



PSDB
.....
grupa WYG



Raport końcowy

Weryfikacja zakładanych wskaźników do Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Spis treści

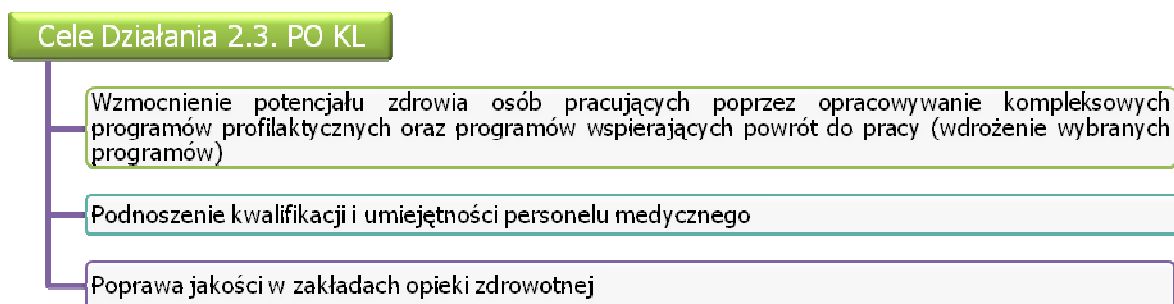
1. Uzasadnienie oraz opis obszaru badawczego	3
1.1. Opis projektów systemowych, realizowanych w ramach Działania 2.3.....	5
2. Zakres i cele badania	6
2.1. Cele badania	6
2.2. Przedmiot badania	7
2.3. Lista pytań badawczych	7
2.4. Podstawowe kryteria oceny wskaźników	8
3. Metodologia badania	8
3.1. Podejście metodologiczne	8
3.2. Techniki badawcze	9
3.2.1. Analiza ekspercka	9
3.2.2. Analiza dokumentów	9
3.2.3. Pogłębione wywiady indywidualne (IDI)	9
3.2.4. Wielokryterialna matryca badania wskaźników.....	10
3.2.5. Panel ekspertów	11
3.2.6. Metodologia SMART	12
3.3. Metody analizy	12
4. Opis wyników badania	12
4.1. Projekt I - Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych	12
4.1.1. Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze	12
4.1.2. Wielokryterialna analiza wskaźników.....	15
4.2. Projekt II - Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy.....	16
4.2.1. Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze	17
4.2.2. Wielokryterialna analiza wskaźników.....	18
4.3. Projekt III - Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych	19
4.3.1. Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze	19
4.3.2. Wielokryterialna analiza wskaźników.....	22
4.4. Projekt IV - Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności	23
4.4.1. Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze	24
4.4.2. Wielokryterialna analiza wskaźników.....	29
4.5. Projekt V - Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej	30
4.5.1. Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze	30
4.5.2. Wielokryterialna analiza wskaźników.....	35
4.6. Projekt VI - Szkolenia kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia.....	37
4.6.1. Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze	37

4.6.2. Wielokryterialna analiza wskaźników.....	41
4.7. Analiza SMART.....	43
5. Wnioski i rekomendacje.....	45
6. Aneksy.....	50
6.1. Wykaz skrótów.....	50
6.2. Streszczenie.....	50
6.2.1. Cele i metodologia badania.....	50
6.2.2. Wyniki analizy.....	52
6.2.3. Rekomendacje.....	53
6.3. Summary.....	55
6.3.1. Objectives and research methodology.....	55
6.3.2. The results of the analysis.....	57
6.3.3. Recommendations.....	58
6.4. Scenariusz rozmowy z przedstawicielem Instytucji Pośredniczącej II Stopnia.....	60
6.5. Scenariusz rozmowy z przedstawicielem Beneficjenta projektu systemowego.....	62
6.6. Lista przedstawicieli Departamentu Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych w Ministerstwie Zdrowia (IP2) wytypowana przez Zamawiającego do uczestnictwa w wywiadach indywidualnych.....	65
6.7. Lista przedstawicieli Beneficjentów projektów systemowych, rekomendowana przez Zamawiającego do uczestnictwa w wywiadach indywidualnych.....	65
6.8. Lista dokumentów objętych badaniem.....	66
6.9. Szczegółowy opis realizowanych projektów.....	66
6.10. Wskaźniki na poziomie Poddziałania i Projektu.....	70

1. Uzasadnienie oraz opis obszaru badawczego

Badanie ewaluacyjne pn. Weryfikacja zakładanych wskaźników do Działania 2.3. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” jest jednym z badań zleconych do przeprowadzenia przez **Departament Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych** w Ministerstwie Zdrowia w ramach planu działań ewaluacyjnych Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL). Dla Działania 2.3. PO KL sformułowano 3 cele, które zostały przedstawione na rysunku poniżej:

Rysunek 1. Cele Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”



Cele powyższe będą realizowane poprzez **3 Poddziałania:**

- 2.3.1 Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych - projekty systemowe Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi.
- 2.3.2 Doskonalenie zawodowe kadr medycznych – projekty systemowe: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w zakresie procesu specjalizacyjnego lekarzy deficytowych specjalności oraz kształcenia podyplomowego przedstawicieli innych zawodów medycznych i Ministra właściwego ds. zdrowia – Departamentu Pielęgniarek i Położnych – w zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych.
- 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia – projekty systemowe Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie projektów wspierających proces akredytacji oraz Narodowego Funduszu Zdrowia – w zakresie projektów dotyczących szkoleń kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia oraz rozwoju standardów kwalifikacji dla kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia.

Zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów PO KL realizacja Działania 2.3. powinna przynieść następujące efekty:

- Opracowanie 10 kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy dla poszczególnych grup pracowników/grup zawodowych.
- Zwiększenie o 100% liczby lekarzy onkologów; o 50% liczby lekarzy kardiologów; o 35% liczby lekarzy medycyny pracy, którzy ukończyli specjalizację.
- Zwiększenie o 200% (z 12 000 do 36 000) liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach PO KL.
- Zwiększenie o 300% (z 8% do 32%) udziału jednostek służby zdrowia posiadających akredytację w ogólnej liczbie jednostek służby zdrowia.
- Przeszkolenie 1500 przedstawicieli kadry zarządzającej i dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia w ramach odpowiednich szkoleń z zakresu zarządzania.

Na osiągnięcie założonych rezultatów przeznaczono 105 713 179 euro, z czego 89 856 202 euro z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Tabela 1. Alokacja środków w Działaniu 2.3.

Działanie	Alokacja (w euro)		
	ogółem	EFS	środki krajowe
Poddziałanie 2.3.1.	2 147 200	1 825 120	322 080
Poddziałanie 2.3.2.	100 444 979	85 378 232	15 066 747
Poddziałanie 2.3.3.	3 121 000	2 652 850	468 150
Działanie 2.3.	105 713 179	89 856 202	15 856 977

Warunkiem właściwej realizacji projektów jest istnienie spójnego systemu mierzalnych i jednoznacznych wskaźników, adekwatnych do podejmowanych działań. Dlatego też, w celu zapewnienia skutecznego monitorowania postępów realizacji poszczególnych projektów oraz ze względu na duże znaczenie prawidłowo określonych wskaźników dla celowego i efektywnego wykorzystania środków publicznych, uzasadnione jest dokonanie ich weryfikacji już w początkowej fazie wdrażania. Ważnym było również zidentyfikowanie barier, które mogą utrudniać osiąganie wskaźników oraz określenie szans osiągnięcia założonych wskaźników. Zgodnie z zaproponowanym podejściem, kluczowe znaczenie ma ocena potrzeb oraz skali problemu, który powinien zostać rozwiązany. Na tej podstawie ustalane są cele interwencji publicznej, zasoby, które można przeznaczyć na ich realizację oraz spodziewane efekty, w postaci produktu, rezultatu i oddziaływania. Efekty te powinny być przedstawione w sposób mierzalny – najlepiej w formie wskaźników. Stąd kluczowe znaczenie dla analizy systemu wskaźników miało dobre rozpoznanie spodziewanych celów realizacji Działania. Na tej podstawie, z uwzględnieniem informacji o dostępnych zasobach, możliwa była analiza zakładanych wskaźników produktu i rezultatu, z uwzględnieniem ich spójności z celami oraz wewnętrznych powiązań i logiki.

Rysunek 2. Logika interwencji publicznej

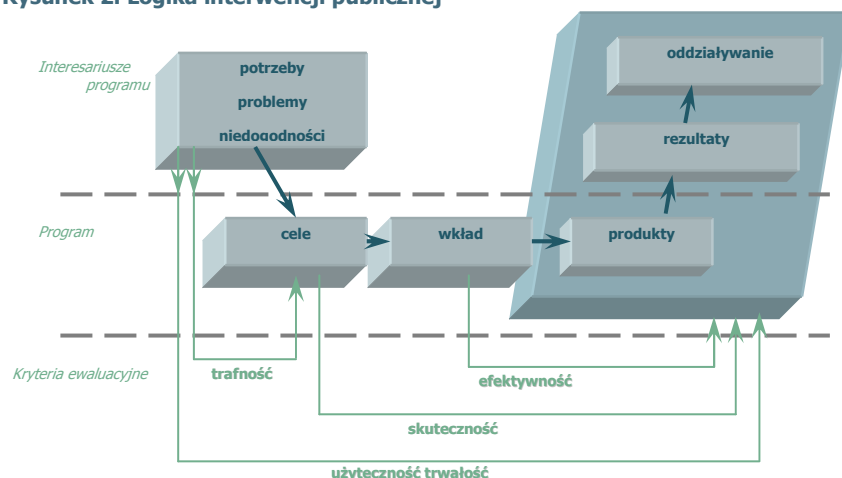


Tabela 2. Wskaźniki produktu i rezultatu dla Działania 2.3.

Nazwa wskaźnika	Wartość referencyjna	Wartość docelowa
Liczba programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy opracowanych w ramach Działania.	0	10
Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Działania.	0	24 000
Liczba lekarzy deficytowych specjalizacji: a) onkologia, b) kardiologia, c) medycyna pracy, którzy ukończyli w ramach Działania pełen cykl kursów w ramach realizacji programu specjalizacji.	0	a) 311 b) 404 c) 362
Liczba przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, którzy zakończyli szkolenie z zakresu zarządzania w ramach Działania.	0	1500
Liczba jednostek służby zdrowia, posiadających akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.	62	250
Odsetek chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy.	0%	38%
Odsetek pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych.	0%	7,83%
Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców, w podziale na: a) onkologów, b) kardiologów, c) lekarzy medycyny pracy.	a) 1,01 b) 5,43 c) 4,24	a) 2,06 b) 8,33 c) 5,86
Odsetek jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele kadry zarządzającej zostali objęci szkoleniami z zakresu zarządzania w ramach Priorytetu.	0%	50%
Odsetek jednostek służby zdrowia posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.	8%	32%

Prezentacja wskaźników na poziomie produktu i rezultatu dla Poddziałiań oraz wskaźników na poziomie poszczególnych projektów systemowych w ramach Działania 2.3. PO KL znajduje się w załączniku nr 10 niniejszego Raportu.

1.1. Opis projektów systemowych, realizowanych w ramach Działania 2.3.

W ramach Działania 2.3. realizowanych jest 6 projektów systemowych, przedstawionych w tabeli 3. W załączniku nr 9 zamieszczony został również bardziej szczegółowy opis każdego z projektów, przedstawiający jego cel, wartość, zakres przedmiotowy oraz grupę docelową, do której jest on adresowany. Przedstawiono również opis Beneficjenta realizującego dany projekt.

Tabela 3. Projekty systemowe, realizowane w ramach Działania 2.3. PO KL

Podziałanie	Tytuł projektu	Beneficjent systemowy	Okres realizacji
Poddziałanie 2.3.1. Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych	„Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych przystosowanych do potrzeb poszczególnych grup pracowników/grup zawodowych, w szczególności ukierunkowanych na redukcję występowania chorób zawodowych (pilotażowe wdrożenie wybranych programów)”	Instytut Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera w Łodzi	2008 – 2013
	„Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy określonych grup pracowników/grup zawodowych ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi, oraz/lub osób po długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy (pilotażowe wdrożenie wybranych programów)”		2008 – 2013
Poddziałanie 2.3.2. Doskonalenie zawodowe kadr medycznych	„Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”	Departament Pielęgniarek i Położnych – Ministerstwo Zdrowia	2008 – 2015
	„Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy”	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	2007 – 2015
Poddziałanie 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia	„Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie	2008 – 2015
	„Szkozenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ”	Narodowy Fundusz Zdrowia	2008 – 2010

2. Zakres i cele badania

2.1. Cele badania

Celem głównym badania była ocena wskaźników Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”, pod kątem ich **kompletności** i **spójności** oraz **użyteczności** dla pomiaru efektów interwencji, jak również według kryteriów modelu SMART (zestaw cech dobrego wskaźnika).

Ponadto, w ramach badania dokonana została ocena możliwości (realności) osiągnięcia wartości docelowych wskaźników oraz na podstawie zebranych danych wskazano, czy na obecnym etapie wdrażania można zidentyfikować bariery, które mogą negatywnie wpływać na osiąganie wartości docelowych. Efektem badania jest pogłębiona analiza wskaźników w świetle ww. kryteriów oraz wskazanie tych wskaźników, które nie spełniają kryteriów. Została przedstawiona propozycja ewentualnych korekt/uzupełnień w tym zakresie - tak, aby wskaźniki odpowiadały ww. kryteriom (ze względu na zatwierdzenie dokumentu PO KL proponowaliśmy zmiany wyłącznie w przypadku, gdy były one niezbędne do prawidłowego funkcjonowania systemu wskaźników).

W ramach badania określono następujące **cele szczegółowe badania**:

- ocena kompletności i spójności systemu wskaźników,
- ocena przydatności wskaźników dla potrzeb systemu monitoringu i ewaluacji,
- ocena wskaźników według modelu SMART (zestaw cech dobrego wskaźnika),
- ocena możliwości (realności) osiągnięcia wartości docelowych wskaźników,
- identyfikacja barier, które mogą negatywnie wpływać na osiąganie wartości docelowych wskaźników (o ile takie bariery zostaną zidentyfikowane) oraz sposoby ich eliminacji,
- zaproponowanie ewentualnych korekt/uzupełnień w zakresie wskaźników.

2.2. Przedmiot badania

Podstawowym dla badania dokumentem był „Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki”, „Podręcznik wskaźników PO KL 2007-2013” w części dotyczącej Działania 2.3. oraz przyjęte do realizacji projekty systemowe. Zakres badania dotyczył: adekwatności zastosowania danych wskaźników w Działaniu 2.3., realności ich osiągnięcia, zgodności ze wskaźnikami przyjętymi w najważniejszych dokumentach strategicznych poziomu wspólnotowego, krajowego (cele lizbońskie, cele Europejskiej Strategii Zatrudnienia, Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia).

2.3. Lista pytań badawczych

Poza oceną każdego ze wskaźników z osobna, szukaliśmy odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?
 - 1.1. Czy wskaźniki obejmują oczekiwane efekty interwencji?
 - 1.2. Czy obecny zestaw wskaźników zapewnia właściwe przyporządkowanie pomiędzy wskaźnikami produktu i rezultatu?
 - 1.3. Czy wskaźniki produktu i rezultatu są wzajemnie spójne i powiązane logicznie?
2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?
 - 2.1. Na ile wskaźniki pozwalają na pomiar efektów na poziomie produktów? (potrzeby monitoringowe)
 - 2.2. Na ile wskaźniki pozwalają na pomiar efektów na poziomie rezultatów? (potrzeby ewaluacyjne)
 - 2.3. Czy z punktu widzenia potrzeb monitoringowych i ewaluacyjnych katalog wskaźników jest wystarczający?
3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?
4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?
5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągania celów?
6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?
7. Czy pozyskanie danych do wskaźników nie wiąże się z większymi trudnościami?
8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników nie jest nadmierny?
9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?
 - 9.1. Czy realne jest osiągnięcie wartości docelowych wskaźników przy obecnej alokacji zasobów finansowych na poszczególne projekty realizowane w ramach Działania?
 - 9.2. Czy realne jest osiągnięcie wartości docelowych wskaźników biorąc pod uwagę harmonogram i zakres czasowy realizacji poszczególnych projektów w ramach Działania?

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na osiąganie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Na podstawie powyższych pytań badawczych dokonaliśmy oceny wskaźników, biorąc pod uwagę zaproponowane kryteria ewaluacyjne, przeanalizowaliśmy zebrane dane i przedstawiliśmy wnioski oraz odpowiednie rekomendacje. Dołożyliśmy starań, aby zaproponowane rekomendacje były **realne do wdrożenia**. Ponadto rekomendacje zostały przedstawione w formie pozwalającej na bezpośrednie zastosowanie, tzn. w formie propozycji konkretnych zapisów lub decyzji oraz została dokonana ich priorytetyzacja.

2.4. Podstawowe kryteria oceny wskaźników

Na podstawie wstępnych analiz proponujemy uszczegółowienie i doprecyzowanie kryteriów oceny wskaźników w Działaniu 2.3. PO KL.

Rysunek 3. Lista kryteriów oceny, według których oceniane będą poszczególne wskaźniki

K1	• Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji
K2	• Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)
K3	• Realność
K4	• Spójność na poziomie efektów Działania
K5	• Klarowność (jasna i akceptowalna interpretacja)
K6	• Mierzalność – możliwe do mierzenia (są dostępne dane)
K7	• Koszt pozyskiwania informacji
K8	• Użyteczność

3. Metodologia badania

3.1. Podejście metodologiczne

Jednym z celów badania ewaluacyjnego było wypracowanie skutecznego sposobu skwantyfikowania celów Działania, metodologii pomiaru wskaźników, jak i wypracowania ich definicji.

Badanie przebiegało równoległe na dwóch płaszczyznach. Analizą zostały objęte zarówno wskaźniki dla Działania 2.3. na poziomie Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, jak i wskaźniki dla każdego z sześciu projektów systemowych. Przyjęcie takiego podejścia umożliwiło prawidłową ocenę spójności pomiędzy wskaźnikami projektowymi a wskaźnikami dla Programu Operacyjnego. Umożliwiło to również identyfikację potencjalnych zagrożeń dla osiągnięcia wskaźników Działania 2.3. już na poziomie projektu i przedstawienie adekwatnych rekomendacji zmierzających do ich eliminacji.

W celu uzyskania wiarygodnych wyników ewaluacji i udzielenia wyczerpującej odpowiedzi na założone pytania badawcze, niezbędne było przeprowadzenie wieloetapowego badania i

połączenie w badaniu różnorodnych rodzajów danych oraz różnorodnych metod badawczych, tzn. zastosowanie triangulacji metodologicznej. Została zastosowana:

- ↳ **triangulacja źródeł danych:** przeanalizowano zarówno dokumenty zastane, jak i dane wywołane, pochodzące od Beneficjentów projektów realizowanych w ramach Działania 2.3. oraz instytucji zaangażowanych w jego realizację;
- ↳ **triangulacja metod badawczych:** te same zagadnienia były badane przy wykorzystaniu różnych metod, co pozwoliło na uchwycenie różnych aspektów badanego przedmiotu, pozwoliło też wykorzystać mocne strony każdej metody przy wzajemnej neutralizacji ich słabości;
- ↳ **triangulacja perspektyw badawczych:** badanie zostało przeprowadzone przez zespół badaczy, co pozwoliło uzyskać bogatszy i bardziej wiarygodny obraz badanego przedmiotu.

3.2. Techniki badawcze

Zróżnicowanie zagadnień badawczych oraz zakres prac koniecznych do wykonania w celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze wymagał zaangażowania, na potrzeby projektu, szerokiego wachlarza metod służących pozyskaniu danych koniecznych dla przeprowadzenia niezbędnych analiz. Poniżej dokonano prezentacji wykorzystanych metod i technik badawczych.

Analiza ekspercka

Analiza ekspercka została przeprowadzona przez dwóch ekspertów: eksperta z zakresu organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz eksperta z zakresu opracowania i analizy wskaźników dla projektów i programów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Za pomocą analizy eksperckiej zbadaliśmy wskaźniki pod kątem poprawności metodologicznej, rzetelności i mierzalności. Zwróciliśmy też również uwagę na potencjalne źródła danych na których mogą bazować wskaźniki.

Analiza dokumentów

Lista dokumentów, jakie objęła analiza danych zastanych (*desk research*), została umieszczona w załączniku nr 8. Analiza dokumentów pozwoliła na odtworzenie i ocenę logiki interwencji publicznej, czyli powiązanie problemów, celów, sposobu ich osiągania, nakładów oraz spodziewanych efektów na poziomie produktu i rezultatu – tym samym możliwa była ocena logicznej spójności przyjętego systemu wskaźników. W wyniku analizy dokumentów zostały przeanalizowane ponownie pytania badawcze oraz zostały opracowane narzędzia do przeprowadzenia badań terenowych, w tym scenariusze wywiadów indywidualnych.

Pogłębione wywiady indywidualne (IDI)

Technika indywidualnego wywiadu pogłębionego jest klasyczną techniką badań jakościowych. Dysponując listą pytań badacz ma w trakcie rozmowy możliwość dopasowania przebiegu rozmowy do wiedzy i kompetencji respondenta, uzyskując pogłębione bądź uzupełniające informacje, rozszerzające obszar badawczy. Zastosowanie wywiadów pogłębionych pozwala na uzyskanie większej ilości informacji odnoszących się do poszczególnych pytań badawczych niż w przypadku innych technik badań terenowych. Istotną zaletą indywidualnych wywiadów pogłębionych będzie możliwość poznania osobistych opinii respondentów na temat kwestii będących przedmiotem badania, wynikających z ich dotychczasowych doświadczeń związanych z funkcjonowaniem systemu wskaźników w Działaniu 2.3. PO KL, oraz z realizacją projektów w tym Działaniu. Zarówno pracownicy IP2 jak i Beneficjentów systemowych, mają, z racji realizowanych zadań, szeroką wiedzę i doświadczenie w badanym zakresie. IDI przeprowadzone zostały z przedstawicielami dwóch grup podmiotów: przedstawicielami Instytucji Pośredniczącej II stopnia

(6 wywiadów), przedstawicielami Beneficjenta systemowego (10 wywiadów). Łącznie przeprowadziliśmy 16 pogłębionych wywiadów indywidualnych. W Instytucji Pośredniczącej II stopnia dla Działania 2.3. PO KL – Departamencie Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzono 6 wywiadów z osobami kluczowymi z punktu widzenia celów badania. Wywiady dotyczyły zarówno wskaźników na poziomie poszczególnych projektów i jak wskaźników na poziomie całego Działania 2.3. PO KL. Pracownicy IP2 mają już swoje spostrzeżenia związane z użytecznością i adekwatnością proponowanych wskaźników, które były bardzo cenne podczas przeprowadzanej badania. Scenariusz wywiadu z przedstawicielami IP2 został przedstawiony w załączniku nr 4 do niniejszego Raportu Końcowego. Listę przedstawicieli IP2, wytypowanych przez Zamawiającego do udziału w IDI, zawiera załącznik nr 6. Beneficjenci systemowi podzielili się z nami swoimi obserwacjami w zakresie możliwości osiągnięcia zakładanych wskaźników i barier w ich osiągnięciu. W tej grupie przeprowadzonych zostało 10 wywiadów. Scenariusz wywiadu z przedstawicielami Beneficjenta systemowego zamieszczony został w załączniku nr 5 do niniejszego Raportu Końcowego. Lista przedstawicieli Beneficjentów systemowych, z którymi przeprowadzono IDI znajduje się w załączniku nr 7. a każdego Beneficjenta systemowego przypadały dwa wywiady z jego przedstawicielami.

Wielokryterialna matryca badania wskaźników

Po uzyskaniu danych z powyższych etapów badania zostało przeprowadzone badanie przy zastosowaniu wielokryterialnej matrycy badania wskaźników. Badanie zostało przeprowadzone zarówno na poziomie Działania 2.3. PO KL, jak i na poziomie wskaźników poszczególnych projektów.

Każde z ustalonych kryteriów oceniane było w skali od 0 do 5, gdzie:
0 - kryterium całkowicie niespełnione;
5 - kryterium całkowicie spełnione.

W celu oceny spełnienia każdego z wymienionych kryteriów, członkowie zespołu badawczego odpowiadali na następujące **pytania pomocnicze**:

a) na poziomie Działania 2.3. PO KL:

- K1. Czy wskaźnik jest adekwatny do założonego celu interwencji? Czy wskaźnik w sposób precyzyjny odnosi się do założonego celu? Czy realizacja Działania przekłada się na osiągnięcie wskaźnika?
- K2. Czy wskaźnik jest istotny, czy jest ważny i wartościowy? Czy wskaźnik opisuje sedno interwencji? Czy wskaźnik pozwala na ocenę długofalowych skutków realizacji działania i poddziałania?
- K3. Czy wskaźnik faktycznie wskazuje dynamikę celów interwencji? Czy wskaźnik jest wiarygodny? Czy wskaźnik jest możliwy do osiągnięcia? Czy przyjęta wartość jest możliwa do osiągnięcia?
- K4. Czy wskaźnik został dobrany właściwie z punktu widzenia pomiaru określonego efektu programu (produktu, rezultatu i oddziaływania) oraz czy zapewniona jest spójność ze wskaźnikami mierzącymi pozostałe efekty programu?
- K5. Czy jest klarowna interpretacja wskaźnika? Czy wpływ na wskaźnik będą mały również inne zmienne np. kurs Euro? Czy częstotliwość pomiaru jest właściwa? Czy czytelnie wskazano źródło danych?
- K6. Czy są dostępne dane niezbędne do mierzenia wskaźnika (dane historyczne lub dane monitorujące realizację projektów w ramach Działania)? Czy możliwe jest określenie wartości referencyjnej i docelowej?
- K7. Czy są dostępne dane zastane, czy też dla otrzymania danych są potrzebne dodatkowe działania np. badania ewaluacyjne? Czy są dostępne dane pochodzące z systemu wdrażania – na poziomie wniosku, sprawozdania? Czy są dostępne dane wtórne – na poziomie np. statystki publicznej?
- K8. Czy wskaźnik jest użyteczny dla wnioskodawcy do monitorowania projektów (czy pozwala monitorować postęp np. w realizacji projektu), Czy wskaźnik jest użyteczny dla Ministerstwa Zdrowia (jako IP2)? Czy wskaźnik jest użyteczny dla osób zajmujących się planowaniem strategicznym w zakresie systemu zdrowia? Czy przyjęty wskaźnik pozwala na ewaluację realizacji Działania?

b) na poziomie poszczególnych projektów:

- K1. Czy wskaźniki są adekwatne do założonych celów interwencji na poziomie projektu? Czy wskaźniki w sposób precyzyjny odnoszą się do założonego celu głównego i celów szczegółowych? Czy realizacja projektu przekłada się na osiągnięcie wskaźnika?
- K2. Czy wskaźniki opisują sedno działań w ramach projektu? Czy wskaźniki pozwalają na ocenę długofalowych skutków realizacji projektu?
- K3. Czy wskaźniki są wiarygodne? Czy wskaźniki są możliwe do osiągnięcia? Czy przyjęta wartość jest możliwa do osiągnięcia?
- K4. Czy wskaźniki zostały dobrane właściwie z punktu widzenia pomiaru określonego efektu działań projektowych oraz czy zapewniona jest spójność ze wskaźnikami mierzącymi pozostałe efekty projektu?
- K5. Czy jest klarowna interpretacja wskaźników? Czy częstotliwość pomiaru jest właściwa? Czy czytelnie wskazano źródło danych?
- K6. Czy są dostępne dane niezbędne do mierzenia wskaźnika?
- K7. Jaki jest koszt uzyskania danych do wskaźnika? Czy uzyskanie danych wiąże się z koniecznością podjęcia dodatkowych inwestycji, zatrudnienia dodatkowych osób do monitoringu itp.?
- K8. Czy wskaźnik jest użyteczny dla wnioskodawcy do monitorowania postępu w realizacji projektu? Czy wskaźnik jest użyteczny dla Ministerstwa Zdrowia (jako Instytucji Wdrażającej)?

Poniższa macierz obrazuje zależności pomiędzy pytaniami badawczymi a kryteriami oceny. Zaznaczone na zielono pola określają zależności pomiędzy nimi.

Tabela 4. Macierz zależności pomiędzy pytaniami badawczymi a kryteriami oceny

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Przeprowadzona analiza pozwoliła na kompleksową ocenę zarówno wskaźników dla poszczególnych projektów systemowych jak i wskaźników zastosowanych dla Działania 2.3. PO KL. Poniżej przedstawiamy wzór formularza, który był wykorzystany do przeprowadzenia oceny wskaźników, w odniesieniu do każdego z kryteriów.

Tabela 5. Formularz oceny wskaźników

Kryterium	Ocena spełniania kryterium przez projekt (0-5)	Uzasadnienie
K1.		
K2.		
K3.		
K4.		
K5.		
K6.		
K7.		
K8.		

Panel ekspertów

Panel ekspertów to moderowane spotkanie odpowiednio dobranych osób - ekspertów w dziedzinie objętej badaniami. Wartością dodaną panelu jest zgromadzenie w jednym miejscu osób o dużym, lecz zróżnicowanym doświadczeniu, którzy wspólnie wypracowują stanowisko. Z metody tej skorzystaliśmy w ostatniej fazie badania. Nastąpiło skonfrontowanie uzyskanych wstępnie wyników badania z opiniami ekspertów w dziedzinie organizacji i funkcjonowania służby zdrowia oraz z zakresu określania wskaźników w programach interwencji publicznej

finansowanych z funduszy strukturalnych. W panelu wzięło udział 6 ekspertów o uznanym dorobku w tych dziedzinach. Były to następujące osoby wchodzące w skład zespołu ewaluacyjnego: Krystyna Gurbiel, Magdalena Tarczewska-Szymańska, Korneliusz Pylak, Rafał Halik, Damian Dec, Krzysztof Reński. Podczas spotkania nastąpiło sprawdzenie wskaźników za pomocą metodologii SMART. Eksperti zostali następnie zapoznani z wynikami analizy wielokryterialnej. Na tej podstawie zostali oni poproszeni o skomentowanie wszystkich dotychczasowych wyników badania.

Metodologia SMART

Zgodnie z metodą SMART, należy zastanowić się czy dany wskaźnik jest:

- ☞ **Specific** - konkretny i dokładny, czyli szczegółowo opisany i powiązany z konkretnymi problemami oraz prosto skonstruowany;
- ☞ **Measurable** - mierzalny, czyli możliwy do pomiaru przy użyciu odpowiednich do tego narzędzi;
- ☞ **Available** – dostępny, czyli informacje potrzebne do pomiaru wskaźnika są lub będą dostępne podczas realizacji projektu po akceptowalnym koszcie;
- ☞ **Realistic** – realistyczny, czyli możliwy do wykonania lub urzeczywistnienia przy dostępnych zasobach;
- ☞ **Timebound**, określony w czasie czyli powinien zostać określony termin, w jakim zostanie osiągnięta założona wartość wskaźnika, jak również częstotliwość jego pomiaru.

3.3. Metody analizy

Badanie miało charakter typowo jakościowy. W naszej opinii jest to najbardziej adekwatny sposób podejścia do analizy wskaźników monitorowania Działania 2.3. PO KL. Takie podejście pozwoliło na zidentyfikowanie wszelkich możliwych luk czy też niedoskonałości w przyjętym systemie wskaźników. Ze względu na fakt zgromadzenia w ramach badania istotnego materiału o charakterze jakościowym, istotną rolę w procesie analizy odegrało zastosowanie metod **niestatystycznych**, które przydatne były do formułowania wniosków i opinii, a także końcowych rekomendacji. Przyjęta organizacja procesu badawczego miała na celu zapewnienie terminowego dostarczenia Zamawiającemu rezultatów projektu charakteryzujących się wysoką jakością.

4. Opis wyników badania

4.1. Projekt I - Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych

Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentów, można wnioskować, że wskaźniki produktu i rezultatu dla Poddziałania 2.3.1. PO KL **obejmują oczekiwany efekt interwencji**, jakim jest opracowanie 10 kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy dla poszczególnych grup pracowników/grup zawodowych. W ramach projektu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” przygotowanych zostanie 7 programów profilaktycznych. Widoczna jest **pewna niespójność** pomiędzy wskaźnikiem rezultatu a wskaźnikiem produktu. Wskaźnik rezultatu nie wynika bezpośrednio ze wskaźnika produktu. Wskaźnik produktu mierzy liczbę programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy, które zostały opracowane w ramach Działania. Opracowanie danego programu jest rozumiane jako przygotowanie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej. Natomiast wskaźnik rezultatu liczony jest jako relacja liczby chorób

zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy w stosunku do ogólnej liczby chorób zawodowych, które zostały wykazane w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych wg jednostek chorobowych w danym roku. W naszej opinii na poziomie wskaźnika produktu i rezultatu, nie dość wyraźne jest logiczne powiązanie pomiędzy **liczbą opracowanych programów** (wskaźnik produktu) a **odsetkiem chorób zawodowych**, dla których opracowano programy (wskaźnik rezultatu). Rezultatem projektu jest opracowanie 7 kompleksowych programów profilaktycznych obejmujących 10 chorób zawodowych i 2 chorób nie posiadających statusu chorób związanych z wykonywaną pracą. Tym samym nie ma prostego przełożenia liczby opracowanych programów na liczbę chorób zawodowych.

2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?

Użyteczność wskaźników produktu i rezultatu na poziomie Działania 2.3. może budzić pewne zastrzeżenia, ze względu na problemy w obszarze zdefiniowania obydwu wskaźników, które zostały przedstawione w pkt. 3. Do bezpośredniego monitorowania realizacji projektów wykorzystywane są wskaźniki zapisane we wniosku o dofinansowanie. Nad każdym z siedmiu opracowywanych programów profilaktycznych pracuje osobny zespół pracowników IMP. Wszystkie zespoły mają swoich kierowników, którzy sprawozdają bezpośrednio do Kierownika Projektu. Do tej pory, zgodnie z założeniami, jeden z zespołów opracował jeden program profilaktyczny. Pozostałe zespoły zakończyły etap badań i analiz i rozpoczęły opracowywanie programów.

3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?

