badania wyrażali natomiast wątpliwości co do zasadności stosowania rozbudowanego systemu oceny w sytuacji, gdy inwestycja jest zgodna z mapami potrzeb i ma pozytywną Ocenę Celowości Inwestycji (OCI, wydawaną w ramach systemu IOWISZ). Przedstawiciele IZ potwierdzili, że pierwotnym założeniem było oparcie wyboru projektów wyłącznie o kryterium zgodności z mapami potrzeb. Również w ocenie ekspertów oceniających wnioski oraz części wnioskodawców można by uznać, że skoro inwestycja jest zgodna z mapą i ma pozytywną OCI, to w zasadzie nie jest zasadne uruchamianie procedury konkursowej i oceny wniosków wg kolejnych kryteriów. Mimo, że sama konstrukcja IOWISZ-a i same OCI budzą wiele wątpliwości wnioskodawców (np. nowoczesny szpital planujący odtworzenie nowoczesnego sprzętu nie uzyskuje pozytywnej oceny). Wydaje się jednak, że wynika to z niewystarczającej informacji co do charakteru map i IOWISZ-a. **W ocenie części ekspertów system konkursowy wymusza na wnioskodawcach przemyślenie szczegółów planowanej inwestycji i choćby z tego powodu ma sens.** Przedstawiciele IP zwracają ponadto uwagę na to, że ograniczona alokacja na IX Oś wymaga zastosowania narzędzi umożliwiających stworzenie rankingów inwestycji zgodnych z mapami. Dzięki temu środki trafiają w pierwszej kolejności do tych podmiotów, których inwestycja są najlepiej przygotowane i mają szanse przynieść największe efekty.

Ponadto, najistotniejsze aspekty oceny wniosków o dofinansowanie podlegały negocjacom z Komisją Europejską i zawarte zostały w treści Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

Jak już stwierdzono, celem IX Osi PO liŚ jest zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej. Oczekiwany rezultat interwencji to poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym. Jako wskaźniki rezultatu wskazano:

- Średnią liczbę osób przypadającą na szpitalny oddział ratunkowy (wartość bazowa w roku 2013 – 177,4 tys. osób, wartość docelowa 152; pomiar corocznie, na podstawie danych własnych MZ i danych GUS)
- Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce (wartość bazowa 2013 – 6,8 dni, wartość docelowa 6,3; pomiar dwukrotnie w okresie wdrażania oraz po zakończeniu wdrażania – OECD)

Określono następujące wskaźniki typu *output* (produkt/rezultat bezpośredni) – pomiar możliwy na podstawie danych z SL2014:

Produkt / rezultat bezpośredni	Wartość docelowa		Wartość pośrednia – ramy wykonania	
	Regiony słabiej rozwinięte	Regiony lepiej rozwinięte	Regiony słabiej rozwinięte	Regiony lepiej rozwinięte
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	31	12	nd	0
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	79	11	16	nd
Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem	1 688 999 osób	371 877 osób	nd	nd
Wskaźnik finansowy - całkowita kwota certyfikowanych wydatków kwalifikowanych	nd	nd	85 533 876 EUR	17 019 534 EUR
Kluczowy etap wdrożeniowy: liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego wg zawartych umów o dofinansowanie	nd	nd	nd	2

Źródło: PO liŚ 2014-2020

Jak wskazywano już wcześniej, kryteria wyboru projektów nie mogły i nie mogą mieć znaczenia dla osiągnięcia tak określonych wskaźników produktu i na wskaźnik finansowy z wyjątkiem sytuacji, gdyby okazały się tak wygórowane, że zdecydowana większość wniosków otrzymywałaby oceny negatywne, co jednak nie ma miejsca. Również na wskaźniki rezultatu wpływ mieć będzie sam charakter interwencji (np. zwiększenie liczby i rozbudowa szpitalnych oddziałów ratunkowych spowoduje zmniejszenie liczby osób przypadających na oddział). Trzeba też jednak zauważyć, że drugi ze wskaźników rezultatu - średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce – jest zależny od czynników niezwiązanych z interwencją. Na przykład wzrost liczby skomplikowanych przypadków wymagających dłuższych pobytów w szpitalach, prawdopodobny choćby w kontekście wydłużania się życia, może negatywnie wpłynąć na ten wskaźnik.

Według dostępnych danych¹⁹ pod koniec lipca 2017 roku realizowanych było 86 projektów na kwotę 348 518 660,56 zł (środki UE), z czego 53 projekty z dofinansowaniem na kwotę 163 274 690 zł powinny zostać zakończone do końca 2017 roku. Nawet jeśli terminy zakończenia tych projektów zostaną dotrzymane i wszystkie poniesione wydatki zostaną uznane za kwalifikowalne, to **wskaźnik finansowy ram wykonania pozostaje zagrożony. Jednak to nie kryteria wyboru projektów mają tu znaczenie**, lecz opóźnienia w spełnieniu warunku ex-ante 9.3, czyli w przygotowywaniu map potrzeb zdrowotnych dla ponadregionalnych podmiotów leczniczych. Jak już wspomniano, przekładało się to na opóźnienia w ogłaszaniu konkursów. Jak wykazano w „Sprawozdaniu rocznym z wdrażania Programu Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w 2016 roku”²⁰, mapy z zakresu kardiologii i onkologii zostały opublikowane 31 grudnia 2015 r. i w kwietniu 2016 roku zaakceptowane przez KE; mapy dotyczące lecznictwa szpitalnego dla pozostałych jednostek chorobowych wspieranych w POliŚ 2014-2020 (oprócz leczenia chorób psychicznych) zostały opublikowane 29 kwietnia 2016 roku i w czerwcu 2016 roku zaakceptowane przez KE. Do 31 grudnia 2016 roku Ministerstwo Zdrowia przygotowało, a następnie opublikowało kolejne mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób. 26 kwietnia 2017 r. Komisja potwierdziła wypełnienie warunku ex-ante

¹⁹ Lista projektów realizowanych w ramach sektora zdrowie Programu Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 - stan na 6 lipca 2017 r. – dostęp http://zdrowie.gov.pl/pois/strona-442-poznaj_projekty.html

²⁰ Przyjęte przez KM PO liŚ 9 czerwca 2017

dla sektora zdrowia. W miarę postępów prac nad mapami potrzeb IP uruchamiała kolejne nabory konkursowe i pozakonkursowe, dążąc do zakontraktowania pełnej kwoty.

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że stosowane kryteria gwarantują wybór projektów w największym możliwym stopniu przyczyniających się do realizacji celu szczegółowego IX OP PO LiŚ, PI 9a oraz wskaźników rzeczowych, w tym sformułowanych na potrzeby ram wykonania, z wyjątkiem wskaźnika finansowego.

Kwestie horyzontalne

*Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:
Czy ustanowione kryteria stwarzały zagrożenie dyskryminacji jakichkolwiek grup potencjalnych beneficjentów oraz grup docelowych? Jeśli tak, to które z nich i dlaczego?
Czy zastosowane kryteria gwarantowały spójność procesu wyboru / wybranych projektów z zasadami realizacji polityk horyzontalnych?
Czy zastosowane w IX OP PO LiŚ kryteria wyboru projektów zapewniały uwzględnienie na każdym poziomie wdrażania realizacji zasady równego traktowania oraz równości mężczyzn i kobiet, a także przestrzeganie zasady zrównoważonego rozwoju?*

W badaniu **nie zidentyfikowano kryteriów, które stwarzałyby zagrożenie dyskryminacji jakichkolwiek grup potencjalnych beneficjentów**, a już zwłaszcza takich, które mogłyby stwarzać zagrożenie dyskryminacji grup docelowych. Aczkolwiek wydaje się, że bywają w tej kwestii nieporozumienia – wskazywanie w Programie grup uprawnionych do aplikowania podmiotów (na podstawie wskazań dokumentów programowych) czy preferowanie określonych podmiotów spośród ogółu uprawnionych jest niekiedy mylone z dyskryminacją, poprzez kryteria czy poprzez wskazanie uprawnionych do aplikowania podmiotów. Przykładem jest tu kryterium jakości, nie spełniane przez część uprawnionych podmiotów, przy czym brak akredytacji nie wykluczało z możliwości uzyskania wsparcia, a jedynie zmniejszało nieco szanse. Jednak, jak już wspomniano, kryterium akredytacji jest zgodne z polityką państwa i UE w sektorze, a ponadto jest ściśle związane z celami Osi i jej Działań.

Polityki horyzontalne wyznaczone na podstawie Strategii Europa 2020 to:

- Zrównoważony rozwój, czyli rozwój odbywający się z poszanowaniem środowiska naturalnego;
- Równość szans, czyli zapewnienie równego traktowania kobiet i mężczyzn, nie dopuszczanie dyskryminacji ze względu na wiek, poglądy, pochodzenie, religie czy niepełnosprawność;
- Społeczeństwo informacyjne - upowszechnianie nowoczesnych technologii informacyjnych w życiu codziennym obywateli, przedsiębiorstw i administracji publicznej.

W systemie kryteriów w ramach oceny merytorycznej II stopnia uwzględniono jako **obligatoryjne do spełnienia kryterium „Zasada zrównoważonego rozwoju”**. W ramach jego weryfikacji *sprawdzone jest, czy projekt obejmuje finansowanie przedsięwzięć minimalizujących oddziaływanie działalności człowieka na środowisko. Zasada zrównoważonego rozwoju jest zachowana, jeżeli w ramach projektu zakłada się podejmowanie działań ukierunkowanych na: racjonalne gospodarowanie zasobami, ograniczenie presji na środowisko, uwzględnianie efektów środowiskowych w zarządzaniu, podnoszenie świadomości ekologicznej społeczeństwa*. Weryfikowana jest także zgodność projektu z wymaganiami prawa dotyczącego ochrony środowiska oraz zdolność do adaptacji do zmian klimatu i reagowania na ryzyko powodziowe.

Również w ramach oceny merytorycznej II stopnia uwzględniono jako **obligatoryjne do spełnienia kryterium „Zasada zapobiegania dyskryminacji i równość szans kobiet i mężczyzn”**. W tym przypadku: *Sprawdzana jest zgodność projektu z horyzontalnymi zasadami niedyskryminacji i równości szans ze względu na płeć. W szczególności przedmiotem sprawdzenia jest, czy projekt nie ogranicza równego dostępu do zasobów (towarów, usług, infrastruktury) ze względu na płeć, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię lub przekonania, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. W przypadku osób z niepełnosprawnościami,*

niedyskryminacyjny charakter projektu oznacza konieczność stosowania zasady uniwersalnego projektowania i racjonalnych usprawnień zapewniających dostępność oraz możliwości korzystania ze wspieranej infrastruktury.

Jeśli chodzi o **społeczeństwo informacyjne**, to w ramach oceny merytorycznej I stopnia w większości typów projektów Działania 9.1 (Wsparcie istniejących Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, Utworzenie nowych Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, Modernizacja istniejących Centrów Urazowych, Utworzenie nowych Centrów Urazowych) i wszystkich typów projektów Działania 9.2 stosowane jest **kryterium punktowane**, a więc premiujące „Informatyczne systemy szpitalne”, odnoszące się do posiadania przez podmiot leczniczy informatycznych systemów szpitalnych. Dodatkowo w ramach Działania 9.2 stosowane jest kryterium „Wykorzystywanie rozwiązań z zakresu telemedycyny”, premiujące wnioskodawców, którzy udzielają lub najpóźniej po zrealizowaniu projektu będą udzielać, świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi telemedycznych w ramach oddziałów lub jednostek organizacyjnych szpitala objętych zakresem projektu.

Powyższe dane pozwalają na stwierdzenie, że **zastosowane kryteria gwarantowały spójność procesu wyboru/wybranych projektów z zasadami realizacji polityk horyzontalnych**.

Ponieważ analizowane kryteria oceniane są w dużej mierze na podstawie deklaracji, to nie ma gwarancji, że będą realnie stosowane w trakcie realizacji projektu, ale istnieje pewne prawdopodobieństwo, że cel edukacyjny został jednak osiągnięty na etapie wnioskowania. Jednak badania wśród wnioskodawców i ekspertów oceniających wnioski wskazują na pewne lekceważenie zasady równości szans i nieco mniejsze – zrównoważonego rozwoju. Wnioskodawcy wiedzą, że we wniosku muszą *jakoś* spełnienie tych zasad wykazać, więc wpisują kilka zdań uniwersalnych. W sytuacji, gdy ekspert nie znajduje wystarczających deklaracji wówczas w uwagach wpisuje sugestie, w jaki sposób ulepszyć zapisy wniosku, de facto spełniając warunek „za” wnioskodawcę. Te sytuacje stawiają pod znakiem zapytania przyswojenie sobie przez wnioskodawców omawianych zasad. Pokazuje to także, że **dotychczasowe podejście w upowszechnianiu zasad horyzontalnych wymaga zmiany** – być może konieczna jest zmiana sposobu zadawania pytań: nie wprost o stosowanie zasady, lecz o kwestie w niej zawarte.

Kryteria a jakość projektów

*Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:
Jaka była zdolność kryteriów do wpływania na realną jakość projektów, tzn. w jakim stopniu dzięki ich zastosowaniu w ramach składanych wniosków zaplanowane zostały produkty i rezultaty wpływające na wysoką jakość udzielanego w tych projektach wsparcia?
Czy treść kryteriów wyboru projektów pozwalała na wybór projektów innowacyjnych?*

Tę część raportu rozpoczniemy od prezentacji opinii respondentów badania jakościowego, wg których **kryteria oceny projektów umiarkowanie służą wyłonieniu projektów przynoszących najlepsze efekty**.

Tabela 5. Opinie respondentów na temat różnych kwestii związanych z systemem wyboru projektów (z użyciem skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)

Tryb wnioskowania	Konkursowy		Pozakonkursowy		Ogółem	
	Średnia	n	Średnia	n	Średnia	n
Kryteria oceny projektów pozwalają na wyłonienie projektów przynoszących najlepsze efekty	3,90	84	3,50	12	3,85	96

Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami działań 9.1 i 9.2, n=100 (różnica między 100 a wartością ogółem – braki odpowiedzi)

Przed wszystkim należy zastrzec, że na obecnym etapie wdrażania IX Osi możemy jedynie mówić o deklaracjach wnioskodawców. Niewielka liczba projektów w realizacji i stosunkowo nieduży ich stan zaawansowania, biorąc pod uwagę okres zawierania umów, nie dają jeszcze możliwości choćby wstępnych weryfikacji realności tych deklaracji.