Zbyt wąsko ujęte pojęcie opracowania programu

W naszej opinii, pewne zastrzeżenia budzi poprawność sformułowania **wskaźnika produktu**. Przypomnijmy, że mierzy on liczbę programów profilaktycznych i programów wspierających powrót do pracy, które zostały **opracowane** w ramach Działania. Opracowanie programu równoznaczne jest z przygotowaniem jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej. W Podręczniku wskaźników do PO KL nie ma wzmianki o obowiązku pilotażowego wdrożenia programów. Tymczasem w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL 2007-2013 w wersji z 20 lutego 2009, jednym z celów Działania 2.3. jest *Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (**wdrożenie wybranych programów**)*. Również analiza wniosku o dofinansowanie wykazuje, że działania związane z wdrożeniami programów profilaktycznych stanowią kluczową część projektu. Świadczy o tym wpisanie ich do wskaźników twardych rezultatów projektu oraz wartości wydatków przeznaczonych na wdrożenia programów (ponad 1,6 mln PLN z 5,6 mln PLN całkowitego budżetu projektu).

Należy zwrócić uwagę na trudności interpretacyjne związane z zapisem wskaźnika rezultatu, który w Podręczniku Wskaźników PO KL jest zdefiniowany jako *relacja liczby chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy do ogólnej liczby chorób zawodowych, które zostały wykazane w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych wg jednostek chorobowych w danym roku, opracowanym przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi*. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych jest oparty na **Wykazie Chorób Zawodowych**, zawartym w *Rozporządzeniu Rady Ministrów z 30 lipca 2002 w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach*.

Problemy interpretacyjne dotyczyły sformułowania „jednostka chorobowa”. Przedstawiciele Beneficjenta oraz Instytucji Wdrażającej mieli trudności z jednoznacznym określeniem, czy jednostkę chorobową należy traktować jako jeden z punktów Wykazu Chorób Zawodowych, których jest 26, czy też rozpatrywać także podpunkty Wykazu, których jest 126. W naszej ocenie trudności te wynikają przede wszystkim ze sposobu konstrukcji Wykazu Chorób Zawodowych. W 26 punktach zawarte są zarazem pozycje, które można interpretować jako jedną chorobę zawodową (np. pkt. 3. – gorączka metaliczna) jak i całą grupę chorób zawodowych (np. pkt. 18 – choroby skóry). Z drugiej strony, w podpunktach zawarte są pozycje, które również można interpretować, jako pojedynczą jednostkę chorobową (np. ppkt. 1 alergiczne zapalenie skóry, lub ppkt. 6 pokrzywka kontaktowa należące do pkt. 18 – choroby skóry). Trzeba dodać, że od interpretacji terminu „jednostka chorobowa”, zależy osiągnięcie wielkości docelowej wskaźnika. Biorąc pod uwagę, zakres realizowanych projektów, wartość 38% jest realna do osiągnięcia jedynie w przypadku uznania, że jednostkami chorobowymi są punkty zawarte w Wykazie Chorób Zawodowych. W celu wyjaśnienia tej kwestii zwróciliśmy się do Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Według uzyskanych z

tego źródła informacji **jednostkę chorobową należy traktować jako jeden z 26 punktów w Wykazie Chorób Zawodowych.**

4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?

Pewne zastrzeżenia może budzić relacja wskaźnika produktu, do celu Działania 2.3., zapisanego w Szczegółowym Opisie Priorytetów PO KL z 20 lutego 2009 roku, w którym mowa jest o *wzmocnieniu potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów)*. Jak było wspomniane, w Podręczniku Wskaźników opracowanie programu rozumiane jest jako opracowanie jego pisemnej wersji w formie pisemnej lub elektronicznej. Wskaźniki projektu precyzyjnie odnoszą się do określonych we wniosku celów projektu.

5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągania celów?

Zgodnie z założeniami, w pierwszym etapie projekt zakłada wytypowanie chorób zawodowych, na których redukcję występowania nakierowane będą programy profilaktyczne. Podstawą wyboru będzie analiza danych dotyczących najczęściej występujących chorób zawodowych, a także celowości programu profilaktycznego. Następnie określone zostaną grupy zawodowe/podmioty, do których skierowane będą programy. Kolejnym krokiem będzie opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz określenie grup osób, które zostaną objęte pilotażowym wdrożeniem wybranych programów. Na koniec nastąpi pilotażowe wdrożenie wybranych programów. Ze względu na brak włączenia wdrożenia programów profilaktycznych i programów powrotu do pracy do wskaźnika produktu, wskaźnik ten w ograniczony sposób umożliwia odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych etapów realizacji projektu i stopnia osiągania celów. Nie budzi natomiast wątpliwości przydatność wskaźników rezultatów twardych określonych na poziomie projektu. W opinii Kierownika Projektu przedsięwzięcie jest bardzo szczegółowo opisane w harmonogramie, co ułatwia jego realizację zgodnie z planem.

6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?

Analiza dokumentacji oraz opinie Beneficjentów pozwalają stwierdzić, że wskaźniki są możliwe do gromadzenia na wszystkich etapach realizacji projektu. Jak poinformowała nas Kierownik Projektu: *najpierw sprawozdawaliśmy postęp rzeczowy i finansowy projektu do Instytucji Wdrażającej w systemie kwartalnym, w tej chwili – raz na dwa miesiące.*

7. Czy pozyskanie danych do wskaźników wiąże się z większymi trudnościami?

W opinii Beneficjenta systemowego pozyskiwanie danych do wskaźników nie wiąże się z większymi trudnościami. Wskaźniki gromadzone są na bieżąco przez zespoły zajmujące się pracą nad programami profilaktycznymi. Każdy z 7 zastępców kierownika projektu bezpośrednio zarządza pracą zespołów, realizujących poszczególne programy profilaktyczne. Odpowiadają za ewaluację i monitoring działań merytorycznych oraz sprawozdawczość z wykonanych zadań.

8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników jest nadmierny?

Koszt pozyskania danych do wskaźników nie jest nadmierny. Dane pozyskiwane są przez zastępców kierowników projektów w toku rutynowych czynności.

9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?

W naszej opinii wskaźnik produktu został prawidłowo oszacowany. Docelowa liczba opracowanych programów profilaktycznych oraz programów powrotów do pracy, która została wpisana do wskaźnika była konsultowana z IMP w odniesieniu potrzeb oraz potencjału Beneficjenta do realizacji projektów. Badanie nie wykazało żadnych zastrzeżeń odnośnie oszacowania wskaźników na poziomie projektu.

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na

osiąganie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Na obecnym etapie wdrażania projektu **nie występują istotne zagrożenia**, które mogłyby negatywnie wpłynąć na opracowanie programów profilaktycznych. Zdaniem Kierownika Projektu programy profilaktyczne na pewno zostaną opracowane. Nie przewiduje się również trudności na etapie działań wdrożeniowych, adresowanych do personelu medycznego. Przykładowo, warsztaty laryngologiczne opracowane w ramach projektu, cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem.

Potencjalny obszar ryzyka może stanowić **stosunek Beneficjentów ostatecznych** do projektu. Duże zakłady pracy i firmy medyczne wykazują niewielkie zainteresowanie udziałem w projekcie. IMP próbował zachęcić do współpracy duże firmy medyczne, oferujące kompleksowe usługi medyczne dla zakładów pracy (m.in. Lux Med, Medicover). Zdaniem Kierownika Projektu, firmy te, mają obawy, w przeprowadzeniu badań u swoich klientów, ze względów wizerunkowych. Współpraca z IMP, miałyby pokazać, że nie są one w stanie samodzielnie przeprowadzić działań szkoleniowych i profilaktycznych dla swoich klientów. Mimo wyjaśnień ze strony Instytutu, jaki jest cel badania, nie udało się przekonać firm medycznych do współpracy. Podobna sytuacja miała miejsce w fabryce firmy Dell w Łodzi, w której pojawił się rzeczywisty problem dermatologiczny. Po długotrwałych rozmowach odmówiono Instytutowi przeprowadzenia badań na terenie fabryki. Dlatego też postanowiono skorzystać z możliwości zweryfikowania poprawności opracowanego programu profilaktycznego wśród pracowników przedsiębiorstw, z którymi dotychczas współpracowano. Koordynator programu profilaktycznego dotyczącego chorób słuchu poinformowała, że w chwili obecnej program ten jest wdrażany w zielonogórskim oddziale przedsiębiorstwa Tabor Szynowy Opole S.A. Na etapie przeprowadzania niniejszego badania, trwały negocjacje z 2 zakładami pracy na temat wdrożenia na ich terenie tego samego programu. IMP wysłał również prośbę do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych na terenie całej Polski o podanie listy tych zakładów pracy, gdzie przekroczone są normy natężenia hałasu. Na podstawie tych informacji została utworzona lista zakładów pracy, gdzie można wdrażać program profilaktyczny chorób słuchu. W momencie niepowodzenia negocjacji z danym zakładem pracy podjęte zostaną rozmowy z kolejnym znajdującym się na liście.

Wielokryterialna analiza wskaźników

Tabela 6. Formularz oceny wskaźnika produktu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	2	Wskaźnik nie jest w pełni adekwatny do założonego celu interwencji, który brzmi: wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów). Obecny zapis wskaźnika nie uwzględnia konieczności wdrożenia wybranych programów.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	4	Można przypuszczać, że opracowanie programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy przyczyni się do utrzymania dobrego stanu zdrowia osób pracujących.
Realność	5	Osiągnięcie wartości docelowej wskaźnika produktu w obecnym zapisie jest wykonalne.
Spójność na poziomie efektów Działania	3	Pewne trudności może budzić wskazanie bezpośredniego powiązania pomiędzy liczbą opracowanych programów a liczbą chorób zawodowych. Tym samym wątpliwość budzi spójność logiczna wskaźnika produktu i wskaźnika rezultatu.
Klarowność	5	Wskaźnik jest czytelny i jednoznacznie interpretowalny.
Mierzalność	5	Wskaźnik należy uznać za wymierny.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Koszt pozyskania danych do wskaźników nie jest nadmierny. Kierownicy zespołów opracowujących poszczególne programy raportują postęp realizacji zadań do kierownika całego projektu.
Użyteczność	2	Wskaźnik, w swym obecnym zapisie, nie jest w pełni użyteczny do monitorowania. Pokazuje on na jedynie liczbę programów profilaktycznych i programów wspierających powroty do pracy, które zostały opracowane w ramach Działania. Wskaźnik nie uwzględnia wdrożenia wybranych programów. Poza tym, biorąc pod uwagę fakt, że jest on wspólny dla obu projektów w ramach Poddziałania 2.3.1., jest użyteczny tylko dla Ministerstwa Zdrowia (jako IP2), a nie jest użyteczny do monitorowania projektu dla wnioskodawcy.

Tabela 7. Formularz oceny wskaźnika rezultatu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	2	Wskaźnik nie jest ściśle dopasowany do założonego celu interwencji, który mówi o wzmocnieniu potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów). Obecny zapis wskaźnika nie uwzględnia konieczności wdrożenia wybranych programów.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	4	Można przypuszczać, że zwiększenie liczby chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy w liczbie chorób zawodowych ogółem, przyczyni się do utrzymania dobrego stanu zdrowia osób pracujących.
Realność	4	Przy założeniu, że termin „jednostka chorobowa” oznacza jeden z 26 punktów w Wykazie Chorób Zawodowych, należy uznać wskaźnik rezultatu za realny do osiągnięcia.
Spójność na poziomie efektów Działania	3	Trudno jest wskazać bezpośrednie powiązanie pomiędzy osiągnięciem wskaźnika produktu a wskaźnika rezultatu. Tym samym wątpliwość budzi spójność logiczna wskaźnika produktu i wskaźnika rezultatu.
Klarowność	0	Źródło danych nie zostało wskazane w sposób czytelny. Interpretacja wskaźnika nie jest klarowna.
Mierzalność	5	Wskaźnik można uznać za mierzalny.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Koszt pozyskiwania informacji do wskaźnika jest niewielki. Kierownicy zespołów opracowujących poszczególne programy sprawozdają postęp realizacji zadań kierownikowi projektu.
Użyteczność	3	Ze względu na to, że wskaźnik jest wspólny dla obu projektów realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.1., jest użyteczny tylko dla Ministerstwa Zdrowia (jako IP2), a nie jest użyteczny do monitorowania projektu dla wnioskodawcy. Należy jednak zauważyć, że wskaźnik pozwala na ewaluację realizacji Działania.

Tabela 8. Formularz oceny wskaźników na poziomie projektu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźniki precyzyjnie odnoszą się do założonego celu głównego i celów szczegółowych projektu.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźniki opisują sedno działań w ramach projektu, obejmują zarówno opracowanie, jak i wdrożenie programów profilaktycznych.
Realność	5	Przyjęte wartości poszczególnych projektów są możliwe do osiągnięcia.
Spójność na poziomie efektów projektu	5	Została zachowana spójność między wszystkimi wskaźnikami mierzącymi efekty projektu.
Klarowność	5	Interpretacja wskaźników jest klarowna.
Mierzalność	5	Dane niezbędne do mierzenia wskaźnika są dostępne.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Koszty pozyskiwania danych do wskaźników są nieznaczne.
Użyteczność	5	Wskaźniki są użyteczne dla wnioskodawcy, pozwalają monitorować postęp w realizacji projektu.

4.2. Projekt II - Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy

Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze

Uwaga: ze względu na fakt, że dla obu projektów w ramach Poddziałania 2.3.1. PO KL został opracowany jeden wskaźnik produktu i jeden wskaźnik rezultatu nasze odpowiedzi na pytania badawcze będą takie same jak w przypadku Projektu Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych.

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?

Katalog wskaźników na poziomie projektu należy uznać za kompletny.

2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?

Nad każdym z trzech opracowywanych programów wspierających powrót do pracy pracuje osobny zespół pracowników IMP. Wszystkie zespoły mają swojego kierownika, który sprawozdaje bezpośrednio do Kierownika Projektu postępy prac. Do tej pory, zgodnie z założeniami, jeden z zespołów opracował jeden program wspierający powrót do pracy. Pozostałe zespoły zgodnie z harmonogramem zakończyły etap badań i analiz i rozpoczęły opracowywanie programu.

3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?

Odpowiedź na pytanie badawcze jest taka sama jak w przypadku Projektu *Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych*.

4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?

Wskaźniki na poziomie projektu bezpośrednio odnoszą się do celu ogólnego i celów szczegółowych. Dzięki przygotowaniu wysoko wykwalifikowanej kadry terapeutów głosu i odpowiednich procedur medycznych dla przeprowadzenia rehabilitacji oraz poprzez zwiększenie samooceny i motywacji osób nieaktywnych zawodowo do podejmowania rehabilitacji umożliwiającej powrót do pracy, wskaźniki w bezpośredni sposób realizują założone cele projektu.

5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągania celów?

Projekt rozpoczął się od programu dotyczącego narządu głosu, następnie w 2009 roku rozpoczęła się realizacja programu dotyczącego pylicy, a w 2010 roku rozpoczęła się realizacja programu obejmującego choroby alergiczne. Pierwszym etapem prac nad każdym z trzech programów są badania i analizy dotyczące rozpoznania uwarunkowań zdrowotnych, psychicznych oraz socjologicznych uniemożliwiających lub utrudniających powrót do pracy. Następnym etapem będzie opracowanie kompleksowych programów nakierowanych na powrót do pracy, wytypowanie grup zawodowych, do których adresowane będą programy oraz wyznaczenie grupy osób, która weźmie udział w pilotażowym wdrożeniu programu. Ostatnim etapem będzie wdrożenie programu. Na każdym z etapów odbywa się monitoring wskaźników: *Projekt jest bardzo szczegółowo opisany w harmonogramie. Wszystkie działania są obecnie realizowane zgodnie z planem – podkreśla Kierownik Projektu.*

6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?

Wskaźniki na poziomie projektu zapisane we wniosku o dofinansowanie umożliwiają gromadzenie danych we wszystkich fazach realizacji projektu.

7. Czy pozyskanie danych do wskaźników wiąże się z większymi trudnościami?

Zdaniem Beneficjenta systemowego pozyskiwanie danych do wskaźników wiąże się z niewielkimi trudnościami. Zastrzeżenia budzi współpraca z **partnerem projektu**, jakim jest Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu. IMPiZS w Sosnowcu odpowiedzialny jest za wykonanie prac merytorycznych w zakresie opracowania oraz wdrożenia programu ukierunkowanego na powrót do pracy osób ze stwierdzoną pylicą. *Problemy dotyczą przede wszystkim opóźnień w dostarczaniu niezbędnych*

dokumentów, sprawozdań z realizacji prac itd. IMPiŚ w Sosnowcu z całą pewnością jest przygotowany do realizacji projektu pod względem merytorycznym, od wielu lat zajmuje się pylicami, ale są słabo przygotowani pod względem organizacyjnym - wyjaśnia zastępca dyrektora Instytutu Medycyny Pracy, odpowiedzialna za realizację projektu.

8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników jest nadmierny?

Koszt pozyskania danych do wskaźników nie jest nadmierny. W każdym z zespołów zaangażowanych w projekcie jest od 3 do 7 osób. Każda z tych osób ma niewielką część etatu w projekcie

9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?

Odpowiedź na pytanie badawcze jest taka sama jak w przypadku Projektu *Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych*.

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na osiąganie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Zdaniem Kierownika Projektu szanse na osiągnięcie wskaźników w obecnym zapisie są bardzo duże: *Wiadomo, że programy zostaną opracowane i do tego momentu obaw nie mam żadnych*. Pewne trudności mogą wystąpić podczas wdrożeń programów, ze względu na brak zainteresowania Beneficjentów ostatecznych. *Myszę, że może być trudno pozyskać zainteresowanych do powrotu do pracy, ze względu na renty, które większość z nich posiada*. Na szczęście jesteśmy zobowiązani do wykazywania liczby motywowanych, a nie przywróconych do pracy osób, wyjaśnia Kierownik Projektu. *W mojej opinii nie będzie problemów z pozyskaniem chętnych z państwowych inspekcji pracy, powiatowych urzędów pracy itp. Pracownicy z tych instytucji zawsze chętnie zgłaszają się na szkolenia*, dodaje. Pracownikom, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu lub stali się niezdolni do pracy wskutek choroby zawodowej przysługują **świadczenia finansowe** (regulowane są przez kodeks pracy¹). W Polsce renciści stanowią najwyższy odsetek osób w wieku produkcyjnym (13,1%) w porównaniu z innymi krajami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Ponadto Polskę cechuje najniższy wskaźnik wieku osób posiadających prawo do renty, wynosi on średnio 47 lat. Na pytanie, w jaki sposób IMP zamierza motywować osoby do uczestniczenia w programach ukierunkowanych na powroty do pracy, Kierownik Projektu odpowiada: *chcemy współpracować z Powiatowymi Urzędami Pracy oraz z Zakładem Opieki Społecznej, ponieważ w tych instytucjach zarejestrowani są bezrobotni. Będziemy chcieli na bieżąco identyfikować choroby zawodowe u Beneficjentów tych instytucji oraz prowadzić dla nich zajęcia na podstawie opracowanych programów*.

Wielokryterialna analiza wskaźników

Ze względu na fakt, że dla obu projektów w ramach Poddziałania 2.3.1. PO KL został opracowany jeden wskaźnik produktu i jeden wskaźnik rezultatu, formularze oceny wskaźników produktu i rezultatu dla projektu zakładającego opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy są **tożsame** z formularzami oceny wskaźników produktu i rezultatu dla projektu obejmującego opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych.

Tabela 9. Formularz oceny wskaźników na poziomie projektu

Kryterium	Ocena spełniani a kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność	5	Wskaźniki precyzyjnie odnoszą się do założonego celu głównego i celów

¹ Kodeks Pracy, Ustawa z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z dnia 19 sierpnia 2002 r.), Rozporządzenie Rady Ministrów z 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach.

wskaźników do założonych celów interwencji		szczegółowych projektu.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźniki opisują sedno działań w ramach projektu, obejmują zarówno opracowanie, jak i wdrożenie wybranych programów profilaktycznych.
Realność	5	Przyjęte wartości poszczególnych projektów są możliwe do osiągnięcia.
Spójność na poziomie efektów Działania	5	Została zachowana spójność między wszystkimi wskaźnikami mierzącymi efekty projektu.
Klarowność	5	Interpretacja wskaźników jest klarowna.
Mierzalność	5	Dane niezbędne do mierzenia wskaźnika są dostępne.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Koszty pozyskiwania danych do wskaźników są nieznaczące.
Użyteczność	5	Wskaźniki są użyteczne dla wnioskodawcy, pozwalają monitorować postęp w realizacji projektu.

4.3. Projekt III - Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych

Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?

Obecny zestaw wskaźników zapewnia **właściwe przyporządkowanie** pomiędzy wskaźnikami produktu i rezultatu. Wskaźnik produktu mierzy liczbę pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe (otrzymały dyplom ukończenia studiów z wynikiem pozytywnym) dzięki otrzymaniu wsparcia w ramach Działania 2.3. PO KL. Natomiast wskaźnik rezultatu liczony jest jako relacja liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły (z wynikiem pozytywnym) studia pomostowe dzięki wsparciu w ramach Priorytetu II PO KL w stosunku do ogólnej liczby pielęgniarek i położnych w danym roku. Wskaźniki produktu i rezultatu są wzajemnie spójne i powiązane logicznie. Wskaźnik rezultatu bezpośrednio wynika ze wskaźnika produktu. Również wskaźniki twardych rezultatów projektu, wpisane do wniosku o dofinansowanie są ze sobą spójne i powiązane logicznie, a zarazem obejmują efekty kluczowych zadań projektowych.

2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?

Wskaźniki produktu i rezultatu, ze względu na swoją prawidłową konstrukcję stanowią podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL. Na poziomie Poddziałania 2.3.2. pomiar wskaźników produktu odbywa się co pół roku, natomiast pomiar wskaźników rezultatu – co rok. Sprawozdania z realizacji wskaźnika produktu na poziomie projektu, jak również pozostałych wskaźników wpisanych do wniosku o dofinansowanie odbywa się obecnie raz na 2 miesiące. *W 2008 roku, sprawozdania dla Instytucji Wdrażającej przekazywaliśmy w systemie kwartalnym – powiedziała Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia - Natomiast w roku 2009, Instytucja Wdrażająca, skróciła cykl rozliczeniowy do dwóch miesięcy. Dla nas lepszą opcją jest składanie wniosków o płatność co trzy miesiące, w momencie zakończenia semestru we wszystkich uczelniach.* Sytuację wyjaśnia Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL: *Ministerstwo Rozwoju Regionalnego poprosiło nas o zwiększenie częstotliwości przysyłania wniosków o płatność ze względu na konieczność szybszej certyfikacji wydatków. W naszej opinii mobilizuje to dodatkowo Beneficjenta do sprawniejszego realizowania projektu i szybszego wydatkowania środków.*

3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?

Zarówno analiza dokumentów, jak i wywiady indywidualne przeprowadzone z Departamentem Pielęgniarek i Położnych oraz z Instytucją Wdrażającą dowodzą, że wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane, a tym samym **jednoznacznie interpretowalne**. Również interpretacja większości wskaźników osiągnięcia twardych rezultatów projektu nie nastęrcza trudności interpretacyjnych. Wyjątek stanowi wskaźnik *zwiększenie o 200% (z 12 000 do 36 000) liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach PO*

KL. Sposób jego sformułowania sugeruje, iż jeszcze przed realizacją projektu 12 tys. pielęgniarek odbyło już studia pomostowe w ramach PO KL, co jest twierdzeniem nieprawdziwym, ponieważ program ten nie przewiduje tego typu interwencji w ramach innych Priorytetów. Wskaźnik ten pochodzi bezpośrednio z dokumentu Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007-2013.

4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?

Wskaźniki produktu i rezultatu precyzyjnie odnoszą się do celu szczegółowego nr 5 II Priorytetu PO KL, jakim jest **podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego**. Ukończenie przez pielęgniarki i położne kształcenia pomostowego przyczyni się niewątpliwie do zwiększenia ich kwalifikacji zawodowych. Również wskaźniki twardych rezultatów projektu wpisane do wniosku o dofinansowanie precyzyjnie odnoszą się do celu głównego oraz tych celów szczegółowych, które dotyczą konkretnych zadań w ramach projektu.

5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągnięcia celów?

Wskaźniki w obecnej formie pozwalają na precyzyjne odzwierciedlenie postępu realizacji projektu. Projekt podzielony jest na etapy, które są ściśle związane podziałem roku akademickiego na 2 semestry (jeden etap to jeden semestr). *W tej chwili praktycznie zakończył się pierwszy semestr, jeszcze na kilku uczelniach trwają egzaminy*, powiedziała nam, Specjalistka ds. Monitorowania i Sprawozdawczości w DPiP.

6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?

Zarówno dane do wskaźnika produktu, jak i wskaźnika rezultatu są możliwe do gromadzenia we wszystkich fazach realizacji projektu. Informacje o postępach w toku studiów są na bieżąco monitorowane i oceniane. Departament Pielęgniarek i Położnych przewiduje średnio 1 wizytację w ciągu semestru na każdej uczelni, biorącej udział w projekcie. Wizytacje mają na celu wczesne rozpoznanie ewentualnych nieprawidłowości oraz ich eliminację. Do weryfikacji rezultatów służyć będą następujące narzędzia: listy obecności, informacje o liczbie wydanych dyplomów, ankiety oceniające oraz sprawozdania z realizacji projektu przesyłane przez uczelnie.

7. Czy pozyskanie danych do wskaźników wiąże się z większymi trudnościami?

Pozyskanie informacji do wskaźników wiąże się z koniecznością posiadania bazy danych, w której zawarte byłyby informacje o postępach w odbywaniu studiów pomostowych przez uczestniczące w nich pielęgniarki i położne. Jest to konieczne ze względu na zróżnicowanie toku studiów. Czas kształcenia na studiach pomostowych zależy od rodzaju ukończonej szkoły medycznej oraz w przypadku liceum medycznego od czasu jego ukończenia i wynosi od 2 do 5 semestrów. Szczegółowe informacje dotyczące czasu trwania kształcenia zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 10. Czas trwania kształcenia na studiach pomostowych

Zawód	Czas trwania kształcenia
Pielęgniarki	Dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych, którzy rozpoczęli naukę w roku szkolnym 1980/1981 lub później – 3 semestry lub 1633 godz.
	Dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych, którzy rozpoczęli naukę wcześniej niż w roku szkolnym 1980/1981 – 5 semestrów lub 3000 godz.
	Dla absolwentów dwuletnich medycznych szkół zawodowych – 3 semestry lub 2410 godz.
	Dla absolwentów dwu i pół letnich medycznych szkół zawodowych – 2 semestry lub 1984 godz.
Położne	Dla absolwentów trzyletnich medycznych szkół zawodowych – 2 semestry
	Dla absolwentów dwuletnich medycznych szkół zawodowych – 3 semestry lub 1479 godz.
	Dla absolwentów dwu i pół letnich medycznych szkół zawodowych – 2 semestry lub 1086 godz.

Jak poinformowała nas Dyrektor DPiP, gromadzenie danych odbywa się w ramach umów z uczelniami, które realizują studia pomostowe. Uczelnie są zobowiązane przysyłać informacje o każdej osobie, która bierze udział w projekcie. Należy zwrócić uwagę, że **nie zostały jeszcze ukończone prace nad stworzeniem informatycznej bazy danych**, która umożliwiłaby szybkie gromadzenie informacji i wymianę informacji pomiędzy uczelniami, na których odbywają się studia a beneficjentem systemowym. Do tej pory również **nie zostały zatrudnione na stanowiska osoby odpowiedzialne za monitoring projektu**. *W tej chwili w ramach konkursów staramy się wyłonić te osoby. Do tej pory sytuacja kadrowa nie jest jeszcze uregulowana* – przyznaje Dyrektor DPiP.

8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników jest nadmierny?

Ze względu na szeroki zakres projektu oraz dużą liczbę uczestniczących w nim wykonawców (32 uczelnie), zbieranie danych do wskaźników wiąże się ze stosunkowo wysokimi kosztami. Projekt zakłada stworzenie dwóch stanowisk do spraw monitorowania i sprawozdawczości. Konieczne jest także stworzenie elektronicznej bazy danych. Należy jednak zwrócić uwagę, że wydatki te są niezbędne do efektywnego realizowania kluczowych działań projektowych, nie można ich więc powiązać jedynie z koniecznością gromadzenia informacji o stopniu osiągnięcia wskaźników projektowych.

9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?

Analiza dokumentów oraz pogłębione wywiady indywidualne pozwalają stwierdzić, że zarówno wskaźnik produktu, jak i wskaźnik rezultatu zostały oszacowane realistycznie. Wskaźnik produktu przewiduje, że 24 tys. pielęgniarek i położnych ukończy studia pomostowe w ramach realizacji projektu. Budżet projektu oszacowany został na poziomie blisko 180 mln PLN. Zdaniem naszych rozmówców są to środki wystarczające do wykształcenia tylu osób. Podczas badania pojawiły się także opinie, że wskaźnik jest oszacowany zbyt ostrożnie, przez co projekt nie w pełni odpowiada na potrzeby Beneficjentów ostatecznych. Według badań przeprowadzonych przez Departament Pielęgniarek i Położnych pod kątem określenia skali potrzeb, dla realizacji projektu, do uczestnictwa w studiach pomostowych kwalifikuje się 40 tys. osób. Przy określaniu wskaźnika produktu zdecydowano się jednak na ograniczenie liczby Beneficjentów ostatecznych. *Po przeprowadzeniu badania dostaliśmy informację zwrotną z komórek nadrzędnych i Instytucji Zarządzającej o tym, żeby objąć 24 tys. osób wsparciem.* – mówi Dyrektor DPiP - *Niestety nie wiemy dlaczego na takim poziomie został ustalony wskaźnik produktu. Tym projektem powinny zostać objęte wszystkie pielęgniarki, które kończyły kształcenie do 2004 r.* Na podstawie informacji zebranych od Instytucji Wdrażającej, ustaliliśmy, że decyzję o docelowej wielkości wskaźnika podjęła Instytucja Zarządzająca, biorąc pod uwagę wielkość alokacji dostępnej na realizację Poddziałania 2.3.2 oraz koszty przeprowadzenia studiów. Przedstawiciele Instytucji Wdrażającej, zwracają jednak uwagę, że w efekcie przeprowadzenia przetargów cena studiów spadła, dzięki czemu istnieje szansa na przekroczenie wskaźnika. Pierwotnie zakładano, że w pierwszym roku wdrażania projektu studia rozpocznie co najmniej 2700 osób. Tymczasem Departamentowi Pielęgniarek i Położnych udało się zwiększyć ten wskaźnik do poziomu 2935 Beneficjentów ostatecznych. Pomimo dużego zainteresowania beneficjentów ostatecznych, trudności może sprawiać osiągnięcie nieprecyzyjnie zdefiniowanego wskaźnika twardych rezultatów projektu: *Zwiększenie o 200% (z 12 000 do 36 000) liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach PO KL.* Warto zwrócić uwagę, że jego wartość docelowa jest o 12 000 wyższa, niż wartość wskaźnika produktu na poziomie Działania 2.3. PO KL.

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na osiągnięcie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Przeprowadzone wywiady indywidualne z Departamentem Pielęgniarek i Położnych oraz z Departamentem Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych wykazały, że **nie ma znaczących zagrożeń** dla realizacji projektu. Projekt cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem, dlatego nie ma zagrożenia w postaci braku chętnych do ukończenia studiów pomostowych. W przypadku, gdy na skutek wypadków losowych, dana osoba nie może kontynuować nauki, na jej miejsce wchodzi nowa osoba z listy rezerwowej. Do tej pory taki przypadek wystąpił tylko raz. *W związku z dużym zainteresowaniem projektem nie widzimy żadnego zagrożenia dla jego realizacji* – mówi opiekun projektu w Instytucji Wdrażającej: - *Dodatkowo w celu zabezpieczenia osiągnięcia wskaźników projektu wprowadzono zapis do umów ze studentami, zgodnie z którym osoby, które rozpoczną studia, a potem je przerwą muszą zwracać koszty nauki. Dlatego też bardzo im zależy na dokończeniu całego procesu kształcenia.*

Dyrektor DPiP nieznaczące zagrożenie dla realizacji projektu upatruje w tym, że grupa osób, która już teraz rozpoczyna studia za własne pieniądze może wpływać na mniejszą liczbę potencjalnych uczestników projektu. *Staramy się już w tej chwili to zagrożenie minimalizować poprzez **dodatkowe nabory w semestrze zimowym**.* Pewnym zagrożeniem dla projektu jest czas trwania kształcenia w ramach studiów pomostowych, zwłaszcza w przypadku **ścieżki 5-semestralnej**. Część pielęgniarek i położnych, które są absolwentkami pięcioletnich liceów medycznych i które rozpoczęły naukę wcześniej niż w roku szkolnym 1980/1981 nie wyraża chęci udziału w projekcie. W uzasadnieniu decyzji jest zbyt długi

czas trwania kształcenia w porównaniu z innymi ścieżkami. Dlatego też Departament Pielęgniarek i Położnych stara się zmniejszyć to zagrożenie poprzez maksymalne skrócenie 5-semesternej ścieżki do najbardziej optymalnej, na przykład 2- lub 3-semesternej. Odbędzie się to przede wszystkim poprzez zwiększenie liczby godzin w ramach semestrów.

Zastępca Dyrektora DPiP uważa, że **szkoły wyższe** nie były specjalnie zainteresowane studiami dofinansowanymi ze środków unijnych, a to z tego względu, że takie studia się trudniej rozlicza. Chcemy jednak zachęcać uczelnie do współpracy z nami, dlatego też uczestniczymy i organizujemy konferencje. Przekonujemy uczelnie, że jesteśmy dobrym partnerem na dłuższy okres czasu. Spośród 63 uczelni prowadzących kształcenie pielęgniarek i położnych, 32 z nich bierze udział w projekcie. Dyrektor DPiP podkreśla: *zależy nam na zwiększaniu liczby uczelni zaangażowanych w projekt. Każda szkoła posiadająca odpowiednie certyfikaty i zezwolenia może przystąpić do naszego projektu.* Zdaniem Beneficjenta systemowego nie ma zagrożenia, że pielęgniarki, otrzymawszy dyplom studiów pomostowych będą masowo wyjeżdżać do krajów UE, gdzie ich nowe kwalifikacje będą pozwalały ubiegać się o pracę. Mogłoby to wpłynąć na obniżenie wskaźnika rezultatu. *Nie przewidujemy, aby absolwenci studiów pomostowych wyjeżdżali masowo zagranicę. To są osoby z ugruntowaną pozycją zawodową, mają obowiązki rodzinne. Bariera jest też język obcy, szczególnie język specjalistyczny (medyczny),* sądzi Dyrektor DPiP.