Należy przy tym zauważyć, że znaczna część deklaracji jest składana niejako „pod przymusem” – jeśli wnioskodawca nie podpisze kolejnego oświadczenia dotyczącego przyszłości po projekcie, to nie otrzyma środków. **Realna jakość projektów będzie mogła zostać zbadana za ok. dwa-trzy lata.**

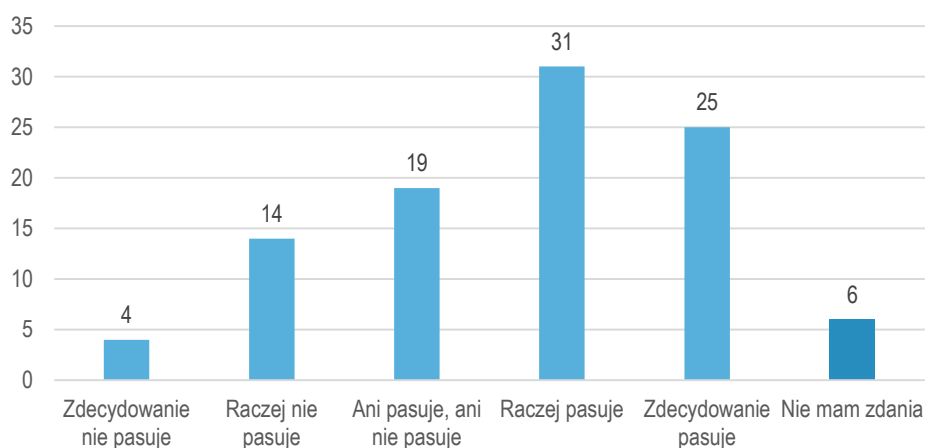
Warto przy tym zastanowić się, co to znaczy „wysoka jakość projektów”. W pytaniu badawczym wskazano na *zaplanowanie produktów i rezultatów wpływających na wysoką jakość udzielanego w projektach wsparcia*, co nie wydaje się adekwatne do projektów wdrażanych w ramach IX Osi. Ocenie nie podlegają produkty i rezultaty, nikomu nie jest w ramach projektów udzielane wsparcie, natomiast oczekuje się, że dzięki inwestycjom w obiekty i sprzęt, realizowanym zgodnie z założeniami stymulowanymi przez zestaw kryteriów, nastąpi poprawa oferty systemu opieki zdrowotnej – na co wskazywaliśmy w pierwszej części tego rozdziału. Z tego punktu widzenia kryteria potencjalnie pełnią właściwą rolę – z zastrzeżeniem poprzedniego akapitu.

Niepokojące jest natomiast, że z punktu widzenia pracowników IP, projekt wysokiej jakości, to kompletny wniosek, ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, zawierający informacje niezbędne do dokonania oceny, czytelny, z kwalifikowanymi wydatkami.

W opisie Osi IX **ani Program Operacyjny, ani Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych nie wskazują na konieczność realizacji projektów innowacyjnych**, z tego względu kwestia innowacyjności projektów składanych w ramach IX Osi PO liŚ jest mocno dyskusyjna i silnie zależna od tego, jaką definicję innowacji przyjmujemy. Nie ma tu miejsca na rozważania o innowacjach, należy jednak stwierdzić, że założenia interwencji nie odnoszą się do innowacji, a w niektórych przypadkach wręcz ją ograniczają (przykład: konkursy na odtworzenie istniejącej infrastruktury). Aczkolwiek przy przyjęciu szerokiej definicji innowacji, za innowacyjne można uznać wszystkie projekty tworzące nowe SOR czy Centra Urazowe, dające możliwość zakupu nowoczesnego energooszczędnego sprzętu czy wyposażenia dla śmigłowców ratunkowych. W tym ujęciu wszystkie projekty wyłaniane do dofinansowania są innowacyjne.

W ramach badania CATI wnioskodawcy wskazywali, że system raczej sprzyja wyborowi projektów innowacyjnych, jednak stosunkowo rzadko były to odpowiedzi jednoznaczne lub zdecydowane.

Wykres 4. Opinie na temat tego, czy zdanie „System wyboru projektów zachęca do składania projektów innowacyjnych (takie projekty są promowane)” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców



Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami, n = 100, brak odpowiedzi = 1

Nie ma kryteriów wprost odnoszących się do innowacji, natomiast w przypisie do kryterium posiadania programu restrukturyzacji (kryterium merytoryczne I stopnia w ramach Działania 9.2) wskazano różne typy programów, w tym rozwojowy, nastawiony na innowacje. Nie jest to jednak typ preferowany – każdy rodzaj programu restrukturyzacji jest punktowany.

Istnieje ponadto kilka kryteriów merytorycznych I stopnia, które pośrednio premiuje zastosowanie innowacyjnych rozwiązań, i są to przede wszystkim kryteria dotyczące zastosowania nowoczesnych technologii lub rozwiązań, w tym:

- informatyczne systemy szpitalne;
- rozwiązania wpływające na szybkość udzielania pomocy medycznej poszkodowanym (np. w przypadku typu projektu „Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, wyposażenie)” w ramach działania 9.1 oznacza to, że podmiot leczniczy posiada możliwość odbierania danych medycznych pacjenta transmitowanych ze środków transportu sanitarnego lub uwzględnił w zakresie rzeczowym projektu zakup infrastruktury niezbędnej do odbierania danych medycznych pacjenta transmitowanych ze środków transportu sanitarnego;
- wpływ projektu na poprawę szybkości i precyzji diagnostyki (wymiana przestarzałych urządzeń na nowe – szybsze lub bardziej precyzyjne);
- efektywność energetyczna (zakładająca zastosowanie nowoczesnych, energooszczędnych rozwiązań technicznych i technologicznych).

Należy tu jednak zauważyć, że choć powyższe kryteria promują zastosowanie nowoczesnych rozwiązań, to jednak nie jest to zawsze równoznaczne z innowacyjnością. Wg Oslo Manual innowacyjność może być rozważana na poziomie jednostki, na poziomie regionu, kraju lub świata. Z pewnością nowoczesne rozwiązania premiowane ww. kryteriami często są innowacyjne na poziomie jednostki, jednak niekoniecznie na wyższym poziomie.

Ocena aspektów innowacyjnych i badawczo-rozwojowych ma natomiast miejsce w ramach oceny celowości inwestycji przy pomocy systemu IOWISZ (koniecznej w ramach działania 9.2).

Jakość definicji kryteriów

*Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:
Czy sposób sformułowania kryteriów wyboru projektów oraz ich definicje były obiektywne, mierzalne (weryfikowalne), jednoznaczne i precyzyjne, poprawne merytorycznie, spójne wewnątrz (ze sobą) w ramach poszczególnych konkursów?
Czy przyjęte i zastosowane kryteria wyboru projektów precyzyjne określały wymogi, jakie musi spełnić projekt, aby otrzymać wsparcie?*

Badanie pokazało, że **ogólna opinia odnośnie do sformułowania kryteriów wyboru projektów, w tym też do zawartych w nich wskazań dotyczących wymogów, jakie spełnić musi projekt, aby otrzymać wsparcie – jest dobra**. Dotyczy to zarówno opinii wnioskodawców, jak i ekspertów oraz pracowników IP. Wskazują na to wyniki badania CATI (tabela 5 poniżej), jak rozmowy przeprowadzone w ramach studiów przypadku z wnioskodawcami i firmami doradczymi, opinie wnioskodawców wyrażane podczas FGI, ale też opinie ekspertów oceniających projekty i wreszcie – ekspertów zespołu badawczego.

Tabela 6. Opinie respondentów na temat różnych kwestii związanych z systemem wyboru projektów (z użyciem skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)

Tryb wnioskowania	Konkursowy		Pozakonkursowy		Ogółem	
Ogólnie rzecz biorąc, definicje kryteriów wyboru projektów były obiektywne	4,21	84	4,17	12	4,21	96

Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami działań 9.1 i 9.2, n=100 (różnica między 100 a wartością ogółem – braki odpowiedzi)

Wskazuje na to także analiza statystyczna kart oceny, której szczegółowe wyniki przedstawiamy poniżej.

Analiza kart oceny

W ramach niniejszej analizy wybrano losowo 50 kart oceny. Analiza miała na celu ocenę kryteriów pod względem **jednoznaczności**, która mierzona jest zbieżnością ocen pomiędzy ekspertami (wskazanie, w przypadku których kryteriów wystąpiły największe rozbieżności), a także pod względem **faktycznego wpływu danego kryterium na wybór projektu** (korelacja między oceną w ramach danego punktowanego kryterium a przyjęciem projektu do dofinansowania).

Przeanalizowane karty są różnorodne - dotyczą różnych działań i różnych typów projektów. 45 badanych kart dotyczy działania 9.1, w tym typów projektów:

- Wsparcie istniejących Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) – 35 kart;
- Modernizacja istniejących Centrów Urazowych (CU) (roboty budowlane, doposażenie) – 6 kart;
- Utworzenie nowych Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) – 2 karty.
- Utworzenie nowych Centrów Urazowych (CU) (roboty budowlane, doposażenie) – 1 karta;
- Wsparcie istniejących baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy – 1 karta;
- Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) – 1 karta;

5 kart dotyczy działania 9.2 (typy projektów: „Wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych, udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, tj. chorobom układu krążenia, nowotworowym, chorobom układu kostno – stawowo – mięśniowego, chorobom układu oddechowego (roboty budowlane, doposażenie)” oraz „Wsparcie pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką, współpracujących z jednostkami wymienionymi powyżej (roboty budowlane, doposażenie)”.

Ze względu na znaczące zróżnicowanie kryteriów wyboru I stopnia i liczebności kart w poszczególnych kryteriach, dla typu projektu „Wsparcie istniejących Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych” przeprowadzono analizy przy pomocy wskaźników korelacji i testu t Studenta, uzupełnione jakościową analizą *desk research*; w przypadku pozostałych typów projektów i działania 9.2 przeprowadzono analizę jakościowo-ilościową.

Działanie 9.1, typ projektu: Wsparcie istniejących Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)

Ocena formalna

W ramach tego typu projektów, oceny formalnej nie przeszło 7 badanych projektów, zaś ocenę tę przeszło 26. Otrzymały one negatywną ocenę w następujących kryteriach:

- Kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku i załączników – 5 wniosków;
- Logika projektu (kryterium nieobowiązujące od 15.09.2016) – 3 wnioski;

- Analiza ryzyka (jw.) – 2 wnioski;
- Zgodność z Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, Szczegółowym opisem osi priorytetowych PO IiŚ” oraz regulaminem konkursu (w przypadku projektów wybieranych w trybie konkursowym) – 2 wnioski;
- Lokalizacja oraz gotowość funkcjonowania lądowiska/lotniska – 1 wniosek.

Analiza **jednoznaczności** wskazuje, że w przypadku oceny formalnej rozbieżność między ekspertami wystąpiła tylko raz, w przypadku kryterium „Lokalizacja oraz gotowość funkcjonowania lądowiska/lotniska”. Pierwszy ekspert wskazał, że kryterium jest spełnione, gdyż Wnioskodawca w odpowiedzi na wezwanie o uzupełnienie dokumentów przedstawił oświadczenie urzędu miasta, z którego wynika, że została podpisana uchwała w sprawie miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego. Z przedstawionego oświadczenia wynikało, że na terenie inwestycji plan zagospodarowania przestrzennego nie przewiduje możliwości budowy lądowiska/lotniska spełniającego wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (paragraf 48 uchwały). Drugi ekspert stwierdził jednakże, że pomimo przyjęcia przez Radę Miasta X w dniu 31 marca 2016 r. miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego wnioskodawca nie załączył przedmiotowych dokumentów. Trzeci ekspert, powołany do oceny rozbieżności, potwierdził negatywną ocenę drugiego eksperta.

Podsumowując, kryteria formalne można uznać za jednoznaczne i przejrzyste, co zgodne jest z oceną dokonaną przez respondentów badania CATI. Natomiast spełnienie ich bywa dla wnioskodawców stosunkowo trudne (przede wszystkim – na co wskazują także badania jakościowe – skompletowanie wszystkich załączników). Niespełnienie kryterium kompletności dokumentacji aplikacyjnej w badanych przypadkach związane było z następującymi problemami:

- zbyt późne daty na załącznikach – 5 wniosków, np.:
 - Załącznik nr 19 - Dokumentacja potwierdzająca przeprowadzenie postępowania w sprawie oceny oddziaływania na środowisko;
 - Załącznik nr 22 - Oświadczenie o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością w celu realizacji projektu;
 - Załącznik nr 26 - Oświadczenie o zabezpieczeniu środków finansowych niezbędnych do zapewnienia wymaganego wkładu własnego i poniesienia wydatków niekwalifikowanych w ramach projektu;
- braki deklaracji właściwego organu odpowiedzialnego za gospodarkę wodną lub niewłaściwa data – 2 wnioski;
- niewypełnienie pól w formularzu wniosku – 1 wniosek.

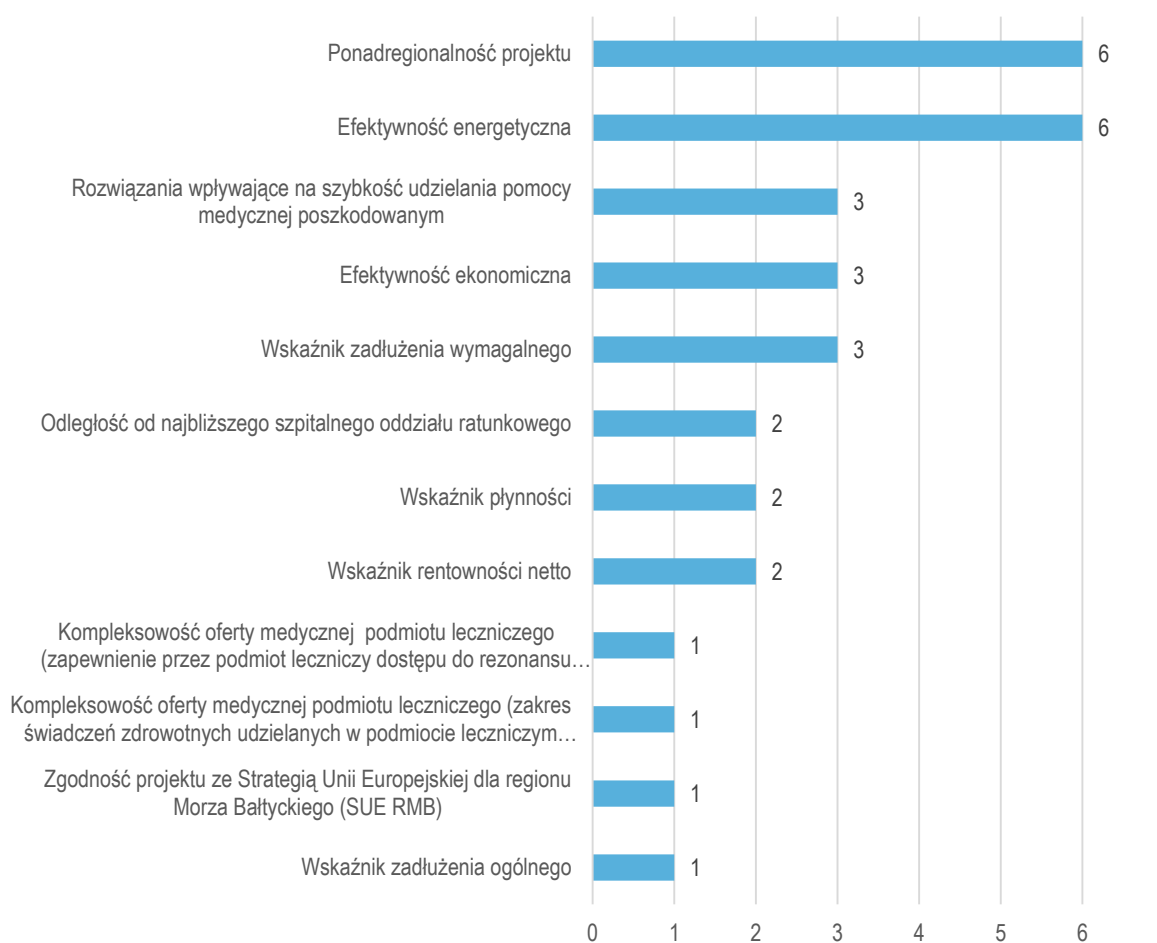
Ocena merytoryczna

W ramach badania oceny merytorycznej I stopnia dokonano statystycznej analizy jednoznaczności i wpływu.