Wielokryterialna analiza wskaźników

Tabela 11. Formularz oceny wskaźnika produktu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźnik precyzyjnie mierzy kluczowy efekt interwencji, jakim jest podniesienie kwalifikacji przez pielęgniarki i położne. Wskaźniki produktu i rezultatu są wzajemnie spójne i powiązane logicznie.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźnik pokazuje sedno interwencji oraz pozwala na ocenę długofalowych skutków realizacji projektu. Ukończenie przez pielęgniarki i położne studiów pomostowych przyczynia się trwale do podniesienia ich wiedzy i kompetencji.
Realność	5	Wskaźnik produktu w obecnym zapisie jest możliwy do uzyskania. Instytucja Wdrażająca szacuje, że możliwe będzie uzyskanie znacznie większej liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia.
Spójność na poziomie efektów Działania	5	W naszej ocenie wskaźnik został właściwie dobrany z punktu widzenia pomiarów efektu projektu.
Klarowność	5	Wskaźnik jest klarowny i nie nastęcza problemów interpretacyjnych.
Mierzalność	5	Wskaźnik należy uznać za mierzalny.
Koszt pozyskiwania informacji	4	Jakkolwiek pozyskiwanie informacji dotyczących liczby pielęgniarek odbywających studia w ramach projektu łączy się z dużymi kosztami (zatrudnienie osób do monitoringu, stworzenie bazy danych) to jednak koszty te i tak musiałyby być poniesione, w celu zapewnienia efektywności i odpowiedniej jakości realizowanego projektu. Dlatego nie należy ich wiązać wyłącznie z pozyskaniem informacji do wskaźnika.
Użyteczność	5	Wskaźnik w swym obecnym zapisie jest użyteczny do monitorowania. Pokazuje on na liczbę pielęgniarek, które ukończyły studia w okresie trwania projektu.

Tabela 12. Formularz oceny wskaźnika rezultatu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźnik precyzyjnie mierzy kluczowy efekt interwencji, jakim jest podniesienie kwalifikacji przez pielęgniarki i położne. Wskaźniki produktu i rezultatu są wzajemnie spójne i powiązane logicznie. Wskaźnik rezultatu bezpośrednio wynika ze wskaźnika produktu.

Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźnik w obecnym zapisie, pokazuje sedno interwencji oraz pozwala na ocenę długofalowych skutków realizacji projektu. Ukończenie przez określony odsetek pielęgniarek i położnych studiów pomostowych przyczynia się trwale do podniesienia ich wiedzy i kompetencji.
Realność	5	Wskaźnik rezultatu obecnym zapisie jest możliwy do uzyskania.
Spójność na poziomie efektów Działania	5	W naszej ocenie wskaźnik został właściwie dobrany z punktu widzenia pomiarów efektu projektu.
Klarowność	5	Wskaźnik jest klarowny i nie następuje problemów interpretacyjnych.
Mierzalność	5	Wskaźnik należy uznać za mierzalny.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Pozyskanie danych z CSIOZ nie wiąże się z dodatkowymi kosztami. Informacja o pielęgniarkach i położnych, które ukończyły studia w ramach Priorytetu, pochodzą ze wskaźnika produktu.
Użyteczność	5	Wskaźnik w swym obecnym zapisie jest użyteczny do monitorowania postępów w realizacji projektu.

Tabela 13. Formularz oceny wskaźników na poziomie projektu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźniki należy uznać za w pełni adekwatne do zakładanego celu głównego oraz celów szczegółowych.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźniki odnoszą się do najważniejszych zadań podejmowanych w ramach projektu.
Realność	3	Większość wskaźników odnoszących się do twardych rezultatów projektu zostało oszacowanych w sposób realny. Trudności może sprawiać osiągnięcie wskaźnika <i>zwiększenie odsetka piel. i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu II PO KL w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych o 200 % (z 12 000 do 36 000)</i> .
Spójność na poziomie efektów Działania	4	Spójność wskaźników na poziomie efektów należy ocenić wysoko. Są one spójne zarówno z określonymi celami jak i z określonymi we wniosku o dofinansowanie zadaniami, które mają się przyczynić do ich realizacji. Są one również spójne ze sobą pod względem logicznym.
Klarowność	4	Poza wskaźnikiem <i>zwiększenie odsetka piel. i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu II PO KL w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych o 200 % (z 12 000 do 36 000)</i> wszystkie wskaźniki można uznać za klarowne i jednoznaczne w interpretacji. Tak sformułowany wskaźnik sugeruje, że 12 tys. osób ukończyło wcześniej studia pomostowe w ramach PO KL, a to nie prawda – te osoby ukończyły studia pomostowe przed realizacją projektu.
Mierzalność	5	Wskaźniki należy uznać za mierzalne.
Koszt pozyskiwania informacji	3	Pozyskiwanie informacji do wskaźników łączy się z pewnymi kosztami (zatrudnienie osób do monitoringu, stworzenie bazy danych), wynikającymi z dużej skali realizowanego projektu.
Użyteczność	5	Ponieważ wskaźniki obejmują rezultaty wszystkich kluczowych zadań w ramach projektu, ich użyteczność w monitorowaniu postępów jego realizacji należy uznać za wysoką.

4.4. Projekt IV - Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności

Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?

Kompletność wskaźnika, rozumiana jako objęcie przez wskaźnik oczekiwanych efektów interwencji, właściwe przyporządkowanie pomiędzy wskaźnikami produktu i rezultatu oraz ich spójność i wzajemne powiązanie logiczne budzi pewne zastrzeżenia. Wskaźniki produktu i rezultatu **obejmują oczekiwane efekty interwencji**. Zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów PO KL, wsparcie w ramach Poddziałania 2.3.2. skierowane jest przede wszystkim na wspieranie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy deficytowych specjalności tj. kardiologów, onkologów oraz lekarzy medycyny pracy. Potrzeba realizacji projektu wynika z konieczności zwiększenia możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy ww. specjalności. W Polsce, choroby o podłożu kardiologicznym i onkologicznym stanowią najczęstszą przyczynę zgonów. Osiągnięcie większej efektywności w leczeniu tych schorzeń będzie również pozytywnie oddziaływać na zdrowie osób pracujących, tym samym zwiększając możliwość ich dłuższej aktywności na rynku pracy.

Wskaźniki produktu i rezultatu **nie są ze sobą spójne i powiązane logicznie**. Wskaźnik produktu mierzy liczbę lekarzy z podziałem na trzy specjalności (onkologia, kardiologia, medycyna pracy), którzy z wynikiem pozytywnym ukończyli pełen cykl kursów w ramach projektu. Natomiast wskaźnik rezultatu mierzony jest jako liczba lekarzy specjalistów (kardiolog, onkolog, lekarz medycyny pracy) przypadających na 100 tys. mieszkańców. W takim ujęciu, do wskaźnika rezultatu zaliczane są więc również osoby, które nie przeszły pełnego cyklu kursów w ramach projektu (nie weszły do wskaźnika produktu) oraz osoby, które w ogóle nie brały udziału w projekcie. Należy zwrócić uwagę, że metodologia pomiaru wskaźników zawarta w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013 nie zawiera żadnych informacji o tym, jaka jest relacja pomiędzy osiągnięciem wskaźnika produktu a wskaźnikiem rezultatu. Zdaniem przedstawicieli Instytucji Wdrażającej w tym przypadku wskaźnik rezultatu nie będzie stanowił idealnego odzwierciedlenia osiągnięcia wskaźnika produktu: *Wydaje mi się że wskaźnik rezultatu określać powinien ogólną sytuację w kraju: tzn. liczbę specjalistów z danej dziedziny na 100 tys. mieszkańców. Do wskaźnika produktu zaliczamy tylko i wyłącznie lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów. Natomiast do wskaźnika rezultatu będziemy brać sytuację ogólną. Przykładowo, w tym roku do wskaźnika produktu nie podaliśmy nikogo, ponieważ żaden lekarz nie ukończył pełnego cyklu kursów w ramach projektu. Z całą pewnością jednak od roku 2006, kiedy ustalane były dane do PO KL, liczba specjalistów się zmieniła. W tym czasie lekarze ukończyli specjalizacje, inni np. odeszli na emeryturę. Wydaje się więc, że wskaźnik produktu w sytuacji, gdy nie wszystko co w danej branży się dzieje jest wynikiem projektu, nie musi, a nawet nie może mieć idealnego przełożenia na wskaźnik rezultatu - powiedziała Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL. Z danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wynika, że aby osiągnąć zakładany wskaźnik rezultatu, egzamin specjalizacyjny w okresie realizacji projektu musiałoby zdać **ok. 1000 kardiologów, 1300 onkologów oraz 650 lekarzy medycyny pracy**. Liczby te przekraczają wartość wskaźnika produktu. Dlatego też Beneficjent systemowy wprowadził do wniosku projektowego dodatkowe wskaźniki, dotyczące liczby lekarzy, którzy uczestniczyli w jakimkolwiek kursie specjalizacyjnym (**5870**) oraz liczbę tytułów specjalisty, otrzymanych przez lekarzy uczestniczących w kursach odbywających się w ramach projektu (**3020**) Zgodnie z Podręcznikiem Wskaźników PO KL 2007-2013, wskaźniki rezultatu na poziomie Programu odnoszą się do bezpośredniego efektu działań podejmowanych w ramach Programu (w krótkim okresie) wobec uczestników projektów. W takim ujęciu, można więc zakładać, że wskaźniki rezultatu na poziomie Priorytetu II wynikają z osiągnięcia twardych rezultatów na poziomie projektu, zapisanych we wniosku. Jeszcze raz należy jednak podkreślić, że spójność i powiązanie logiczne pomiędzy wskaźnikiem produktu a wskaźnikiem rezultatu na poziomie Priorytetu II są niewielkie.*

Wskaźniki mierzące twarde rezultaty zapisane we wniosku o dofinansowanie należy uznać za kompletne. Wszystkie wskaźniki są sformułowane w sposób spójny logicznie i pozwalający na objęcie najważniejszych efektów realizacji projektu.

2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?

Przyjęte wskaźniki produktu tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL. Na poziomie Działania 2.3. pomiar wskaźników produktu odbywać się będzie co pół roku, natomiast pomiar wskaźników rezultatu – co roku. Rezultaty twarde projektu monitorowane są w sposób ciągły przy pomocy **bazy danych** lekarzy realizujących specjalizację z kardiologii, onkologii i medycyny pracy i uczestniczących w kursach specjalizacyjnych. Realizatorzy kursów specjalizacyjnych rozliczając się z wykonanej umowy przekazywać będą dane na temat uczestnictwa w kursach. Baza danych dotyczących uczestników

funkcjonuje w ramach systemu komputerowego. Obecnie przechowywane są w niej informacje takie jak: termin rozpoczęcia pierwszego kursu, numer kursu, rok rozpoczęcia i rok zakończenia kształcenia, czas trwania specjalizacji, liczba odbytych kursów. Zdaniem Zastępcy Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych, ewaluacja wskaźników odbywa się w każdym kwartale przy wypełnianiu wniosku o płatność, co umożliwia automatyczną ocenę realizacji tych wszystkich wskaźników: *Nie tak dawno przedstawiliśmy Ministerstwu, jak wygląda realizacja tego projektu. Został opracowany przez nas dokument mówiący o tym, jakie są szanse na zrealizowanie i uzyskanie właściwych wskaźników produktu w trzech podstawowych specjalnościach w oparciu o analizę liczby osób, które są u nas zarejestrowane i uczestniczą w projekcie.* Znaczne trudności może jednak sprawiać ewaluacja faktycznych rezultatów interwencji w oparciu o zastosowany wskaźnik rezultatu. Przyczyny leżą przede wszystkim w wielości czynników pozostających poza projektem, jakie mogą wpłynąć na jego wielkość, o czym była mowa w punkcie 1.

3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?

W naszej opinii **wskaźnik produktu**, mierzący liczbę lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów w ramach projektu w podziale na trzy specjalności został prawidłowo zdefiniowany. Pewne wątpliwości w tym obszarze zgłasza Beneficjent systemowy. Według Zastępcy Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych, wskaźnik produktu powinien mierzyć liczbę lekarzy w podziale na trzy specjalności (kardiologia, onkologia i medycyna pracy), którzy zdali egzamin specjalizacyjny. CMKP szacuje, że ok. 80-85% lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów przystępuje do egzaminu specjalizacyjnego. Należy jednak zwrócić uwagę, że wskaźnik w takim zapisie wychodziłby poza obszar wsparcia a zarazem projektu, który nie przewiduje objęcia swoim zakresem również egzaminów specjalizacyjnych. Zastrzeżenia może budzić sposób sformułowania **wskaźnika rezultatu**, co było sygnalizowane w pkt. 1. Podstawowym zarzutem jest brak bezpośredniego powiązania ze wskaźnikiem produktu oraz **wielość czynników zewnętrznych, jakie mogą oddziaływać na jego wielkość docelową**. Zaliczyć można do nich przede wszystkim:

- zdawanie egzaminów specjalistycznych przez lekarzy, którzy byli kształceni poza projektem,
- nie podchodzenie do egzaminów specjalizacyjnych przez lekarzy, którzy podejmowali pełny cykl kursów w ramach projektu,
- odchodzenie lekarzy na emeryturę,
- emigracja lekarzy-specjalistów.

Wychodząc z założenia, że podany wskaźnik rezultatu wymaga przeformułowania, zespół badawczy sprawdził możliwości opracowania wskaźnika, który bardziej precyzyjnie odnosiłby się do rzeczywistych efektów interwencji a zarazem był bardziej spójny ze wskaźnikiem produktu. Postawiliśmy hipotezę, że takim wskaźnikiem mógłby być *stosunek liczby lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów w 3 specjalnościach w ramach Priorytetu, do ogólnej liczby osób które ukończyły pełen cykl kursów we wspomnianych specjalnościach*. Na etapie weryfikacji hipotezy natknęliśmy się jednak na istotne trudności z określeniem wiarygodnego i użytecznego dla monitoringu źródła danych do pomiaru tak sformułowanego wskaźnika. O ile dane na temat lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów finansowanych w ramach PO KL mogłyby pochodzić z bazy CMKP, praktycznie nie ma możliwości uzyskania informacji o ogólnej liczbie lekarzy, którzy ukończyli pełen cykl kursów specjalizacyjnych. Zgodnie z informacjami uzyskanymi w CMKP, Centrum Egzaminów Medycznych, Wojewódzkich Centrach Zdrowia Publicznego oraz Izbach Lekarskich, nikt poza kierownikami specjalizacji (opiekunami naukowymi), nie monitoruje postępów lekarzy w kończeniu poszczególnych kursów w ramach cyklu. Dlatego też nikt nie prowadzi jednolitej bazy danych, z której można byłoby czerpać takie informacje. Obecnie, najbardziej wiarygodnym źródłem wskazującym łączną liczbę osób, które ukończyły pełen cykl specjalizacji mogłyby być dane Centrum Egzaminów Medycznych o osobach, które podchodziły do egzaminów specjalizacyjnych. Są one jednak również niedoskonałe, ponieważ nie wszyscy lekarze, którzy w danym roku ukończyli pełen cykl kursów od razu przystępują do egzaminów. Wskaźniki dotyczące twardych rezultatów projektu są w naszej opinii sformułowane prawidłowo.

4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?

W naszej ocenie wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć. Na poziomie **Priorytetu II**, jest to cel szczegółowy nr 5, jakim jest **podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego**. Natomiast celem projektu jest wsparcie kształcenia specjalistycznego lekarzy z kardiologii, onkologii i medycyny pracy, co przełoży się na wzrost liczby specjalistów, dostępność do świadczeń zdrowotnych i poprawę stanu zdrowia osób pracujących. Uczestnictwo w pełnym cyklu kursów specjalizacyjnych w ramach Priorytetu II, zdecydowanie poprawi kompetencje objętych nimi lekarzy. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w ramach projektu przeszkoleni zostaną również kierownicy specjalizacji, co ma wpłynąć na poprawę jakości kursów oraz aktualizację przekazywanych na nich wiedzy. Również wskaźnik rezultatu odnosi się do celu szczegółowego nr 5 Priorytetu II. *Zwiększenie liczby specjalistów w Polsce, świadczyć będzie o podniesieniu kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego*. Analizując relację wskaźników projektu, zamieszczonych

we wniosku o dofinansowanie, do celu głównego i celów szczegółowych, które mają mierzyć, trzeba podkreślić że wskaźnik *Ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy* został sformułowany zbyt ogólnie w stosunku do celu szczegółowego nr 3 projektu. Wskaźnik nie pokazuje oczekiwanej liczby absolwentów kursów w rozbiu na poszczególne specjalizacje. W efekcie możliwa jest sytuacja, kiedy osiągnięcie wskaźnika nie będzie równoznaczne z osiągnięciem celu szczegółowego.

5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągania celów?

Ze względu na bardzo elastyczną formę kursów specjalizacyjnych, wskaźniki w ograniczony sposób pozwalają na odzwierciedlenie postępu we wdrażaniu projektu. Biorąc pod uwagę, że specjalizacje mają różne długości trwania, trudno jest dokonać podsumowania wskaźników na koniec każdego roku. CMKP mierzy liczbę specjalizujących się lekarzy według ścieżek kształcenia (czasu trwania specjalizacji) z przewidywanym rokiem zakończenia specjalizacji.

6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?

Gromadzenie danych do wskaźników jest utrudnione ze względu na brak jednolitego czasu trwania specjalności. Szczegółowe informacje dotyczące czasu trwania poszczególnych specjalizacji zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Tabela 14. Czas trwania deficytowych specjalizacji określony programem

Specjalność	Czas trwania specjalizacji
Kardiologia	Po stażu podyplomowym – 6 lat
	I lub II stopień, lub tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych – 4 lata
	II stopień, lub tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych (2002 r.) – 2 lata
Medycyna pracy	I stopień w chorobach wewnętrznych, medycynie lotniczej lub medycynie ogólnej / albo II stopień w medycynie lotniczej lub ogólnej – 3 lata, lub I stopień w medycynie pracy – 3 lata
	Po stażu podyplomowym – 5 lat
	II stopień lub tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych – 2 lata
Onkologia kliniczna	Po stażu podyplomowym – 5 lat / albo I lub II stopień lub tytuł specjalisty w pediatrii – 5 lat
	I lub II stopień w chorobach płuc, chorób wewnętrznych, medycynie ogólnej – 3 lata
	I lub II stopień lub tytuł specjalisty w radioterapii onkologicznej – 4 lata
	II stopień w chemioterapii nowotworów – 6 miesięcy
Chirurgia onkologiczna	II stopień lub tytuł specjalisty w chirurgii dziecięcej lub chirurgii ogólnej – 2 lata
Ginekologia onkologiczna	Po stażu podyplomowym – 3 lata
Onkologia i hematologia dziecięca	II stopień specjalisty lub tytuł specjalisty z pediatrii - 3 lata
Radioterapia onkologiczna	Po stażu podyplomowym – 5 lat
	I stopień specjalizacji w radioterapii onkologicznej – 3 lata

Okres realizacji kursów może być rozciągnięty w czasie w różny sposób w zależności od tego, jaka to specjalność, w jakim systemie się odbywa i jaką ścieżkę edukacyjną wybrał lekarz. W oparciu o liczbę zarejestrowanych w CMKP lekarzy, sporządzane są wykresy dla każdej z tych specjalności. *Wykresy ilustrują, ilu lekarzy specjalizuje się w systemie 2-letnim, ilu w 3-letnim, ilu w 4-letnim itd. Na podstawie tych informacji, mamy określoną liczbę lekarzy specjalizujących się w zależności od tego, jaki jest czas trwania specjalizacji, liczbę lekarzy, którzy powinni ukończyć tę specjalizację w 2009 r. oraz liczbę lekarzy, którzy ukończyli co najmniej 50% kursów obowiązkowych* - wyjaśnia Zastępca Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych.

7. Czy pozyskanie danych do wskaźników wiąże się z większymi trudnościami?

Pozyskanie danych do wskaźników wiąże się z pewnymi trudnościami. Z informacji uzyskanych podczas wywiadów indywidualnych wynika, że lekarze mają prawo wybrać, kiedy zaliczą poszczególne kursy podczas całego programu. W efekcie najczęściej próbują zdawać wszystkie egzaminy na ostatnich latach, a to z kolei wiąże się z większym ryzykiem ich niezaliczenia.

8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników jest nadmierny?

Dane wykorzystywane do pomiaru wskaźników produktu na poziomie Działania 2.3. PO KL oraz na poziomie projektu, pochodzą z informatycznej bazy danych, niezbędnej do monitorowania stopnia ukończenia kursów specjalizacyjnych przez Beneficjentów ostatecznych projektu. Jakkolwiek stworzenie bazy danych wiązało się z pewnymi kosztami, zdaniem przedstawicieli Beneficjenta nie były one nadmierne w stosunku do skali projektu. Informacje na temat osiągnięcia wskaźnika rezultatu pochodzą z ogólnodostępnej bazy CSIOZ, co nie łączy się z żadnymi dodatkowymi kosztami.

9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?

Należy wziąć pod uwagę, że wskaźniki dla Działania 2.3. PO KL oszacowane zostały w 2006 r. Projekt zakłada organizację pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych dla co najmniej 404 kardiologów, 311 onkologów oraz 362 lekarzy medycyny pracy. Liczba lekarzy deficytowych specjalności, jakimi są onkologia i kardiologia, którzy ukończą w ramach projektu pełen cykl kursów w ramach realizacji programu specjalizacji jest oszacowana realistycznie. Opinię potwierdza Zastępca Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych: *Jeśli chodzi o specjalizację kardiologiczną, to jesteśmy niemal pewni, że wskaźnik produktu zostanie osiągnięty. Podobnie jeśli chodzi o onkologów.* Największy problem stanowi nierealistycznie określony wskaźnik, dotyczący lekarzy medycyny pracy (362), którzy mają odbyć pełen cykl kursów w ramach specjalizacji. Obecnie w ramach projektu studiuja 153 osoby, z czego 2-letnią specjalizację robi 45 lekarzy, 3-letnią – 51 lekarzy, a 5-letnią – 57 lekarzy. Liczba lekarzy, którzy zapisali się na kursy była dwukrotnie niższa od zakładanej – z planowanych 115 osób, zgłosiło się 57. Z tego względu CMKP zostało zmuszone do odwołania 3 z 7 kursów planowanych na pierwszy kwartał 2009 roku. *Przy tak niskim zainteresowaniu nie będziemy w stanie osiągnąć wymaganego wskaźnika* - mówi dyrektor Zastępca Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych - *Jeśli założymy, że z medycyny pracy specjalizuje się teraz 153 lekarzy, a specjalizacja trwa albo 2 lata, albo 3 lata, ale głównie 5, a nawet 5,5 roku, to w 2009 r. Ci, którzy mają specjalizację 5-letnią, powinni otworzyć ją otworzyć w 2009 roku. Inaczej nie uda im się przejść pełnego kursu do 2015 roku.* Z podobnych przyczyn niemożliwe może być osiągnięcie wskaźnika rezultatu, który jest liczony, jako liczba lekarzy specjalistów (kardiolog, onkolog, lekarz medycyny pracy) na 100 tys. mieszkańców. Porównując wartość bazową wskaźnika (liczba lekarzy deficytowych specjalności na 100 tys. mieszkańców w 2006 roku) z wartością docelową wskaźnika (w roku 2015) można zauważyć, że liczba lekarzy onkologów, powinna się zwiększyć o 100%, kardiologów o 50%, a lekarzy medycyny pracy o 35%. Według obliczeń CMKP, aby osiągnąć ten wskaźnik do roku 2015 egzamin specjalizacyjny musi zdać około 1000 lekarzy kardiologów, 1300 onkologów oraz 650 lekarzy medycyny pracy. Zdaniem przedstawicieli Beneficjenta systemowego, wskaźniki rezultatu dla kardiologów i onkologów są osiągalne, natomiast niemożliwe może być osiągnięcie wskaźnika dla lekarzy medycyny pracy: *w 2008 roku specjalizację uzyskało 41 osób. Zakładając, że zainteresowanie uczestnictwem w kursach będzie stałe, przez 6 lat trwania projektu liczba specjalistów zakresu medycyny pracy będzie wynosiła 246 osób, czyli ok. 2,5 razy mniej niż wymagana.*

Należy zwrócić uwagę, że ani Beneficjent systemowy ani Instytucja Wdrażająca, nie mają wiedzy o tym, co było motywem wpisania takich wartości do wskaźników produktu i rezultatu.

Należy zwrócić uwagę, że ani Beneficjent systemowy ani Instytucja Wdrażająca nie posiadają precyzyjnej i bezpośredniej wiedzy o tym, co było motywem wpisania takich wartości do wskaźników produktu i rezultatu. W opinii przedstawicieli Instytucji Wdrażającej, taki stan rzeczy wynika, z faktu, że proces negocjacji z Komisją Europejską miał w dużej mierze charakter ustny i nie towarzyszyła mu regularna wymiana korespondencji: *Zakładamy, że na ustalenie takich danych liczbowych miały wpływ osoby uczestniczące w negocjacjach, a zatrudnione w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (rok 2006) oraz dyrekcja Departamentu Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych (rok 2007). Należy jednak zaznaczyć, że osoby uczestniczące w negocjacjach dot. wskaźników nie pracują już w Ministerstwie Zdrowia. My nie uczestniczyliśmy w opracowywaniu wskaźników. Dlatego trudno mi się wypowiedzieć, co zdecydowało o wprowadzeniu takich a nie innych liczb* – dodaje Zastępca Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych.

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na osiągnięcie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Brak zainteresowania kursami specjalizacyjnymi w zakresie medycyny pracy

Według opinii przedstawicieli Instytucji Wdrażającej, projekt realizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego cechuje się bardzo wysokim ryzykiem. Czynnikiem mogącym negatywnie wpływać na osiąganie wartości docelowych wskaźników jest przede wszystkim brak zainteresowania odbyciem kursów specjalizacyjnych przez lekarzy medycyny pracy. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest mała popularność tej specjalizacji wśród lekarzy, związana przede wszystkim z niższymi zarobkami, niż w przypadku kardiologów i onkologów. *Lekarze medycyny pracy po uzyskaniu tej specjalizacji nie mogą się podejmować najbardziej intratnych zadań, takich jak badania pod kątem wydawanie broni, czy też badań na potrzeby rozpraw sądowych* - mówi Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL - *Aby uzyskać taką możliwość muszą przejść dodatkowe, płatne kursy. Nie mogą również otworzyć prywatnej praktyki.* Zawód specjalisty z zakresu medycyny pracy nie cieszy się również wysokim prestiżem w środowisku lekarskim, nie jest on również zbyt ciekawy w porównaniu z innymi specjalnościami. *Bariera tkwi w przekonaniach potencjalnych kandydatów na specjalizację i obecnie nie jesteśmy w stanie jej przeskoczyć* – przyznaje Zastępca Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych. - *Poza działaniami promocyjnymi nie jesteśmy w stanie wiele więcej zrobić. Ze strony środowiska, konsultanta krajowego, konsultantów wojewódzkich jest bardzo duża działalność i aktywność, żeby tych lekarzy zmobilizować, ale lekarze wybierają specjalizacje, które z różnych powodów są dla nich bardziej atrakcyjne.* W celu zwiększenia liczby kandydatów na specjalizację w zakresie medycyny pracy, Departament Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych oraz Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia prowadzi rozmowy z krajowym konsultantem medycyny pracy w sprawie zmiany przepisów prawnych. Proponowane modyfikacje dawałyby lekarzom medycyny pracy możliwość prowadzenia prywatnej praktyki oraz odbywania kursów odnośnie przyznawania zezwoleń w ramach specjalizacji. Jednocześnie prowadzone są działania na rzecz włączenia kursów w zakresie orzecznictwa o możliwości posiadania broni lub otrzymania prawa jazdy do projektu. Jak poinformowała nas Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL, w przypadku fiaska powyższych działań, Ministerstwo Zdrowia planuje rozpocząć negocjacje z Komisją Europejską na temat ewentualnej zmiany liczby lekarzy w poszczególnych deficytowych specjalizacjach, przy zachowaniu łącznej liczby lekarzy objętych projektem (1077 lekarzy onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy). Proponowane będzie przesunięcie części osób z medycyny pracy na kardiologię i onkologię, które cieszą się dużym zainteresowaniem.

Niedostateczna promocja kursów specjalizacyjnych

Zdaniem przedstawicieli Instytucji Wdrażającej brak precyzyjnie przygotowanej i odpowiednio wcześniej wdrożonej strategii promocyjnej mógł przyczynić się do niewielkiego zainteresowania specjalizacjami, zwłaszcza wśród potencjalnych kandydatów do otwarcia specjalizacji w obszarze medycyny pracy. *CMKP nie przykładano należytej wagi do kwestii informacji i promocji projektu. Dopiero teraz zadbano o profesjonalną kampanię medialną, ale zostało to rozpoczęte zbyt późno. Teoretycznie Ci, którzy chcieliby wybrać 5-letnią specjalizację, mają jeszcze ten i przyszły rok, żeby wejść do projektu i zostać wliczonymi do wskaźnika produktu. W praktyce jednak, gdy rozpoczną się rzeczywiste działania promocyjne, większość lekarzy, którzy chcą rozpocząć specjalizację, podejmie już decyzję, co do jej kierunku.* - uważa Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL - *Trudno oczekiwać, aby w ciągu tygodnia pod wpływem kilku spotów reklamowych zdecydowali się oni na zmianę planów i rozpoczęcie specjalizacji w medycynie pracy.* Zdaniem Kierownika Projektu działania promocyjne zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy: *informacje o projekcie umieszone są na stronie internetowej, w wydawnictwach medycznych: dziennikach, miesięcznikach, kwartalnikach, dwutygodnikach. Został ogłoszony przetarg na podwykonawcę, który będzie odpowiedzialny za promocję i informację o projekcie. W Gazecie Lekarskiej, która dochodzi do każdego lekarza też jest informacja na temat organizowanych przez CMKP kursach specjalizacyjnych współfinansowanych z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Poza tym projekt promowany jest w następujących czasopiśmie: Puls Medycyny, Przegląd Kardiologiczny, Onkologia Polska, Medical Tribune, Ginekologia po dyplomie. Krótka i intensywna kampania będzie też w ogólnopolskim Dzienniku.* W naszej opinii, na podstawie uzyskanych informacji trudno jest jednoznacznie ocenić, jaki był wpływ dotychczasowych działań promocyjnych na podejmowanie przez lekarzy decyzji o rozpoczęciu specjalizacji. Warto też podkreślić, że same działania promocyjne, bez wprowadzenia szerszych zmian systemowych, zwiększających atrakcyjność specjalizacji medycyny pracy, mogą mieć niewielką skuteczność.

Realizowanie przez Beneficjentów ostatecznych części kursów poza projektem. Wątpliwości budzi zapis mówiący, że wskaźnikiem produktu stanowi liczba lekarzy deficytowych specjalności, którzy ukończyli w ramach działania pełen cykl kursów. *Spełnienie tego wymogu może być trudne, ze względu na fakt, iż niektórzy lekarze zaliczają część kursów poza projektem* - twierdzi Zastępca Dyrektora Centrum ds. Dydaktycznych. Przykładowo, z kardiologii lekarze zobowiązani są do ukończenia 12 kursów, a jeśli choćby jeden z nich odbędzie na innej uczelni (ukończą dany kurs poza projektem), to nie będą wliczani do wskaźnika produktu. Z tego względu CMKP proponuje, aby wskaźnik mierzył liczbę lekarzy, którzy w ramach Działania ukończyli np. 90% kursów w ramach realizacji programu specjalizacji. Do propozycji przychyliła się również

Instytucja Wdrażająca: *Prawdopodobnie wyrazimy zgodę, żeby uczestnik, który zrealizował pełen cykl kursów, z czego 1 czy 2 kursy ukończył poza projektem, został wliczony do wskaźnika produktu – mówi Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL – kwestie te powinny jednak zostać doprecyzowane w najbliższym czasie.*

Wielokryterialna analiza wskaźników

Tabela 15. Formularz oceny wskaźnika produktu

Kryterium	Ocena spełniania kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźnik jest adekwatny do założonego celu interwencji, jakim jest wspieranie kształcenia specjalistycznego lekarzy deficytowych specjalności, kardiologii, onkologii i medycyny pracy. Realizacja projektu przekłada się na osiągnięcie zakładanego wskaźnika.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźnik opisuje sedno interwencji oraz pozwala na ocenę długofalowych efektów projektu. Odbycie pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych wpływa na podniesienie kwalifikacji oraz przyczynia się pośrednio do zwiększenia liczby lekarzy-specjalistów.
Realność	1	Istnieje duże ryzyko nieosiągnięcia wymaganego wskaźnika odnośnie liczby lekarzy, którzy odbyli pełen cykl kursów specjalizacyjnych w zakresie medycyny pracy. Istnieje również ryzyko niespełnienia kryterium odbycia „pełnego cyklu kursów”, ponieważ część uczestników kursów specjalizacyjnych odbywa także część kursów poza projektem.
Spójność na poziomie efektów Działania	1	Wątpliwości budzi jednak niespójność logiczna ze wskaźnikiem rezultatu, ponieważ zakończenie pełnego kursu specjalizacji nie wpływa bezpośrednio na zwiększenie liczby lekarzy specjalistów.
Klarowność	5	Wskaźnik w obecnym zapisie jest klarowny i nie następuje trudności interpretacyjnych.
Mierzalność	3	Wskaźnik jest trudny do mierzenia ze względu na dużą elastyczność programów specjalizacji.
Koszt pozyskiwania informacji	4	Pozyskiwanie informacji wiąże się z prowadzeniem i utrzymywaniem komputerowej bazy danych oraz koniecznością zatrudnienia osób ds. zarządzania bazą i monitoringu. Należy jednak zwrócić uwagę, że wydatki te były konieczne przede wszystkim ze względu na efektywną i sprawną realizację projektu. Dlatego też koszt pozyskania informacji do wskaźnika w odniesieniu do skali projektu, należy uznać za stosunkowo niewielki.
Użyteczność	2	Wskaźnik posiada ograniczoną użyteczność do monitorowania postępów w realizacji projektu. Z tego względu Beneficjent systemowy zaproponował rozbudowany zestaw dodatkowych wskaźników, dotyczący m.in. liczby uczestników kursów, liczby kursów itp.