Analiza jednoznaczności

Liczbę wniosków, w przypadku których wystąpiły rozbieżności w ocenie eksperckiej, przedstawia poniższy wykres.

Wykres 5. Liczba wniosków, dla których wystąpiły rozbieżności w ocenie eksperckiej



Źródło: analiza statystyczna kart oceny dla typu projektu „Wsparcie istniejących Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, wyposażenie)”, n-34

Dla ocen pierwszego i drugiego eksperta przeprowadzono test t Studenta dla prób niezależnych. Wykazał on pełną zbieżność między ocenami w ramach kryteriów:

- Jakość;
- Kształcenie;
- Ocena efektywności podmiotu leczniczego w wymiarze finansowym;
- Komplementarność i synergia;
- Liczba pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego;
- Średnia roczna liczba lekarzy systemu stale przebywających w szpitalnym oddziale ratunkowym na każdej zmianie wg danych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku o dofinansowanie;
- Średnia roczna liczba ratowników medycznych stale przebywających w szpitalnym oddziale ratunkowym na każdej zmianie wg danych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku o dofinansowanie;
- Średnia roczna liczba pielęgniarek systemu stale przebywających w szpitalnym oddziale ratunkowym na każdej zmianie wg danych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku o dofinansowanie;
- Informatyczne systemy szpitalne;

- Stanowiska intensywnej terapii w SOR;
- Lokalizacja lądowiska/lotniska.

Największe rozbieżności wystąpiły w przypadku kryteriów:

- Ponadregionalność projektu – wynik testu T 0,25 (niska zbieżność);
- Efektywność ekonomiczna – 0,47;
- Efektywność energetyczna - 0,42;
- Wskaźnik rentowności netto - 0,41;

Dokonano dodatkowej analizy jakościowej uzasadnień ocen dla trzech kryteriów, w przypadku których rozbieżności były największe. W przypadku ponadregionalności projektu, trudność z oceną związana była najczęściej z różnym podejściem ekspertów do argumentacji wnioskodawców, wskazującej na wpisywanie się projektu w strategię ponadregionalną – przykładowe uzasadnienie oceny:

Wnioskodawca nie wykazał, że projekt ma charakter ponadregionalny. W pkt B.4.5 wskazał wprawdzie, że projekt jest zgodny ze Strategią Rozwoju społeczno-gospodarczego Polski Wschodniej do roku 2020, ale nie przedstawił w tym zakresie wystarczającego uzasadnienia.

Trudność związana była z interpretacją pierwszego kryterium ponadregionalności: „Przedsięwzięcie wynika ze strategii ponadregionalnej (tj. strategii przyjętej przez Radę Ministrów: Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego Polski Wschodniej do 2020, Strategia Rozwoju Polski Południowej do roku 2020 Strategia Polski Zachodniej 2020, Strategia Rozwoju Polski Centralnej do roku 2020 z perspektywą 2030)”.

W przypadku efektywności ekonomicznej różniły się interpretacje ekspertów co do sposobu wyliczania poszczególnych wskaźników przez wnioskodawcę (np. wskaźnika ERR/C, ENPV i innych).

W przypadku efektywności energetycznej rozbieżności między ekspertami dotyczyły tego, czy proponowane przez wykonawcę rozwiązania faktycznie przyczyniają się do energooszczędności (często jeden z ekspertów oceniał zastosowane rozwiązania pozytywnie, a drugi wskazywał, że wnioskodawca mógł zastosować inne tego typu rozwiązania, ale tego ostatecznie nie zrobił).

Analiza wpływu

Ze względu na fakt, że na etapie realizacji badania liczba wniosków ocenionych negatywnie pod względem merytorycznym była niewielka, ocenę wpływu przeprowadzono analizując korelacje między liczbą punktów w poszczególnych kryteriach (aby na obliczenia nie miało wpływu zróżnicowanie wag dla poszczególnych kryteriów, zastosowano współczynnik korelacji rang ρ Spearmana, co sprawiło, że dla obliczeń istotna była nie wartość punktacji, ale miejsce wniosku w rankingu pod względem danego kryterium).

Według tej analizy **największy wpływ na wysokość ogólnej oceny merytorycznej miały kryteria:**

- Średnia roczna liczba ratowników medycznych stale przebywających w szpitalnym oddziale ratunkowym na każdej zmianie wg danych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku o dofinansowanie (korelacja istotna statystycznie, silna, $\rho=0,722$);
- Rozwiązania wpływające na szybkość udzielania pomocy medycznej poszkodowanym (korelacja istotna statystycznie, silna, $\rho=0,707$);

Oznacza to, że powyższe kryteria były tzw. języczkami u wagi dla oceny projektu – miały one na tę ocenę *de facto* największy wpływ. Natomiast **kryteriami bez istotnego statystycznie wpływu na wysokość oceny były:**

- **efektywność ekonomiczna** ($\rho=-0,193$);

- **efektywność energetyczna** ($\rho=0,113$).

Oceny merytorycznej II stopnia nie przeszły dwa projekty. W jednym przypadku przyczyną był brak kompletności dokumentacji aplikacyjnej i załączników, zaś w drugim – niezgodność z zasadami zrównoważonego rozwoju oraz wymaganiami prawa dotyczącego ochrony środowiska.

Kryteria oceny merytorycznej II stopnia były mniej jednoznaczne dla ekspertów niż ocena formalna, choć bardziej niż kryteria oceny merytorycznej I stopnia. W przypadku kryterium poprawności analizy ekonomicznej i finansowej wystąpiły dwie rozbieżności, a pojedyncze rozbieżności wystąpiły w przypadku kryteriów:

- kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku i załączników;
- poprawność identyfikacji i przypisania wydatków projektu z punktu widzenia ich kwalifikowalności;
- wykonalność finansowa projektu;
- zgodność projektu z wymaganiami prawa dotyczącego ochrony środowiska;
- zasada zrównoważonego rozwoju.

Działanie 9.1, pozostałe typy projektów oraz działanie 9.2

W przypadku pozostałych typów projektu: Modernizacja istniejących Centrów Urazowych (CU) (roboty budowlane, doposażenie) nie wystąpiły żadne rozbieżności w ocenie formalnej. W przypadku oceny merytorycznej I stopnia wystąpiły dwie rozbieżności dotyczące wskaźnika płynności i efektywności ekonomicznej, a w przypadku oceny merytorycznej II stopnia – jedna rozbieżność dotycząca kryterium zdolności do adaptacji do zmian klimatu i reagowania na ryzyko powodziowe.

W przypadku działania 9.2 w dwóch przypadkach badane projekty były odrzucane ze względu na niekompletną dokumentację – dotyczyło to braku załączników takich jak:

- kosztorys inwestorski;
- wyciąg z dokumentacji technicznej;
- rozeznanie rynku dot. zakupu sprzętu.

W jednym przypadku miała miejsce niezgodność z Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, Szczegółowym opisem osi priorytetowych PO LiŚ - podmiot wnioskodawcy nie mógł wnioskować w konkursie. Poniżej cytujemy uzasadnienie, aby wskazać stopień skomplikowania kryterium:

Wnioskodawcą jest (...) – podmiot utworzony przez gminę (...).

Zgodnie z regulaminem konkursu nr POIS.09.02.00-IP.04-00-001/2016 (§ 12 ust. 1 pkt 2) do Konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze utworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego (forma prawna – kod 146), udostępniające bazę szpitalną na rzecz publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, o ile:

a) publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych nie dysponuje własną bazą szpitalną, oraz

b) udostępnienie odbywa się na zasadach określonych w pisemnym porozumieniu/umowie zawartej między podmiotem leczniczym a publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą

w dziedzinie nauk medycznych zawartym/zawartej na okres gwarantujący zachowanie przez beneficjenta trwałości projektu, oraz

c) nie ma możliwości ubiegania się o dofinansowanie danej inwestycji w ramach właściwego regionalnego programu operacyjnego.

We wniosku o dofinansowanie (pkt A.4.2. Wniosku) Wnioskodawca wykazał, że „(...) jest podmiotem uprawnionym do wnioskowania o wsparcie zgodnie z § 12 Regulaminu Konkursu, gdyż podmiotem założycielskim (...) jest JST – (...) oraz (...) udostępnia bazę szpitalną na zasadach określonych zgodnie z obowiązującą umową stanowiącą uzupełnienie do załącznika nr 31 na rzecz (...) (uczelnia wyższa – przyp. OE/STOS), nieposiadającego własnej bazy szpitalnej. Dodatkowo wnioskodawca nie ma możliwości ubiegania się o dofinansowanie przedmiotowej inwestycji w ramach RPO (...)

Zgodnie z informacją zamieszczoną (w dniu dokonywania oceny wniosku, tj. w dniu 22.02.2017r.) na stronie Regionalnego Programu Operacyjnego (... (właściwe województwo)), w dniu (...) ogłoszony został przez (...) (odpowiednia IZ) nabór wniosków (z terminem składania wniosków do dnia 15.03.2017 r.) w zakresie projektów w obszarze lecznictwa szpitalnego, objętego mapami zdrowotnymi dla województwa (...)

Zgodnie z Regulaminem przedmiotowego Konkursu (str. 6) do dofinansowania w ramach niniejszego konkursu mogą być przyjęte wyłącznie projekty z zakresu lecznictwa szpitalnego, zgodne z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych dla województwa (...) w wersji obowiązującej na dzień ogłoszenia konkursu (zwaną dalej: mapą) (...)

O wsparcie w ramach ww. naboru mogą aplikować podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przedsiębiorcy, jednostki budżetowe oraz lekarze i pielęgniarki, którzy wykonują swój zawód w ramach działalności leczniczej (zgodnie z Ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej) i udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z wyłączeniem podmiotów, które będą kwalifikowały się do otrzymania wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko - wyłączenie to nie dotyczy szpitali ponadregionalnych posiadających w swoich strukturach oddziały geriatryczne). Przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozumieć należy sytuację, w której podmiot leczniczy, uzyskał przychody z działalności leczniczej w ramach NFZ stanowiące nie mniej niż 85% przychodów ogółem z działalności leczniczej.

Mając na uwadze powyższe, (...) nie jest podmiotem uprawnionym do ubiegania się o wsparcie w ramach naboru zamkniętego nr POIS.09.02.00-IP.04-00-001/2016. Wnioskodawca nie spełnia warunku określonego w § 12 ust. 1 pkt 2 c).

Kryterium nr 6 uznaje się za niespełnione.

Analizę kart ocen uzupełniono mini studiami przypadku, z których raporty zamieszczono w aneksie.

Wyniki tej części badania jakości kryteriów pokazały, że najtrudniejsze do spełnienia kryterium formalne związane są z kompletnością dokumentacji. W opinii ewaluatora jest ona faktycznie bardzo rozbudowana. Trudność stanowi realizacja rozeznania rynku do każdej pozycji budżetu.

Analiza statystyczna kart oceny wskazuje na fakt, że występują duże rozbieżności w ocenie eksperckiej kryteriów:

- Ponadregionalność projektu (trudność z oceną związana była najczęściej z różnym podejściem ekspertów do argumentacji wnioskodawców, wskazującej na wpisywanie się projektu w strategię ponadregionalną)

- kryterium dość uznaniowe;
- Efektywność ekonomiczna (różne interpretacje ekspertów w zakresie obliczania wskaźników)
- Efektywność energetyczna (różne interpretacje ekspertów).

Efektywność ekonomiczna i energetyczna były też kryteriami o niewielkim ogólnym wpływie na wysokość oceny. Najsilniejszy wpływ mają kryteria stricte merytoryczne: średnia roczna liczba ratowników medycznych stale przebywających w szpitalnym oddziale ratunkowym na każdej zmianie wg danych za rok poprzedzający rok złożenia wniosku o dofinansowanie oraz rozwiązania wpływające na szybkość udzielania pomocy medycznej poszkodowanym.

Przedstawione wyniki nie wskazują na potrzebę zmian w systemie kryteriów powodujących problemy, gdyż są one istotne dla procesu oceny, wskazują jednak na potrzebę uspoźnienia wiedzy wnioskodawców i ekspertów w zakresie rozumienia tych kryteriów (np. przy pomocy podręcznika wskazującego konkretne przykłady na rozumienie ww. kryteriów).

Ocena jakości kryteriów była także przedmiotem **badania ilościowego wśród wnioskodawców**. Pokazało ono, że niewiele horyzontalnych kryteriów formalnych budziło wątpliwości więcej niż jednego wnioskodawcy:

- Siedmiu wnioskodawców wskazało na kryterium „kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku i załączników” - problemem były niejasności dotyczące wymaganych załączników,
- sześciu wskazało kryterium „wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą w trudnej sytuacji w rozumieniu unijnych przepisów dotyczących pomocy państwa” – wnioskodawcy mieli problem z ustaleniem, czy są przedsiębiorcą, a kryteria oceny uważali za nieadekwatne do zadań ZPZOZ,
- czterech wskazało kryterium „Zgodność z PO liŚ i SzOOP oraz regulaminem konkursu” – ze względu na niejasności dotyczące dopuszczalnych zakupów sprzętu.

Powyższe pokazuje, że generalnie kryteria formalne nie wymagają zmiany (nie budzą bowiem wątpliwości zdecydowanej większości wnioskodawców), przydatne będzie natomiast ich lepsze objaśnienie. W przypadku kryterium dotyczącego kompletności dokumentacji wystarczające będzie wskazane wcześniej uporządkowanie wymagań dotyczących załączników.

Wśród dodatkowych kryteriów formalnych problematyczna okazywała się efektywność kosztowa projektów, a z komentarzy wynika, że powodem był brak rozumienia tego kryterium. Dodatkowo w przypadku Działania 9.2 problemem była zgodność z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych potwierdzona posiadaniem pozytywnej opinii o celowości inwestycji ze względu na rozbieżności w ocenie wydawanej przez poszczególne instytucje oraz fakt, że IOWISZ nie ocenia pozytywnie projektów modernizacyjnych.

Jeśli wziąć pod uwagę kryteria merytoryczne I stopnia, to otrzymujemy następującą listę najczęściej krytykowanych kryteriów:

- efektywność energetyczna – 23 wskazania
W ocenie respondentów konieczne jest albo usunięcie kryterium albo przynajmniej doprecyzowanie i jednocześnie złagodzenie wymagań, bowiem trudno jest wykazywać (wyliczyć) oszczędności w przypadku zakupu sprzętu medycznego, który nie posiada klas energooszczędności, a ponadto nie ma pewności jaki ostatecznie sprzęt będzie zakupiony. W przypadku lądowisk szacowanie tego wskaźnika wydaje się w ogóle niemożliwe
- jakość (posiadanie akredytacji przez podmiot leczniczy – 15 wskazań
Respondenci wskazywali na fakt, że znacząca część placówek nie posiada akredytacji i nie ma szans na jej zdobycie, a dodatkowo akredytacja jest przydzielana na czas określony i składanie aplikacji może trafić

na okres ponownego potwierdzania akredytacji, sugerowano więc zmniejszenie wagi tego kryterium i złagodzenie warunków w oczekiwaniu na podpisanie umowy przedłużającej akredytację; dodatkowo zwracano uwagę na celowość uwzględniania innych niż wymienione certyfikatów jakości

- wskaźnik rentowności netto – 10 wskazań

Zdaniem respondentów wskaźnik rentowności nie ma sensu w przypadku publicznej służby zdrowia, szpital nie jest przedsiębiorstwem nastawionym na zysk

- efektywność ekonomiczna – 9

W komentarzach zwracano uwagę na to, że dział SOR nie jest opłacalny, trudno oszacować, ilu pacjentów przyjmie szpital

- zgodność ze Strategią UE dla regionu Morza Bałtyckiego – 9

Jak piszą wnioskodawcy „do tego kryterium trzeba dobudować ideologię”, a ponadto „trudno znaleźć uzasadnienie w strategii Morza Bałtyckiego dla projektu ze Śląska/ Gór Świętokrzyskich

- podmiot leczniczy udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach modelu opieki koordynowanej (9.2) – 6

Wnioskodawcy nie wiedzieli, co wchodzi w zakres modelu i jakie są zasady opieki koordynowanej – jest to nowe pojęcie, słabo jeszcze znane lekarzom, wymaga więc dokładnego objaśnienia

- udział świadczeń zabiegowych w stosunku do wszystkich świadczeń udzielanych na oddziale o charakterze zabiegowym, objętym zakresem wsparcia (9.2) – 6

Zdaniem wnioskodawców sposób obliczania nie jest zrozumiały, brakowało precyzyjnej metodologii liczenia

- wykorzystywanie rozwiązań z zakresu telemedycyny (9.2) – 6

Dla wnioskodawców nie było jasne, co wchodzi w zakres pojęcia telemedycyny.

Wnioskodawcy aplikujący w ramach typu projektu „Wsparcie istniejących Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii” największe wątpliwości (po 7 wskazań) mieli wobec kryteriów:

- zapewnienia przez podmiot leczniczy dostępu do rezonansu magnetycznego w miejscu udzielania świadczeń przez 24h/dobę

Wnioskodawcy zwracają uwagę że wiele placówek nie ma własnego sprzętu (jest drogi, a stosunkowo mało przydatny w małych placówkach), korzystają z umowy na świadczenie poza lokalem – sugerują uznawanie takich sytuacji

- odległość od najbliższego SOR.

Dla wnioskodawców problemem jest bliskość dużego miasta, niekiedy z sąsiedniego województwa, proponują uzależnienie punktacji od obszaru działania; z kolei wnioskodawcy z dużych miast proponują uzależnienie oceny od liczby pacjentów

Wśród kryteriów merytorycznych II stopnia wątpliwości najczęściej budziły kryteria:

- Zdolność do adaptacji do zmian klimatu i reagowania na ryzyko powodziowe – 17 wskazań

Wnioskodawcy zwracają uwagę, że projekty dotyczące wyposażenia medycznego nie oddziałują na zmiany klimatu, a mimo to takie informacje należy załączać do wniosku i występować o odpowiednie dokumenty do instytucji takich jak RDOŚ (RDOŚ odmawia) – należy zrezygnować z tego kryterium w przypadku projektów dotyczących wyposażenia

- Zgodność projektu z wymaganiami prawa dotyczącego ochrony środowiska – 9 wskazań
Kryterium uznane za niejasne, niedookreślone, zbyt rozbudowane i nie dotyczące ochrony zdrowia, zwłaszcza jeśli projekt dotyczy budowy części szpitala
- Kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku i załączników – 7 wskazań
Podkreśla się, że wymagana jest zbyt duża liczba załączników, złożenie kompletu dokumentacji jest bardzo skomplikowane; za zbędne uważa się parafki i pieczętki na każdej stronie, ponadto nie należy wymagać dokumentów, które są w Ministerstwie Zdrowia lub są dostępne dla MZ w inny sposób (np. kontrakt z NFZ)

Kluczowe wnioski:

System kryteriów jest w pełni zgodny z zapisami dokumentu „Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, z rekomendacjami Komitetu Sterującego, z założeniami i celami IX Osi i w pełni odpowiada logice interwencji IX Osi. Zgodność projektów z mapami potrzeb zdrowotnych i z Wojewódzkimi Planami Działania Systemu Ratownictwa Medycznego jest badana obligatoryjnie (odpowiednio do typu projektu).

Trzeba jednak stwierdzić, że kryteria mają ograniczony wpływ na wskaźniki realizacji Osi, w tym na wskaźniki ram wykonania a to dlatego, że wskaźniki są produktowe, kryteria zaś odnoszą się do jakości podmiotów, które otrzymują wsparcie i celowości planowanych przez te podmioty inwestycji – co należy uznać za słuszne w świetle celów postawionych przed interwencją osi IX. Również dynamika wydatkowania nie jest zależna od wskaźników, a od terminów ogłaszania naborów, które – jak zauważono wcześniej – zależne były od spełnienia warunkowości ex-ante.

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że stosowane kryteria gwarantują wybór projektów w największym możliwym stopniu przyczyniających się do realizacji celu szczegółowego IX OP PO LiŚ, PI 9a oraz wskaźników rzeczowych, w tym sformułowanych na potrzeby ram wykonania, z wyjątkiem wskaźnika finansowego.

W badaniu nie zidentyfikowano kryteriów pominiętych; za zbędne natomiast można uznać te, które nie mają związku z charakterem interwencji i nie różnicują wyników oceny (typu zgodność ze Strategią Morza Bałtyckiego czy wpływ na zmiany klimatu, a także efektywność energetyczna).

Kryteria nie mają charakteru dyskryminacyjnego, choć oczywiście podmioty nie uzyskujące punktów za dane kryterium tak będą je oceniać.

Wszystkie wybrane do dofinansowania projekty spełniły kryteria odnoszące się do stosowania polityk horyzontalnych – jednak zauważalne jest, że spełnianie tych wymogów traktowane jest jako zbędne i dające się wypełnić wpisaniem okrągłych formułek.

O tym, czy kryteria miały wpływ na realną jakość projektów będzie można się przekonać po zakończeniu projektów – na obecnym etapie mamy do czynienia z obietnicami, których złożenie jest warunkiem uzyskania dofinansowania.

Jakość definicji kryteriów jest ogólnie dobra, choć wskazano wiele szczegółowych niedoskonałości. Co ważne – jakość ta jest coraz wyższa z konkursu na konkurs.

4.3.2. Działanie podprocesu oceny i wyboru projektów

*Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:
Czy czas dokonywania oceny wniosków, a także metody oceny były trafnie zaplanowane, a jeśli nie – to jakie były tego przyczyny?
Jak można ocenić sprawność i sposób organizacji procesu zatwierdzania wyników dokonanej oceny?*

Czy system wyboru projektów zastosowanych przez IP (MZ) pozwala na wybór / sprzyja składaniu projektów innowacyjnych?

W jakim stopniu w ramach systemu wyboru projektów IP (MZ) zapewniła niezbędny poziom ich komplementarności?

W jakim stopniu system oceny i wyboru projektów jest transparentny i bezstronny?

Jak należy ocenić sposób organizacji i sprawność realizacji przez IP procesu wyboru projektów w kontekście celów IX OP i Programu?

Opis systemu

Przebieg i czas oceny

Metody oceny wniosków opisane są ramowo w „Systemie wyboru i oceny projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko”. Szczegółowy opis znajduje się w regulaminach poszczególnych naborów i w regulaminie KOP dla danego naboru.

Ogólnie rzecz biorąc, oceny dokonuje Komisja Oceny Projektów (KOP), której członkami są:

- pracownicy Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia MZ;
- eksperci znajdujący się w wykazie kandydatów na Ekspertów dla POIiŚ 2014-2020, wybrani przez IP (o naborze ekspertów więcej w dalszej części raportu);
- ewentualnie – gdy to niezbędne – także eksperci spoza KOP.

W skład KOP wchodzi co najmniej 7 członków, w tym Przewodniczący i Sekretarz. Ekspert powoływany jest w przypadku, gdy niezbędna jest wiedza specjalistyczna, gdy liczba projektów zagraża terminowemu dokonaniu oceny lub gdy występują rozbieżności w ocenie dokonanej przez dwóch członków KOP.

W praktyce oceny projektów w badanych konkursach Osi IX PO IiŚ, eksperci wybrani przez IP oceniali obszary takie jak:

- analiza finansowo-ekonomiczna (płynność, rentowność, zadłużenie, wykonalność finansowa, efektywność ekonomiczna)
- efektywność energetyczna;
- obszary związane z ochroną środowiska;
- kryteria programowe (specyficzne dla danych działań i typów projektów);
- organizacja ochrony zdrowia (specyficzne dla danych działań i typów projektów).

Z kolei pracownicy MZ najczęściej oceniali, poza kryteriami formalnymi, kryteria „projektowe” czyli związane z kwestiami dotyczącymi samych zasad, procedur i wytycznych wdrażania funduszy unijnych, takie jak:

- kryteria formalne;
- w ramach kryteriów merytorycznych I stopnia:
 - komplementarność i synergia projektu;
 - ponadregionalność projektu;
 - zgodność projektu ze Strategią Unii Europejskiej dla regionu Morza Bałtyckiego (SUE RMB);
- w ramach kryteriów merytorycznych II stopnia:
 - Kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku i załączników;
 - Spójność informacji zawartych we wniosku, załącznikach do wniosku;

- Poprawność identyfikacji i przypisania wydatków projektu z punktu widzenia ich kwalifikowalności;
- Gotowość techniczna projektu do realizacji na poziomie wymaganym dla danego priorytetu /działania PO liŚ;
- Gotowość organizacyjno - instytucjonalna projektu w obszarze zawierania umów;
- Wykonalność finansowa projektu;
- Pomoc publiczna;
- Trwałość projektu;
- Zasada zapobiegania dyskryminacji i równość szans kobiet i mężczyzn.

Ocena na wszystkich etapach oparta jest o listy sprawdzające, których wzory są załącznikami do regulaminu pracy KOP. Na podstawie list sprawdzających, Zbiorcze karty oceny formalnej/merytorycznej sporządza sekretarz KOP, i przekazuje je do zatwierdzenia Przewodniczącemu KOP (proces zatwierdzania dokładniej opisany jest w dalszych podrozdziałach).

Przebieg i czas oceny projektów konkursowych

Ocena formalna prowadzona jest w oparciu o system 0-1. Etapy oceny formalnej są następujące²¹:

- 1) Ocena wg kryteriów formalnych trwała, w zależności od konkursu, od **40 dni** od daty zakończenia naboru wniosków do **60 dni** od tej daty i kończy się sporządzeniem i zatwierdzeniem przez IOK (Ministerstwo Zdrowia) **protokołu** z oceny formalnej;
- 2) W ciągu **5 dni od zakończenia oceny formalnej** protokół z oceny formalnej zamieszczany jest na stronie internetowej;
- 3) W ciągu **7 dni od zakończenia oceny formalnej** przekazywana jest wnioskodawcy informacja o ocenie formalnej wniosku;

Ocena **merytoryczna** dokonywana jest równocześnie w oparciu o kryteria merytoryczne I i II stopnia, w zależności od konkursu – w terminie od **60 do 80 dni od daty zakończenia oceny formalnej**. Ocena merytoryczna I stopnia prowadzona jest w oparciu o system punktowy, a II stopnia – o system 0-1.

Wnioskodawca ma możliwość poprawienia we wniosku **braków formalnych** (np. brak podpisu/-ów bądź wniosek podpisany przez osobę nieuprawnioną, brak paraf, niewypełnione wymagane pola we Wniosku o dofinansowanie, niewypełniony/-e załącznik/załączniki do Wniosku o dofinansowanie, załączniki sporządzone na niewłaściwym wzorze, wersja papierowa Wniosku o dofinansowanie/załączników nie jest tożsama z wersją elektroniczną) lub **oczywistych omyłek** (takich jak np. błąd rachunkowy, błąd pisarski, niepoprawne wyliczenia arytmetyczne). Zgodnie z regulaminami termin na ww. uzupełnienia/poprawki **ma nie być krótszy niż 7 dni**.

Wnioskodawca może zostać także wezwany do złożenia wyjaśnień lub uzupełnień innych niż wyżej wymienione, jeśli braki we wniosku uniemożliwiają ocenę na jakimkolwiek etapie. W tym przypadku termin uzupełnienia/wyjaśnienia może być dłuższy. Czas na udzielanie wyjaśnień oraz uzupełnienia na wszystkich etapach nie może przekroczyć **60 dni** (zapisu tego nie było w pierwszych wersjach dokumentacji konkursowych w roku 2015). Czas ten nie wlicza się do czasu oceny formalnej i merytorycznej.

A zatem w dotychczas badanych konkursach **najkrótsza ścieżka oceny** projektów konkursowych wynosiła 100 dni, a najdłuższa – 200 dni (*vide* poniższy schemat).

²¹ Czas mierzony jest w dniach kalendarzowych.

Rysunek 2. Porównanie najkrótszej i najdłuższej możliwej ścieżki oceny



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research

Przebieg i czas oceny projektów pozakonkursowych

Ocena formalna prowadzona jest w oparciu o system 0-1. Etapy oceny formalnej są następujące²²:

- 1) Ocena wg kryteriów formalnych trwała, w zależności od konkursu, od **45 dni** od daty zakończenia naboru wniosków do **60 dni** od tej daty i kończy się sporządzeniem i zatwierdzeniem przez IOK (Ministerstwo Zdrowia) **protokołu** z oceny formalnej;
- 2) W ciągu **5 dni od zakończenia oceny formalnej** protokół z oceny formalnej zamieszczany jest na stronie internetowej;
- 3) W ciągu **7 dni od zakończenia oceny formalnej** przekazywana jest wnioskodawcy informacja o ocenie formalnej wniosku;

W przypadku projektów pozakonkursowych brak wskazanych przy konkursach sprzeczności. Moment zakończenia oceny formalnej tożsamy jest z zatwierdzeniem przez przewodniczącego KOP zbiorczej karty oceny.