Tabela 16. Formularz oceny wskaźnika rezultatu

Kryterium	Ocena spełniania kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	4	Wskaźnik jest adekwatny do założonego celu interwencji, jakim jest wspieranie kształcenia specjalistycznego lekarzy deficytowych specjalności, kardiologii, onkologii i medycyny pracy.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	3	Wskaźnik jest istotny pod względem oceny efektów Działania, jednak ze względu na fakt iż wpływ na niego ma zbyt duża liczba czynników poza projektem, może on być niezbyt precyzyjnym narzędziem do pomiaru jego długofalowych efektów.
Realność	0	Istnieje duże ryzyko nie osiągnięcia wymaganego wskaźnika odnośnie liczby lekarzy, którzy odbyli pełen cykl kursów specjalizacyjnych w zakresie medycyny pracy.

Spójność na poziomie efektów Działania	1	Wątpliwości budzi niespójność logiczna ze wskaźnikiem produktu, ponieważ zakończenie pełnego kursu specjalizacji nie wpływa bezpośrednio na zwiększenie liczby lekarzy specjalistów.
Klarowność	2	Klarowność pomiaru wskaźnika jest niewielka ze względu na dużą liczbę czynników zewnętrznych wpływających na jego wysokość.
Mierzalność	5	Mierzalność wskaźnika można ocenić wysoko. Dane na temat liczby specjalistów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców są dostępne w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Koszt pozyskiwania informacji	5	Pozyskiwanie informacji do wskaźnika nie wiąże się z żadnymi dodatkowymi kosztami. Dane pochodzą ze statystyk CSIOZ.
Użyteczność	0	Wskaźnik nie jest użyteczny do pomiaru postępów w realizacji projektu, ze względu na wpływ zbyt dużej liczby czynników zewnętrznych na jego ostateczny kształt.

Tabela 17. Formularz oceny wskaźników na poziomie projektu

Kryterium	Ocena spełniania kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	3	Wskaźniki w większości można uznać za adekwatne do zakładanego celu głównego oraz celów szczegółowych. Zastrzeżenia może budzić sformułowanie wskaźnika <i>Ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy</i> , który jest sformułowany zbyt ogólnie w porównaniu do celu szczegółowego nr 3, który mierzy.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wszystkie wskaźniki odnoszą się do kluczowych efektów realizacji projektu.
Realność	1	W naszej ocenie wskaźniki mogą być nierealne do osiągnięcia ze względu na brak wystarczającego zainteresowania specjalizacjami z zakresu medycyny pracy.
Spójność na poziomie efektów	4	Wskaźniki są spójne zarówno z określonymi celami jak i z określonymi we wniosku o dofinansowanie zadaniami, które mają się przyczynić do ich osiągnięcia. Są one również spójne ze sobą pod względem logicznym.
Klarowność	4	Wskaźniki są klarowne. Trudności interpretacyjne może budzić wskaźnika <i>Ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy</i> , który nie precyzuje, jaka jest oczekiwana liczba absolwentów kursów w każdej ze specjalizacji.
Mierzalność	5	Wszystkie wskaźniki można uznać za mierzalne.
Koszt pozyskiwania informacji	4	Pozyskiwanie danych do wskaźników nie będzie się wiązało z istotnymi dodatkowymi kosztami. Nakłady poniesione na stworzenie informatycznej bazy danych były niezbędne z punktu efektywnego i skutecznego zarządzania projektem.
Użyteczność	5	Ponieważ wskaźniki obejmują rezultaty wszystkich kluczowych zadań w ramach projektu, ich użyteczność w monitorowaniu postępów jego realizacji należy uznać za wysoką.

4.5. Projekt V - Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej

Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?

Analiza dokumentacji wykazała, że wskaźniki produktu i rezultatu dla Poddziałania **obejmują oczekiwane efekty interwencji**, jakimi są, zgodnie z zapisami Programu Operacyjnego PO KL prowadzenie działań ukierunkowanych na lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz na podnoszenie, jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z PO KL środkiem do tego ma być podwyższanie standardów i zwiększanie jakości usług, świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej, w tym w szczególności przez szpitale, poprzez wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej,

prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Wywiady indywidualne potwierdzają, iż wskaźniki produktu i rezultatu obejmują oczekiwane kryteria interwencji. Zdaniem Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, kryteria certyfikacji są poparte wieloletnimi doświadczeniami oraz wzorują się na najlepszych praktykach w Europie Zachodniej: *Standardy te, w odróżnieniu od np. norm ISO w większym stopniu nakierowane są na opiekę, bezpieczeństwo pacjenta, w większym stopniu uwzględniają aktualne trendy w medycynie, zarządzaniu szpitalem. Są zsynchronizowane z innymi kryteriami dla różnych form opieki zdrowotnej.*

Pewne **zastrzeżenia budzi spójność i powiązanie logiczne wskaźników** produktu i rezultatu. Podręcznik Monitorowania Wskaźników PO KL, z grudnia 2008 roku, definiuje wskaźnik produktu jako liczbę jednostek służby zdrowia, które dzięki wsparciu w ramach Priorytetu II uzyskały akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Natomiast wskaźnik rezultatu, jest liczony, jako relacja liczby jednostek służby zdrowia, które posiadają akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia do ogólnej liczby jednostek służby zdrowia. Tym samym do wskaźnika rezultatu można wliczyć jednostki służby zdrowia, które uzyskują akredytację poza projektem. Teoretycznie, można więc wyobrazić sobie sytuację, kiedy wskaźnik rezultatu jest osiągnięty z pominięciem wskaźnika produktu. W praktyce jednak, prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sytuacji jest ograniczone, ze względu na fakt, że większość akredytacji przyznawana przez CMJ w ramach projektu, będzie finansowana ze środków PO KL. Warto dodać, że taka sytuacja nie miałaby miejsca, gdyby definicja wskaźnika produktu zawarta w Podręczniku Wskaźników PO KL była spójna z jego nazwą i określała liczbę szpitali, które **posiadają** akredytację. Przy takim zapisie definicji wskaźnik produktu nie mógłby być jednak osiągnięty, o czym mowa w pkt. 2 i 9. Analiza wskaźników na poziomie projektu wykazuje, że ich katalog jest kompletny. Wskaźniki te odnoszą się zarówno do celu głównego projektu oraz jego celów szczegółowych, jak również precyzyjnie mierzą zakładane rezultaty projektu. Wskaźniki powiązane są również z zadaniami projektu, co pozwala na efektywny pomiar postępów w realizacji przedsięwzięcia.

2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?

Należy zwrócić uwagę, że wskaźniki w obecnej postaci nie stanowią efektywnej podstawy dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL. Trudności w monitorowaniu osiągnięcia wskaźnika mogą wynikać przede wszystkim z ogólnego określenia grupy docelowej (o czym mowa w pkt. 3.) we wskaźniku produktu i rezultatu jako **jednostek służby zdrowia**. Podręcznik Wskaźników PO KL 2007-2013 nie definiuje jednoznacznie jakie instytucje należy rozumieć pod tym terminem. W kontekście omawianego pytania badawczego, problem ten przyczynia się do wystąpienia **trudności w identyfikacji danych do wyliczenia wartości bazowej oraz wartości docelowej wskaźnika rezultatu**. W statystyce zarówno GUS jak i CSIOZ, który wskazany jest jako źródło danych do pomiaru wskaźnika rezultatu nie funkcjonuje bowiem pojęcie jednostki służby zdrowia. Częstotliwość monitorowania wskaźników produktu i rezultatu na poziomie Działania 2.3. PO KL, przewidziana jest raz na rok, co można uznać za okres wystarczający. Beneficjent przesyła informacje o postępach w osiągnięciu wskaźników projektu w cyklu kwartalnym, wraz z wnioskami o płatność, dzięki czemu Instytucja Wdrażająca ma możliwość dokładnego monitorowania postępów w realizacji projektu. Analiza wskaźników na poziomie projektu nie wykazała żadnych potencjalnych trudności w ich monitoringu.

3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?

Nieprecyzyjne określenie grupy docelowej we wskaźniku produktu i rezultatu

Określenie we wskaźnikach grupy docelowej, jako jednostek służby zdrowia, utrudnia jednoznaczną identyfikację Beneficjentów ostatecznych, do których adresowane jest wsparcie. Jak już wspomniano, ani Program Operacyjny Kapitał Ludzki, ani polskie prawo nie definiują pojęcia jednostki służby zdrowia. W polskim prawie funkcjonuje natomiast definicja **Zakładu Opieki Zdrowotnej**, określonego jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia². Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 w wersji z lutego 2009 określa grupy docelowe dla Poddziałania 2.3.3., którego efekty mierzą wspomniane wskaźniki jako **między innymi zakłady opieki zdrowotnej w szczególności szpitale, posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów (...)**. Wyrażenie *między innymi* utrudnia jednoznaczne określenie grupy

² Art 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 (Dz.U. 1991 Nr 91 poz. 408)

docelowej. Taki zapis budzi nieporozumienia interpretacyjne. Przedstawiciele Beneficjenta systemowego interpretowali go jako liczbę szpitali (zakłady opieki zdrowotnej leczenia zamkniętego), natomiast przedstawiciel Instytucji Wdrażającej, rozumiał go jako liczbę zakładów opieki zdrowotnej ogółem. *Grupa docelowa projektu jest dość szeroka, stanowią ją ogólnie zakłady opieki zdrowotnej – powiedział nam z kolei opiekun projektu z ramienia Instytucji Wdrażającej - szpitale są głównymi Beneficjentami, nie ma jednak żadnych przeciwwskazań dla innych podmiotów, ale ze względu na koszty, inne jednostki raczej nie są zainteresowane przystąpieniem do projektu.* Analiza wniosku o dofinansowanie projektu, jak również regulaminu uczestnictwa w procesie akredytacji, pozwala domniemywać, że podmiotami ujętymi we wskaźnikach produktu i rezultatu są szpitale posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Konieczne jest jednak uściślenie grupy docelowej już na poziomie Priorytetu II.

Brak możliwości precyzyjnego obliczenia wartości bazowej i docelowej wskaźnika rezultatu.

Brak prawidłowej definicji grupy docelowej, przyczynia się do wystąpienia trudności w identyfikacji danych do wyliczenia wartości bazowej oraz wartości docelowej wskaźnika. Wskaźniki produktu w obecnej formie mówi o liczbie jednostek służby zdrowia, które posiadają akredytację, definiując wartość bazową na 62 jednostki. Liczbę tę przedstawiono jako wartość bazową dla wskaźnika rezultatu, określając ją jako 8% ogólnej liczby jednostek służby zdrowia w danym roku. Przy takim założeniu ogólna liczba jednostek służby zdrowia wynosi 775. Przy założeniu, że autorzy wskaźnika rozumieli jednostkę służby zdrowia jako zakład opieki zdrowotnej, podany udział procentowy jest nieprawdziwy. Przykładowo, wg danych CSIOZ z 2005 roku, którymi najprawdopodobniej posługiwano się przy określeniu wartości bazowej podczas przygotowywania PO KL, liczba Zakładów Opieki Zdrowotnej, wynosiła 12 273. Wartość bazowa przy takiej interpretacji musiałaby wynosić 0,5 %. W naszej opinii, bardziej prawdopodobne jest, że przy przygotowywaniu wskaźnika uznano, iż jednostka służby zdrowia to szpital, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Warto dodać, że żaden z naszych rozmówców nie był w stanie powiedzieć nam, jaką metodologię zastosowano podczas określania wartości bazowej wskaźników. *We wskaźniku rezultatu, wartość bazowa wynosi 8%, ale ja nie posiadam informacji, na jaki rok ta wartość była liczona - powiedziała nam Kierownik Projektu, - W momencie, gdy powstawały te wskaźniki ok. 60 szpitali posiadało u nas akredytację. Nie mamy pojęcia czego dotyczy wartość bazowa. Akcja promocyjna (wysłanie ulotki o projekcie) była prowadzona wśród 1005 zakładów opieki zdrowotnej spełniających kryteria szpitala, a dane zostały pozyskane z bazy CSIOZ. Tymczasem przy założeniu, że 62 szpitale stanowią 8%, ich ogólna liczba wynosiłaby 775.*

Niespójność pomiędzy nazwą wskaźnika produktu a metodologią jego wyliczenia

Zgodnie z zapisem w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki, wskaźnik produktu dotyczący badanego projektu określa *liczbę jednostek służby zdrowia, które posiadają akredytację*. Tymczasem metodologia wyliczenia wskaźnika wskazuje, iż wskaźnik ten *mierzy liczbę zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskały akredytację CMJ w ramach Priorytetu II PO KL*. W naszej ocenie zastosowanie terminu „posiadają”, jest niewłaściwe w odniesieniu do faktycznych efektów wsparcia. Każdy ze szpitali może tylko raz przejść procedurę akredytacyjną w ramach projektu. Akredytację można uzyskać na okres 3 lat (akredytacja pełna) oraz 1 roku (akredytacja warunkowa). Istnieje ryzyko, że po tym okresie część szpitali nie zdecyduje się na przedłużenie akredytacji. Tym samym szpitale, które uzyskały akredytację na początku projektu, w roku 2014, kiedy przewidywane jest jego zakończenie nie będą jej już posiadały. **Tym samym wskaźnik produktu w obecnym zapisie nie zostanie osiągnięty.** Należy też zaznaczyć, że procesy re-akredytacyjne odbywające się poza projektem nie mogą wejść w zakres jego produktów.

Nieprawidłowe określenie wartości bazowej oraz wielkości docelowej dla wskaźnika produktu.

Metodologia pomiaru wskaźnika przedstawiona w ramach Podręcznika Wskaźników PO KL stanowi, iż wskaźnik mierzy liczbę zakładów opieki zdrowotnej, które dzięki wsparciu w ramach projektów w Priorytecie II uzyskały akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Informacje uzyskane podczas wywiadów indywidualnych wskazują, iż jako wartość bazowa została przyjęta liczba 62 jednostek służby zdrowia, które w momencie określania katalogu wskaźników dla PO KL (rok 2006) posiadały już akredytację CMJ. Należy jednak podkreślić, iż wskaźnik produktu zgodnie z Podręcznikiem Wskaźników PO KL odnosi się **do efektów danego projektu**. Również Metodologia przedstawiona w Podręczniku Wskaźników PO KL wskazuje, iż omawiany wskaźnik produktu mierzy liczbę zakładów opieki zdrowotnej, które **dzięki wsparciu w ramach projektów w Priorytecie II** uzyskały akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zgodnie z powyższym wartość bazowa powinna wynosić 0. Z tego względu również wartość docelowa wskaźnika produktu powinna być obniżona do liczby 188. Analiza wskaźników na poziomie projektu nie wykazała żadnych nieprawidłowości w ich sformułowaniu.

4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?

Analiza dokumentów oraz wywiady indywidualne wykazały, iż wskaźniki produktu i rezultatu precyzyjnie odnoszą się do celu, szczegółowego nr 6. Priorytetu II PO KL, jakim jest **poprawa, jakości w zakładach opieki zdrowotnej**. Można przyjąć, że uzyskanie przez szpitale akredytacji, przyczyni się do poprawy jakości ich usług. Założenie to potwierdzają wyniki ankiety przeprowadzonej przez Beneficjenta systemowego. Spośród przedstawicieli 447 szpitali, które wzięły w niej udział, 97, 8 % uznało, że akredytacja poprawi, jakość świadczonych przez nich usług. Aż 75 % ankietowanych było zdania, że poprawa jakości będzie znacząca.

5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągnięcia celów?

Ze względu na problemy sygnalizowane powyżej, takie jak m.in. nieprecyzyjne sformułowanie grupy docelowej, nieprawidłowe określenie wartości bazowej i docelowej wskaźnika, niemożność uzyskania precyzyjnych danych referencyjnych ze źródła, jakim jest CSIOZ, wskaźniki w obecnej formie nie pozwalają na odzwierciedlenie postępu wdrażania projektu. Znacznie właściwszym narzędziem wydają się być wskaźniki opracowane na poziomie wniosku o dofinansowanie. Beneficjent zobowiązany jest do raportowania o stopniu osiągnięcia wskaźników projektu w kwartalnym wniosku o płatność. Równocześnie należy zwrócić uwagę, że Beneficjent posiada opracowany harmonogram przyznawania akredytacji na najbliższe lata. Przykładowo, w 2009 roku, planuje się przyznanie akredytacji 30 szpitalom. Zastosowanie precyzyjnego planowania stopnia osiągnięcia wskaźnika, przy częstym monitoringu postępu w realizacji projektu, pozwala na precyzyjną kontrolę stopnia osiągnięcia wskaźników produktu i rezultatu.

6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?

W naszej opinii dane dotyczące wskaźnika produktu mogą być gromadzone w różnych fazach projektu. Służy do tego baza danych prowadzona przez Beneficjenta systemowego. Na jej podstawie koordynator projektu może określić jak przebiega proces przyznawania akredytacji w odniesieniu do poszczególnych szpitali. Ze względu na relatywnie niewielką liczbę obiektów, które są poddawane monitoringowi (220 szpitali zaangażowanych w projekt) zarządzanie danymi nie powinno stanowić problemu. Trudność może stanowić pozyskanie danych referencyjnych do wskaźnika rezultatu, ze względu na brak adekwatnych danych w CSIOZ.

7. Czy pozyskanie danych do wskaźników nie wiąże się z większymi trudnościami?

Beneficjent nie wskazał na żadne trudności w uzyskaniu danych do wskaźnika produktu oraz do wskaźników rezultatów twardych na poziomie projektu. Jak było wspomniane, informacje te pochodzą z bazy danych CMJ. Ze względów, o których mowa w pkt. 6. mogą być trudności z pozyskaniem danych do wskaźnika rezultatu.

8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników nie jest nadmierny?

Zebrałe przez nas informacje wskazują, że zarówno na poziomie Beneficjenta systemowego jak i Instytucji Wdrażającej pozyskiwanie danych do wskaźników nie wiąże się z nadmiernymi kosztami finansowymi. Do zarządzania danymi niezbędnymi do monitoringu realizacji projektu wystarczy baza danych skonstruowana przy pomocy podstawowego oprogramowania biurowego. Działania związane z monitoringiem nie wymagają również zatrudnienia dodatkowego personelu.

9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?

Na podstawie danych uzyskanych podczas analizy dokumentów oraz wywiadów indywidualnych można przypuszczać, że przy zachowaniu obecnych wskaźników produktu i rezultatu istnieje ryzyko, iż nie zostaną one osiągnięte. Wskaźnik produktu, zakłada, iż w 2014 roku, 250 instytucji stanowiących grupę docelową **będzie posiadało** akredytację. W ocenie przedstawicieli Beneficjenta systemowego, przy obecnych środkach dostępnych w ramach projektu oraz potencjale organizacyjnym, nie jest możliwe, uzyskanie tego wskaźnika. Tym samym nie będzie również możliwe uzyskanie oczekiwanego wskaźnika rezultatu nawet przy założeniu, że dotyczył on tylko szpitali posiadających kontrakt z płatnikiem publicznym. Jak poinformowała nas koordynator projektu, CMJ jeszcze przed przystąpieniem do składania wniosku informowało, że nie jest możliwe osiągnięcie wspomnianego wskaźnika produktu. Po negocjacjach z Instytucją Wdrażającą uzyskano

zgodę na wpisanie do wniosku o dofinansowanie wskaźnika **188 szpitali, które uzyskają akredytację pełną lub warunkową**. Różnicę pomiędzy liczbą 250 ze wskaźnika produktu dla Poddziałania 2.3.3, a liczbą 188 ze wskaźnika produktu na poziomie projektu, stanowi liczba 62, dotycząca jednostek służby zdrowia, które posiadały akredytację w 2006 roku. Biorąc pod uwagę, że nie każdy proces akredytacyjny kończy się sukcesem, Beneficjent zakłada, że aby przyznać 188 akredytacji, będzie musiał przeprowadzić w ramach projektu 220 wizyt akredytacyjnych (ich liczba została wpisana do wskaźników projektu we wniosku o dofinansowanie).

Według naszych obliczeń, aby osiągnąć wskaźnik 250 w roku 2014 roku należałoby więc:

- przeprowadzić 220 wizyt akredytacyjnych zakładanych w ramach projektu,
- przeprowadzić co najmniej 100 procesów re-akredytacyjnych dla szpitali, które uzyskały akredytację w latach 2009 – 2011 (przewiduje się, że w 2009 liczb zostanie przyznanych 30 akredytacji) przy założeniu że była to akredytacja pełna (3-letnia),
- przeprowadzić co najmniej 62 procesy akredytacyjne dla szpitali które powinny uzyskać akredytację poza projektem, aby wskaźnik rezultatu został osiągnięty,
- przeprowadzić co najmniej 31 procesów re-akredytacyjnych dla szpitali opisanych powyżej, przy założeniu, że połowa z nich uzyska akredytację w latach 2008-2011.

Kierownik Projektu podkreśla, że CMJ nie będzie posiadało ani wystarczającej ilości środków finansowych, ani wystarczającego zaplecza kadrowego do przeprowadzenia tak dużej liczby procesów akredytacyjnych i re-akredytacyjnych: *w procesie akredytacyjnym uczestniczą wybitni specjaliści, posiadający doświadczenie w zarządzaniu jednostkami służby zdrowia. Zespół oceniający składa się z lidera (przedstawiciela CMJ), który koordynuje przebieg wizyty oraz sporządza z niej raport. Oprócz tego w wizycie, w zależności od liczby łóżek w szpitalu, uczestniczy od 2 do 5 wizytatorów. W Polsce liczba osób, które mogłyby brać udział w takich wizytach jest ograniczona. Także proces szkolenia wymaga środków finansowych i czasu. Kandydaci na wizytatorów muszą przejść szkolenie ze standardów akredytacyjnych oraz wziąć udział w co najmniej 2 wizytach, jako obserwatorzy. Należy zwrócić uwagę, że w 2008 roku Beneficjent systemowy otrzymał dodatkowe środki na realizację projektu. Część z nich zostanie przeznaczona na wyszkolenie dodatkowych wizytatorów. Według najnowszych zmian w umowie o dofinansowanie, zgłoszonych w lutym 2009 roku, liczba wizytatorów wyszkolonych w ramach projektu zwiększy się z 30 do 40 osób. Dodatkowe osoby zostaną przeszkolone w 2010 roku. W świetle przedstawionych powyżej szacunków dotyczących liczby wizyt koniecznych do przeprowadzenia w celu osiągnięcia wskaźników liczba ta może wystarczyć jedynie do przeprowadzenia akredytacji w ramach projektu.*

Analizując szerszy kontekst realizacji projektu, należy zwrócić uwagę, że realizowane przez CMJ przedsięwzięcie może w rzeczywistości ograniczyć szpitalom, które już posiadają akredytację, a nie wejść w zakres projektu (projekt przewiduje re-akredytację 50 placówek), możliwość ubiegania się o jej ponowne uzyskanie. Ze względu na ograniczoną liczbę wizytatorów, CMJ może nie mieć wystarczającego potencjału kadrowego, aby przeprowadzić wizyty akredytacyjne konieczne do przedłużenia certyfikatu. W efekcie może dojść do paradoksalnej sytuacji, kiedy realizacja projektu będzie częściowo stała w sprzeczności z celem szczegółowym Priorytetu II, PO KL, jakim jest Poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej.

Pewne zastrzeżenia mógł budzić **sposób oszacowania wskaźników w pierwotnej wersji wniosku o dofinansowanie projektu**. Wątpliwości mogły dotyczyć zwłaszcza liczba planowanych wizyt akredytacyjnych, która jest równa liczbie akredytacji. Oznacza to przyjęcie założenia, że każdy proces akredytacyjny zakończy się sukcesem. *W momencie składania wniosku w kwietniu, ze względu na kurs euro musieliśmy zmniejszyć budżet projektu o ok. 100 tys. PLN – mówi Kierownik Projektu - Zespół oceniający nasz wniosek miał pewne zastrzeżenia, że w ramach projektu chcemy zrobić 188 wizyt akredytacyjnych i jednocześnie chcemy mieć 188 szpitali z certyfikatem, co by znaczyło, że każdy szpital otrzyma certyfikat. To byłaby bardzo niedobra sytuacja, bo istniałoby zagrożenie, że będziemy wywierać nacisk na wizytatorów, aby za każdym razem pozytywnie oceniali szpital. Nie mieliśmy jednak środków na dodatkowe wizyty. Obecnie okazało się, że Instytucja Wdrażająca może przekazać nam dodatkowe finansowanie, toteż możliwe jest zwiększenie wskaźnika wizyt do 220. Dzięki uzyskanym środkom Beneficjent mógł również podwyższyć wskaźnik dotyczący liczby wyszkolonych wizytatorów, przez co mógł zwiększyć swój potencjał do realizacji projektu.*

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na osiąganie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Poza wymienionymi powyżej trudnościami, wynikającymi z nieprawidłowego w naszej opinii sformułowania wskaźników produktu i rezultatu warto zwrócić uwagę na następujące potencjalne czynniki ryzyka, które zostały zidentyfikowane na etapie analizy dokumentów oraz wywiadów indywidualnych.

Możliwe ograniczenia, w przyznawaniu warunkowych akredytacji jednorocznych. Ustawa o akredytacji z dnia 6 listopada 2008 roku przewiduje, że akredytacja może być przyznana na okres 3 lat. Tym samym, została zniesiona możliwość otrzymania przez szpital trwającej 1 rok akredytacji warunkowej. Zdaniem Koordynatorki Projektu, może to wpłynąć negatywnie na liczbę szpitali, które otrzymają akredytację w ramach projektu: *obecnie w przypadku, gdy szpital spełni co najmniej 75% standardów otrzymuje 3-letnią, pełną akredytację. W przypadku, gdy stopień spełnienia standardów wynosi 70-74% otrzymuje roczną akredytację. Po wejściu ustawy, gdy będzie obowiązywać tylko pełna akredytacja, może się zdarzyć, że mniej szpitali będzie się do niej kwalifikowało. Zwłaszcza, że nowe standardy, które opracowaliśmy w ramach projektu są trudniejsze.* Aby ograniczyć wystąpienie ryzyka, Beneficjent systemowy w ramach zmian w umowie o dofinansowanie, zaproponował zwiększenie wskaźnika wizyt akredytacyjnych ze 188 do 220, przyjmując założenie, że akredytację otrzyma ok. 85-90% wizytowanych szpitali.

Niedostateczna motywacja ze strony szpitali do odnawiania akredytacji po ich uzyskaniu w ramach projektu. Zdaniem naszych rozmówców, istnieje pewne ryzyko, że szpitale nie będą zainteresowane przedłużaniem akredytacji, ze względu na brak motywacji finansowej, polegającej na możliwości podpisywania wyższych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. *Z naszego punktu widzenia czynnikiem najbardziej motywującym szpitale do udziału w projekcie i przedłużanie akredytacji, jest koncepcja „płacenia za jakość” przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na razie jednak jest ona dopiero w planach i trudno obecnie powiedzieć, jakie będą jej losy - powiedział nam opiekun projektu w Instytucji Wdrażającej.* Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia podejmuje wysiłki w celu promowania koncepcji „płacenia za jakość”. Służyć temu ma m.in. konferencja informacyjna nt. akredytacji, która zostanie przeprowadzona w maju 2009 r., na którą będą zaproszeni m.in. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, jak również Narodowego Funduszu Zdrowia.

Opóźnienia w realizacji harmonogramu projektu. Czynnikiem ryzyka w terminowym osiągnięciu oczekiwanych wskaźników zarówno na poziomie projektu, jak i działania, są opóźnienia w przyznawaniu certyfikatów akredytacji. Opóźnienia te nastąpiły już na etapie ośmiu wizyt pilotażowych. Zgodnie z harmonogramem projektu do końca 2008 roku certyfikaty miało uzyskać 8 szpitali. Z powodów opóźnień w przeprowadzeniu 3 wizyt oraz złożenia odwołań przez 2 szpitale, wskaźnik ten został osiągnięty dopiero w lutym 2009 roku (do końca 2008 roku certyfikaty otrzymało 5 z 8 szpitali). Zdaniem opiekuna projektu w Instytucji Wdrażającej, istnieje duże zagrożenie, że sytuacje takie będą się powtarzać, ponieważ okres pomiędzy wizytą akredytacyjną a przyznaniem certyfikatu może trwać od 4 do 8 tygodni. Aby uniknąć tego typu sytuacji w przyszłości, Instytucja Wdrażająca, chce zaproponować zmiany w harmonogramie wizyt akredytacyjnych tak, aby nie odbywały się one w ostatnim miesiącu roku. W nadchodzących miesiącach opóźnienia mogą być związane z koniecznością powołania, zgodnie z ustawą, Rady Akredytacyjnej przy Ministrze Zdrowia, która na podstawie wyników wizyt akredytacyjnych oraz rekomendacji CMJ będzie przyznawała certyfikaty akredytacyjne poszczególnym szpitalom uczestniczącym w projekcie. Działania związane z powołaniem członków Rady Akredytacyjnej mogą w pewnej mierze opóźnić certyfikację w 2009 roku, o ok 1-2 miesiące. Jak mówi opiekun projektu w Instytucji Wdrażającej, aby uporać się z tym problemem ustalono, że wizyty akredytacyjne będą się odbywały zgodnie z harmonogramem według nowych standardów akredytacyjnych. Gdy Rada zostanie powołana, podejmie decyzję o przyznaniu certyfikatów na podstawie raportów z odbytych wizyt.

Wielokryterialna analiza wskaźników

Tabela 18. Formularz oceny wskaźnika produktu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	4	Wskaźnik produktu obejmuje oczekiwane efekty interwencji, jakimi są, zgodnie z zapisami Programu Operacyjnego PO KL prowadzenie działań ukierunkowanych na lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz na podnoszenie jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Środkiem do tego ma być wsparcie dla procesu akredytacji.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	2	Wskaźnik, mierzący liczbę podmiotów, które uzyskały akredytację, w naszej ocenie prawidłowo opisuje istotę interwencji na poziomie produktów Działania, którego jednym z celów jest poprawa jakości w służbie zdrowia. Błędne zdefiniowanie wskaźnika ogranicza jednak znacznie jego wartość.
Realność	0	Wskaźnik produktu w obecnym zapisie nie jest możliwy do uzyskania, ze względu na zbyt wysoką wartość docelową.

Spójność na poziomie efektów Działania	1	W naszej ocenie wskaźnik w obecnym zapisie nie został właściwie dobrany z punktu widzenia pomiarów efektu projektu. Pomiar produktów uniemożliwia nieprawidłowa wartość bazowa i docelowa wskaźnika. Warto również zwrócić uwagę na niespójność wskaźnika produktu ze wskaźnikiem rezultatu, który mierzy również efekty procesów akredytacyjnych i re-akredytacyjnych odbywających się poza projektem.
Klarowność	0	Interpretacja wskaźnika nie jest klarowna z następujących względów: <ul style="list-style-type: none"> • brak jednoznacznej definicji grupy docelowej, • niejasne kryteria wejścia do wskaźnika (posiadanie lub uzyskanie akredytacji), • nieprawidłowo określona wartość bazowa i docelowa wskaźnika.
Mierzalność	1	Niejasne kryteria wejścia do wskaźnika (posiadanie lub uzyskanie akredytacji) oraz brak jednoznacznej definicji grupy docelowej utrudniają jego mierzalność.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Informacje pochodzą z własnej bazy danych Beneficjenta, toteż koszty ich uzyskania są niewielkie.
Użyteczność	0	Wskaźnik w swym obecnym zapisie, nie jest użyteczny do monitorowania postępów w realizacji projektu. Zarówno Beneficjent, jak i Ministerstwo Zdrowia posługują się do monitorowania postępów w realizacji projektu wskaźnikiem wpisanym do wniosku o dofinansowanie który brzmi „uzyskanie przez 188 szpitali certyfikatu akredytacji pełnej lub warunkowej”.

Tabela 19. Formularz oceny wskaźnika rezultatu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	4	Wskaźnik rezultatu obejmuje oczekiwane efekty interwencji, jakimi są, zgodnie z zapisami Programu Operacyjnego PO KL prowadzenie działań ukierunkowanych na lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz na podnoszenie, jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Środkiem do tego ma być wsparcie dla procesu akredytacji. Wskaźnik, pokazujący udział jednostek służby zdrowia posiadających akredytację jest adekwatny do zakładanych efektów.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	2	Wskaźnik pozwala na ocenę długofalowych skutków realizacji projektu, pokazując, jaki jest udział jednostek służby zdrowia posiadających akredytację do ogólnej liczby jednostek służby zdrowia. Tym samym pokazuje również odsetek jednostek służby zdrowia spełniających wysokie standardy jakości. Należy jednak zwrócić uwagę, że w obecnym zapisie wskaźnik ten jest nierealny do osiągnięcia, co znacząco ogranicza jego wartość
Realność	0	Wskaźnik nie jest realny do osiągnięcia. Nawet przy założeniu, że wskaźnik dotyczyć będzie wyłącznie szpitali, osiągnięcie planowanej wartości jest niemożliwe, ze względu na zbyt małą ilość środków na realizację działań re-certyfikacyjnych oraz ze względu na niedostateczne zaplecze kadrowe. Projekt pozwoli jedynie na przeprowadzenie jednorazowej certyfikacji, co będzie niewystarczające do uzyskania oczekiwanego wskaźnika rezultatu.
Spójność na poziomie efektów Działania	1	Wskaźnik rezultatu w obecnym zapisie mierzy również efekty działań poza projektem (działania re-akredytacyjne). Tym samym jest on niespójny ze wskaźnikiem produktu.
Klarowność	1	Interpretacja wskaźnika nie jest klarowna z następujących względów: <ul style="list-style-type: none"> • niejasne określenie czynnika, • zbyt duży wpływ czynników zewnętrznych na wielkość wskaźnika, takich jak m.in. gotowość uczestniczącym w nich szpitali do przedłużenia akredytacji poza projektem oraz potencjał organizacyjny CMJ do przeprowadzenia procesów re-akredytacji.
Mierzalność	0	Niejasne określenie grupy docelowej uniemożliwia identyfikację prawidłowych dokładnych źródeł danych do pomiaru wskaźnik
Koszt pozyskiwania informacji	5	Informacje pochodzą z własnej bazy danych Beneficjenta oraz z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, toteż koszty ich uzyskania są niewielkie
Użyteczność	0	Ze względu na błędne sformułowanie wskaźnika, wydaje się on bezużyteczny do pomiaru efektów projektu. Przyczynia się do tego przede wszystkim nieprecyzyjnie określona grupa docelowa, oraz nierealistyczne określenie oczekiwanych rezultatów.