Ocena **merytoryczna** dokonywana jest na dwa sposoby:

- równocześnie w oparciu o kryteria merytoryczne I i II stopnia, w zależności od konkursu – w terminie **45 dni od daty zakończenia oceny formalnej**;
- w przypadku złożenia przez wykonawcę oświadczenia o niemożności złożenia w terminie załączników (np. w przypadku naboru w trybie pozakonkursowym w ramach działania 9.1, projektu dotyczącego „Utworzenia nowych Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)”):

²² Czas mierzony jest w dniach kalendarzowych.

- o ocena merytoryczna I stopnia – w terminie 25 dni od zakończenia oceny formalnej;
- o następnie wnioskodawca wzywany jest do złożenia w terminie 7 dni brakujących załączników;
- o ocena merytoryczna I stopnia – w terminie 20 dni od złożenia załączników.

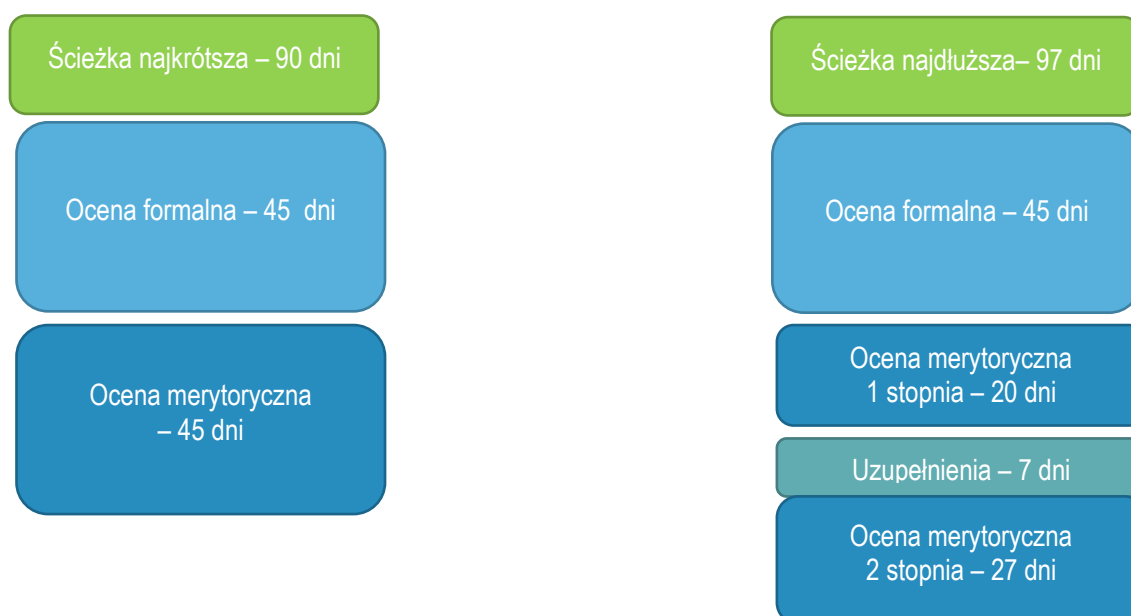
Ocena merytoryczna I stopnia prowadzona jest w oparciu o system punktowy, a II stopnia – o system 0-1.

Wnioskodawca ma możliwość poprawienia we wniosku **braków formalnych** lub merytorycznych (jednokrotne wezwanie na każdym etapie). Termin, zgodnie z regulaminami, na ww. uzupełnienia/poprawki **wynosi 7 dni**.

Łączny czas na udzielanie wyjaśnień oraz uzupełnienia na wszystkich etapach nie może przekroczyć **60 dni**. Czas ten nie wlicza się do czasu oceny formalnej i merytorycznej.

A zatem w dotychczas badanych naborach **najkrótsza ścieżka oceny** projektów konkursowych wynosić mogła 90 dni, a najdłuższa – 97 dni (*vide* poniższy schemat).

Rysunek 1. Porównanie najkrótszej i najdłuższej możliwej ścieżki oceny projektów pozakonkursowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research

Analiza i ocena systemu

Wnioskodawcy zgłaszali **zastrzeżenia dotyczące terminów uzupełnień**, należących do podprocesu oceny i wyboru projektów. Wnioskodawcy wskazywali, że termin wprowadzania uzupełnień do wniosku (7 dni) był ich zdaniem zdecydowanie za krótki (zwłaszcza w przypadku projektów pozakonkursowych). Zdaniem uczestników wywiadu grupowego z wnioskodawcami optymalnym terminem na uzupełnienia byłoby 10 dni roboczych, czyli 14 dni kalendarzowych; istotny jest w tym procesie także wewnętrzny obieg dokumentacji u wnioskodawcy:

Bo 7 dni to w jest 5 dni roboczych naszych. Licząc od tego, że to pismo musi jeszcze do nas trafić, w nasze ręce. To są 3 dni. Myślę, że 10 dni roboczych to by było wystarczająco.

10 dni, 14 dni, dokładnie. Pracujemy przede wszystkim w różnych zespołach. To są zespoły techniczne, często medyczne, projektowe. I w zależności od tego, jakie są uwagi, zebrać te wszystkie osoby, często lekarze, którzy nas też wspierają, to nie jest... To jest trudne, żeby w 5 dni zrobić dobre wyjaśnienie. (FGI wnioskodawcy)

Wobec pozostałych terminów badania wnioskodawcy nie mieli zastrzeżeń. Z kolei z punktu widzenia pracowników MZ, oceniających wnioski, początkowo zaplanowano na ocenę formalną czas krótszy niż niezbędny (40 dni w pierwszej wersji). Jak wskazuje jeden z badanych pracowników:

Nie zdawaliśmy sobie sprawy z tego, że do ok. 98% wnioskodawców będzie trzeba słać wezwania do wyjaśnienia i poprawek. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Z kolei **badani eksperci wskazują, że czas, który im wyznaczano, był „napięty, ale realny”** i w większości przypadków go dotrzymywali. Ocena jednego wniosku przez eksperta trwała w zależności od dziedziny od 5 do 10 godzin (w tym pobranie z dysku zewnętrznego wszystkich plików, lektura, analiza, przygotowanie wkładu do wezwania o wyjaśnienia, ponowna lektura, wypełnienie karty oceny z uzasadnieniami).

W kilku konkursach mały miejsce opóźnienia w zakończeniu ocen, o których IP informowała na stronie internetowej stosując następujący komunikat:

Ze względu na dużą ilość złożonych wniosków oraz ich niską jakość wydłużyły się prace Komisji Oceny Projektów. Członkowie Komisji sporządzają liczne i obszernie wezwania do uzupełnień, co finalnie powoduje przesunięcie ogłoszenia wyników oceny formalnej.

Treść komunikatu jest odbierana przez wnioskodawców niekiedy jako wręcz dla nich obraźliwa ze względu na eksponowanie niskiej jakości projektów. Z drugiej strony taka treść komunikatów potwierdza wcześniejsze wnioski zespołu badawczego dotyczącego ryzyka, jakie niesie za sobą tak rozbudowana formuła wezwań do wyjaśnień i uzupełnień. Skoro projekty są niskiej jakości, to nie powinny być finansowane – uzupełnienia „pod dyktando” osób oceniających sprawi, że wniosek będzie spełniał wymagania, ale opisany w nim projekt niekoniecznie stanie się projektem wysokiej jakości.

Jeśli chodzi o same metody oceny, to wśród wnioskodawców obecnych na wywiadzie grupowym, budzi wątpliwość konieczność **poprawek oczywistych omyłek pisarskich**, co wiązało się z drukowaniem wniosku na nowo:

Powinna być możliwość zatwierdzenia omyłek pisarskich czy innych omyłek nie grubego kalibru na poziomie ministerstwa. Np. są takie tabele we wniosku, które powielają dane. Więc jak w jednej kwocie się pomylił w cyferce, to jest to oczywista omyłka pisarska (...) W takiej sytuacji pomyłka powinna zostać załatwiona po stronie ministerstwa, jeśli oczywiście nie ma innych uwag. Natomiast w sytuacji, kiedy trzeba zmienić jedną cyferkę we wniosku to często trzeba drukować [na nowo] cały wniosek. (FGI wnioskodawcy)

Jeśli chodzi o pracowników oceniających wnioski i ekspertów, to pozytywnie oceniają zastosowane metody oceny wniosków. Alternatywne metody typu ocena z preselekcją czy ocena panelowa są przez rozmówców z tej grupy oceniane jako nieadekwatne. Jednak jedna z badanych osób z IP wskazała, że **z punktu widzenia wnioskodawców być może lepszym rozwiązaniem byłaby preselekcja**. Jest to zgodne z opiniami części respondentów FGI, którzy uważają, że ogólnie rzecz biorąc forma konkursowa bez preselekcji jest mniej korzystna (jeśli bierzemy pod uwagę wybór faktycznie strategicznych przedsięwzięć). Aczkolwiek z punktu widzenia IP i wymagań IZ (osiągnięcia celów) dodatkowy etap preselekcji znacząco przedłużyłby proces wyboru, co mogłoby zagrozić certyfikacji wydatków:

Czasami zastanawiam się, czy z punktu widzenia wnioskodawcy nie byłaby lepsza tzw. preselekcja. Znaczy, że on składa swój pomysł, a dokumentację da za pół roku. Z punktu widzenia instytucji jest ryzyko, że nie przygotuje tej dokumentacji (...) To, jakie projekty wybierzemy będzie miało wpływ na to, jak nam będzie się układała współpraca. Dobrze projekt przygotowany lepiej będzie realizowany. (...) Więc preselekcja ewentualnie, ale z punktu widzenia wnioskodawcy, nie naszej instytucji. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania).

Procedura zatwierdzania wyników jest opisana w „Systemie wyboru i oceny projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko”. Polega ona na tym, że lista projektów wybranych do dofinansowania (w przypadku konkursów) lub lista zbiorcza z oceny wniosku o dofinansowanie projektu konkursowego, sporządzana po zakończeniu oceny merytorycznej, przedkładana jest do akceptacji Przewodniczącemu KOP, a następnie przekazywana do zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia lub Członka Kierownictwa nadzorującego prace Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia. Zatwierdzenie przez Ministra Zdrowia lub Członka Kierownictwa jest jednoznaczne z zatwierdzeniem wyników oceny oraz podjęciem decyzji o dofinansowaniu projektu.

W toku badania **nie pojawiły się żadne wątpliwości co do procedury zatwierdzania wyników dokonanej oceny**. Jeden wnioskodawca w ramach ankiety CATI wskazał, że w jego przypadku wystąpiło nieuzasadnione przedłużanie podpisania umowy (dotyczyło to naboru konkursowego w ramach Działania 9.1). Poza tym na problemy w tym zakresie nie wskazywali ani inni wnioskodawcy, ani przedstawiciele instytucji, ani oceniający. Ich zdaniem jest ona właściwa i nie przysparza problemów:

Jak są wyniki, to idzie do akceptacji Ministra głównego lub nadzorującego departament funduszy i po sprawie. Jest to zapisane w regulaminach konkursu (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Po zatwierdzeniu wyników są one zamieszczane na stronie IP. **Bardzo dobrym rozwiązaniem zaproponowanym przez IP na pewnym etapie wdrażania było sukcesywne, etapowe publikowanie wyników konkursu**, tak by opóźnienia w ocenie części wniosków nie wpływały negatywnie na możliwość podejmowania inwestycji przez pozostałych wnioskodawców.

Ocena i wybór wniosków a innowacyjność i komplementarność

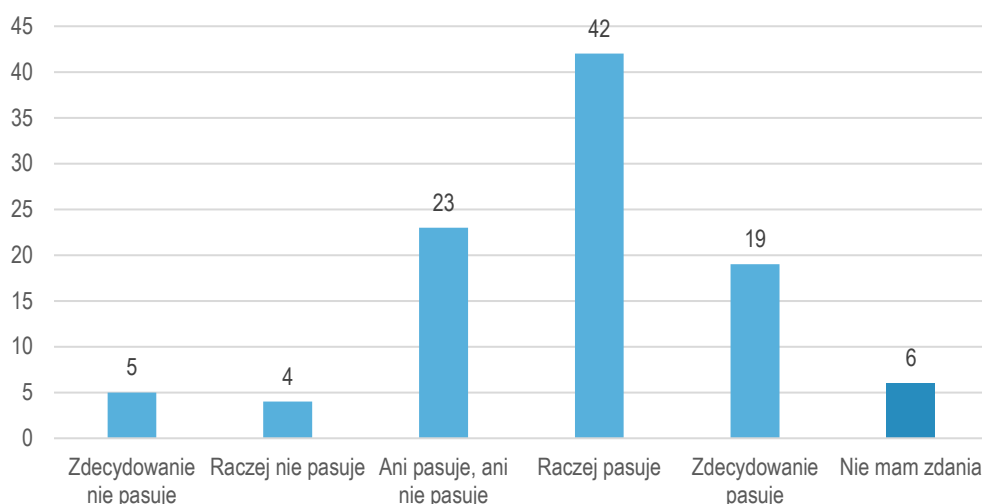
Większość badanych, zarówno po stronie instytucji systemu wdrażania, jak i po stronie wnioskodawców, **wątpi w zasadność oceny innowacyjności** w przypadku działań, które mają zostać zrealizowane w ramach Osi IX PO liŚ:

Tu w ogóle nie chodzi o projekty innowacyjne. Więc [system wyboru i oceny] nie skłania [do tego], bo nie miał skłaniać. Wiadomo, że kupują sprzęt najlepszej generacji. Nie jest celem innowacja, jak powiedział pan minister, to ma nie przeszkadzać w leczeniu... (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Także w opinii ewaluatora nie ma potrzeby dokonywania zmian w systemie naboru, aby bardziej skłaniać wnioskodawców do innowacyjności. Poziom ten jest wystarczający w obecnej chwili. Osiągnięcie celu, jakim jest wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, przyczyniającej się do lepszego dostępu mieszkańców do tej infrastruktury, nie wymaga innowacyjności, a jedynie nowoczesności i profesjonalizmu.

W ramach badania CATI, wnioskodawcy wskazywali, że **system raczej sprzyja wyborowi projektów komplementarnych**, i choć rzadko były to odpowiedzi jednoznaczne lub zdecydowane, to jednak średnia ocena w tym zakresie była wyższa niż w przypadku pytania o innowacyjność.