Tabela 20. Formularz oceny wskaźników na poziomie projektu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźniki należy uznać za w pełni adekwatne do zakładanego celu głównego oraz celu szczegółowego.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźniki mierzą twarde rezultaty kluczowych zadań podejmowanych w ramach projektu.
Realność	3	Po zmianach zaproponowanych w lutym 2009 r. przez Beneficjenta, wskaźniki można uznać za realne do osiągnięcia. Pewne zastrzeżenia budzą jednak opóźnienia w ich osiągnięciu, spowodowane wydłużającymi się procesami akredytacyjnymi, które rozpoczęły się w 2008 roku.
Spójność na poziomie efektów Działania	5	Spójność wskaźników na poziomie efektów należy ocenić wysoko. Są one spójne zarówno z określonymi celami, jak i z określonymi we wniosku o dofinansowanie zadaniami, które mają się przyczynić do ich realizacji. Są one również spójne ze sobą pod względem logicznym.
Klarowność	5	Wskaźniki są klarowne i jednoznaczne w interpretacji. Częstotliwość ich pomiaru deklarowana przez Beneficjenta jest w naszej opinii wystarczająca.
Mierzalność	5	Wszystkie wskaźniki są mierzalne.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Informacje pochodzą z własnej bazy danych Beneficjenta, toteż koszty ich uzyskania są niewielkie. Beneficjent nie wskazywał na żadne trudności związane z pozyskiwaniem danych do wskaźników.
Użyteczność	5	Wszystkie z zaproponowanych przez Beneficjenta wskaźników są użyteczne do monitorowania postępów w realizacji projektu.

4.6. Projekt VI - Szkolenia kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia

Wyniki analizy dokumentów i wywiadów indywidualnych w podziale na pytania badawcze

1. Czy katalog wskaźników jest kompletny?

Badanie wykazało, że **katalog wskaźników nie jest kompletny** i nie odnosi się on w pełni do oczekiwanych efektów interwencji. Zgodnie z zapisami w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki, do efektów tych należy m.in. prowadzenie działań ukierunkowanych na lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz podnoszenie, jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Efekt ten będzie osiągnięty dzięki rozwijaniu umiejętności kadry zarządzającej szpitalami z zakresu efektywnego zarządzania oraz wiedzy o skutecznych i efektywnych technologiach medycznych. PO KL przewiduje również przeprowadzenie szkoleń dla dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia.

Brak wyodrębnienia we wskaźniku produktu liczby dysponentów środków publicznych. We wskaźniku produktu ujęci zostali zarówno przedstawiciele kadry zarządzającej w ochronie zdrowia, jak i dysponenci środków publicznych. W efekcie wskaźnik uniemożliwia, zarówno precyzyjne określenie oczekiwanej liczby uczestników szkoleń z poszczególnych kategorii Beneficjentów docelowych jak i precyzyjny monitoring liczby uczestników na poziomie Programu Operacyjnego. Dokładna liczba przedstawicieli kadry zarządzającej (1300 osób) oraz dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia (200 osób) zostaje wymieniona dopiero na poziomie wskaźników zawartych we wniosku o dofinansowanie projektu, realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wskaźnik rezultatu nie obejmuje efektów wsparcia w odniesieniu do dysponentów środków publicznych. Należy zwrócić również uwagę, że wskaźnik rezultatu nie zawiera żadnych informacji o efektach szkoleń adresowanych do dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia. Wymienione są w nim jedynie jednostki służby zdrowia, których pracownicy wzięli udział w szkoleniach. Brak wyodrębnienia we wskaźniku produktu dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia, wpływa na **brak spójności logicznej pomiędzy wskaźnikiem produktu i rezultatu.**

Niespójność pomiędzy podmiotami mierzonymi na poziomie obydwu wskaźników Wskaźnik produktu mierzy liczbę osób objętych wsparciem, natomiast wskaźnik rezultatu mierzy liczbę jednostek

służby zdrowia, których pracownicy zostali przeszkoleni, przy założeniu, że bez względu na liczbę pracowników danej jednostki służby zdrowia, którzy zakończyli udział w szkoleniu, każda jednostka powinna być liczona jednokrotnie w ramach projektu. Teoretycznie może nastąpić sytuacja, kiedy wskaźnik produktu dotyczący liczby osób zostanie osiągnięty, nie będzie natomiast osiągnięty wskaźnik rezultatu. Może również nastąpić sytuacja odwrotna – wskaźnik rezultatu w obecnej postaci może zostać osiągnięty, zarówno przy niedostatecznej liczbie przeszkolonych przedstawicieli kadry zarządzającej w sektorze zdrowia, jak i w przypadku, gdy nie zostanie przeszkolony żaden przedstawiciel dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia. Wskaźniki osiągnięcia rezultatów twardych **na poziomie projektu** należy uznać za kompletne, gdyż odnoszą się one precyzyjnie do celu głównego oraz celów szczegółowych projektu. Wątpliwości budzi nieprecyzyjny zapis „200 przeszkolonych w zakresie JGP”, gdzie brakuje wyjaśnienia, iż chodzi kadre zarządzającą NFZ.

2. Czy z punktu widzenia możliwości technicznych pomiaru, dokładności pomiaru oraz częstotliwości pomiaru wskaźniki tworzą podstawę dla systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL?

Ponieważ we wskaźniku produktu liczba przedstawicieli jednostek służby zdrowia oraz dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia jest ujęta razem, wskaźnika tego nie można uznać za precyzyjne narzędzie do stworzenia podstawy systemu monitoringu i ewaluacji wdrażania Działania 2.3. PO KL. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku wskaźnika rezultatu, który w ogóle nie mierzy rezultatów działania odnośnie grupy Beneficjentów ostatecznych, jaką są dysponenci środków publicznych w ochronie zdrowia. Trudności w monitorowaniu osiągnięcia wskaźnika rezultatu mogą wynikać z ogólnego określenia grupy docelowej, jako **jednostek służby zdrowia**. Podręcznik Wskaźników PO KL 2007-2013 nie definiuje jednoznacznie, jakie instytucje należy rozumieć pod tym terminem. W kontekście omawianego pytania badawczego, problem ten przyczynia się do wystąpienia **trudności w identyfikacji danych do wyliczenia wartości bazowej oraz wartości docelowej wskaźnika rezultatu**. W statystyce CSIOZ, wskazanej jako źródło danych do pomiaru wskaźnika rezultatu nie funkcjonuje bowiem pojęcie jednostki służby zdrowia. Wskaźniki osiągnięcia rezultatów twardych na poziomie projektu w obecnym zapisie mogą stanowić podstawę dla systemu monitoringu projektu, odnoszą się one bowiem zarówno do określonego we wniosku celu głównego i celów szczegółowych, jak i zadań określonych w harmonogramie zawartym we wniosku projektowym.

3. Czy wskaźniki są prawidłowo zdefiniowane?

Analiza dokumentacji oraz przeprowadzone wywiady indywidualne pozwalają stwierdzić, że zarówno wskaźnik produktu, jak i rezultatu zostały nieprawidłowo zdefiniowane. Poza nieścisłościami wymienionymi w pkt. 1, zwracamy uwagę na następujące problemy:

Nieprecyzyjnie określona grupa docelowa w metodologii liczenia wskaźnika produktu. Metodologia liczenia wskaźnika zawarta w Podręczniku Wskaźników PO KL, definiuje wskaźnik produktu m.in. *jako liczbę przedstawicieli kadry zarządzającej w sektorze zdrowia, tj. szpitali, którzy zakończyli udział w szkoleniu w zakresie zarządzania*. W naszej opinii definicja ta jest zbyt ogólna, gdyż obejmuje również szpitale prywatne, które nie posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Tymczasem zarówno zakres jak i przedmiot projektu systemowego wskazuje, że grupą docelową działań są szpitale posiadające kontrakt z płatnikiem publicznym. Potwierdzenie tej interpretacji można znaleźć we wniosku o dofinansowanie, gdzie grupa docelowa została określona jako *zakłady opieki zdrowotnej posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, zawartą w oddziale wojewódzkim NFZ, albo udzielające świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów*. Podobnych informacji udzieliła nam Naczelnik Departamentu Instytucji Wdrażającej PO KL: *- W 2006 roku, gdy przygotowywano wskaźniki, przyjęto założenie, że Beneficjentami ostatecznymi będą zakłady opieki zdrowotnej, które będą się rozliczały z NFZ w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów i będą posiadały łóżka. Jednostek takich było ok. 1300. Przyjęto założenie, że przeszkolona powinna zostać, co najmniej 1 osoba z każdej z tych jednostek*. W naszej opinii Podręcznik Wskaźników nie precyzuje szczegółowo również kategorii **dysponentów środków publicznych** objętych wskaźnikiem produktu. W metodologii liczenia wskaźnika zawarta jest informacja, że wskaźnik mierzy (...) *liczbę przedstawicieli dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, tj. pracowników NFZ, którzy zakończyli udział w szkoleniu*. Tymczasem zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów PO KL w wersji z 20 lutego 2009 roku, do głównych grup docelowych projektu należą *dysponenci środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadra zarządzająca NFZ*. Również wyniki analizy wniosku o dofinansowanie oraz dokumentu ogłoszenia o zamówieniu publicznym na realizację szkoleń w ramach projektu wskazują, że grupą docelową wsparcia, jest kadra zarządzająca NFZ.

Nieprecyzyjnie określona grupa docelowa we wskaźniku rezultatu stanowi podobny problem jak w przypadku projektu „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej”. Wskaźniki rezultatu posługują się terminem **jednostka służby zdrowia**, nie precyzując dokładnie, jakie podmioty wchodzi w jego zakres. Dopiero analiza danych zawartych we wniosku o dofinansowanie oraz wywiady indywidualne przeprowadzone z przedstawicielami Instytucji Wdrażającej i Beneficjenta systemowego pozwoliły nam doprecyzować grupę docelową we wskaźniku rezultatu jako liczbę *zakładów opieki zdrowotnej posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, zawartą w oddziale wojewódzkim NFZ, albo udzielające świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów*. Wskaźniki mierzące osiągnięcie rezultatów twardych w większości przypadków zostały prawidłowo sformułowane. Zastrzeżenia budzi mało precyzyjne sformułowanie we wniosku o dofinansowanie wskaźnika „200 przeszkolonych w zakresie JGP”, gdzie zabrakło informacji do jakiej grupy docelowej należą przeszkoleni.

4. Czy wskaźniki odnoszą się do celu, który mają mierzyć?

Wskaźniki produktu i rezultatu na poziomie Działania 2.3. mają mierzyć cel szczegółowy nr 6 Priorytetu II PO KL, jakim jest **Poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej**. Pod względem zakresu przedmiotowego obydwie wskaźniki sformułowane są w sposób dość ogólny – mowa jest w nich o „szkoleniu z zakresu zarządzania”. Zdaniem Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL był to celowy zabieg, umożliwiający realizację w ramach Poddziałania 2.3.3. różnego typu szkoleń z zakresu zarządzania: *sformułowanie wskaźnika w ten sposób pozwala nam przeprowadzać dodatkowe projekty systemowe, bez konieczności zmieniania Szczegółowego Opisu Priorytetów PO KL. W tej chwili będziemy przygotowywać inny projekt, dotyczący rachunkowości i zbierania informacji zarządczych*. Można jednak zakładać, że szkolenia z zakresu zarządzania, zwłaszcza w obszarze związanym z efektywnością oraz zastosowaniem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) przyczyniają się do podniesienia jakości w zakładach opieki zdrowotnej. Twarde wskaźniki rezultatów na poziomie projektu odnoszą się precyzyjnie do celów, który mają mierzyć – zarówno celu głównego, jak i celów szczegółowych.

5. Czy wskaźniki pozwolą na odzwierciedlenie postępu wdrażania poszczególnych projektów (etapy realizacji projektów) i stopnia osiągnięcia celów?

Wskaźnik produktu w obecnej formie pozwala **na odzwierciedlenie postępu we wdrażaniu projektu**. W kontekście omawianego pytania badawczego, pewne utrudnienia mogą wynikać z braku rozdzielenia we wskaźniku oczekiwanych liczb odnośnie przeszkolonych przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia. Podział taki został jednak nakreślony na poziomie projektu, co minimalizuje wspomnianą powyżej niedogodność. Charakter przedsięwzięcia, którego główny element stanowi przeprowadzenie dwóch szkoleń dla 1500 osób pozwala na regularne pozyskiwanie wymaganych informacji. Trudności mogą wynikać ze wspomnianego już **zbyt ogólnego i niejednoznacznego określenia grupy docelowej we wskaźniku rezultatu**. Z racji braku definicji jednostki służby zdrowia oraz braku danych na temat jednostek służby zdrowia w CSIOZ, monitorowanie procesu osiągania docelowej wartości wskaźnika (50%) należy uznać za niemożliwe. Należy jednak zwrócić uwagę, że Beneficjent będzie miał możliwość monitorowania liczby szpitali. *Projekt umowy, jaką chcemy podpisać z wykonawcą projektu przewiduje, że będzie on zobowiązany nie tylko mierzyć liczbę osób uczestniczących w projekcie, ale również liczbę szpitali, które te osoby reprezentują - powiedziała nam Kierownik Projektu*. Wskaźniki dotyczące twardych rezultatów projektu pozwalają na odzwierciedlenie postępów w jego realizacji. Obawy budzi natomiast zbyt ogólny w swej formie harmonogram realizacji projektu, zawarty we wniosku o dofinansowanie. Beneficjent systemowy pracuje obecnie nad jego uszczegółowieniem, o czym mowa w pkt. 10.

6. Czy wskaźniki są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektów?

W naszej ocenie wskaźniki, zarówno na poziomie Działania 2.3. PO KL jak i na poziomie projektu są możliwe do gromadzenia w różnych fazach realizacji projektu. Należy zwrócić uwagę, że Beneficjent systemowy nie prowadzi obecnie monitoringu wskaźników, motywując to brakiem rozpoczęcia głównych działań projektowych, jakimi są szkolenia.

7. Czy pozyskanie danych do wskaźników nie wiąże się z większymi trudnościami?

Beneficjent systemowy nie przewiduje trudności związanych z pozyskiwaniem danych do wskaźników. Informacje o uczestnikach szkoleń, jak również o jednostkach służby zdrowia przez nich reprezentowanych będą zbierane przez podmioty, które zostaną wybrane do realizacji szkoleń. Jednocześnie w zespole projektowym zostanie wyznaczona osoba, która będzie zbierać i analizować dane wykorzystywane do wskaźników, przesyłane przez wykonawcę szkoleń: *Przewidujemy zbieranie od uczelni danych o odbytych szkoleniach oraz ich uczestnikach. Będą one zbierane co 2 miesiące lub co kwartał* – mówi Koordynator Projektu.

8. Czy koszt (środki finansowe, czas, kadry, możliwości techniczne etc.) pozyskania danych do wskaźników nie jest nadmierny?

W opinii rozmówców zbieranie danych do wskaźników nie wiąże się ze znacznymi kosztami. Podstawowe obowiązki w tym obszarze zostaną przeniesione na wykonawców usług szkoleniowych.

9. Czy określone w ramach Działania wskaźniki zostały właściwie oszacowane?

Wyniki badania pozwalają stwierdzić, że wskaźnik **produktu został właściwie oszacowany**. Przeprowadzenie szkoleń dla 1500 osób, w zakresie przedstawionym we wniosku o dofinansowanie można uznać za realne. Tym samym należy uznać, że **dobrze zostały oszacowane wskaźniki twardych rezultatów projektu**. Brak doprecyzowania sformułowania *jednostka służby zdrowia* we wskaźniku rezultatu, **utrudnia jednoznaczną ocenę jego oszacowania**. Jeśli na podstawie danych z wniosku o dofinansowanie oraz informacji zebranych podczas wywiadów indywidualnych założymy, że grupę docelową stanowią szpitale posiadające kontrakt z płatnikiem publicznym, **docelowa wartość wskaźnika rezultatu jest realna do osiągnięcia**. Według danych NFZ, 1086 instytucji podpisało umowy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 roku, w zakresie leczenia szpitalnego. Połowa tej liczby to 543 instytucje. Należy zwrócić uwagę, że przy założeniu iż w ramach projektu każdy szpital (z wyjątkiem klinik) może być reprezentowany przez maksymalnie 1 osobę, docelowa wartość wskaźnika rezultatu mogłaby być wyższa.

10. Czy na obecnym etapie wdrażania projektów w ramach Działania można zidentyfikować czynniki (bariery), które mogą negatywnie wpływać na osiągnięcie wartości docelowych wskaźników? Jeżeli tak, jakie są ich źródła oraz jakie są możliwości ich eliminacji.

Analiza dokumentacji oraz przeprowadzone wywiady indywidualne wskazują na następujące czynniki ryzyka w osiągnięciu docelowych wskaźników zarówno na poziomie działania 2.3. PO KL jak i na poziomie projektu. **Opóźnienia działań przygotowawczych** stanowią główny element ryzyka w realizacji projektu. Wynikają one przede wszystkim z trudności na etapie wyboru uczelni, która przeprowadziłaby szkolenia, zorganizowała 3 konferencje oraz opracowała wspólnie z pracownikami NFZ publikacje na temat systemu JGP. Beneficjent zdecydował się na przeprowadzenie zamówienia w trybie negocjacji z ogłoszeniem. Ogłoszenie zostało opublikowane dnia 7 listopada 2008 roku, jednak do momentu realizacji niniejszego badania ewaluacyjnego procedury wyboru wykonawcy jeszcze się nie zakończyły. Zdaniem Kierownika Projektu, przyczynę opóźnień stanowiła konieczność szczegółowego ustalania zakresu zamówienia z potencjalnymi wykonawcami: *Wybór takiej, a nie innej procedury udzielenia zamówienia wynikał ze specyficznego zakresu usługi oraz faktu, że JGP stanowi nową tematykę dla służby zdrowia w naszym kraju. Z tego względu zależało nam by włączyć potencjalnych wykonawców w ostateczne określenie zakresu i formy usługi. Należy również zaznaczyć, że trudno było znaleźć uczelnie, które posiadałyby potencjał do realizacji tego projektu. W Polsce niewielu jest ekspertów z zakresu JGP. Większość z nich pracuje dla NFZ, więc ich uczestnictwo w projekcie rodziłoby pewien konflikt interesów. Ostatecznie prowadzimy negocjacje z dwiema uczelniami*. Opóźnienia w wyłonieniu wykonawcy budzą niepokój przedstawicieli Instytucji Wdrażającej: *Z racji ryzyka niewykonania projektu w terminie, nałożyliśmy na Beneficjenta obowiązek comiesięcznego szczegółowego raportowania o postępach rzeczowo-finansowych* – mówi opiekun projektu z ramienia Instytucji Wdrażającej - *osobiście kontaktuję się z koordynatorem projektu, co najmniej raz w tygodniu, aby dowiedzieć się jak wyglądają postępy w wyborze wykonawcy*. Beneficjent przewiduje, że procedura, zakończy się z początkiem kwietnia. *W ciągu tygodnia planujemy przygotować ostateczną wersję umowy, którą roześlemy do oferentów. Będą oni mieli następnie 21 dni na zgłoszenie swoich ostatecznych ofert. W tym momencie, jeśli nie będzie żadnych protestów, podpisanie umowy będzie stanowić formalność* - mówi Koordynator Projektu. *-Pierwsze szkolenia ruszą 30 dni po podpisaniu umowy z wykonawcą*. Dotychczasowe **trudności związane z wyborem wykonawcy szkoleń, przyczyniły się do znacznego opóźnienia realizacji zadań, wchodzących w zakres projektu**. Zgodnie z wnioskiem o

dofinansowanie, pierwsze szkolenia miały być przeprowadzone jeszcze przed końcem 2008 roku. Tymczasem, informacje otrzymane podczas wywiadów indywidualnych, pozwalają szacować, że szkolenia ruszą najwcześniej w maju bieżącego roku. Należy zwrócić uwagę, że Beneficjent pracuje obecnie nad rozwiązaniami, mającymi przyspieszyć realizację projektu, a tym samym nadrobienie opóźnień powstałych na etapie prac przygotowawczych: wprowadzenie do umowy z wykonawcą zapisu mówiącego o tym, że do końca 2009 roku, szkoleniem podstawowym zostanie objętych co najmniej 1000 osób, a szkoleniem specjalistycznym co najmniej 500 osób; wprowadzenie do umowy z wykonawcą zapisu, że odstęp czasowy pomiędzy uruchomieniem szkoleń podstawowych i zaawansowanych nie wynosił więcej niż 3 miesiące.

Opóźnienia w przygotowaniu platformy e-learningowej oraz Przewodnika po JGP. Według informacji uzyskanych od Beneficjenta systemowego, platforma e-learningowa jest obecnie w fazie przygotowania. Obecnie Beneficjent systemowy analizuje rozwiązania techniczne w zakresie infrastruktury programistycznej, w celu wyboru najbardziej optymalnej wersji. Od tego, jaka technologia zostanie wybrana oraz jakie będą jej koszty, zależy czy wybór wykonawcy odbędzie się w trybie zamówienia publicznego. Przedstawiciele NFZ chcą jednak uniknąć takiego rozwiązania z obawy przed opóźnieniami wynikającymi z przedłużających się procedur. Przewiduje się termin uruchomienia platformy w podstawowej wersji (zawierającej podręcznik i lekcje e-learningowe) na czerwiec/lipiec 2009. Należy zwrócić uwagę, że wybór takiego terminu uniemożliwi korzystanie z platformy podczas szkoleń osób, które będą szkolone w maju i częściowo w czerwcu. Zwracamy również uwagę na opóźnienia w przygotowaniu Przewodnika po JGP. Zgodnie z informacjami zawartymi we wniosku o dofinansowanie, przewodnik ten miał zostać wydany do końca 2008 roku. Z informacji uzyskanych podczas wywiadów indywidualnych wynika, że prace nad nim jeszcze trwają. *Obecnie mamy już napisanych 200 stron przewodnika, które są właśnie oceniane przez zespół merytoryczny w NFZ – mówi Koordynator Projektu – przewidujemy, że publikacja ukaże się najpóźniej w maju.*

Obawy budzi również **zbyt ogólny w swej formie harmonogram realizacji projektu**, zawarty we wniosku o dofinansowanie. Nie zawiera on żadnych informacji o stopniu osiągnięcia wskaźników projektu w poszczególnych etapach, co nie pozwala również na efektywne monitorowanie postępów i identyfikację czynników utrudniających zakończenie projektu w planowanym terminie. *We wniosku o dofinansowanie, NFZ celowo podał bardzo ogólny harmonogram - informuje, opiekun projektu z ramienia Instytucji Wdrażającej - W tak wczesnym etapie trudno było szczegółowo określić, kiedy zakończą się poszczególne etapy. Obecnie jednak nałożyliśmy na Beneficjenta systemowego obowiązek przedstawienia szczegółowego harmonogramu. W czasie przeprowadzania niniejszego badania ewaluacyjnego Beneficjent systemowy był dopiero na etapie przygotowania uszczegółowionego harmonogramu. Umowę podpisaliśmy dopiero 31 lipca 2008 roku i dopiero po tym okresie mogliśmy planować dokładnie kolejne działania. Nie otrzymaliśmy szczegółowych wytycznych, czym się kierować przy budowie takiego harmonogramu. Rozumiemy jednak potrzebę Ministerstwa Zdrowia, które musi monitorować projekt. Dlatego podjęliśmy pracę nad uszczegółowieniem harmonogramu – powiedziała nam Kierownik Projektu.*

Wielokryterialna analiza wskaźników

Tabela 21. Formularz oceny wskaźnika produktu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	1	Należy zwrócić uwagę iż wskaźnik nie mierzy w pełni oczekiwanych efektów interwencji, zwłaszcza w obszarze rezultatów szkoleń adresowanych do dysponentów środków publicznych.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	4	Wskaźnik w obecnym zapisie, pokazuje sedno interwencji oraz pozwala na ocenę długofalowych skutków projektu. Można szacować, że uczestnictwo w szkoleniach oraz możliwość korzystania z pomocy edukacyjnych (podręcznik, platforma e-learningowa) trwale przyczyni się do poprawy kompetencji uczestników projektu w obszarze JGP.
Realność	2	Na obecnym etapie trwania projektu zidentyfikowano znaczne opóźnienia, które mogą mieć negatywny wpływ na realną możliwość osiągnięcia wskaźnika.
Spójność na poziomie efektów Działania	1	Spójność na poziomie efektów działania oceniamy nisko, ze względu na następujące czynniki: <ul style="list-style-type: none"> w naszej ocenie wskaźnik zbyt ogólnie określa grupę docelową, do których adresowane jest wsparcie. Wskaźnik powinien być zawężony do szpitali posiadających kontrakt z płatnikiem publicznym,

		<ul style="list-style-type: none"> należy również zaznaczyć jego niespójność ze wskaźnikiem rezultatu, który odnosi się do jednostek służby zdrowia, a nie osób uczestniczących w projekcie, wskaźnik nie mierzy precyzyjnie liczby dysponentów środków publicznych, którzy wzięli udział w szkoleniach z zarządzania.
Klarowność	3	<p>Klarowność wskaźnika jest ograniczona z następujących względów:</p> <ul style="list-style-type: none"> we wskaźniku została zbyt szeroko określona grupa docelowa, wskaźnik nie informuje o tym, w jakiej części grupę docelową stanowią przedstawiciele kadry zarządzającej w ochronie zdrowia, a w jakiej dysponenci środków publicznych. <p>Źródła danych do pomiaru wskaźnika zostały określone czytelnie.</p>
Mierzalność	4	Wskaźnik należy uznać za mierzalny. Pewne ograniczenia wynikają ze zbyt ogólnej definicji grupy docelowej.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Informacje będą pochodziły z własnej bazy danych Beneficjenta, uaktualnianej dzięki informacjom uzyskanym od wykonawcy. W związku z tym część kosztów zostanie przerzucona na wykonawcę.
Użyteczność	3	Użyteczność wskaźnika do mierzenia postępów w realizacji projektu jest umiarkowana, ponieważ odnosi się on całościowo do liczby przedstawicieli jednostek służby zdrowia oraz dysponentów środków publicznych.

Tabela 22. Formularz oceny wskaźnika rezultatu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	1	Należy zwrócić uwagę iż wskaźnik nie mierzy w pełni oczekiwanych efektów interwencji, zwłaszcza w obszarze rezultatów szkoleń adresowanych do dysponentów środków publicznych.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	2	Wskaźnik w ograniczonym zakresie pozwala na ocenę długofalowych skutków realizacji projektu, pokazując, jaki jest udział jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele uczestniczyli w szkoleniu z zarządzania w ogólnej liczbie jednostek służby zdrowia. Wskaźnik nie informuje o efektach projektu w odniesieniu do dysponentów środków publicznych.
Realność	3	Na podstawie obecnego zapisu wskaźnika trudno jest jednoznacznie ocenić realność jego osiągnięcia, ze względu na niesprecyzowaną grupę docelową. Przy założeniu, że wskaźnik dotyczy tylko szpitali posiadających kontrakt z płatnikiem publicznym, może być realny do osiągnięcia pod warunkiem szybkiego nadrobienia opóźnień przez Beneficjenta systemowego. Konieczne jest jednak przeprowadzenie starannej analizy wykonalności zadania w określonym we wniosku o dofinansowanie terminie.
Spójność na poziomie efektów Działania	0	Spójność na poziomie efektów działania oceniamy nisko, ze względu na następujące czynniki: <ul style="list-style-type: none"> w naszej ocenie wskaźnik nieprecyzyjnie określa grupę docelową, należy również zaznaczyć jego niespójność ze wskaźnikiem produktu, który odnosi się do osób uczestniczących w projekcie a nie jednostek służby zdrowia, wskaźnik nie zawiera informacji o rezultatach realizacji projektu w odniesieniu do dysponentów środków publicznych, przez co jest niespójny ze wskaźnikiem produktu.
Klarowność	2	Interpretacja wskaźnika nie jest klarowna, ze względu na nieprecyzyjnie określoną grupę docelową (jednostki służby zdrowia)
Mierzalność	1	Wskaźnik nie jest mierzalny ze względu na brak definicji jednostki służby zdrowia. Według uzyskanych przez nas informacji, w statystykach CSIOZ nie ma zamieszczonych danych o jednostkach służby zdrowia.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Informacje będą pochodziły z własnej bazy danych Beneficjenta, uaktualnianej dzięki informacjom uzyskanym od wykonawcy. W związku z tym część kosztów zostanie przerzucona na wykonawcę.
Użyteczność	1	Wskaźnik nie jest użyteczny do mierzenia postępów w realizacji projektu, ponieważ nie jest możliwy jego precyzyjny pomiar (brak definicji jednostek służby zdrowia, brak adekwatnych danych w CSIOZ). Ponadto wskaźnik nie zawiera informacji o rezultatach projektu w odniesieniu do dysponentów środków a publicznych.

Tabela 23. Formularz oceny wskaźników na poziomie projektu

Kryterium	Ocena spełnienia kryterium (0-5)	Uzasadnienie
-----------	----------------------------------	--------------

Adekwatność wskaźników do założonych celów interwencji	5	Wskaźniki są w pełni adekwatne do zakładanego celu głównego oraz celów szczegółowych.
Strategiczny charakter wskaźnika (istotność)	5	Wskaźniki odnoszą się do najważniejszych zadań podejmowanych w ramach projektu.
Realność	2	Opóźnienia w realizacji projektu budzą zastrzeżenia co do możliwości terminowego osiągnięcia projektu. Konieczna jest analiza realności osiągnięcia twardych rezultatów projektu.
Spójność na poziomie efektów Działania	5	Spójność wskaźników na poziomie efektów należy ocenić wysoko. Są one spójne zarówno z określonymi celami jak i z określonymi we wniosku o dofinansowanie zadaniami, które mają się przyczynić do ich realizacji. Są również spójne ze sobą pod względem logicznym.
Klarowność	3	Pewne trudności może budzić interpretacja wskaźnika dotyczącego 200 osób przeszkolonych z systemu JGP. Beneficjent prawdopodobnie przez pomyłkę nie dookreślił, grupy docelowej – jaką jest kadra zarządzająca NFZ.
Mierzalność	5	Wskaźniki należy uznać za mierzalne.
Koszt pozyskiwania informacji	5	Koszty pozyskiwania danych do wskaźników należy uznać za niewielkie. Za prowadzenie bazy danych będzie odpowiedzialny wykonawca projektu, przez co większość kosztów z tym związanych będzie przeniesiona na niego.
Użyteczność	5	Ponieważ wskaźniki obejmują rezultaty wszystkich kluczowych zadań w ramach projektu, ich użyteczność w monitorowaniu postępów jego realizacji należy uznać za wysoką.

4.7. Analiza SMART

Zgodne z metodą SMART, prawidłowo skonstruowany wskaźnik powinien posiadać następujące cechy:

Rysunek 4. Zestaw cech dobrego wskaźnika

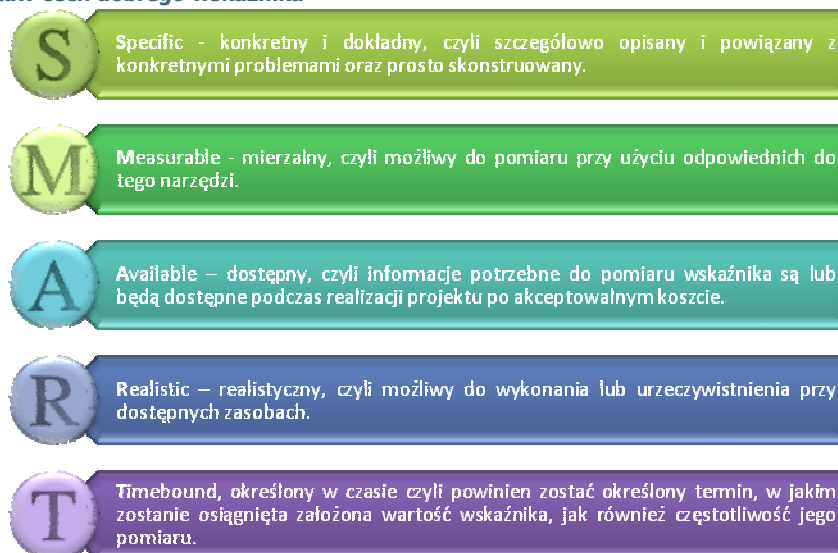


Tabela 24. Analiza wskaźników produktu wg kryteriów modelu SMART

Wskaźniki produktu dla Działania 2.3.	Cechy dobrego wskaźnika				
	S	M	A	R	T
Liczba programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy opracowanych w ramach Działania		x	x	x	x
Liczba pielęgniarek i położnych, które	x	x	x	x	x

ukończyły studia pomostowe w ramach Działania					
Liczba lekarzy deficytowych specjalizacji: a) onkologia, b) kardiologia, c) medycyna pracy, którzy ukończyli w ramach Działania pełen cykl kursów w ramach realizacji programu specjalizacji	x	x	x		x
Liczba jednostek służby zdrowia, posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia			x		x
Liczba przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, którzy zakończyli szkolenie z zakresu zarządzania w ramach Działania	x		x		x

Tabela 25. Analiza wskaźników rezultatu wg kryteriów modelu SMART

Wskaźniki rezultatu dla Działania 2.3.	Cechy dobrego wskaźnika				
	S	M	A	R	T
Odsetek chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy		x	x	x	x
Odsetek pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych	x	x	x	x	x
Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców, w podziale na: a) onkologów, b) kardiologów, c) lekarzy medycyny pracy		x	x		x
Odsetek jednostek służby zdrowia posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia					x
Odsetek jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele kadry zarządzającej zostali objęci szkoleniami z zakresu zarządzania w ramach Priorytetu.					x

5. Wnioski i rekomendacje

Wnioski i rekomendacje zostały przedstawione w formie tabeli, zawierającej odniesienia do adekwatnych wyników przeprowadzonych badań oraz nazwę instytucji, będącej adresatem rekomendacji. Każdemu z poczynionych ustaleń została nadana odpowiednia klasyfikacja ważności dla prawidłowego funkcjonowania systemu wskaźników. Takie podejście umożliwi kierownictwu jednostki ustalenie właściwej hierarchii dla zaproponowanych rekomendacji oraz przyjęcie harmonogramu ich wdrożenia, natomiast członkom zespołu oceniającego pomoże sformułować obiektywną ocenę ogólną:

Wysoka ważność	Bezpośrednie zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu wskaźników. Niezbędna jest szybka reakcja kierownictwa oraz podjęcie działań naprawczych.
Średnia ważność	Znaczący wpływ na funkcjonowanie systemu wskaźników lub potencjalne zagrożenie dla prawidłowego wdrażania Działania 2.3. w zakresie uzyskiwania założonych rezultatów. Pożądane działania naprawcze.
Niska ważność	Brak działań nie powinien skutkować nieprawidłowością ale będzie oznaczał obniżoną efektywność jednostki w obszarze monitorowania i osiągania rezultatów. Podjęcie działań naprawczych zależy od decyzji kierownictwa.