Wykres 6. Opinie na temat tego, czy zdanie „System wyboru projektów zachęca do składania projektów komplementarnych (takie projekty są promowane)” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców



Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami, n = 100, brak odpowiedzi = 1

Najistotniejsze jest natomiast rozwiązanie systemowe, w świetle którego za komplementarność różnych projektów realizowanych na poziomie kraju (zwłaszcza pozakonkursowych) odpowiadać ma **system koordynacji z Komitetem Sterującym i mapami potrzeb zdrowotnych**. Wskazują na to zapisy Policy Paper w rozdziale dotyczącym koordynacji działań:

Monitoring i koordynacja wdrażania poszczególnych celów, osiągnięcia oczekiwanych rezultatów, jak również zapewnianie komplementarności i efektywności wsparcia EFSI w sektorze zdrowia odbywa się w oparciu o prace Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.²³

i dalej:

Należy podkreślić, iż w przypadku projektów pozakonkursowych informacje, które IZ/IP przedłoży w fiszce projektu, pozwolą na ocenę jego komplementarności z innymi planowanymi lub już wdrażanymi krajowymi inwestycjami, ocenę efektywności, oraz jak już wspomniano, ocenę zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych.²⁴

Podczas wywiadu grupowego z partnerami społecznymi respondenci wskazywali jednak, że zastosowane rozwiązanie nie w pełni przyczynia się do realnej komplementarności projektów Wg partnerów kwestie związane z komplementarnością często nie są istotnym kryterium opinii o projekcie. Ich zdaniem przyczyną jest tu ścieranie się interesów regionów oraz jednostek centralnych:

Istnieje konflikt interesów, bo mówimy o podmiotach, które ze sobą konkurują o rynek świadczeń zdrowotnych w poszczególnych województwach, więc również ten rozdział merytoryczny jest czysto teoretyczny, to tak nie wygląda. (FGI partnerzy)

Z kolei sami **wnioskodawcy mieli wątpliwości co do tego, jak interpretować kryterium komplementarności** – tego typu odpowiedzi zgłaszano zarówno w ramach CATI, jak i wywiadu grupowego. Pojawił się problem interpretacyjny – czy dana inwestycja, np. zakup sprzętu do zmodernizowanego oddziału szpitalnego, jest komplementarna, czy też jest jedynie etapem tej pierwszej inwestycji:

²³ Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, str. 243

²⁴ Tamże, str. 248

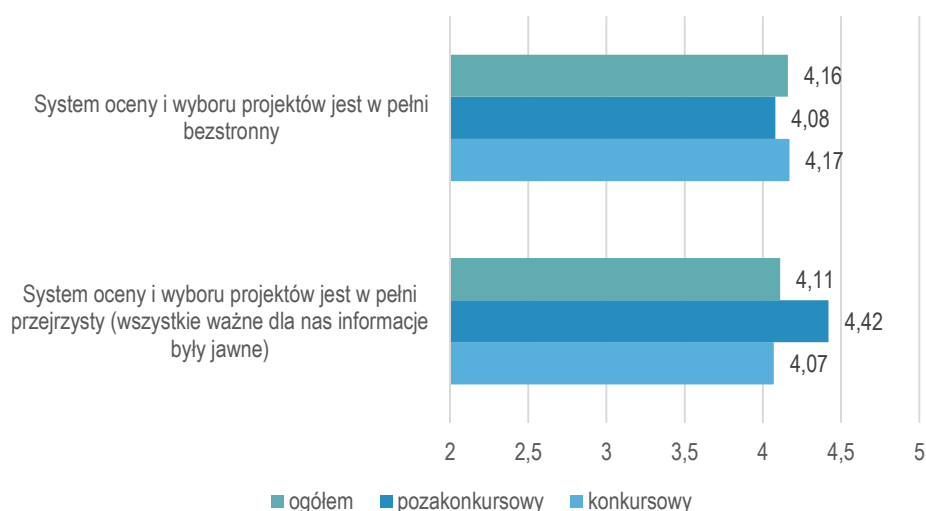
Mamy sytuację modernizowanego bloku operacyjnego, która trwa albo się skończyła dopiero co i z jakichś przyczyn nie zawierała części wyposażenia i pojawiła się sytuacja możliwości pozyskania wsparcia. Pytanie, czy to jest komplementarna inwestycja? Na pewno tak. Ale może jest etapem? (FGI wnioskodawcy)

Składaniu projektów **komplementarnych** w ramach jednej jednostki sprzyjało kryterium, które jednak zostało usunięte uchwałą nr 22/2016 Komitetu Monitorującego. Było to kryterium merytoryczne I stopnia „Komplementarność i synergia”. Kryterium usunięto z uwagi na fakt, iż wszyscy beneficjenci wykazywali realizację innych działań uzyskując efekt synergii, w związku z czym kryterium nie różnicowało projektów. Zmiana ta miała na celu uproszczenie procedury wyboru projektów do dofinansowania. W chwili obecnej, po usunięciu ww. kryterium, z punktu widzenia komplementarności zasadna jest przede wszystkim rewizja roli Komitetu Sterującego i jego sprawczości w tym zakresie.

Transparentność i bezstronność systemu oceny i wybory projektów

Pytanie o transparentność (przejrzystość) i bezstronność systemu oceny i wyboru projektów zadano różnym aktorom systemu. Ocena w obu przypadkach była dosyć wysoka, nieco wyższa w zakresie bezstronności. Przejrzystość zdecydowanie wyżej oceniali wnioskodawcy składający projekty w trybie pozakonkursowym, natomiast w przypadku bezstronności oceny były bardzo zbliżone.

Wykres 7. Opinie respondentów na temat bezstronności i przejrzystości systemu wyboru projektów (średnia ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)

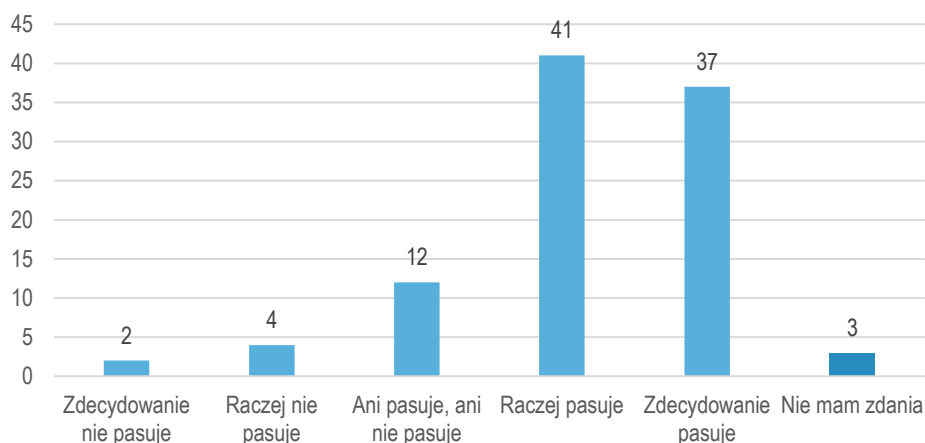


Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami, n = 100, brak odpowiedzi = 1

Transparentność

W ankiecie wnioskodawcy w większości wskazywali w ramach ankiety, że system jest przejrzysty. Pojawiło się jednak 6 odpowiedzi negatywnych, w tym dwie zdecydowanie negatywnie oceniające transparentność systemu. Częściej oceniano stwierdzenie o przejrzystości systemu jako „raczej pasujące” niż „zdecydowanie pasujące” do doświadczeń respondentów.

Wykres 8. Opinie na temat tego, czy zdanie „System oceny i wyboru projektów jest w pełni przejrzysty (wszystkie ważne dla nas informacje były jawne)” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców



Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami, n = 100, brak odpowiedzi = 1

Badania jakościowe także wskazują na fakt, iż **zasadniczo system jest transparentny**; pewne kwestie mogą jednak być odbierane jako brak przejrzystości ze względu na trudność ze zrozumieniem czy niejasne definicje niektórych kryteriów wyboru (np. w ramach FGI z partnerami społecznymi wskazano zmienione już kryterium związane z zakażeniami szpitalnymi (w dawnej wersji – miało być mierzone w procentach, co zdaniem respondentów jest trudne do spełnienia).

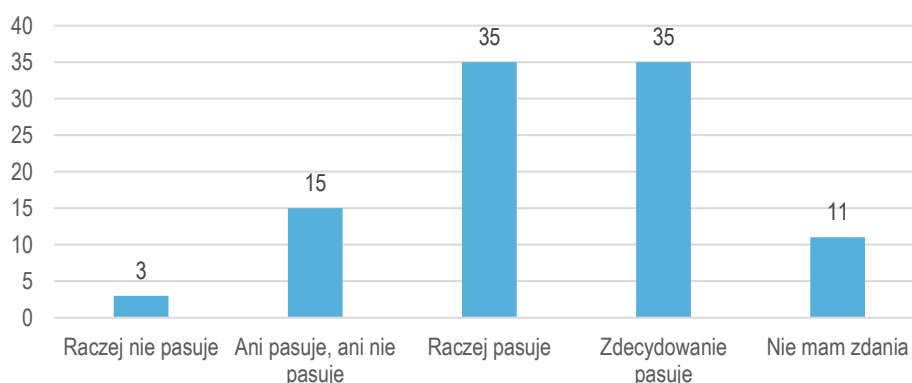
Bezstronność

Bezstronność oceny przez ekspertów zapewniana była rozwiązaniem systemowym. Zgodnie z „Systemem wyboru...” i regulaminami KOP, każdy oceniający (z MZ, jak i ekspert zewnętrzny) podpisuje deklarację bezstronności:

Ekspert najpierw dostaje listę projektów, które mu przypisano i bywa, że ktoś zgłasza „o projekcie nr x proszę mi nie dawać”. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Wnioskodawcy w ankiecie wskazywali, że system jest bezstronny, jedynie w trzech przypadkach zdarzyły się wątpliwości co do tej kwestii i wynikały one z problemów systemowych i założeń konkursów.

Wykres 9. Opinie na temat tego, czy zdanie „System oceny i wyboru projektów jest w pełni bezstronny” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców



Źródło: ankieta CATI z wnioskodawcami, n = 100, brak odpowiedzi = 1

Dwóch z trzech respondentów uzasadniło taką opinię. Pierwszy z nich wskazywał, że program nie był dedykowany szpitalom o takich samych wielkościach, powinien być zastosowany podział na szpitale wojewódzkie i powiatowe, a tymczasem konkurs był dedykowany szpitalom wojewódzkim (dotyczy konkursu w ramach Działania 9.1 na modernizację SOR). Drugi respondent wskazał, że dyskryminacyjny jest fakt, iż promuje się projekty, w których występuje 60 procent zabiegów pełnych (dotyczy Działania 9.2, typ projektu: Wsparcie diagnostyki i leczenia schorzeń onkologicznych w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii).

Jednak zasadniczo nie było wątpliwości co do bezstronności procesu oceny. Nawet respondent, którego projekt został negatywnie oceniony, nie zgłaszał wątpliwości:

Jeżeli nie spełnialiśmy kryteriów finansowych, które były wcześniej określone w regulaminie, no to do kogo można mieć pretensje? Tutaj ocena jest prosta, zerojedynkowa, albo spełnia, albo nie spełnia, a myśmy tego nie spełnili. (IDI z wnioskodawcą)

Także respondenci z IP i IZ wskazywali, że jak dotąd nikt nie kwestionował bezstronności i obiektywności oceny. Dodatkowym mechanizmem jest zaangażowanie w proces kilku osób z różnych instytucji/komórek:

Jest kilka osób, które są zaangażowane w ocenę jednego wniosku. Więc nie można mówić o tym, że będzie decydowało jakieś widzimisię, bo mamy z jednej strony eksperta zewnętrznego, jednego, drugiego, trzeciego, z drugiej strony wewnętrznie pracowników wydziału, więc te wszystkie oceny składają się na wynik. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Sposób organizacji wyboru projektów a osiągnięcie celów IX Osi Priorytetowej i Programu

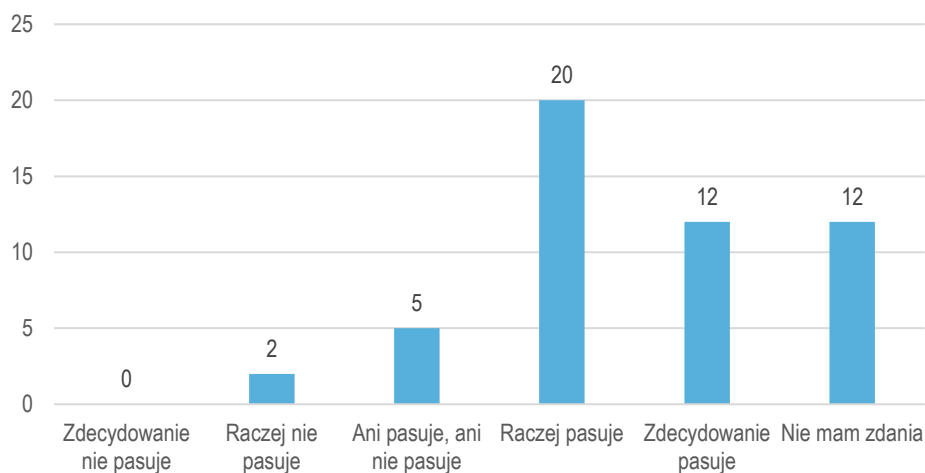
Celem Osi Priorytetowej IX jest „zapewnienie dostępu ludności do infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej”. Rozwija to zapis z SZOOP: „interwencja programu będzie ukierunkowana na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu krajowym (ratownictwa medycznego oraz ponadregionalnych wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych), które będą tworzyć warunki dla zwiększenia dostępu do niej wszystkim mieszkańcom, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia”. Poszczególne Działania mają natomiast następujące cele:

- Działanie 9.1 - poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego;
- Działanie 9.2 - poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach ze względu na trendy epidemiologiczne oraz zasoby pracy.

Aby sposób organizacji wyboru projektów (poza kryteriami wyboru ocenianymi osobno w poprzednim rozdziale) sprzyjał osiągnięciu celów IX Osi i programu, konieczna jest jego przejrzystość, obiektywność, bezstronność oraz sprawna organizacja umożliwiająca zrealizowanie projektów w odpowiednim czasie. Przejrzystość, obiektywność i bezstronność, jak wskazuje poprzedni podrozdział, ocenione zostały pozytywnie. Niniejszy podrozdział oceniać będzie zatem w dużej mierze pozostałe kwestie oraz będzie podsumowywać ocenę częściowych cech składających się na organizację wyboru projektów.

Pytania ogólne, podsumowujące skuteczność systemu, zadano także respondentom. Badani członkowie Komitetu Sterującego w zdecydowanej większości ocenili proces wyboru projektów jako sprawnie organizowany przez Ministerstwo Zdrowia (choć duża część nie miała zdania na ten temat ze względu na brak informacji zwrotnej w tym zakresie).

Wykres 10. Opinie na temat tego, czy zdanie „Proces wyboru projektów w ramach Osi IX PO LiŚ jest sprawnie organizowany przez Ministerstwo Zdrowia” pasuje do doświadczeń/opinii członków KS



Źródło: ankieta CAWI z członkami KS, n=51

Osoby oceniające wnioski także pozytywnie oceniają system wyboru. Wskazują na bardzo dobrą współpracę z pracownikami MZ – bezproblemowy kontakt telefoniczny, otwartość i przyjazną postawę.

Badani eksperci krytycznie odnieśli się do praktyki stosowanej ich zdaniem przez MZ, polegającej na wielokrotnym wzywaniu wnioskodawców do uzupełnień, co umożliwia poprawę bardzo dużych błędów merytorycznych. Ekspertcy są zdania, że może to negatywnie wpłynąć na osiągnięcie celów, gdyż umożliwia się przyjmowanie wniosków niskiej jakości (faktycznie analiza desk research wskazuje, że odrzucenie wniosku ze względu na negatywną ocenę merytoryczną należy do rzadkości).

Mierny wniosek powinien być odrzucony i już, a przyjęty system sprawia, że ekspert pisze co gdzie wnioskodawca ma zmienić i wtedy go ocenia dobrze. Czyli ekspert staje się współautorem wniosku w jakimś sensie (oczywiście o ile wnioskodawca ma na tyle chęci, by na poważnie pochylić się nad uwagami). To z kolei sprawia, że wnioskodawcy wysyłają wnioski przygotowane byle jak, czekają na uwagi i wtedy przysyłają wniosek właściwy. A gdyby się odrzucało, to by zrozumieli, że trzeba popracować. (IT1 z ekspertem)

Kluczowe wnioski:

Czas i metody oceny są generalnie właściwe, aczkolwiek wnioskodawcy sugerują wydłużenie terminu na uzupełnienia z 7 dni kalendarzowych do min. 10 dni roboczych ze względu na konieczność zaangażowania zespołu pracowników mających na co dzień inne zadania. Sugerują także wprowadzenia możliwości poprawiania przez IP oczywistych pomyłek pisarskich, co pozwoli uniknąć ponownego drukowania obszernej dokumentacji i przyspieszy ocenę. W ocenie ewaluatora są to zasadne postulaty – w związku z tym, że ogólnie respondenci rzadko uważają czas przeznaczony na ocenę za zbyt długi, przedłużenie terminu uzupełnień nie naruszy całego procesu. Podobnie jest w przypadku poprawiania oczywistych omyłek pisarskich – nowelizacja ustawy wdrożeniowej uwzględnia już taką możliwość.

Procedura zatwierdzania wyników oceny jest prosta i nie ma co do niej żadnych wątpliwości.

W systemie wyboru nie ma szczególnych rozwiązań skłaniających do składania projektów innowacyjnych, ale też nie ma takich założeń w IX Osi. Jeśli chodzi o komplementarność, to takim narzędziem może być koordynacja EFSI przez Komitet Sterujący, jednak wśród respondentów pojawiają się opinie, że ze względu na konflikty interesów i

rozbudowany skład Komitetu działanie to bywa niewystarczająco efektywne. W opinii ewaluatora nie jest to jednak wystarczającym powodem, by rekomendować radykalną zmianę w sposobie koordynacji działań w sektorze zdrowia.

System oceny i wyboru należy uznać w świetle wyników badania za bezstronny i przejrzysty.

Pewne wątpliwości budzi praktyka polegająca na wielokrotnym wzywaniu wnioskodawców do uzupełnień, co umożliwia poprawę bardzo dużych błędów merytorycznych – może to negatywnie wpływać na osiąganie celów, gdyż umożliwia składanie projektów faktycznie mało przemyślanych, a jedynie prawidłowo opisanych we wniosku dzięki przesyłanym uwagom osób oceniających. Z drugiej strony PO liŚ ma służyć wyborowi projektów strategicznych, które mają osiągać cele, a których wnioskodawcy niekoniecznie muszą posiadać idealne umiejętności pisania wniosków; wiele wezwań uzupełnień natomiast (na co wskazuje analiza kart oceny) dotyczy kwestii biurokratycznych i związanych ze sposobem pisania wniosku, nie zaś jakości samych projektów i z tego względu nie sugerujemy zmian w tym zakresie.

4.3.3. Zasoby alokowane do realizacji podprocesu oceny i wyboru projektów

Rozdział odpowiada na następujące pytania badawcze:

Czy na etapie oceny i wyboru projektów zapewniono odpowiedni potencjał administracyjny i ekspercki? Jakie mechanizmy rekrutacji i system motywacyjny wobec ekspertów dokonujących oceny zapewniła IP? Czy mechanizmy rekrutacji były transparentne, a system motywacyjny – skuteczny? Czy system naboru ekspertów był trafny i skuteczny? Jeśli nie, to jakie były tego przyczyny i jak można je usunąć? Czy zapewniona została funkcjonalność systemów informatycznych wspierających proces wyboru projektów? Czy systemy informatyczne przyczyniły się do usprawnienia procesu naboru projektów? Jeśli nie, to jakie były tego przyczyny i jak można je wyeliminować / zminimalizować?

Potencjał administracyjny

W Ministerstwie Zdrowia jako IP 47,33 etatu pracowników finansowane jest z PO liŚ. Podprocesem oceny i wyboru projektów zajmują się osoby łącznie na 31 etatach (okresowo), w tym:

- organizacja konkursów – 5 etatów;
- ocena wniosków o dofinansowanie – 26 etatów.

Zasadniczo zdaniem przedstawicieli instytucji systemu wdrażania zasoby ludzkie są wystarczające, by zapewnić obsługę i realizację podprocesu, choć nieraz podkreślano, że wiąże się to z **dużym obciążeniem czasowym**. Wpływają na to także terminy wyznaczone przez IZ i wynikające z planów działania. Badany przedstawiciel IP wskazał z kolei, że terminy te są zbyt krótkie ze względu na konieczność dotrzymania wielu formalności związanych z pracą sekretarza KOP.

Jest gigantyczna praca sekretarza, żeby z tych kart pozrywać wszystkie oceny i mieć je w jednym. Bo karty to karty, to jest dokument, ale mieć to trzeba w jednym miejscu, sprawdzić średnie itd. Zwracać, nie zwracać, uzupełniać. Przy tej złożoności to jest monstrualna praca. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Trudności powoduje też ogrom zadań administracyjnych związanych z podpisywaniem umów z ekspertami:

Musimy zrobić zlecenie, umowę dla eksperta. Przecież przez wszystkie departamenty, wiadomo ile to trwa. Trzeba wysłać, musimy nam odesłać, zarejestrować. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Obciążenie pracowników powoduje też duża liczba nakładających się naborów wraz z jednoczesną oceną projektów pozakonkursowych w tym samym czasie.

Przed każdym naborem powoływany jest KOP dla danego typu projektu (jeśli w konkursie można składać na różne typy, powoływanych będzie kilka KOP, choć składać się będą w praktyce w dużej mierze z tych samych osób). **Brakuje spotkań członków KOP.** Na spotkaniu, na którym jednak obecni są jedynie pracownicy MZ (nie eksperci zewnętrzni) przewodniczący KOP omawia założenia i kryteria. Jeśli w trakcie oceny pojawiają się problemy, to czasem organizowane są spotkania dyskusyjne *ad hoc*, jednak przeważnie nie ma na to czasu.

Potencjał ekspercki, nabór i system motywacyjny ekspertów

Oceną merytoryczną zajmują się eksperci wyznaczeni spośród kandydatów znajdujących się na wykazie²⁵, wybrani przez IP w wyniku przeprowadzonego naboru. Mechanizmy naboru ekspertów są w pełni transparentne. Nabór jest jawny i ogłaszany na stronie MZ. Kandydatem na eksperta może zostać osoba, która jednocześnie spełnia następujące warunki:

- 1) korzysta z pełni praw publicznych;
- 2) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne lub za umyślne przestępstwo skarbowe;
- 4) posiada wiedzę, umiejętności, doświadczenie lub wymagane uprawnienia w dziedzinie, której dotyczy wnioski, zgodnie ze szczegółowymi wymaganiami, określonymi osobno dla danego naboru;
- 5) posiada wiedzę w zakresie celów i sposobu realizacji IX POIiŚ oraz oceny projektów pod kątem spełniania kryteriów wyboru projektów;
- 6) nie jest pracownikiem Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej dla IX POIiŚ.

Ekspert otrzymuje od 100 do 350 zł za ocenę danego kryterium (około 5h pracy). Jednakże informacje otrzymane od IP wskazują, że nie ma problemu z brakiem motywacji ekspertów. Zdania samych oceniających są podzielone – ok. 2/5 badanych uważa, że kwota jest wystarczająca, a 3/5 – że jest nieadekwatna do wkładu pracy. Eksperci starają się wkładać wysiłek w pracę, jednak entuzjazm do udziału w ocenach przy tym wynagrodzeniu maleje – kwoty nie są konkurencyjne np. wobec oceny wniosków w ramach RPO. Mimo to eksperci nie wycofują się, a przedstawiciele IP są zadowoleni z ich pracy:

Jeżeli chodzi o jakość merytoryczną to do tej pory to co odebraliśmy to jakość jest dobra, nie było większych przypadków, w których kwestionowalibyśmy jakość pracy merytorycznej ekspertów. Natomiast jeżeli chodzi o takie drobiazgi typu numer projektu, to wiadomo, że to się dzieje operacyjnie, na roboczo jest korygowane, ustalone z ekspertami i to się zdarza... (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Odpowiedzi ekspertów na pytanie czy mieli jakieś spotkania przygotowujące do oceny (ogólne lub przed konkursem) są zróżnicowane – tylko część badanych uczestniczyła w spotkaniu. Ze względu na fakt, że oceniający są z różnych miast, zdaniem wielu z nich lepszą formą było sporządzenie prostego **podręcznika dla oceniającego**, wskazującego, gdzie ma szukać odpowiedzi na jakie pytania. Taki podręcznik został stworzony tylko w jednym konkursie i był dobrze oceniany przez ekspertów.

Jeżeli chodzi o obciążenie ekspertów, to liczba wniosków przypadających na jednego zależy od liczby wniosków złożonych w naborze. Pracownikom przydziela się jednakowe liczby wniosków, biorąc pod uwagę, że każdy musi być oceniony przez dwie osoby. Co prawda od marca 2017 r. zasada dwóch par oczu na ocenie formalnej nie jest już obowiązkowa, jednak MZ nie zamierza z niej zrezygnować, co powoduje konieczność zaangażowania odpowiedniej liczby osób.

²⁵ Patrz: <https://www.pois.gov.pl/strony/o-programie/instytucje/eksperci/>

Sami eksperci wskazują, że liczba wniosków, jaką dostawali, jest możliwa do oceny w podanym czasie – jak wskazuje jeden z respondentów: „czas napięty, ale realny”, za wyjątkiem pojedynczych przypadków (jedna z rozmówczyń otrzymała propozycję oceny 19 wniosków w tydzień).

Szczegółowe wymagania, które mają zapewniać wiedzę merytoryczną (np. w przypadku II naboru: *tytuł magistra, licencjata, inżyniera lub równorzędny oraz dodatkowo udokumentowane doświadczenie minimum 2 lata doświadczenia zawodowego związanego z zawieraniem umów z Dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chorób układu krążenia lub chorób nowotworowych lub chorób psychicznych lub chorób układu oddechowego lub chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego lub ginekologii lub położnictwa lub neonatologii lub pediatrii lub innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci*) zostały zakwestionowane przez uczestników wywiadu grupowego. Ich zdaniem w zapisie tym mieści się także osoba, która zajmuje się formalnymi kwestiami dotyczącymi umów, nie zaś realnymi działaniami medycznymi, i taka osoba może zostać ekspertem.

- Minimum 2 lata doświadczenia związanego z zawieraniem umów z dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej? To będzie osoba, która nic nie wypełnia i tyle...

- To jest osoba techniczna.

- To jest osoba, która będzie sobie w szpitalu pisała wnioski do konkursu. (FGI partnerzy)

Jak wskazują badani przedstawiciele IP, wybór ekspertów był dokonywany jedynie na podstawie dokumentów, nie zaś testów i rozmów.

Systemy informatyczne

Przy przyjmowaniu wniosków o dofinansowanie w przypadku Osi IX PO LiŚ nie są stosowane żadne systemy informatyczne (dopiero później, po pozytywnej ocenie formalnej, wniosek rejestrowany jest w systemie SL 2014). Wnioskodawcy i przedstawiciele IP nie krytykują jednak jednogłośnie takiego rozwiązania: zdania są podzielone. Jak wskazuje jeden z wnioskodawców:

Generator niewiele by dawał, to co by się generowało to byłby wniosek. A całą resztę, studium i załączniki i tak musielibyśmy załączać. (FGI wnioskodawcy)

Z drugiej strony część wnioskodawców wskazywała, że niektóre załączniki, będące oświadczeniami, niepotrzebnie stanowią dodatkowe załączniki – mogłyby one być zaznaczane na liście sprawdzającej przez beneficjenta. Zastosowanie generatora wniosków z jednej strony oszczędziłoby wnioskodawcom konieczności podpisywania i pieczętowania niektórych dokumentów za zgodność z oryginałem (co jest wymagane, a co mogłoby zostać zastąpione skanowaniem). Z drugiej strony niektóre dokumenty (dokumentacja techniczna, budowlana) są bardzo trudne lub wręcz niemożliwe do skutecznego zeskanowania – ale bywa i odwrotnie, że drukowanie okazuje się trudne lub wręcz niemożliwe:

Kosztorysy inwestorskie przekazane przez projektanta były w wersji elektronicznej. I tą wersję otrzymaliśmy jako pierwszą, no więc na niej pracowaliśmy i w takiej formie przekazaliśmy, już abstrahując od tego, że 400 stron w jednym egzemplarzu, ale było wydrukowane z pdf, który nie był skanem (...) No i uwaga była taka, że kosztorysy są niepodpisane. W związku z powyższym musieliśmy kopiować te same kosztorysy, tylko z podpisami i jeszcze raz przesłać. Dokładnie to samo jest z dokumentacją projektową. Dokumentacja projektowa, to jest często płyta DVD zapakowana po brzegi, bo są wszystkie branże, rysunki, rzuty, opisy, skany uprawnień, dużo dokumentów, takie które rozporządzenie reguluje w dokumencie. I

wydrukowanie tego jest w ogóle nie do zrobienia. Dlatego, że trzeba mieć plotery. (FGI wnioskodawcy)

Kolejną trudnością jest porównywanie limitu liczby znaków w wersjach papierowych. Przedstawicielom IP i osobom oceniającym zależy na tym, by otrzymać jak największą ilość informacji, a narzucany odgórnie przez IZ limit liczby znaków to utrudnia. Przedstawiciele IP określają więc limit liczby znaków w wersji drukowanej, ale nie wzywają do uzupełnień, jeśli zostanie on przekroczony, co nie byłoby możliwe przy zastosowaniu generatora.

[Limity] są określone odgórnie przez instytucję zarządzającą. U nas tak naprawdę ważna jest liczba znaków w tytule, bo to wprowadzamy do systemu. Wszystkie inne informacje?... byłoby to nadgorliwe w stosunku do naszych wykonawców, gdybyśmy karali ich za to, więc po prostu puściliśmy... Raczej już nie wzywamy w tym zakresie, że przekroczyli liczbę znaków. A w generatorze mielibyśmy już problem. (IDI przedstawiciele systemu wdrażania)

Skutkiem ubocznym takiego podejścia jest jednak konieczność uzupełniania wniosków przez tych wnioskodawców, którzy trzymają się limitu.

Przedstawiciele IZ zdecydowanie rekomendują wprowadzenie generatora wniosków w IP – choćby ze względu na możliwość uniknięcia wielu błędów formalnych, których generator nie przyjmie i szybki obieg wniosków. Obowiązujący system jest także niewygodny dla oceniających: często otrzymują dokumenty w wersjach nieedytowalnych, bez możliwości zaznaczania i kopiowania.