Tabela 26. Wnioski i rekomendacje

Tytuł projektu	Wniosek	Odniesienie do wyników badania	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych	Trudności interpretacyjne odnośnie terminu „jednostka chorobowa”, zawartego w metodologii pomiaru wskaźnika rezultatu, w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013	nr 3 (str. 13)	W celu uniknięcia trudności interpretacyjnych należy rozważyć, wprowadzenie do metodologii pomiaru wskaźnika, zawartej w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013, wyjaśnienia definiującego jednostkę chorobową jako punkt w Wykazie Chorób Zawodowych, zawartym w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczególnych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach.	Instytucja Zarządzająca
	Podręcznik wskaźników zbyt wąsko interpretuje pojęcie opracowania programu - jako zatwierdzenie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej.	nr 3 (str. 13)	Należałoby zaznaczyć w metodologii pomiaru wskaźnika w Podręczniku Wskaźników, że opracowanie programu rozumiane jest jako zatwierdzenie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej oraz jego pilotażowe wdrożenie umożliwiające przetestowanie opracowanych programów.	Instytucja Zarządzająca
Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy	Trudności interpretacyjne odnośnie terminu „jednostka chorobowa”, zawartego w metodologii pomiaru wskaźnika rezultatu, w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013.	nr 3 (str. 17)	W celu uniknięcia trudności interpretacyjnych należy rozważyć, wprowadzenie do metodologii pomiaru wskaźnika, zawartej w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013, wyjaśnienia definiującego jednostkę chorobową jako punkt w Wykazie Chorób Zawodowych, zawartym w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczególnych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach.	Instytucja Zarządzająca
	Podręcznik wskaźników zbyt wąsko	nr 3	Należałoby zaznaczyć w metodologii pomiaru wskaźnika w Podręczniku	Instytucja

	interpretuje pojęcie opracowania programu - jako zatwierdzenie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej.	(str. 17)	Wskaźników, że opracowanie programu rozumiane jest jako zatwierdzenie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej oraz jego pilotażowe wdrożenie umożliwiające przetestowanie opracowanych programów	Zarządzająca
Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych	Brak informatycznej bazy danych Beneficjentów ostatecznych projektu, który może przyczynić się do utrudnień w zarządzaniu projektem oraz pozyskiwaniu danych do wskaźników.	nr 7 (str. 20) nr 8 (str. 21)	Należy zintensyfikować prace nad stworzeniem informatycznej bazy danych.	Beneficjent systemowy
	Niedostateczna liczba pracowników zajmujących się monitorowaniem projektu, mogąca być w przyszłości przyczyną osłabienia kontroli nad realizacją studiów pomostowych przez uczelnie.	nr 7 (str. 20) nr 8 (str. 21)	Rekomendujemy zintensyfikowanie działań mających na celu rekrutację osób na stanowiska związane z monitoringiem studiów pomostowych.	Beneficjent systemowy
	Nieprawidłowo określony wskaźnik we wniosku projektowym: <i>zwiększenie o 200% (z 12 000 do 36 000) liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach PO KL.</i>	nr 3 (str. 19) nr 9 (str. 21)	Rekomendujemy zrezygnowanie z wymienionego wskaźnika we wniosku o dofinansowanie projektu, ponieważ mierzy on efekty będące poza realizacją projektu. Wskaźnik sugeruje, że poza 24 000 pielęgniarek i położnych, które odbędą studia pomostowe w ramach projektu, studia pomostowe w ramach PO KL objęły dodatkowo 12 000 osób. Jest to sprzeczne z rzeczywistością. Usunięcie tego wskaźnika z projektu nie będzie się wiązało z osłabieniem monitorowania osiągania jego celów, ponieważ zwiększenie liczby pielęgniarek które ukończyły studia pomostowe w ramach projektu jest monitorowane przez wskaźnik <i>ukończenie studiów pomostowych w ramach Priorytetu II PO KL przez 24 000 pielęgniarek i położnych.</i>	Institucja Wdrażająca/ Beneficjent Systemowy
Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności	Wskaźnik rezultatu nie pokazuje rzeczywistych rezultatów projektu, jego wielkość uzależniona jest od zbyt dużej liczby czynników zewnętrznych. Z tego względu wskaźnik nie jest skutecznym narzędziem ewaluacji projektu efektów wsparcia w ramach Działania 2.3. PO KL.	nr 1 (str. 24) nr 3 (str. 25)	Przeprowadzone przez nas próby określenia bardziej adekwatnego wskaźnika rezultatu, nie dały w pełni zadawalających efektów, ze względu na brak wiarygodnych źródeł danych do monitorowania wskaźnika. Tym niemniej, podkreślając dużą nieskuteczność obecnego wskaźnika rezultatu, zachęcamy Instytucję Zarządzającą do poszukiwania, przy współpracy z Instytucją Wdrażającą i Beneficjentem, efektywniejszych metod precyzyjnego przedstawienia rezultatów interwencji w ramach Priorytetu.	Institucja Zarządzająca
	Trudności w spełnieniu wymogów wskaźnika produktu dotyczących uczestnictwa przez lekarzy w <i>pełnym cyklu kursów specjalizacyjnych.</i>	nr 9 (str. 27) nr 10 (str. 27)	Należy rozważyć możliwość wprowadzenia w ramach projektu systemu, który umożliwiłaby lekarzom uczestniczącym w projekcie, którzy z różnych względów (w założonym okresie kwalifikowalności wydatków w ramach PO KL) uczestniczyli w kursach nie objętych wsparciem, możliwość zwrotu kosztów tych kursów z budżetu projektu. Tym samym pojawiłaby się możliwość osiągnięcia wskaźnika zapisanego w ten sposób. Konieczne jest jednak precyzyjne określenie zasad w zakresie m.in. zasad refundacji kosztów oraz dopuszczalną liczbę kursów odbywających się poza projektem, w których mógłby uczestniczyć Beneficjent ostateczny.	Institucja Wdrażająca/ Beneficjent Systemowy.

	Brak zainteresowania lekarzy specjalizacjami z zakresu medycyny pracy.	nr 10 (str. 27)	Rekomendujemy kontynuację działań na rzecz zmiany prawnych regulacji prowadzenia praktyki przez lekarzy medycyny pracy, mającej na celu zwiększenie atrakcyjności tej specjalności. Działania takie powinny zmierzać przede wszystkim w kierunku umożliwienia lekarzom medycyny pracy prowadzenia prywatnych gabinetów oraz włączenia kursów z zakresu orzecznictwa o możliwości posiadania broni i orzecznictwa na potrzeby spraw sądowych, w zakres specjalizacji. W przypadku niemożności sprawnego wdrożenia zmian w przepisach prawnych właściwym wydaje się podjęcie negocjacji z Komisją Europejską w celu zmniejszenia wymaganej liczby lekarzy medycyny pracy, którzy odbyli pełen cykl kursów specjalizacyjnych.	Institucja Wdrażająca /Instytucja Zarządzająca
	Zbyt ogólnie sformułowany wskaźnik twardych rezultatów we wniosku o dofinansowanie – ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy.	nr 4 (str. 25)	Wskaźnik wydaje się być zbyt ogólnie sformułowany w stosunku do celu szczegółowego projektu nr 3, którego osiągnięcie mierzy. Z tego względu rekomendujemy dokonanie przez Beneficjenta zmiany we wskaźniku, tak aby uwzględnił on liczbę osób, które ukończyły pełne kursy specjalizacyjne z rozbiem na 3 specjalności	Beneficjent Systemowy
Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej	Nieprawidłowo określona wartość bazowa i docelowa we wskaźniku produktu.	nr 3 (str. 31) nr 5 (str. 33)	Należy zmienić wartość bazową we wskaźniku produktu z 62 do 0 a zarazem wartość docelową wskaźnika z 250 do 188.	Institucja Zarządzająca.
	Niespójność nazwy wskaźnika produktu (<i>liczba jednostek służby zdrowia, które posiadają akredytację</i>) z metodologią pomiaru zawartą w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013 (<i>liczba zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskały akredytacją CMJ w ramach Priorytetu II PO KL</i>).	nr 3 (str. 31) nr 9 (str. 33)	Rekomendujemy zmianę zapisu wskaźnika produktu podczas przeglądu wskaźników PO KL, tak aby w miejsce słowa „posiadają” wprowadzić słowo „uzyskały”, zgodnie z faktycznymi efektami wsparcia w ramach Priorytetu. Zwracamy uwagę, że istnieje duże ryzyko nie osiągnięcia wskaźnika produktu zapisanego w ten sposób,	Institucja Zarządzająca
	Nieprecyzyjnie sformułowana grupa docelowa w nazwie wskaźnika rezultatu. Brak jednoznacznej definicji jednostki służby zdrowia.	nr 3 (str. 31) nr 5 (str. 33)	Należy doprecyzować termin jednostka służby zdrowia w metodologii i sposobie pomiaru wskaźnika, przedstawionym w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013. Wyniki badania wskazują, że najprecyzyjniejsza mogłaby być definicja określająca jednostkę służby zdrowia, jako <i>zakłady opieki zdrowotnej, posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym</i> . Odnosiłaby się ona do faktycznych Beneficjentów ostatecznych działania.	Institucja Zarządzająca
	Niemożność uzyskania danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu, ze względu na brak definicji jednostki służby zdrowia. CSIOZ nie posługuje się takim terminem dla potrzeb statystycznych.	nr 2 (str. 31) nr 5 (str. 33) nr 7 (str. 33)	Po doprecyzowaniu grupy docelowej we wskaźnikach dla Poddziałania 2.3.3, rekomendujemy zmianę źródła danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013. W przypadku, gdyby podjęto decyzję o zdefiniowaniu grupy docelowej, zgodnie z rekomendacjami zawartymi w niniejszym raporcie, najważniejszym źródłem danych, mogłyby być statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie liczby zakładów opieki zdrowotnej, które podpisały kontrakt na finansowanie usług w zakresie leczenia szpitalnego.	Institucja Zarządzająca
	Nieprecyzyjnie sformułowany wskaźnik rezultatu projektu. Na jego wielkość mogą	nr 1 (str. 30)	Rekomendujemy doprecyzowanie wskaźnika rezultatu, tak, aby był on bardziej spójny ze wskaźnikiem produktu. Przykładowy wskaźnik mógłby mierzyć odsetek	Institucja Zarządzająca

	mieć wpływ również czynniki zewnętrzne, występujące poza projektem (akredytowanie szpitali poza projektem, re-akredytacja szpitali, które uczestniczyły w projekcie).	nr 5 (str. 33)	<i>zakładów z opieki zdrowotnej, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym, które uzyskały akredytację w ramach Priorytetu w relacji do ogółu zakładów opieki zdrowotnej posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartą z płatnikiem publicznym.</i>	
	Nierealistyczne określenie wartości wskaźnika rezultatu w ramach projektu. Istnieje ryzyko nieosiągnięcia wskaźnika rezultatu ze względu na niedostateczny potencjał organizacyjny Beneficjenta.	nr 9 (str. 33)	Należy przeprowadzić gruntowną analizę zdolności organizacyjnych Beneficjenta pod kątem osiągnięcia wskaźników, zwłaszcza wskaźnika rezultatu w jego obecnym brzmieniu. Analiza taka powinna objąć przede wszystkim: - Ilość procesów akredytacyjnych i re-akredytacyjnych koniecznych do osiągnięcia wskaźnika rezultatu, jakie trzeba odbyć do końca trwania projektu - Szacunkową ilość czasu konieczną do przeprowadzenia procesów akredytacyjnych - Zasoby kadrowe, sprzętowe i finansowe Beneficjenta pod kątem osiągnięcia wskaźnika rezultatu. - Realne możliwości zwiększenia zasobów ludzkich i rzeczowych w celu osiągnięcia wskaźnika rezultatu. Należy również przeprowadzić analizę wpływu realizacji projektu na zdolność Beneficjenta do przeprowadzania procesów re-akredytacyjnych szpitali, które obecnie posiadają akredytację, a które niezakwalifikowały się do uczestnictwa w projekcie.	Instytucja Wdrażająca/ Beneficjent Systemowy
	Istnieje ryzyko, że szpitale uczestniczące w projekcie nie będą chciały przedłużyć uzyskanej akredytacji.	nr 10 (str. 34)	Rekomendujemy kontynuowanie działań o charakterze promocyjnym, mających na celu premiowanie szpitali posiadających akredytację przy podpisywaniu umów z NFZ.	Beneficjent systemowy
	Opóźnienia w realizacji procesów akredytacyjnych w ramach projektu.	Nr 10 (str. 34)	Rekomendujemy przeprowadzenie szczegółowej analizy harmonogramu wizyt akredytacyjnych, pod kątem realności uzyskania oczekiwanych wskaźników w okresach monitorowania wskaźników produktu i rezultatu na poziomie Priorytetu II PO KL.	Beneficjent systemowy
Szkolenia kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia	Nieprecyzyjnie określona grupa docelowa w metodologii pomiaru wskaźnika produktu w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007 -2013. Zbyt ogólne sformułowanie terminu „kadra zarządzająca szpitali” oraz „dysponenci środków publicznych”.	nr 3 (str. 78)	Należy doprecyzować definicję szpitala w Podręczniku Wskaźników PO KL, jako <i>zakład opieki zdrowotnej, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym.</i> Należy również dopracować termin <i>dysponenci środków publicznych</i> w Podręczniku Wskaźników PO KL. Proponujemy wprowadzenie zapisu, że <i>wskaźnik mierzy liczbę przedstawicieli dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, tj. pracowników NFZ pełniących funkcje kierownicze, którzy zakończyli udział w szkoleniu.</i>	Instytucja Zarządzająca
	Nieprecyzyjnie sformułowana grupa docelowa w nazwie wskaźnika rezultatu. Brak jednoznacznej definicji jednostki służby zdrowia.	nr 3 (str. 38)	Należy doprecyzować termin „jednostka służby zdrowia” w metodologii i sposobie pomiaru wskaźnika, przedstawionym w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013. Wyniki badania wskazują, że najprecyzyjniejsza a zarazem najbardziej zgodna z faktycznym profilem instytucji, będących Beneficjentami ostatecznymi projektu, mogłaby być definicja określająca jednostkę służby zdrowia, jako <i>zakłady opieki zdrowotnej, posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym.</i>	Instytucja Zarządzająca
	Nieemożność uzyskania danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu, ze względu na brak	nr 2 (str. 38)	Po doprecyzowaniu grupy docelowej we wskaźnikach dla Poddziałania 2.3.3 rekomendujemy zmianę źródła danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu w	Instytucja Zarządzająca

	definicji jednostki służby zdrowia. CSIOZ nie posługuje się takim terminem dla potrzeb statystycznych.	nr 5 (str. 39) nr 6 (str. 39) nr 7 (str. 40)	Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013. W przypadku, gdyby podjęto decyzję o zdefiniowaniu grupy docelowej, zgodnie z rekomendacjami zawartymi w niniejszym raporcie, najważniejszym źródłem danych, mogłyby być statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie liczby zakładów opieki zdrowotnej, które podpisały kontrakt na finansowanie usług w zakresie leczenia szpitalnego.	
	Brak wyodrębnienia we wskaźniku produktu dysponentów środków publicznych, tj. pracowników NFZ. Efektem tego jest niemożność precyzyjnego określenia wskaźnika rezultatu w odniesieniu do dysponentów publicznych.	nr 1 (str. 37)	W celu precyzyjnego mierzenia produktów Działania 2.3. PO KL w odniesieniu do dysponentów środków publicznych, rekomendujemy rozważenie wyodrębnienia dodatkowego wskaźnika produktu pokazującego liczbę dysponentów środków publicznych, którzy ukończyli szkolenia z zakresu zarządzania. Działania takie należałoby podjąć zwłaszcza w sytuacji gdy podjęta zostanie decyzja o wyodrębnieniu wskaźnika rezultatu w odniesieniu do dysponentów środków publicznych.	Instytucja Zarządzająca
	Wskaźnik rezultatu nie obejmuje rezultatów Działania w odniesieniu do dysponentów środków publicznych.	nr 1 (str. 37)	Należy rozważyć uzupełnienie katalogu wskaźników o wskaźnik rezultatu, odnoszący się do dysponentów środków publicznych, którzy brali udział w szkoleniach. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że faktycznymi Beneficjentami ostatecznymi projektu, będą przedstawiciele kadry zarządzającej NFZ przykładowa nazwa wskaźnika mogłaby brzmieć: <i>odsetek pracowników NFZ pełniących funkcje kierownicze, którzy ukończyli szkolenia z zakresu zarządzania.</i>	Instytucja Zarządzająca
	Opóźnienia w działaniach przygotowawczych (wybór wykonawcy szkoleń, stworzenie platformy e-learningowej, stworzenie publikacji).	nr 10 (str. 40)	Beneficjent powinien opracować szczegółowy harmonogram projektu, w którym należałoby zawrzeć informacje o planowanym stopniu osiągnięcia wskaźników na poziomie projektu w poszczególnych miesiącach jego realizacji. Prognoza powinna zawierać przede wszystkim informacje nt. planowanych „kamieni milowych”, zwłaszcza w odniesieniu do następujących działań: - szkoleń z podziałem na szkolenia podstawowe i zaawansowane wraz z liczbą uczestników w poszczególnych miesiącach, - opracowania publikacji z podziałem na planowane etapy, - opracowania platformy e-learningowej. W odniesieniu do platformy e-learningowej Beneficjent powinien zaprezentować analizę rozważanych wariantów, ich koszt oraz szacowany termin realizacji.	Beneficjent Systemowy
	Nieprecyzyjnie określony wskaźnik we wniosku o dofinansowanie dotyczący liczby przedstawicieli kadry zarządzającej uczestniczących w szkoleniach (pkt. 3.4 wniosku o dofinansowanie).	nr 1 (str. 37)	We wskaźniku prawdopodobnie omyłkowo nie zawarto informacji o tym, do jakiej kategorii beneficjentów końcowych należy 200 osób, które będą uczestniczyły w szkoleniach. Rekomendujemy poprawienie tego błędu poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian do wniosku przez Beneficjenta i zatwierdzenie ich przez Instytucję Wdrażającą.	Beneficjent systemowy



6. Aneksy

6.1. Wykaz skrótów

BHP	Bezpieczeństwo i Higiena Pracy
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości
CMKP	Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
DFSiPP	Departament Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych
DPiP	Departament Pielęgniarek i Położnych
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
IDI	Pogłębiony wywiad indywidualny
IMP	Instytut Medycyny Pracy
IP	Instytucja Pośrednicząca
IP2	Instytucja Pośrednicząca II stopnia
IW	Instytucja Wdrażająca
IZ	Instytucja Zarządzająca
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
KE	Komisja Europejska
MRR	Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PIP	Państwowa Inspekcja Pracy
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna (Sanepid)
PO KL	Program Operacyjny Kapitał Ludzki
PUP	Powiatowy Urząd Pracy

6.2. Streszczenie

Cele i metodologia badania

Weryfikacja wskaźników Działania 2.3. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki przeprowadzona została na zlecenie Departamentu Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych Ministerstwa Zdrowia.

Celem głównym badania była ocena wskaźników Działania 2.3. PO KL „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”, pod kątem ich kompletności i spójności oraz użyteczności dla pomiaru efektów interwencji, jak również według kryteriów modelu SMART (zestaw cech dobrego wskaźnika). **Zakres badania** dotyczył: adekwatności zastosowania danych wskaźników w Działaniu 2.3., realności ich osiągnięcia, zgodności ze wskaźnikami przyjętymi w najważniejszych dokumentach strategicznych poziomu wspólnotowego i krajowego.

Badaniem zostało objętych **6 projektów** systemowych, realizowanych w ramach trzech Poddziałiań w ramach Działania 2.3. PO KL.

Rysunek 5. Poddziałanie 2.3.1. „Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych”

Projekty	Beneficjenci	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
<ul style="list-style-type: none"> 1. „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” 2. „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy” 	<ul style="list-style-type: none"> Instytut Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera w Łodzi 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy opracowanych w ramach Działania (10) 	<ul style="list-style-type: none"> Odsetek chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy (38%)

Rysunek 6. Poddziałanie 2.3.2. „Doskonalenie zawodowe kadr medycznych”

Projekty	Beneficjenci	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
<ul style="list-style-type: none"> 3. „Kształcenie zawodowe pielęgniarzek i położnych w ramach studiów pomostowych” 4. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności” 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Departament Pielęgniarek i Położnych – Ministerstwo Zdrowia 4. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Liczba pielęgniarzek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Działania (24 000) 4. Liczba lekarzy deficytowych specjalizacji: a) onkologia, b) kardiologia, c) medycyna pracy, którzy ukończyli w ramach Działania pełen cykl kursów w ramach realizacji programu specjalizacji (311, 404, 362) 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Odsetek pielęgniarzek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu w ogólnej liczbie pielęgniarzek i położnych (7,83%) 4. Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców, w podziale na: onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy (2,06; 8,33; 5,86)

Rysunek 7. Poddziałanie 2.3.3. „Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia”

Projekty	Beneficjenci	Wskaźniki produktu	Wskaźniki rezultatu
<ul style="list-style-type: none"> 5. „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” 6. „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia” 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie 6. Narodowy Fundusz Zdrowia 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Liczba jednostek służby zdrowia, posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (250) 6. Liczba przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, którzy zakończyli szkolenie z zakresu zarządzania w ramach Działania (1500) 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Odsetek jednostek służby zdrowia posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (32%) 6. Odsetek jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele kadry zarządzającej zostali objęci szkoleniami z zakresu zarządzania w ramach Priorytetu (50%)

Badanie miało charakter typowo jakościowy – w procesie analizy istotną rolę odegrało zastosowanie metod niestatystycznych, które posłużyły do formułowania wniosków oraz końcowych rekomendacji. W badaniu zastosowano takie **metody i techniki badawcze** jak analiza ekspercka, analiza dokumentów na poziomach: strategicznym, zarządzania i wdrażania,

pogłębione wywiady indywidualne z przedstawicielami Instytucji Pośredniczącej II stopnia oraz z przedstawicielami Beneficjentów systemowych, wielokryterialna matryca badania wskaźników. W celu skonfrontowania uzyskanych wstępnie wyników badania z opiniami ekspertów w dziedzinie organizacji i funkcjonowania służby zdrowia oraz z zakresu określania wskaźników w programach interwencji publicznej, finansowanych z funduszy strukturalnych, zorganizowano panel ekspertów. W ostatniej fazie badania nastąpiła ocena wskaźników za pomocą metodologii SMART, która odbyła się podczas panelu ekspertów i stanowiła podstawę do weryfikacji wyników wcześniejszych prac.

Wyniki analizy

Projekt 1. Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych i Projekt 2. Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy

- Trudności interpretacyjne odnośnie terminu „jednostka chorobowa, zawarte w metodologii pomiaru wskaźnika rezultatu, w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013.
- Podręcznik wskaźników zbyt wąsko interpretuje pojęcie opracowania programu - jako zatwierdzenie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej.

Projekt 3. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych

- Brak informatycznej bazy danych Beneficjentów ostatecznych projektu, który może przyczynić się do utrudnień w zarządzaniu projektem oraz pozyskiwaniu danych do wskaźników.
- Niedostateczna liczba pracowników zajmujących się monitorowaniem projektu, mogąca być w przyszłości przyczyną osłabienia kontroli nad realizacją studiów pomostowych przez uczelnie.
- Nieprawidłowo określony wskaźnik we wniosku projektowym: zwiększenie o 200% (z 12 000 do 36 000) liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach PO KL.

Projekt 4. Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności

- Wskaźnik rezultatu nie pokazuje rzeczywistych rezultatów projektu, jego wielkość uzależniona jest od zbyt dużej liczby czynników zewnętrznych. Z tego względu wskaźnik nie jest skutecznym narzędziem ewaluacji projektu efektów wsparcia w ramach Działania 2.3. PO KL.
- Trudności w spełnieniu wymogów wskaźnika produktu dotyczących uczestnictwa przez lekarzy w pełnym cyklu kursów specjalizacyjnych.
- Brak zainteresowania lekarzy specjalizacjami z zakresu medycyny pracy.
- Zbyt ogólnie sformułowany wskaźnik twardych rezultatów we wniosku o dofinansowanie – *ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy*

Projekt 5. Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej

- Nieprawidłowo określona wartość bazowa i docelowa we wskaźniku produktu.
- niespójność nazwy wskaźnika produktu (*liczba jednostek służby zdrowia, które posiadają akredytację*) z metodologią pomiaru zawartą w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013 (*liczba zakładów opieki zdrowotnej, które uzyskały akredytację CMJ w ramach Priorytetu II PO KL*)
- Nieprecyzyjnie sformułowana grupa docelowa w nazwie wskaźnika rezultatu. Brak jednoznacznej definicji jednostki służby zdrowia.
- Niemożność uzyskania danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu, ze względu na brak definicji jednostki służby zdrowia.
- Nieprecyzyjnie sformułowany wskaźnik rezultatu projektu. Na jego wielkość mogą mieć wpływ również czynniki zewnętrzne, występujące poza projektem.

- Istnieje ryzyko nieosiągnięcia wskaźnika rezultatu ze względu na niedostateczny potencjał organizacyjny Beneficjenta.
- Istnieje ryzyko, że szpitale uczestniczące w projekcie nie będą chciały przedłużać uzyskanej akredytacji.
- Opóźnienia w realizacji procesów akredytacyjnych w ramach projektu.

Projekt 6. Szkolenia kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia

- Nieprecyzyjnie określona grupa docelowa w metodologii pomiaru wskaźnika produktu w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013. Zbyt ogólne sformułowanie terminu „kadra zarządzająca szpitali” oraz „dysponenci środków publicznych”.
- Nieprecyzyjnie sformułowana grupa docelowa w nazwie wskaźnika rezultatu. Brak jednoznacznej definicji jednostki służby zdrowia.
- Niemożność uzyskania danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu, ze względu na brak definicji jednostki służby zdrowia.
- Brak wyodrębnienia we wskaźniku liczby produktu dysponentów środków publicznych, tj. pracowników NFZ.
- Wskaźnik rezultatu nie obejmuje rezultatów Działania w odniesieniu do dysponentów środków publicznych.
- Opóźnienia w działaniach przygotowawczych.
- Nieprecyzyjnie określony wskaźnik we wniosku od dofinansowanie dotyczący liczby przedstawicieli kadry zarządzającej uczestniczących w szkoleniach.

Rekomendacje

Rekomendacje dla Instytucji Zarządzającej

- W celu uniknięcia trudności interpretacyjnych należy rozważyć wprowadzenie do metodologii pomiaru wskaźnika, zawartej w Podręczniku Wskaźników PO KL 2007-2013, wyjaśnienia definiującego jednostkę chorobową – dot. Projektów 1. i 2.
- Należałoby zaznaczyć w metodologii pomiaru wskaźnika w Podręczniku Wskaźników, że opracowanie programu rozumiane jest jako zatwierdzenie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej oraz jego pilotażowe wdrożenie – dot. Projektów 1. i 2.
- Podkreślając dużą nieskuteczność obecnego wskaźnika rezultatu, zachęcamy IZ do poszukiwania, przy współpracy z IW i Beneficjentem, efektywniejszych metod przedstawienia rezultatów interwencji w ramach Priorytetu – dot. Projektu 4.
- Rekomendujemy kontynuację działań na rzecz zmiany prawnych regulacji prowadzenia praktyki przez lekarzy medycyny pracy, mającej na celu zwiększenie atrakcyjności tej specjalności. W przypadku niemożności sprawnego wdrożenia zmian w przepisach prawnych właściwym wydaje się podjęcie negocjacji z KE w celu zmniejszenia wymaganej liczby lekarzy medycyny pracy, którzy odbyli pełen cykl kursów specjalizacyjnych – dot. Projektu 4.
- Należy zmienić wartość bazową we wskaźniku produktu z 62 do 0, a zarazem wartość docelową wskaźnika z 250 do 188 – dot. Projektu 5.
- Rekomendujemy zmianę zapisu wskaźnika produktu podczas przeglądu wskaźników PO KL, tak aby w miejsce słowa „posiadają” wprowadzić słowo „uzyskały”, zgodnie z faktycznymi efektami wsparcia w ramach Priorytetu – dot. Projektu 5.
- Rekomendujemy doprecyzowanie grupy docelowej dla Poddziałania 2.3.3. poprzez usunięcie zapisu „między innymi” pozwalającego na praktycznie dowolną interpretację katalogu Beneficjentów ostatecznych – dot. Projektu 5.
- Rekomendujemy doprecyzowanie wskaźnika rezultatu, tak, aby był on bardziej spójny ze wskaźnikiem produktu. Przykładowy wskaźnik mógłby mierzyć odsetek *zakładów opieki zdrowotnej, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju*

leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym, które uzyskały akredytację w ramach Priorytetu w relacji do ogółu zakładów opieki zdrowotnej posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartą z płatnikiem publicznym – dot. Projektu 5.

- Należy doprecyzować definicję szpitala w Podręczniku Wskaźników PO KL. Szpital mógłby być definiowany jako zakład opieki zdrowotnej, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym. Należy też dopracować termin dysponenci środków publicznych w Podręczniku Wskaźników PO KL, proponujemy wprowadzenie zapisu: *wskaźnik mierzy liczbę przedstawicieli dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, tj. pracowników NFZ pełniących funkcje kierownicze, którzy zakończyli udział w szkoleniu.* – dot. Projektu 6.
- Należy doprecyzować termin jednostka służby zdrowia w metodologii i sposobie pomiaru wskaźnika, przedstawionym w Podręczniku Wskaźników PO KL, jako zakłady opieki zdrowotnej, posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawartą z płatnikiem publicznym – dot. Projektów 5. i 6.
- Rekomendujemy zmianę źródła danych do wyliczenia wskaźnika rezultatu w Podręczniku Wskaźników PO KL. W naszej opinii, najważniejszym źródłem danych są statystyki NFZ odnośnie liczby zakładów opieki zdrowotnej, które podpisały kontrakt na finansowanie usług w zakresie leczenia szpitalnego – dot. Projektów 5. i 6.
- W celu precyzyjnego mierzenia produktów Działania 2.3. PO KL w odniesieniu do dysponentów środków publicznych, rekomendujemy rozważenie wyodrębnienia dodatkowego wskaźnika produktu, który pokazywałby liczbę dysponentów środków publicznych, którzy ukończyli szkolenia z zakresu zarządzania – dot. Projektu 6.

Rekomendacje dla Instytucji Wdrażającej

- Wskaźnik sugeruje, że poza 24 000 pielęgniarek i położnych, które odbędą studia pomostowe w ramach projektu, studia pomostowe w ramach PO KL objęły dodatkowo 12 000 osób. Jest to sprzeczne z rzeczywistością. Rekomendujemy zrezygnowanie z wymienionego wskaźnika we wniosku o dofinansowanie projektu, ponieważ mierzy on efekty będące poza realizacją projektu (zwiększenie liczby pielęgniarek, które ukończyły studia pomostowe w ramach projektu jest monitorowane przez wskaźnik *ukończenie studiów pomostowych w ramach Priorytetu II PO KL przez 24 000 pielęgniarek i położnych*) – dot. Projektu 3.
- Należy rozważyć możliwość wprowadzenia w ramach projektu systemu, który umożliwiłaby lekarzom uczestniczącym w projekcie, którzy z różnych względów uczestniczyli w kursach nieobjętych wsparciem, otrzymanie zwrotu kosztów tych kursów z budżetu projektu (szansa na osiągnięcie wskaźnika) – dot. Projektu 4.
- Rekomendujemy kontynuację działań na rzecz zmiany prawnych regulacji prowadzenia praktyki przez lekarzy medycyny pracy, mającej na celu zwiększenie atrakcyjności tej specjalności. W przypadku niemożności sprawnego wdrożenia zmian w przepisach prawnych, właściwym wydaje się podjęcie negocjacji z KE w celu zmniejszenia wymaganej liczby lekarzy medycyny pracy, którzy odbyli pełen cykl kursów specjalizacyjnych – dot. Projektu 4.
- Należy przeprowadzić gruntowną analizę zdolności organizacyjnych Beneficjenta pod kątem osiągnięcia wskaźników, zwłaszcza wskaźnika rezultatu. Należy również przeprowadzić analizę wpływu realizacji projektu na zdolność Beneficjenta do przeprowadzania procesów re-akredytacyjnych szpitali, które obecnie posiadają akredytację, a które nie zakwalifikowały się do uczestnictwa w projekcie – dot. Projektu 5.

Rekomendacje dla Beneficjentów Systemowych

- Należy zintensyfikować prace nad stworzeniem informatycznej bazy danych – dot. Projektu 3.
- Rekomendujemy zintensyfikowanie działań mających na celu rekrutację osób na stanowiska związane z monitoringiem studiów pomostowych – dot. Projektu 3.

- Wskaźnik sugeruje, że poza 24 000 pielęgniarek i położnych, które odbędą studia pomostowe w ramach projektu, studia pomostowe w ramach PO KL objęły dodatkowo 12 000 osób. Jest to sprzeczne z rzeczywistością. Rekomendujemy zrezygnowanie z wymienionego wskaźnika we wniosku o dofinansowanie projektu, ponieważ mierzy on efekty będące poza realizacją projektu (zwiększenie liczby pielęgniarek, które ukończyły studia pomostowe w ramach projektu jest monitorowane przez wskaźnik *ukończenie studiów pomostowych w ramach Priorytetu II PO KL przez 24 000 pielęgniarek i położnych*) – dot. Projektu 3.
- Należy rozważyć możliwość wprowadzenia w ramach projektu systemu, który umożliwiłby lekarzom uczestniczącym w projekcie, którzy z różnych względów uczestniczyli w kursach nie objętych wsparciem, otrzymanie zwrotu kosztów tych kursów z budżetu projektu – dot. Projektu 4.
- Wskaźnik wydaje się być zbyt ogólnie sformułowany w stosunku do celu szczegółowego nr 3 projektu, którego osiągnięcie mierzy. Z tego względu rekomendujemy dokonanie przez Beneficjenta zmiany we wskaźniku, tak aby uwzględniał on liczbę osób, które ukończyły pełne kursy specjalizacyjne z podziałem na 3 specjalności – dot. Projektu 4.
- Należy przeprowadzić gruntowną analizę zdolności organizacyjnych Beneficjenta pod kątem osiągnięcia wskaźników, zwłaszcza wskaźnika rezultatu – dot. Projektu 5.
- Rekomendujemy kontynuowanie działań o charakterze promocyjnym, mających na celu premiowanie szpitali posiadających akredytację przy podpisywaniu umów z NFZ – dot. Projektu 5.
- Rekomendujemy przeprowadzenie szczegółowej analizy harmonogramu wizyt akredytacyjnych, pod kątem realności uzyskania oczekiwanych wskaźników – dot. Projektu 5.
- Beneficjent powinien opracować szczegółowy harmonogram projektu, w którym powinny zostać zawarte informacje o planowanym stopniu osiągnięcia wskaźników na poziomie projektu w poszczególnych miesiącach jego realizacji – dot. Projektu 6.
- We wskaźniku zawartym we wniosku o dofinansowanie (pkt. 3.4) prawdopodobnie omyłkowo nie zawarto informacji o tym do jakiej kategorii Beneficjentów końcowych należy 200 osób, które będą uczestniczyły w szkoleniach – dot. Projektu 6.

6.3. Summary

Objectives and research methodology

Revision of indicators of the Human Capital Operational Program Measure 2.3 has been made on behalf of the Department of Structural Funds and Supporting Programs of Ministry of Health.

The main aim of the research was to evaluate the performance indicators of the Measure 2.3 PO KL "Strengthening capacity of health of workers and improving the quality of functioning of the health care system", in terms of their consistency and completeness, and usefulness for measuring the effects of interventions, as well as in terms of the SMART criteria model (a set of good indicator features). **Scope of research:** the appropriateness of the use of indicators in Measure 2.3, the reality of its achievements, compliance with the indicators adopted in key strategic documents on the Community and national level.

The research covered **6 system projects** implemented under the three sub-measures within the framework of Measure 2.3. PO KL.

Picture 8. Sub-measure 2.3.1. „Development of complex health programmes”

Projects	Beneficiaries	Output indicators	Result indicators
<ul style="list-style-type: none"> •1. "Development of complex preventive programmes" •2. "Development of complex programmes oriented at return to work" 	<ul style="list-style-type: none"> • Jerzy Nofer Institute of Labour Medicine in Łódź 	<ul style="list-style-type: none"> • Number of preventive programmes and programmes for helping in returning to work prepared under the Priority (10) 	<ul style="list-style-type: none"> • % share of occupational diseases for which preventive programmes and programmes for helping in returning to work were prepared (38%)

Picture 9. Sub-measure 2.3.2. „Development of professional skills of medical staff”

Projects	Beneficiaries	Output indicators	Result indicators
<ul style="list-style-type: none"> • 3. „Professional education for nurses and midwives within the bridging studies” • 4. „Education within the specialisation process for physicians of deficit specialities ” 	<ul style="list-style-type: none"> • 3. Nurses and Midwives Department - Ministry of Health • 4 Medical Centre of Postgraduate Education 	<ul style="list-style-type: none"> • 3. Number of nurses and midwives, who completed bridging studies under the Priority (24 000). • 4. Number of deficit doctors: oncology, cardiology and labour medicine , who completed a full course cycle within specialisation programme under the Priority (311, 404, 362) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3. % share of nurses and midwives, who completed bridging studies under the Priority to the total number of nurses and midwives (7,83%). • 4. Number of specialized doctors per 100 thousand inhabitants, divided to: oncologists, cardiologists, occupational medicine (2,06; 8,33; 5,86).

Picture 10. Sub-measure 2.3.3. „Improvement of quality of the management in the health sector”

Projects	Beneficiaries	Output indicators	Result indicators
<ul style="list-style-type: none"> • 5. „Support for accreditation process of health care entities ” • 6. „Training of managerial staff and public resources administrators in the health care sector” 	<ul style="list-style-type: none"> • 5. Health Care Quality Monitoring Centre in Cracow • 6. National Health Fund 	<ul style="list-style-type: none"> • 5. Number of health care entities accredited by the Health Care Monitoring Centre (250) • 6. Number of representatives of managing staff and holders of public funds in the health care sector, who completed training in management under the Priority (1500) 	<ul style="list-style-type: none"> • 5. % share of health care entities, having accreditation at the Health Care Quality Monitoring Centre (32%) • 6. % share of health care entities, whose managing staff representatives completed trainings in management under the Priority (50%)

The study was qualitative in nature - in the process of analysis application of the non statistical methods which were used to formulate conclusions and final recommendations played an important role. The study uses such methods and techniques of research as: expert analysis, analysis of documents at the strategic, management and implementation level, in-depth individual interviews with representatives of the 2nd Level **Intermediate Bodies** and representatives of the system Beneficiaries, multicriterion matrix of indicators test. In order to compare the obtained pre-test results with the opinions of experts in the field of organization and functioning of health care system and determining indicators in the public intervention programs funded by the Structural Funds, a panel of experts was organized. The last phase of the

evaluation of indicators was carried out using SMART methodology. This took place during the expert panel and was used to verify the results of previous work.

The results of the analysis

Project 1. The development of comprehensive prevention programs and Project 2. Development of comprehensive programs oriented at return to work

- The difficulties of interpretation concerning the term 'disease entity' contained in the methodology for measuring the outcome indicator, in the Manual of Indicators POKL 2007-2013
- The Indicator Manual too narrowly interpreted the term - program development- as approval of its written version in the electronic and paper form.

Project 3. Professional education for nurses and midwives, in particular within bridging studies

- Lack of electronic database of project ultimate beneficiaries, which may contribute to difficulties in managing the project and obtaining data for the indicators.
- Insufficient number of staff involved in monitoring the project in the future might be the cause of the weakening of control over the implementation of bridging studies by universities.
- Improperly specified indicator in the project proposal: increase by 200% (from 12 000 to 36 000) the number of nurses and midwives who have completed their bridging studies within the framework of POKL.

Project 4. Education within the specialization process for physicians of deficit specialties

- The outcome indicator does not show the actual results of the project, its size depends on too many external factors. Therefore, the indicator is not an effective tool for evaluating the project of support effects within the framework of Measure 2.3 POKL.
- Difficulties in meeting the requirements of the output indicator concerning doctor participation a full cycle the specialization courses.
- Lack of doctors interest in medical specializations in the field of occupational medicine.
- The outcome is too generally formulated - the indicator in the application for funding - completion of min. 1077 doctors the full cycle of courses of specialization from cardiology, oncology and occupational medicine 2007-2013

Project 5. Support the process of accreditation of health care institutions

- Invalid value specified base rate and the target rate in the output indicator.
- Inconsistency of a name of the output indicator (the number of health care entities that have accreditation) with the methodology of measurement contained in the Manual of Indicators POKL 2007-2013 (number of health care institutions that have received accreditation CMJ within the framework of Priority II POKL)
- Not precisely formulated target group in the name of the outcome indicator. The absence of an explicit definition of a health care entities.
- Inability to obtain data to calculate the outcome indicator due to the lack of definition of a health care entities.
- Not accurately formulated project outcome indicator. Its size may also be affected by external factors occurring outside the project.
- There is a risk of not achieving the outcome indicator due to the insufficient organizational potential of Beneficiary.
- There is a risk that hospitals participating in the project will not want to prolong the obtained accreditation.

- Delays in implementing the accreditation processes within the framework of the project.

Project 6. Training of managerial staff and public resources administrators in the health care sector

- Not accurately specified target group in the methodology of measuring the rate of the output indicator in Manual of Indicators POKL 2007-2013. Too generally formulated "hospital managerial staff " and " public resources administrators "
- Not accurately specified target group in the name of the outcome indicator. The absence of an explicit definition of a health care unit.
- Inability to obtain data to calculate the outcome indicator due to the lack of definition of a health care unit.
- The lack of ring-fencing in the output number indicator of the public resources administrators, such as NFZ workers.
- The outcome indicator does not include the results of Measure in relation to the public resources administrators.
- Delays in the preparatory measures.
- Not accurately formulated indicator in the application for funding concerning number of managerial staff representatives participating in the training.

Recommendations

Recommendations for the Managing Authority

- In order to avoid interpretation difficulties a consideration should be given to introducing an explanation defining a disease entity in the methodology which would measure the index contained in the Manual of Indicators POKL 2007-2013 - concerning Projects 1. and 2.
- In the measurement methodology of the index (in the Manual of Indicators) it should be noted that the development of the program is understood as an approval of the written version (electronic and paper) and its pilot implementation - concerning Projects 1. and 2.
- Stressing the high failure rate of the current results, we encourage the Managing Authority to look for more efficient ways of accurate intervention results reporting in the framework of a certain Priority. This survey should be conducted in cooperation with the Implementing Body and the Beneficiary - concerning Project 4 .
- We recommend continuing the efforts to change regulations concerning the practice of occupational medicine physicians. The goal of the changes should be defined as *increasing the attractiveness of the specialty*. If there is no possibility of implementation changes in the legislation it would be appropriate to undertake negotiations with the EC in order to reduce the required number of doctors in occupational medicine, who completed a full cycle of specialization courses - concerning Project 4.
- The base value in the output indicator should be changed from 62 to 0, and the target value should be reduced from 250 to 188 - concerning Project 5.
- We recommend a change of the record of the output indicator (during the review of the POKL indicators). We recommend to replace the word 'have' with the word "received", according to the actual effects of support within the Priority. - concerning Project 5.
- We recommend a clarification of the target group for the sub-measure 2.3.3. by removing the expression "inter alia" that allows a discretionary interpretation of the catalog of the ultimate Beneficiaries - concerning Project 5.
- We recommend to clarify the outcome indicator, in order to make it more consistent with the output indicator. A hypothetical indicator could measure *the proportion of health care units, with a contract for providing health care such as hospital treatment (approved by the public payer), which have been accredited in the framework of the Priority, in relation to the total*

health care establishments which have a contracts for the provision of health care, concluded with a public payer - concerning Project 5.

- It is necessary to clarify the definition of a hospital in the POKL Manual of Indicators. The definition should state that a hospital is a health care institution that has a contract for the provision of health care (such as hospital treatment) provided to the public payer. It should also be noted that the term *public fund administrators* should also be clarified. We suggest to define it as follows: *the rate measures the number of representatives of the administrators of public funds in the health sector, such as the NFZ staff holding senior positions who have completed participation in the training* – concerning Project 6.
- It is necessary to clarify the term *health care unit* in the methodology. It is also unclear how to measure the indicator, shown in the POKL Manual of Indicators, as health care units that have a contract for the provision of health care such as hospital treatment provided to the public payer - concerning Projects 5. and 6.
- We recommend to change the data source when calculating the index results in the POKL Manual of Indicators. The most appropriate data source, are be NFZ statistics that show the number of health care units, which signed a contract for hospital treatment - concerning Project 5. and 6.
- In order to measure with precision the POKL Measure 2.3. ,with respect to the administrators of public funds, we recommend to consider to include an additional product indicator, which would show the number of administrators of public funds, who have completed training in management - concerning Project 6.

Recommendations for the Implementing Body

- We recommend to omit the mentioned indicator in the application for the project funding, as it measures effects which are outside the project. The indicator suggests that, in addition to 24 000 nurses and midwives, which will conduct bridging studies in the framework of the project, bridging studies in the framework of POKL included an additional 12 000 people. This is contrary to reality (increase in the number of nurses who have completed studies in the bridge project is monitored by the *rate of completion of studies in the framework of Priority II PO KL by 24 000 nurses and midwives*) - concerning Project 3.
- The Implementing Body should consider the possibility of introducing a system in the framework of the project, which would enable doctors participating in the project, who for various reasons, took part in unsupported courses, to obtain reimbursement of the costs of these courses from the budget of the project (a possibility to achieve the indicator) - concerning the Project 4.
- We recommend continuing the efforts to change regulations concerning the practice of occupational medicine physicians. The goal of the changes should be defined as *increasing the attractiveness of the specialty*. If there is no possibility of implementation in the legislation it would be appropriate to undertake negotiations with the EC in order to reduce the required number of doctors in occupational medicine, who completed a full cycle of specialization courses - concerning Project 4.
- A thorough analysis of organizational capacity of the Beneficiary should be conducted. This should show the achievement of indicators, particularly the outcome indicator. It is also necessary to analyze the impact of the project on the ability of the Beneficiary to carry out re-accreditation of hospitals that currently have accreditation and did not qualify to participate in the project - concerning the Project 5.

Recommendations for the System Beneficiary

- It is necessary to intensify work on developing a electronic database - concerning the Project 3.

- We recommend intensifying efforts to recruit people for positions related to the monitoring of bridging study - concerning Project 3.
- We recommend not to use the indicator mentioned in the application for the co-financing the project, as it measures effects which are outside the project. The indicator suggests that besides the 24 000 nurses and midwives, which will carry bridging studies within the framework of the project, bridging studies within the framework of POKL included an additional 12 000 people. This is contrary to reality (increase in the number of nurses who have completed bridging studies within the framework of project is monitored by the bridging studies completion indicator within the framework of Priority II KL by 24 000 nurses and midwives) - concerning Project 3.
- It's important to consider the possibility of introducing a system within the framework of project, which would enable doctors participating in the project, who for various reasons have participated in courses that were not covered by the support, to obtain reimbursement of the cost of these courses from the project budget - concerning Project 4.
- The indicator appears to be too broadly formulated in relation to the Specific objective No 3, in which the achievement is measured. It is therefore recommended to make by the Beneficiary changes in the indicator so as to take account of the number of people who completed the full course of specialization divided into three specialties -concerning Project 4.
- It's important to carry thorough analysis of organizational capacity of the Beneficiary for the achievement indicators, particularly outcome indicator – concerning Project 5.
- We recommend the continuation of the promotional measures aimed at rewarding hospitals with accreditation at the signing of the contracts with the NFZ - concerning Project 5.
- We recommend to carry out a detailed analysis of the schedule of accreditation visits, to obtain the expected indicators – concerning Project 5.
- The Beneficiary should develop a detailed timetable for the project, in which information about the planned extent of achievement of the indicators on the project level in each month of its implementation should be included – concerning Project 6.
- In the indicator contained in the application for the co-financing (paragraph 3.4) it is likely that by mistake there was no information to which categories of the ultimate Beneficiaries (200 people who will participate in training) should belong - concerning Project 6.

6.4.Scenariusz rozmowy z przedstawicielem Instytucji Pośredniczącej II Stopnia

1. Proszę w kilku zdaniach opisać jak wygląda **proces monitorowania wskaźników** produktu i rezultatu w danym projekcie? Jak wygląda proces monitorowania adekwatnych wskaźników na poziomie Działania 2.3.?

Jakie wskaźniki są mierzone? Kto uczestniczy w całym procesie? Skąd pochodzą dane? Gdzie gromadzone są dane?

2. Czy Pani/Pana zdaniem **wskaźniki produktu** odnoszą się do danego projektu/Działania 2.3. oraz są precyzyjnie wyrażone w jednostkach fizycznych?. Czy **wskaźniki rezultatu** odnoszą się do bezpośredniego efektów działań podjętych w ramach projektu/Działania 2.3.?

3. Czy Pani/Pana zarówno na poziomie projektu, jak i na poziomie Działania 2.3. wskaźniki produktu i rezultatu są **spójne i powiązane logicznie**?

Czy jasno widać, że wskaźniki rezultatu wynikają bezpośrednio ze wskaźników produktu? Czy nie ma wewnętrznej sprzeczności między wskaźnikami rezultatu a wskaźnikami produktu?

4. W jakim stopniu **wskaźniki** projektu/Działania 2.3. pozwalają na pomiar jego rzeczywistych efektów oraz postępów w jego realizacji?

5. Czy pojawiły się **wątpliwości interpretacyjne** co do zakresu i sposobu pomiaru wskaźnika, zarówno na poziomie projektu jak i na poziomie Działania 2.3.? Jakich obszarów one dotyczyły?
6. Jak Pani/Pan ocenia **użyteczność wskaźników** do monitorowania postępów zarówno w realizacji projektu jak i Działania 2.3.?
7. Czy Pani/Pana zdaniem wybrane wskaźniki są adekwatne do założonego celu interwencji zarówno na poziomie projektu jak i Działania 2.3.? Czy w sposób precyzyjny odnoszą się do założonych celów?
8. Czy posiada Pani/Pan wiedzę o tym, jakimi wskaźnikami, poza wpisanymi do wniosku o dofinansowanie, posługuje się Beneficjent w celu **mierzenia postępów** w realizacji projektu?

Mogą to być np. statystyki uczestnictwa w kursach, statystyki osób zapisanych na kursy, statystyki ocen z egzaminów. Są one zapewne gromadzone, ale czy wykorzystuje się je pod kątem mierzenia postępów w projekcie?

9. W jaki jeszcze inny sposób można by było Pani/Pana zdaniem **efektywnie monitorować** postępy w realizacji omawianego projektu? Jakie wskaźniki można by było użyć w tym celu i co byłoby ich źródłem?

Czy wszystkie działania w ramach projektu przebiegają ze sobą równolegle czy też projekt jest skonstruowany tak że nie można rozpocząć danej fazy projektu przez rozpoczęciem poprzedniej?

10. Czy Beneficjent przesyła informacje o postępach w osiąganiu zakładanych wskaźników? Jeśli tak to jak często?

W jakiej formie Beneficjent informuje o postępach w osiąganiu wskaźników – czy np. przy wniosku o płatność, czy też w innej korespondencji, rozmowach.

11. Czy Pani/Pana zdaniem **częstotliwość** pomiaru wskaźników realizacji zarówno projektu, jak i Działania 2.3. jest wystarczająca? Co można byłoby zmienić, ulepszyć w tym zakresie?

12. W jakim stopniu wskaźniki zapisane we wniosku o dofinansowanie odzwierciedlają **osiągnięcie celów projektu**? W jakim stopniu wskaźniki realizacji Działania 2.3. odzwierciedlają **osiągnięcie celów szczegółowych Priorytetu II**?

13. Jakie jeszcze **inne wskaźniki**, poza zamieszczonymi we wniosku projektu/PO KL powinny być mierzone podczas ewaluacji projektu/Działania 2.3. tak aby ewaluacja ta weryfikowała użyteczność efektywność, skuteczność i trwałość projektu? Jakie powinny być źródła tych wskaźników?

14. Z jakimi **trudnościami** mierzy się według Pani/Pana wiedzy Beneficjent, przy pozyskiwaniu danych do wskaźników? Na jakie trudności może napotkać w przyszłości?

15. Czy w harmonogramie realizacji projektu wystąpiły jakieś **opóźnienia**? Jakie były ich przyczyny? Jaki może być ich wpływ na osiągnięcie wskaźników Działania 2.3.?

Jeśli tak, to jak Państwo planują przeciwdziałać ich ponownemu wystąpieniu w przyszłości?

16. Czy spodziewają się Państwo w przyszłości jakichś **trudności z realizacją projektu** zgodnie z harmonogramem? W jakich obszarach projektu mogą one wystąpić? Jaki może być ich wpływ na osiągnięcie wskaźników Działania 2.3.?

Co może być ich przyczyną? Jak można im przeciwdziałać?

17. Jak na podstawie dotychczasowych doświadczeń przy realizacji projektu ocenia Pani/Pan szanse na osiągnięcie **wartości docelowych** wskaźników projektu oraz Działania 2.3. przy obecnej ilości środków finansowych przeznaczonych na realizację projektu?

W jakich kategoriach wydatków mogą być największe problemy? Jakie mogą być ich przyczyny? W jaki sposób można będzie im przeciwdziałać lub ograniczyć ich negatywne skutki?

18. Czy są jeszcze Pani/Pana zdaniem jakieś inne **obszary ryzyka** dla realizacji projektu? Jakie to obszary? Jakie są lub mogą być Pani/Pana zdaniem źródła wystąpienia tych czynników ryzyka? Jak duże jest prawdopodobieństwo wystąpienia danych czynników?

Czynniki, które należy wziąć przede wszystkim pod uwagę to płynność finansowa, zarządzanie projektem, potencjał organizacyjny (ludzie, zasoby), stosunek Beneficjentów, relacje z bezpośrednimi interesariuszami (dostawcy, partnerzy), zmiany w przepisach prawa, zmiany w kursie euro. Które z czynników ryzyka mogą stanowić największe zagrożenie dla osiągnięcia wskaźników produktu i rezultatu projektu?

19. Które z czynników ryzyka mogą stanowić największe **zagrożenie** dla osiągnięcia wskaźników produktu i rezultatu projektu oraz Działania 2.3.?

20. Jakie **czynniki ryzyka**, mogą w istotny sposób wpływać na utrzymanie **trwałości wskaźników** rezultatu projektu oraz Działania 2.3.?

Przykład: wyjazd wielu lekarzy posiadających specjalizację, może wpłynąć negatywnie na osiągnięcie wskaźnika projektu w ramach Działania 2.3.2.

21. W jaki sposób można **przeciwdziałać** pojawieniu się wspomnianych w pkt. 25-27 czynników ryzyka, oraz **ograniczyć lub wyeliminować** negatywne skutki ich wystąpienia? Jakie działania podejmuje Państwo w tym kierunku?

22. Czy wybrane wskaźniki rezultatu pozwalają na precyzyjną ocenę **długofalowych skutków** realizacji projektu oraz Działania 2.3.?

6.5. Scenariusz rozmowy z przedstawicielem Beneficjenta projektu systemowego

1. Proszę w kilku zdaniach opisać jak wygląda **proces monitorowania wskaźników** produktu i rezultatu, zamieszczonych we wniosku o dofinansowanie?

Jakie wskaźniki są mierzone? Kto uczestniczy w całym procesie? Skąd pochodzą dane? Gdzie gromadzone są dane?

2. Czy Pani/Pana zdaniem **wskaźniki produktu** odnoszą się do danego projektu oraz są precyzyjnie wyrażone w jednostkach fizycznych? Czy **wskaźniki rezultatu** odnoszą się do bezpośredniego efektów działań podjętych w ramach projektu?

3. Czy Pani/Pana zdaniem wskaźniki produktu i rezultatu są **wzajemnie spójne i powiązane logicznie**?

Czy jasno widać, że wskaźniki rezultatu wynikają bezpośrednio ze wskaźników produktu? Czy nie ma wewnętrznej sprzeczności między wskaźnikami rezultatu a wskaźnikami produktu?

4. W jakim stopniu wskaźniki produktu pozwalają na **pomiar jego rzeczywistych efektów** oraz postępów w jego realizacji?

Czy rzeczywiście wskaźniki pokazują całość efektów projektu, czy może są obszary, które nie są monitorowane a generują efekty, które warto byłoby mierzyć?

5. Czy pojawiły się **wątpliwości interpretacyjne** co do zakresu i sposobu pomiaru wskaźnika? Jakich obszarów one dotyczyły?

Przykład: Czy Beneficjent uwzględnił przy definiowaniu wskaźników jakieś grupy Beneficjentów, które ostatecznie nie mogły zostać uwzględnione?

6. Jak Pani/Pan ocenia **użyteczność wskaźników** do monitorowania postępów w realizacji projektu?

7. Czy poza wskaźnikami produktu wpisanymi do wniosku o finansowanie wykorzystują Państwo jakieś **inne wskaźniki** do mierzenia postępów w realizacji projektu? Jeśli tak to jakie? Czy ich pomiar odbywa się od początku realizacji projektu?

Mogą to być np. statystyki uczestnictwa w kursach, statystyki osób zapisanych na kursy, statystyki ocen z egzaminów. Są one zapewne gromadzone, ale czy wykorzystuje się je pod kątem mierzenia postępów w projekcie?

8. W jaki jeszcze **inny sposób** można by było, Pani/Pana zdaniem, efektywnie monitorować postępy w realizacji projektu? Jakie wskaźniki można by było użyć w tym celu i co byłoby ich źródłem?

9. Czy Państwa projekt jest podzielony na **chronologiczne etapy**? Jeśli tak, to jaka jest długość poszczególnych etapów?

*Czy wszystkie działania w ramach projektu przebiegają ze sobą równolegle czy też projekt jest skonstruowany tak, że nie można rozpocząć danej fazy projektu przed rozpoczęciem poprzedniej? **W przypadku odpowiedzi przeczącej przejdź do pytania nr 13.***

10. Po czym Państwo poznają, że dany etap się zakończył? Co jest wskaźnikiem zakończenia danego etapu?

11. Czy któryś z wymienionych etapów projektu został już ukończony? Czy osiągnęli Państwo zakładane wskaźniki na danym etapie?

Czy były jakieś problemy z osiągnięciem tych wskaźników? Co było ich przyczyną? Jak sobie Państwo z nimi poradzili? Jeśli nie osiągnęli Państwo wspomnianych wskaźników, to co było tego przyczyną? Jak można przeciwdziałać takim sytuacjom w przyszłości?

12. Jaka jest zakładana wartość wskaźników na koniec każdego z następujących etapów?

13. Na jakiej podstawie określają Państwo obecnie **zdolność do osiągnięcia wskaźników na koniec projektu**? Czy wskaźniki są osiągane proporcjonalnie w czasie, czy też początkowa faza realizacji projektu nie przewiduje osiągnięcia wskaźników. W tym drugim przypadku, jak Państwo oceniają zdolność do osiągnięcia tych wskaźników?

Czy można wyróżnić tzw. Kamienie milowe w projekcie, czyli kluczowe wydarzenia w projekcie, np. zakończenie pisania programów profilaktycznych, zakończenie naboru na kursy itp. Czy zasadne byłoby monitorowanie wskaźników na etapie osiągnięcia poszczególnych kamieni milowych ?

14. W jakim stopniu wskaźniki rezultatu zapisane we wniosku odzwierciedlają **osiągnięcie celów** projektu?

15. Jakie jeszcze **inne wskaźniki rezultatu**, poza zamieszczonymi we wniosku powinny być mierzone podczas ewaluacji projektu, tak aby ewaluacja ta weryfikowała użyteczność efektywność, skuteczność i trwałość projektu? Jakie powinny być źródła tych wskaźników?
16. Jakie są największe **trudności przy pozyskiwaniu danych** do wskaźników? Czy w którejś z faz realizacji projektu trudności te były, są lub będą większe niż w innych fazach?
17. W jaki sposób Państwo radzą sobie z tymi trudnościami? **Co można byłoby usprawnić**, aby proces zbierania danych był łatwiejszy?
18. Kto zajmuje się u Państwa **monitoringiem** wskaźników projektu? Jakie są pozostałe obowiązki tej osoby? Jaką część czasu pracy tej osoby zajmuje pozyskiwanie danych do wskaźników?
- Czy Państwa zdaniem zbieranie wskaźników nie jest zbyt czasochłonne? Czy można byłoby usprawnić ten proces?*
19. Jakie **zasoby** wykorzystują Państwo do zbierania danych do monitoringu wskaźników projektu?
- Chodzi np. o urządzenia techniczne, oprogramowanie komputerowe.*
20. Jakie są **koszty** finansowe uzyskiwania danych dotyczących wskaźników?
21. W jaki sposób można byłoby Pani/Pana zdaniem **zoptymalizować koszty** pozyskiwania danych do wskaźników?
22. Czy w harmonogramie realizacji projektu wystąpiły jakieś **opóźnienia**? Jeśli tak, to jakie były ich przyczyny?
- Jeśli tak, to jak Państwo planują przeciwdziałać ich ponownemu wystąpieniu w przyszłości?*
23. Czy spodziewają się Państwo w przyszłości jakichś trudności z realizacją projektu zgodnie z harmonogramem? Jeśli tak, to w jakich obszarach projektu mogą one wystąpić?
- Co może być ich przyczyną? Jak można im przeciwdziałać?*
24. Jak na podstawie dotychczasowych doświadczeń przy realizacji projektu ocenia Pani/Pan szanse na osiągnięcie **wartości docelowych** wskaźników przy obecnej ilości środków finansowych przeznaczonych na realizację projektu?
- W jakich kategoriach wydatków mogą być największe problemy? Jakie mogą być ich przyczyny? W jaki sposób można będzie im przeciwdziałać lub ograniczyć ich negatywne skutki? Czy wzrost kosztów wynagrodzeń w kolejnych latach realizacji projektu może skutkować problemami z osiągnięciem wskaźników. Czy budżet projektu uwzględni wzrost kosztów?*
25. Czy są jeszcze Pani/Pana zdaniem jakieś inne **obszary ryzyka** dla realizacji projektu? Jakie to obszary? Jak są lub mogą być Pani/Pana zdaniem źródła wystąpienia wspomnianych czynników ryzyka? Jak duże jest prawdopodobieństwo wystąpienia danych czynników?
- Czynniki, które należy wziąć przede wszystkim pod uwagę to **płynność finansowa, zarządzanie projektem, potencjał organizacyjny (ludzie, zasoby), stosunek Beneficjentów, relacje z bezpośrednimi interesariuszami (dostawcy, partnerzy). zmiany w przepisach prawa, zmiany w kursie euro.***
26. Które z czynników ryzyka mogą stanowić największe **zagrożenie** dla osiągnięcia wskaźników produktu i rezultatu projektu?

27. Jakie **czynniki ryzyka**, mogą w istotny sposób wpływać na utrzymanie **trwałości wskaźników** rezultatu projektu?

Przykład: wyjazd wielu lekarzy posiadających specjalizację, może wpłynąć negatywnie na osiągnięcie wskaźnika projektu w ramach Działania 2.3.2.

28. W jaki sposób można **przeciwdziałać** pojawieniu się wspomnianych w pkt. 25-27 czynników ryzyka, oraz **ograniczyć lub wyeliminować** negatywne skutki ich wystąpienia? Jakie działania podejmuje Państwo w tym kierunku?
29. Czy wybrane wskaźniki rezultatu pozwalają na ocenę **długofalowych skutków** realizacji projektu?

6.6. Lista przedstawicieli Departamentu Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych w Ministerstwie Zdrowia (IP2) wytypowana przez Zamawiającego do uczestnictwa w wywiadach indywidualnych

1. **Małgorzata Zadorożna** – Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL.
2. **Aleksandra Bednarska** – obsługa finansowa projektów realizowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Departament Pielęgniarek i Położnych.
3. **Krzysztof Górski** – osoba odpowiedzialna za nadzór projektów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. **Anna Osadzińska** – osoba odpowiedzialna za nadzór nad projektami Instytutu Medycyny Pracy.
5. **Anna Pisarek** – osoba odpowiedzialna za obsługę finansową projektów realizowanych przez Instytut Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera w Łodzi oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.
6. **Dorota Socha** – osoba odpowiedzialna za nadzór nad projektami Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

6.7. Lista przedstawicieli Beneficjentów projektów systemowych, rekomendowana przez Zamawiającego do uczestnictwa w wywiadach indywidualnych

1. **Instytut Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera w Łodzi**
 - Zofia Łącka – Zastępca Dyrektora IMP, odpowiedzialna za realizację projektów,
 - Jolanta Walusiak – Kierownik Projektów,
2. **Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia:**
 - Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu – Kierownik Projektu,
 - Ewa Majsterek – Specjalista ds. Monitorowania i Sprawozdawczości,
3. **Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego:**
 - Prof. Joanna Jędrzejczak – Dyrektor CMKP,
 - Jadwiga Słowińska – Szrednicka – Zastępca Dyrektora CMKP ds. Dydaktycznych,
 - Marcin Janocha – kierownik projektu,

4. **Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie:**

- Jerzy Hennig – Dyrektor CMJK,
- Aleksandra Banaszewska – Kierownik Projektu,

5. **Narodowy Fundusz Zdrowia**

- Jacek Grabowski – Zastępca prezesa NFZ,
- Katarzyna Wiktorzak – Kierownik Projektu,
- Anna Jęczmyk – Koordynator.

6.8. Lista dokumentów objętych badaniem

- na poziomie strategicznym:
 - Odnowiona Strategia Lizbońska,
 - Strategia Rozwoju Kraju,
 - Narodowa Strategia Spójności,
 - Krajowy Program Reform na lata 2008-2011;
 - Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.),
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2005 r. Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.),
 - Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 1996 r. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.),
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2004 r. Nr 110, poz. 1170 z późn. zm.),
 - Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.),
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.),
 - Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej,
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2004 nr 169 poz. 1781),
- na poziomie zarządzania:
 - Program Operacyjny Kapitał Ludzki (PO KL),
- na poziomie wdrażania:
 - Szczegółowy Opis Priorytetów PO KL,
 - Plan Działania dla Priorytetu II na lata 2007-2008 oraz na rok 2009,
 - Zatwierdzone wnioski o dofinansowanie projektów w ramach Działania 2.3. PO KL,
 - System Realizacji PO KL,
 - Podręcznik wskaźników Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013,
 - Opis Systemu Zarządzania i Kontroli,
 - Dokumenty wewnętrzne MZ przydatne z punktu widzenia realizacji celów badania,
 - Sprawozdanie z realizacji Działania 2.3. za rok 2007 i 2008.