Jednak **istotnym argumentem przeciwko tworzeniu generatora dla Osi IX jest fakt, że koszty budowy systemu tylko dla MZ zdecydowanie przewyższyłyby korzyści** (prawdopodobnie MZ nie byłoby w stanie tego sfinansować) – zdaniem zespołu badawczego problem ten powinien być rozwiązany przez IZ dla całego PO IiŚ, zwłaszcza że wniosek o dofinansowanie jest taki sam (generatora nie ma także np. w osi związanej z kulturą).

Kluczowe wnioski:

Zasoby ludzkie zaangażowane w podproces oceny i wyboru projektów są wystarczające, choć okresowo, przy realizacji wielu naborów jednocześnie, występują nadmierne obciążenie pracowników, a zwłaszcza sekretarzy KOP. Brakuje spotkań członków KOP, podczas których można byłoby wyjaśniać najważniejsze wątpliwości i wymieniać się wiedzą – powodem ich nieorganizowania jest ograniczony czas, a także fakt, iż eksperci są z różnych miast. Z tego względu dobrą formą uspołnienia wiedzy wszystkich członków KOP byłby „podręcznik” dla oceniającego, wskazujący gdzie szukać odpowiedzi niezbędnych do oceny danego kryterium (w jednym z konkursów przygotowano taki podręcznik i było to dobrze odebrane).

Mechanizmy naboru ekspertów są przejrzyste i obiektywne, choć wymogi wiedzy i doświadczenia nie zawsze są odpowiednio sprecyzowane – w przyszłości warto te kryteria doprecyzować.

Wynagrodzenia oferowane ekspertom w stosunku do nakładu pracy, jakiego wymagają oceny, jest niskie.

W Osi IX nie ma systemów informatycznych umożliwiających składanie wniosku. Utrudnia to ocenę formalną i merytoryczną. Kwestia ta powinna być rozwiązana od początku wdrażania PO IiŚ przez IZ; na obecnym etapie nie ma to już sensu.

4.4. Protesty

W badaniu systemu wyboru i kryteriów wyboru protesty stanowią jedno ze źródeł służących ocenie jakości kryteriów i prawidłowości działania całego systemu. Protesty złożono w pięciu konkursach – dane na ten temat zawiera poniższa tabela. W pozostałych konkursach nie wpłynęły protesty. Jak widać, tylko w pierwszym konkursie liczba złożonych protestów była istotna, w kolejnych były to już pojedyncze sytuacje. Protesty złożone w pierwszym konkursie mogą świadczyć o wadach kryteriów, skoro duża ich część została uwzględniona, jednocześnie świadczą dobrze o systemie zdolnym reagować na błędy. Zdolność tę dodatkowo potwierdza śladowa liczba protestów w kolejnych konkursach, co wynika z faktu poprawiania słabych punktów regulaminu i kryteriów.

Tabela 7. Złożone protesty i ich losy

Konkurs	9.1/1/2015	9.1/2/2015	09.02.00- IP.04-00- 001/2016	09.02.00- IP.04-00- 003/2016	09.02.00- IP.04-00- 004/2016
Protesty złożone na etapie oceny formalnej	28	1	1	3	1
Z tego					
- pozostawione bez rozpatrzenia	6				
- uwzględnione w ramach autoweryfikacji	6				
- przekazane do IŻ					
Z tego	16	1	1	3	1
-- odrzucone	8			1	
-- uwzględnione	8	1			1
-- brak rozstrzygnięcia			1	2	
Protesty złożone na etapie oceny merytorycznej	9				
Z tego					
- pozostawione bez rozpatrzenia	2				
- uwzględnione w ramach autoweryfikacji	2				
- przekazane do IŻ					
Z tego	5				
-- odrzucone	4				
-- uwzględnione	1				

Źródło: dane przekazane przez IP

Przedmiotem protestów były następujące kryteria (to znaczy od oceny dotyczącej niespełnienia tych kryteriów odwoływali się wnioskodawcy):

- kryterium formalne nr 5: Kompletność dokumentacji aplikacyjnej (wniosku i załączników)
- kryterium formalne nr 6: Zgodność z Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, Szczegółowym opisem osi priorytetowych PO IiŚ oraz Regulaminem konkursu
- kryterium formalne 13: Efektywność kosztowa projektu (racjonalność i efektywność wydatków projektu)
- kryterium formalne nr 16: Lokalizacja oraz gotowość funkcjonowania lądowiska / lotniska
- kryterium formalne nr 17: Adekwatność działań do potrzeb
- kryterium merytoryczne I stopnia nr 9a: Kompleksowość oferty medycznej podmiotu leczniczego (zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w podmiocie leczniczym w trybie stacjonarnym w kontekście kompleksowości oferty medycznej placówki)

- kryterium merytoryczne I stopnia nr 11: Odległość od najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
- kryterium merytoryczne I stopnia nr 13: Liczba kadr systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, stale przebywającego w szpitalnym oddziale ratunkowym
- kryterium merytoryczne II stopnia nr 1: Kompletność dokumentacji aplikacyjnej (wniosku i załączników)
- kryterium merytoryczne II stopnia nr 2: Poprawność analizy finansowej i ekonomicznej
- kryterium merytoryczne II stopnia nr 4: Gotowość techniczna projektu do realizacji na poziomie wymaganym dla danego priorytetu / działania PO liŚ.

5. Rekomendacje

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie szeregu wniosków i odnoszących się do nich rekomendacji. Wstępna propozycja wniosków i rekomendacji została poddana dyskusji podczas panelu ekspertów z udziałem przedstawicieli doświadczonych wnioskodawców i członków zespołu badawczego i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Prezentowana poniżej tabela rekomendacji stanowi ostateczny efekt badania i refleksji panelistów.

Niezbędne jest przy tym wprowadzenie następującego zastrzeżenia, wynikającego z momentu, w którym realizowano badanie (lipiec – wrzesień 2017): obecnie nie przewiduje się już realizacji konkursów w ramach IX Osi PO IiŚ 2014-2020. Rekomendacje zaś w większości dotyczą ewentualnych przyszłych naborów – będą więc miały zastosowanie o ile podjęta zostanie decyzja o uruchamianiu kolejnych konkursów, aczkolwiek w większości mają także zastosowanie do naborów pozakonkursowych.

Tabela rekomendacji

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Sposób wdrożenia	Adresat	Termin	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny	Program Operacyjny
1.	Strona zdrowie.gov.pl stanowiąca główne źródło informacji jest niewystarczająco komunikatywna. Ponadto nie jest to wystarczające źródło by można było mówić o powszechnym dostępie informacji o naborach (s. 23-25).	Rekomenduje się zwiększenie sposobów informowania o naborach i poprawę komunikatywności strony.	<ul style="list-style-type: none"> a) Lepszemu dotarciu z informacją o naborach służyć mógłby mailing do uprawnionych podmiotów; b) Poprawie komunikatywności strony służyć będzie: wprowadzenie katalogów z „komunikatami o przebiegu oceny”, „komunikatami o wynikach oceny”, „aktualnościach” i takiemu podwieszaniu treści informacji, by otwierały się na widoku. Ważnym elementem usprawniającym komunikację są tzw. FAQ; wszystkie zmiany w regulaminach muszą być wyraźnie zakomunikowane i omówione. 	MZ - IP IX OP PO liŚ 2014-2020	I kw. 2020	Programowa operacyjna	System realizacji polityki spójności	PO liŚ 2014-2020
2.	Formularz wniosku o dofinansowanie jest zbyt skomplikowany i nadwymiarowy, jeśli chodzi o interwencję w IX Osi, do tego w procesie aplikowania wymagana jest bardzo duża liczba załączników, a także wiele zbędnych czynności formalnych (s. 27-30).	Należy uprościć wymaganą dokumentację oraz ułatwić wnioskodawcom jej przygotowanie.	<ul style="list-style-type: none"> a) Niezbędne jest ponowne przygotowanie instrukcji do wniosku o dofinansowanie – z użyciem prostego języka (krótkie zdania, minimum formalizmów, bez odwołań do aktów prawnych, a przytaczaniem ich istotnych zapisów); b) Instrukcja lub odrębny dokument funkcjonujący równolegle z regulaminem powinny posługiwać się przykładami lub opisami sposobu spełniania warunków; c) Należy zrewidować konieczność dostarczania przez wnioskodawców załączników, do których MZ ma dostęp (np. kontrakt z NFZ); d) Należy ograniczyć listę oświadczeń zamieszczając ich treść w jednym pliku o charakterze check-listy i rezygnując z oświadczeń powielających treści obligatoryjnie wymagane we wniosku lub studium wykonalności; e) Należy zwiększyć listę znaków w p. B.3.1 lub wprowadzić w zasadach oceny jednoznaczne rozstrzygnięcie o sposobie uwzględniania studiów wykonalności w procesie oceny; wyjaśnienia nadsyłane w procesie oceny w odpowiedzi na wezwanie nie mogą naruszać liczby znaków (oceniający muszą mieć to na uwadze); 	MZ - IP IX OP PO liŚ 2014-2020	I kw. 2020	Programowa operacyjna	System realizacji polityki spójności	PO liŚ 2014-2020

			f) Należy w szerszym stopniu wykorzystywać komunikację elektroniczną na etapie składania wniosku i jego oceny, bez obciążania zarówno wnioskodawców jak i ekspertów zbędnymi formalnościami (parafki, pieczętki, kopie wniosku itp.).					
3.	Termin uzupełnienia wniosku w trakcie oceny jest zbyt krótki – wynosił on w praktyce 7 dni (choć niektóre regulaminy umożliwiają dłuższy czas, ale nie jest to stosowane), podczas gdy zdaniem respondentów optymalnym terminem jest 10 dni roboczych (konieczność zebrania całego zespołu, który ma wiele innych zadań) (s. 56).	Wydłużenie terminu uzupełnień do 10 dni roboczych.	Wprowadzanie stosownych zapisów w regulaminach konkursów.	MZ - IP IX OP PO liŚ 2014-2020	I kw. 2020	Programowa operacyjna	System realizacji polityki spójności	PO liŚ 2014-2020
4.	Kryterium „Zgodność ze Strategią Morza Bałtyckiego” nie ma związku z interwencją IX Osi; spełnienie kryterium wymaga jedynie pomysłowości wnioskodawcy. (s. 45-51)	Usunięcie kryterium.	Wprowadzenie stosownej zmiany w kryteriach oceny.	MZ - IP IX OP PO liŚ 2014-2020	I kw. 2020	Programowa operacyjna	System realizacji polityki spójności	PO liŚ 2014-2020
5.	Kryterium efektywności energetycznej w obecnej formie jest nieadekwatne do projektów z zakresu ochrony zdrowia. Sprzęt wykorzystywany w ochronie zdrowia nie posiada klas energooszczędności. W przypadku ładowisk szacowanie tego wskaźnika wydaje się w ogóle niemożliwe. Co więcej – kryterium to nie spełnia swojej głównej roli – nie różnicuje wyników oceny (s. 45-51).	Doprecyzowanie kryterium i przekazanie odpowiedniej wiedzy wnioskodawcom. Alternatywnie: usunięcie kryterium.	Stworzenie podręcznika lub instrukcji dla wnioskodawców dot. stosowania kryterium energooszczędności w projektach z zakresu ochrony zdrowia z przykładami dobrych praktyk.	KM PO liŚ, MZ - IP IX OP PO liŚ 2014-2020	I kw. 2020	Programowa operacyjna	System realizacji polityki spójności	PO liŚ 2014-2020
6.	Nie ma narzędzi uspoźnienia wiedzy między osobami oceniającymi wnioski (s. 64).	Stworzenie narzędzi uspoźnienia wiedzy.	Przygotowanie materiałów o charakterze instrukcji/wskazówek dla oceniających, wskazujących sposoby oceny kryteriów (zwłaszcza jeśli chodzi o budzące największe wątpliwości kryterium efektywności energetycznej, efektywności ekonomicznej i ponadregionalności). Należałoby też rozważyć przeprowadzenie webinarium szkoleniowego dla ekspertów (szkolenie stacjonarne nie będzie właściwe ze względu na różne, odległe od siebie nawzajem i od Warszawy miejsca zamieszkania ekspertów).	MZ - IP IX OP PO liŚ 2014-2020	I kw. 2020	Programowa operacyjna	System realizacji polityki spójności	PO liŚ 2014-2020

6. Spis tabel

Tabela 1. Zestawienie metod i technik badawczych.....	11
Tabela 2. Opinie respondentów na temat różnych kwestii związanych z systemem wyboru projektów (z użyciem skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)	24
Tabela 3. Źródła informacji o naborach i ocena ich rzetelności w skali od 1 do 5	25
Tabela 4. Wskaźniki wykonania IX Osi PO liŚ 2014-2020	36
Tabela 5. Opinie respondentów na temat różnych kwestii związanych z systemem wyboru projektów (z użyciem skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)	39
Tabela 6. Opinie respondentów na temat różnych kwestii związanych z systemem wyboru projektów (z użyciem skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”)	41
Tabela 6. Złożone protesty i ich losy	66

7. Spis wykresów

Wykres 1. Nabory dotychczas ogłaszane w ramach Osi IX PO liŚ były prawidłowo rozplanowane (ich sposób rozplanowania pozwoli na osiągnięcie celów)	20
Wykres 2. Nabory dotychczas ogłaszane w ramach Osi IX PO liŚ były w pełni zgodne z zatwierdzanymi przez KS Planami Działań w sektorze zdrowia.	20
Wykres 3 Ocena kryteriów wyboru przez KS (średnie ocen).....	34
Wykres 4. Opinie na temat tego, czy zdanie „System wyboru projektów zachęca do składania projektów innowacyjnych (takie projekty są promowane)” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców.....	40
Wykres 5. Liczba wniosków, dla których wystąpiły rozbieżności w ocenie eksperckiej.....	44
Wykres 6. Opinie na temat tego, czy zdanie „System wyboru projektów zachęca do składania projektów komplementarnych (takie projekty są promowane)” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców.....	57
Wykres 7. Opinie respondentów na temat bezstronności i przejrzystości systemu wyboru projektów (średnia ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje”, 2 – „raczej nie pasuje” 3 – „ani pasuje ani nie pasuje”, 4 – „raczej pasuje” a 5 – „zdecydowanie pasuje”).....	58
Wykres 8. Opinie na temat tego, czy zdanie „System oceny i wyboru projektów jest w pełni przejrzysty (wszystkie ważne dla nas informacje były jawne)” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców.....	59
Wykres 9. Opinie na temat tego, czy zdanie „System oceny i wyboru projektów jest w pełni bezstronny” pasuje do doświadczeń/opinii wnioskodawców.....	59
Wykres 10. Opinie na temat tego, czy zdanie „Proces wyboru projektów w ramach Osi IX PO liŚ jest sprawnie organizowany przez Ministerstwo Zdrowia” pasuje do doświadczeń/opinii członków KS.....	61