6.9. Szczegółowy opis realizowanych projektów

Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych przystosowanych do potrzeb poszczególnych grup pracowników/grup zawodowych, w szczególności ukierunkowanych na redukcję występowania chorób zawodowych (pilotażowe wdrożenie wybranych programów)” (Poddziałanie 2.3.1.)

Opis Beneficjenta

Instytut Medycyny Pracy zajmuje się prowadzeniem działalności leczniczej, badań naukowych oraz prac usługowo-badawczych i ekspertyzowych w zakresie szeroko rozumianej medycyny pracy. Odpowiada również za kształcenie podyplomowe z zakresu medycyny pracy, higieny pracy, zdrowia publicznego, organizacji, zarządzania i ekonomiki w opiece zdrowotnej oraz ubezpieczeń zdrowotnych. Do zadań IMP należy również prowadzenie działalności edukacyjnej i informacyjnej w zakresie profilaktyki chorób zawodowych. Instytut zajmuje się również przeprowadzaniem ekspertyz, analiz oraz opracowywaniem merytorycznych założeń do aktów legislacyjnych na zlecenie Ministra Zdrowia.

Opis projektu

Celem projektu jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących, poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.

Wsparciem objęte zostaną grupy pracowników szczególnie narażone na oddziaływanie czynników wywołujących choroby zawodowe, charakteryzujące się wysokim współczynnikiem zapadalności. Projekt obejmuje wytypowanie chorób zawodowych, na których redukcję występowania nakierowane będą programy profilaktyczne. Wybór oparty będzie o analizę danych dotyczących najczęściej występujących chorób zawodowych, a także analizę celowości programu profilaktycznego. Równocześnie zostaną zidentyfikowane grupy zawodowe, do których skierowane będą programy. W efekcie zostaną opracowane kompleksowe programy profilaktyczne. Wybrane programy, adresowane do poszczególnych grup zawodowych, zostaną objęte wdrożeniem pilotażowym.

Wartość projektu wynosi 5 552 880,01 PLN, natomiast wartość środków przyznanych z Europejskiego Funduszu Społecznego wynosi 4 719 948,01 PLN (85% wartości projektu). Projekt zostanie zakończony w 2013 roku.

Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy określonych grup pracowników/grup zawodowych ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi, oraz/lub osób po długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy (pilotażowe wdrożenie wybranych programów)” (Poddziałanie 2.3.1.)

Opis Beneficjenta

Jw.

Opis projektu

Projekt ma na celu umożliwienie podjęcia aktywności zawodowej osobom ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi lub po długotrwałej niezdolności do pracy, spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy.

Wsparcie skierowane jest do osób, u których orzeczono niezdolność do pracy spowodowaną chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy, jak również do osób, u których stwierdzono chorobę zawodową, lub orzeczono niezdolność do pracy, jednak nie orzeczono prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Projekt przewiduje opracowanie kompleksowych programów powrotu do pracy. W pierwszej fazie zostaną wytypowane choroby zawodowe oraz choroby pośrednio związane z warunkami pracy, będące przyczynami niemożności podjęcia pracy zawodowej. Na podstawie analizy zostaną wytypowane najczęściej występujące spośród wspomnianych chorób. W odniesieniu do nich zostaną opracowane programy powrotu do pracy.

Równocześnie zostaną wybrane grupy zawodowe, do których skierowane będą działania pomocowe. Wybrane programy zostaną objęte wdrożeniem pilotażowym.

Wartość projektu wynosi 1 697 779,06 PLN, z czego 1 443 112,20 PLN (85%) stanowią środki z Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt zostanie zakończony w 2013 roku.

Tytuł projektu: „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” (Poddziałanie 2.3.2.)

Opis Beneficjenta

Departament Pielęgniarek i Położnych - Ministerstwo Zdrowia, pełni nadrzędną rolę w inicjowaniu, opiniowaniu i wdrażaniu nowych rozwiązań systemowych w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych. Do zadań Departamentu należy współpraca z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego w zakresie limitów przyjęć na studia - kierunku pielęgniarstwo i położnictwo oraz w zakresie kształcenia podyplomowego. Departament Pielęgniarek i Położnych odpowiada także za współpracę z podmiotami zewnętrznymi w sprawach dotyczących zawodów pielęgniarki i położnej. Ponadto prowadzi sprawy dotyczące przeddyplomowego i podyplomowego kształcenia pielęgniarek i położnych, w tym funkcjonowania systemów tego kształcenia. Departament współpracuje z Ministrem Edukacji Narodowej zakresie opracowywania podstaw programowych i minimum programowych kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej.

Opis projektu

Projekt obejmuje uruchomienie studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych. Wsparciem w ramach projektu objęte zostały pielęgniarki i położne posiadające świadectwo dojrzałości, będące absolwentami: pięcioletnich liceów medycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwu i pół-letnich oraz trzyletnich medycznych szkół zawodowych. W pierwszym roku wdrażania projektu zostanie umożliwione rozpoczęcie studiów przez min. 2700 pielęgniarek i położnych, przy czym wysokość współfinansowania kosztów pojedynczego semestru ze środków EFS zostanie skalkulowana tak, by umożliwić jak największej liczbie osób uczestnictwo w projekcie. Wykonawcami projektu są uczelnie prowadzące studia pomostowe, posiadające akredytację oraz przyznane przez Ministerstwo Zdrowia limity miejsc na studiach pomostowych. Przepływ środków w ramach projektu następował będzie pomiędzy beneficjentem systemowym a uczelniami. Projekt przewiduje również przeprowadzenie szerokiej kampanii informacyjnej adresowanej do przedstawicieli grup docelowych.

Wartość projektu wynosi 179 607 929,82 PLN, z czego 152 666 740,35 PLN (85%) pochodzi z Europejskiego Funduszu Społecznego. Zakończenie projektu nastąpi w 2015 roku.

Tytuł projektu: „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy” (Poddziałanie 2.3.2)

Opis Beneficjenta

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego pełni wiodącą rolę w systemie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. CMKP koordynuje organizację kursów specjalizacyjnych zgodnie z wymogami odpowiednich specjalizacji oraz liczbą i rozmieszczeniem regionalnym lekarzy odbywających specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny. Poza tym do zadań CMKP należy gromadzenie i rozpowszechnianie informacji o podmiotach prowadzących określonego rodzaju kursy specjalizacyjne oraz prowadzenie rejestru lekarzy odbywających specjalizację.

Opis projektu

Celem projektu jest wsparcie części teoretycznej kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach kardiologii, medycyny pracy i onkologii, co według założeń Beneficjenta przełoży się na wzrost liczby specjalistów, a tym samym na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych i poprawy stanu zdrowia osób pracujących.

Projekt zakłada objęcie wsparciem lekarzy kwalifikujących się do uczestnictwa w procesie kształcenia specjalizacyjnego z zakresu kardiologii, szeroko rozumianej onkologii (onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej) oraz medycyny pracy. Beneficjent przewiduje ukończenie pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych określonych programem specjalizacji przez łącznie 1077 lekarzy. Powyższy rezultat zostanie osiągnięty poprzez zorganizowanie przez CMKP, przy częściowym zleceniu realizacji innym podmiotom, kursów odpowiadających potrzebom nowoczesnego i efektywnego kształcenia w przedmiotowych dziedzinach deficytowych. Lekarze uczestniczący w kursach specjalizacyjnych finansowanych ze środków EFS będą mogli otrzymywać częściową refundację kosztów związanych z uczestnictwem w projekcie.

Wartość projektu wynosi 139 982 658,80 PLN, z czego 118 985 259,98 PLN (85%) pochodzi ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt zostanie zakończony w 2015 roku.

Tytuł projektu: „Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej” (Poddziałanie 2.3.3.)

Opis Beneficjenta

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia powołane zostało przez Ministra Zdrowia w 1994 roku, w celu inspirowania oraz wspierania działań zmierzających do poprawy jakości usług medycznych świadczonych przez placówki służby zdrowia. Do głównych zadań Centrum należy przeprowadzanie i doskonalenie procesu akredytacji placówek opieki zdrowotnej. Działający w CMJ Ośrodek Akredytacyjny realizuje Program Akredytacji Szpitali, w ramach którego niezależni wizytatorzy dokonują oceny akredytacyjnej w oparciu o publicznie znany zestaw standardów. CMJ zajmuje się też monitorowaniem wskaźników jakości świadczeń zdrowotnych, m.in. w oparciu o badanie satysfakcji pacjenta wskaźniki medyczne oraz wskaźniki dotyczące warunków pobytu pacjentów w placówkach ochrony zdrowia. Działalność w tym zakresie realizowana jest przez Ośrodek Konsultacyjno-Szkoleniowy. Ponadto zadaniem Centrum jest ocena jakości świadczeń wysokospecjalistycznych. W ramach swojej działalności CMJ prowadzi również szkolenia w zakresie zarządzania jakością w placówkach ochrony zdrowia. Szkolenia adresowane są do pracowników zakładów opieki zdrowotnej przez Ośrodek Konsultacyjno-Szkoleniowy.

Opis projektu

Celem głównym projektu jest podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu akredytacji, prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i doprowadzenie do zwiększenia liczby szpitali akredytowanych.

Do grupy docelowej projektu należą zakłady opieki zdrowotnej, w szczególności szpitale, posiadające umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z innych tytułów. W ramach projektu CMJ planuje przeprowadzenie procedury akredytacyjnej w odpowiednio przygotowanych do tego procesu zakładach opieki zdrowotnej. W ramach projektu są przeprowadzane kursy dotyczące uzyskiwania certyfikatów akredytacyjnych oraz działań wspomagających prowadzenie procedury akredytacyjnej. Projekt zakłada również rekrutację i szkolenie wizytatorów i liderów procesu akredytacji. Do działań projektowych zaliczyć można również kampanię informacyjną na temat systemu akredytacji.

Wartość projektu wynosi 6 839 468 PLN. Wsparcie ze strony Europejskiego Funduszu Społecznego wynosi 5 813 547,80 PLN (85%). Zakończenie projektu planowane jest na 2014 rok.

Tytuł projektu: „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ” (Poddziałanie 2.3.3.)

Opis Beneficjenta

Narodowy Fundusz Zdrowia zarządza środkami pochodzącymi z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, z których finansowane są świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym oraz refundowane leki. W tym celu NFZ analizuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz jakość oferowanych usług, przeprowadza konkursy ofert oraz zawiera umowy na wykonywanie świadczeń medycznych z placówkami ochrony zdrowia. NFZ odpowiada także za wdrażanie oraz realizację programów zdrowotnych oraz zajmuje się prowadzeniem Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Opis projektu

Głównym celem projektu jest przygotowanie kadry stosującej system Jednorodnych Grup Pacjentów, w zakresie użytkowania i wykorzystania systemu do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia.

Grupą docelową projektu jest kadra zarządzająca szpitalami, które posiadają umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Do grupy docelowej zaliczają się również dysponenci środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadra zarządzająca NFZ.

Projekt zakłada realizację szkoleń, mających na celu podniesienie kompetencji w zakresie zarządzania z użyciem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Poza tym projekt przewiduje przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjnej na temat systemu Jednorodnych Pacjentów (JGP), jako narzędzia do oceny produktywności szpitali, rozliczania i oceny jakości opieki szpitalnej.

Wartość projektu wynosi z 3 717 966,60 PLN z czego 3 160 271,61 PLN (85%), pochodzi ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt realizowany będzie do końca 2010 roku.

6.10. Wskaźniki na poziomie Poddziałania i Projektu

Projekt I - Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych

Celem Poddziałania 2.3.1. jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów).

Wskaźnik produktu

Liczba programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy w ramach Działania.

Wartość bazowa: 0

Wartość docelowa: 10

Częstotliwość pomiaru: półrocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik produktu mierzy liczbę programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy, które zostały opracowane w ramach Działania. Opracowanie danego programu jest rozumiane jako przygotowanie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej.

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent systemowy.

Wskaźnik rezultatu

Odsetek chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy.

Wartość bazowa: 0%

Wartość docelowa: 38%

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik rezultatu liczony jest jako relacja liczby chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy w stosunku do ogólnej liczby chorób zawodowych, które zostały wykazane w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych wg jednostek chorobowych w danym roku. Baza danych o chorobach zawodowych opracowywana jest przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi (Beneficjent systemowy projektu).

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent Systemowy w ramach wniosku o płatność.

Wskaźniki na poziomie projektu

Celem głównym projektu jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie 7 kompleksowych programów profilaktycznych z zakresu:

- *ochrony słuchu,*
- *chorób skóry,*
- *chorób alergicznych,*
- *chorób zakaźnych lub pasożytniczych,*
- *chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,*
- *chorób układu krążenia,*
- *zagrożeń psychospołecznych*
- *oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.*

Cele szczegółowe to:

- *identyfikacja czynników zawodowych, mających wpływ na ryzyko wystąpienia i rozwoju chorób zawodowych oraz identyfikacja grup ryzyka,*
- *usprawnienie procedur wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy,*
- *określenie i ujednoczenie standardów postępowania w profilaktyce zgodnie z polityką zdrowotną Komisji Europejskiej i Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015,*
- *podniesienie świadomości zdrowotnej pracujących i wypracowanie odpowiednich zachowań prozdrowotnych w miejscu pracy,*
- *podniesienie wiedzy i kwalifikacji zawodowych lekarzy sprawujących opiekę profilaktyczną, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP w zakresie wczesnego diagnozowania i profilaktyki oraz minimalizacji zagrożeń,*
- *opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych.*

Rezultaty twarde projektu:

- opracowanie 7 kompleksowych programów profilaktycznych obejmujących 10 chorób zawodowych i 2 związanych z wykonywaną pracą,
- sporządzenie 7 raportów z wynikami badań i analiz,
- wypracowanie 7 modelowych programów profilaktycznych,
- utworzenie Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego,
- opracowanie 14 elektronicznych materiałów informacyjnych i 7 edukacyjnych multimedialnych,
- 20 kluczowych trenerów wykształconych na 1 wielomodułowym szkoleniu warsztatowym.
- 32 psychologów przeszkolonych na 14 konferencjach szkoleniowych,
- 770 osób przeszkolonych na 14 konferencjach szkoleniowych,
- przeprowadzenie 24 spotkań edukacyjno-informacyjnych dla 700 pracowników i 100 osób uczących się,
- wdrożenie 7 kompleksowych programów profilaktycznych.

Rezultaty miękkie projektu:

- podniesienie wiedzy i kwalifikacji zawodowych lekarzy służb medycyny pracy, psychologów, pracowników PIP, PIS, BHP,
- zwiększenie świadomości pracodawców i pracowników w zakresie profilaktyki chorób zawodowych i związanych z wykonywaną pracą.

System monitoringu

System monitorowania projektu oparty jest na narzędziach monitorowania, takich jak listy obecności na szkoleniach, konferencjach, spotkaniach edukacyjno-informacyjnych, liczniku odwiedzin na stronie internetowej, w tym poszczególnych podstron programów profilaktycznych. Ponadto źródłem informacji o rezultatach miękkich są ankiety oceny prowadzonych szkoleń, konferencji szkoleniowych i spotkań edukacyjno-informacyjnych.

Projekt II -Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy

Celem Poddziałania 2.3.1. jest wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy (wdrożenie wybranych programów).

Wskaźnik produktu

Liczba programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy w ramach Działania.

Wartość bazowa: 0

Wartość docelowa: 10

Częstotliwość pomiaru: półrocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik produktu mierzy liczbę programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy, które zostały opracowane w ramach Działania. Opracowanie danego programu jest rozumiane jako przygotowanie jego pisemnej wersji w formie elektronicznej i papierowej.

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent systemowy.

Wskaźnik rezultatu

Odsetek chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy.

Wartość bazowa: 0%

Wartość docelowa: 38%

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik rezultatu liczony jest jako relacja liczby chorób zawodowych, dla których opracowano programy profilaktyczne oraz programy wspierające powrót do pracy w stosunku do ogólnej liczby chorób zawodowych, które zostały wykazane w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych wg jednostek chorobowych w danym roku. Baza danych o chorobach zawodowych opracowywana jest przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi (Beneficjent systemowy projektu).

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent Systemowy w ramach wniosku o płatność.

Wskaźniki na poziomie projektu

Celem głównym projektu jest umożliwienie podjęcia aktywności zawodowej osób ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi lub po długotrwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobami pośrednio związanymi z warunkami pracy poprzez opracowanie 3 kompleksowych programów dla 3 grup chorób zawodowych:

- chorób narządu głosu,
- pylic,
- chorób alergicznych (tj. astmy oskrzelowej, alergicznego nieżytu nosa i spojówek, kontaktowego zapalenia skóry, pokrzywki, obrzęku naczynioruchowego i wstrząsu analitycznego)

oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.

Cele szczegółowe projektu to:

- rozpoznanie uwarunkowań zdrowotnych, psychicznych oraz socjologicznych uniemożliwiających lub utrudniających powrót do pracy,
- rozpowszechnienie tej wiedzy wśród 80 lekarzy służby medycyny pracy oraz 30 lekarzy orzeczników i 30 pracowników PUP,
- zwiększenie samooceny i motywacji osób nieaktywnych zawodowo do podejmowania rehabilitacji umożliwiającej powrót do pracy,
- przygotowanie procedur medycznych dla przeprowadzenia intensywnej rehabilitacji głosu,
- przygotowanie wysoko wykwalifikowanej kadry terapeutów głosu,
- opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy.

Rezultaty twarde projektu :

- opracowanie 3 kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy, obejmujących 8 chorób zawodowych,
- wypracowanie modelowego programu rehabilitacji głosu,
- przygotowanie procedur medycznych dla przeprowadzenia intensywnej rehabilitacji głosu,
- opracowanie 3 elektronicznych materiałów informacyjnych i edukacyjnych,
- utworzenie Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego,
- 80 lekarzy laryngologów, foniatrów i terapeutów głosu przeszkolonych na 4 szkoleniach warsztatowych,
- 120 nauczycieli przeszkolonych na 2 konferencjach szkoleniowych,
- przeprowadzenie 1 turnusu rehabilitacyjnego dla 20 osób,
- 30 orzeczników przeszkolonych na 2 szkoleniach,
- 30 pracowników PUP przeszkolonych na 2 szkoleniach warsztatowych,
- przeprowadzenie 4 warsztatów motywacyjnych dla 48 osób,
- opracowanie 3 poradników,
- wdrożenie 2 programów.

Rezultaty miękkie projektu:

- podniesienie wiedzy i kwalifikacji zawodowych lekarzy specjalistów, lekarzy orzeczników i pracowników PUP,
- zwiększenie samooceny i motywacji osób nieaktywnych zawodowo do podejmowania rehabilitacji umożliwiającej powrót do pracy.

System monitoringu

System monitorowania projektu oparty będzie na narzędziach monitorowania, takich jak listy obecności na szkoleniach, konferencjach, warsztatach i turnusie rehabilitacyjnym, liczniki odwiedzin na stronie internetowej dotyczące poszczególnych podstron programów. Ponadto źródłem informacji o rezultatach miękkich będą ankiety prowadzone na szkoleniach, konferencjach, warsztatach i turnusie rehabilitacyjnym.

Projekt III - Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych

Celem Poddziałania 2.3.2. PO KL jest podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego.

Wskaźnik produktu

Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Działania.

Wartość bazowa: 0

Wartość docelowa: 24 000

Częstotliwość pomiaru: półrocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik mierzy liczbę pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe (otrzymały dyplom ukończenia studiów z wynikiem pozytywnym) dzięki otrzymaniu wsparcia w ramach Działania.

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent systemowy.

Wskaźnik rezultatu

Odsetek pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych.

Wartość bazowa: 0%

Wartość docelowa: 7,83%

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika:

Wskaźnik liczony jest jako relacja liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły (z wynikiem pozytywnym) studia pomostowe dzięki wsparciu w ramach Priorytetu II (dane w ujęciu narastającym) w stosunku do ogólnej liczby pielęgniarek i położnych w danym roku.

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta oraz dane własne Ministerstwa Zdrowia (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

Instytucja monitorująca: Beneficjent systemowy.

Wskaźniki na poziomie projektu

Celem ogólnym projektu jest podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych, absolwentów liceów medycznych., 2-letnich., 2,5-letnich oraz 3-letnich medycznych szkół zawodowych.

Cele szczegółowe to:

- uruchomienie studiów pomostowych dla 24 000 pielęgniarek i położnych w uczelniach prowadzących kształcenie na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo
- zwiększenie o 200 % (z 12 000 do 36 000) liczby pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach projektu, w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych

- *uzupełnienie kwalifikacji zawodowych do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa*
- *zwiększenie motywacji pielęgniarek i położnych do dalszego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i rozwoju kariery zawodowej*
- *podniesienie poziomu samooceny, poprzez uzyskanie kwalifikacji zawodowej na poziomie umożliwiającym ich automatyczne i bezwarunkowe uznanie w krajach UE*
- *zwiększenie prestiżu zawodowego i społecznego pielęgniarek i położnych*
- *zwiększenie jakości opieki pielęgniarstwiejskiej/położniczej świadczonej na rzecz społeczeństwa*
- *promocja studiów pomostowych wśród pielęgniarek i położnych.*

Rezultaty twarde projektu:

- ukończenie studiów pomostowych w ramach Priorytetu II PO KL przez 24 000 pielęgniarek i położnych,
- zwiększenie odsetka pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe w ramach Priorytetu II PO KL w ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych o 200 % (z 12 000 do 36 000),
- zorganizowanie 7 konferencji informacyjno-szkoleniowych dla 910 osób z uczelni realizujących studia pomostowe oraz ewentualnych gości,
- stworzenie bazy danych dla zarządzania projektem i uczestnikami studiów,
- przygotowanie 26 200 pakietów startowych dla studentów oraz dla celów informacyjno-promocyjnych,
- opracowanie 372 tys. sztuk materiałów informacyjno-promocyjnych.

Rezultaty miękkie projektu:

- podniesienie kwalifikacji zawodowych 24 000 pielęgniarek i położnych do poziomu licencjata,
- zwiększenie motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełnienia kwalifikacji zawodowych,
- podniesienie poziomu samooceny na gruncie zawodowym oraz społecznym,
- stworzenie możliwości awansu zawodowego i społecznego,
- zwiększenie poziomu świadomości wpływu na jakość opieki świadczonej na rzecz społeczeństwa,
- upowszechnienie informacji o studiach pomostowych dofinansowywanych z EFS w ramach PO KL, w środowisku zawodowym pielęgniarek i położnych.

System monitoringu

Beneficjent na bieżąco monitoruje i ocenia wskaźniki przede wszystkim poprzez wizytacje uczelni prowadzących studia (średnio 1 wizytacja/semestr w każdej uczelni), celem wczesnego rozpoznania ewentualnych nieprawidłowości, jak również ich eliminacji już na początkowym etapie realizacji projektu. Narzędziami weryfikacji rezultatów będą listy obecności, ankiety oceniające, sprawozdania z realizacji projektu oraz dyplomy ukończenia studiów. Proces monitorowania jest wsparty systemem informatycznym, stanowiącym bazę danych o uczestnikach projektu i działaniach realizowanych w ramach projektu.

Projekt IV - Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności

Celem Poddziałania 2.3.2. PO KL jest podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego.

Wskaźnik produktu

Liczba lekarzy deficytowych specjalizacji:

- a) onkologia
b) kardiologia
c) medycyna pracy
którzy ukończyli w ramach Działania pełen cykl kursów w ramach realizacji programu specjalizacji.

Wartość bazowa: 0

Wartość docelowa:

- a) 311
b) 404
c) 362

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika:

Liczba lekarzy z podziałem na 3 specjalności (onkologia, kardiologia, medycyna pracy), którzy ukończyli (z wynikiem pozytywnym) pełen cykl kursów w ramach danej specjalizacji.

Źródło wskaźnika: dane własne Beneficjenta systemowego.

Instytucja odpowiadająca za pomiar: Beneficjent systemowy.

Wskaźnik rezultatu

Liczba lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców, w podziale na:

- a) onkologów
b) kardiologów
c) lekarzy medycyny pracy

Wartość bazowa:

- a) 1,01
b) 5,43
c) 4,24

Wartość docelowa:

- a) 2,06
b) 8,33
c) 5,86

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika:

Wskaźnik liczony jako liczba lekarzy specjalistów (kardiolog, onkolog, lekarz medycyny pracy) przypadających na 100 tysięcy mieszkańców. Wskaźnik liczony przez Ministerstwo Zdrowia w ujęciu średniorocznym na podstawie informacji gromadzonych w ramach Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Źródło danych: Dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Instytucja monitorująca: Ministerstwo Zdrowia (Instytucja Wdrażająca).

Wskaźnik na poziomie projektu

Celem ogólnym projektu jest wsparcie kształcenia specjalistycznego lekarzy z kardiologii, onkologii i medycyny pracy, co przełoży się na wzrost liczby specjalistów, dostępność do świadczeń zdrowotnych i poprawy stanu zdrowia osób pracujących.

Cele szczegółowe to:

- podniesienie jakości kursów specjalistycznych z kardiologii, onkologii i medycyny pracy,

- *wzrost dostępności kursów poprzez dostosowanie ich liczby do potrzeb,*
- *ukończenie pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych przez co najmniej: 404 lekarzy z kardiologii, 311 z onkologii i 362 z medycyny pracy,*
- *opracowanie wysokiej jakości materiałów dydaktycznych dla uczestników kursów,*
- *promocja specjalizacji z kardiologii, onkologii i medycyny pracy wśród lekarzy i studentów medycyny,*
- *stworzenie bazy danych lekarzy uczestniczących w procesie kształcenia specjalistycznego, w celu monitorowania ich ścieżki kariery,*
- *organizacja dla kierowników specjalizacji z kardiologii, onkologii i medycyny pracy kursów aktualizujących wiedzę medyczną.*

Rezultaty twarde projektu:

- ukończenie przez min. 1077 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy,
- ukończenie przez 5870 lekarzy kursów specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy,
- wsparcie finansowe 5870 lekarzy z tytułu poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach specjalizacyjnych z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy i 1200 kierowników specjalizacji z tytułu uczestnictwa w kursach doskonalących,
- ukończenie przez 1200 kierowników specjalizacji z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy kursów aktualizujących wiedzę,
- zorganizowanie 1 705 kursów specjalizacyjnych z kardiologii, onkologii i medycyny pracy
- zorganizowanie 158 kursów aktualizujących wiedzę kierowników specjalizacji z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy,
- opracowanie i przygotowanie 51 756 egzemplarzy materiałów dydaktycznych dla lekarzy uczestniczących w kursach spec. z: kardiologii, onkologii. i medycyny pracy oraz kierowników specjalizacji z tytułu uczestnictwa w kursach doskonalących,
- uzyskanie tytułów specjalisty z: kardiologii, onkologii i medycyny pracy przez 3020 lekarzy, którzy uczestniczyli w projekcie,
- opracowanie aplikacji informatycznej służącej gromadzeniu danych i prowadzeniu ścieżki kariery uczestników.

Rezultaty miękkie projektu:

- wzrost poziomu wiedzy 5870 lekarzy uczestniczących w kształceniu specjalizacji z kardiologii, onkologii i medycyna pracy,
- wzrost szansy zdobycia tytułu specjalisty z kardiologii, onkologii i medycyny pracy,
- wzrost liczby lekarzy specjalistów na 100 tys. mieszkańców.

System monitoringu

Monitorowanie projektu będzie się odbywało na podstawie informacji z komputerowej bazy danych stworzonej przez Beneficjenta. Jakość kursów będzie mierzona na podstawie ankiet wypełnianych przez uczestników. We wniosku o dofinansowanie projektu, Beneficjent deklaruje również monitorowanie zwiększania dostępu do specjalistów na podstawie danych z NFZ odnośnie list pacjentów oczekujących na wizytę u specjalisty, informacji z wojewódzkich centrum zdrowia publicznego na temat zakończonych specjalizacji oraz innych danych z NFZ.

Projekt V - Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej

Celem Poddziałania 2.3.3. PO KL jest poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej.

Wskaźnik produktu

Liczba jednostek służby zdrowia, posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Wartość bazowa: 62

Wartość docelowa: 250

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik mierzy liczbę zakładów opieki zdrowotnej, które dzięki wsparciu w ramach projektów w Priorytecie II uzyskały akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent systemowy.

Wskaźnik rezultatu

Odsetek jednostek służby zdrowia posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Wartość bazowa: 8%

Wartość docelowa: 32%

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik liczony jako relacja liczby jednostek służby zdrowia, które posiadają akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w relacji do ogólnej liczby jednostek służby zdrowia.

Źródło danych: Wskaźnik produktu oraz dane Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

Instytucja monitorująca: Beneficjent Systemowy.

Wskaźniki na poziomie projektu

Celem głównym projektu jest uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego przez 188 zakładów opieki zdrowotnej.

Cele szczegółowe to:

- *opracowanie i przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. systemu akredytacji,*
- *przeprowadzenie kursów dotyczących uzyskiwania certyfikatów akredytacyjnych,*
- *przygotowanie i podjęcie działań wspomagających prowadzenie procedury akredytacyjnej,*
- *przeprowadzenie wizyt akredytacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej, których efektem będzie uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego.*

Rezultaty twarde projektu:

- uzyskanie przez 188 szpitali certyfikatu akredytacji, pełnej lub warunkowej,
- 180 wizyt akredytacyjnych i 8 wdrożonych pilotaży standardów akredytacyjnych,
- 180 przeszkolonych osób w ramach szkoleń dotyczących uzyskiwania certyfikatów akredytacyjnych,
- 30 przeszkolonych wizytatorów akredytacyjnych,
- opublikowany zestaw 210 standardów w 15 działach tematycznych,
- aplikacja informatyczna wspomagająca prowadzenie procedury akredytacyjnej,

- 188 raportów z wizyt akredytacyjnych, w tym 8 z pilotażu,
- 6 raportów rocznych na temat spełniania standardów przez szpitale,
- zestaw wskaźników jakości i zasady ich monitorowania w szpitalach,
- informator o akredytacji.

Rezultaty miękkie projektu:

- większa świadomość środowiska medycznego w zakresie korzyści płynących z akredytacji,
- większa wiedza w zakresie zasad prowadzenia procedury akredytacyjnej,
- zwiększenie motywacji personelu i rozwijanie inicjatyw w zakresie poprawy jakości w szpitalach akredytowanych,
- podniesienie jakości świadczeń w szpitalach z certyfikatem akredytacji CMJ.

Należy podkreślić, iż na podstawie wywiadów indywidualnych z przedstawicielami Beneficjenta systemowego oraz Instytucji Wdrażającej ustaliliśmy, że w lutym 2009 roku Beneficjent zwrócił się do Instytucji Wdrażającej z wnioskiem o wprowadzenie zmian w podanych wartościach wskaźników w następujących miejscach:

- 220 wizyty akredytacyjne i 8 wdrożonych pilotaży standardów akredytacyjnych,
- 360 przeszkolonych osób w ramach szkoleń dotyczących uzyskiwania certyfikatów akredytacyjnych,
- 40 przeszkolonych wizytatorów akredytacyjnych,
- 220 raportów z wizyt akredytacyjnych w tym 8 z pilotażu.

Obecnie wniosek jest rozpatrywany przez Instytucję Wdrażającą. Według uzyskanych przez nas informacji, zostały przyznane dodatkowe środki na realizację projektu (ok. 1 mln PLN), dzięki którym będzie możliwe osiągnięcie wyższych wskaźników.

System monitoringu

Rezultaty twarde projektu będą monitorowane na bieżąco przez osoby zarządzające projektem. W oparciu o dokumentację projektu i sprawozdawczość raz na kwartał jest dokonywane sprawdzenie zgodności osiąganych rezultatów z wartościami wskaźników założonych w projekcie, jak również wskaźników przyjętych dla Priorytetu II i wskazanych w Planie Działania.

Projekt VI - Szkolenia kadry zarządzającej szpitali oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia

Celem Poddziałania 2.3.3. PO KL jest poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej.

Wskaźnik produktu

Liczba przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia, którzy zakończyli szkolenie z zakresu zarządzania w ramach projektu

Wartość bazowa: 0

Wartość docelowa: 1500

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik mierzy liczbę przedstawicieli kadry zarządzającej w sektorze zdrowia, tj. szpitali, którzy zakończyli udział w szkoleniu w zakresie zarządzania oraz liczbę przedstawicieli dysponentów

środków publicznych w sektorze zdrowia, tj. pracowników NFZ, którzy zakończyli udział w szkoleniu.

Źródło danych: Dane własne Beneficjenta.

Instytucja monitorująca: Beneficjent systemowy.

Wskaźnik rezultatu

Odsetek jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele kadry zarządzającej zostali objęci szkoleniami z zakresu zarządzania w ramach Priorytetu

Wartość bazowa: 0%

Wartość docelowa: 50%

Częstotliwość pomiaru: rocznie

Metodologia oraz sposób pomiaru wartości wskaźnika

Wskaźnik stanowi relacja liczby jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele kadry zarządzającej ukończyli szkolenia z zakresu zarządzania w ramach Priorytetu w stosunku do ogólnej liczby jednostek służby zdrowia. Bez względu na liczbę pracowników danej jednostki służby zdrowia, którzy zakończyli udział w szkoleniu, każda jednostka powinna być liczona jednokrotnie w ramach projektu.

Źródło danych: Wskaźnik produktu oraz dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Instytucja monitorująca: Beneficjent Systemowy w ramach wniosku o płatność.

Wskaźniki na poziomie projektu

Celem głównym projektu jest przygotowanie kadry stosującej system JGP, w zakresie użytkowania i wykorzystania systemu do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia.

Cele szczegółowe to:

- *przeszkolenie 1 500 przedstawicieli kadry zarządzającej i dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia w zakresie idei funkcjonowania, obsługi i stosowania systemu JGP,*
- *przygotowanie narzędzi informatycznych wspierających edukację kadr w zakresie obsługi i stosowania systemu JGP,*
- *upowszechnienie zagadnień dotyczących systemu JGP w środowisku związanym z ochroną zdrowia.*

Rezultaty twarde projektu:

- 200 przeszkolonych w zakresie JGP oraz 1300 świadczeniodawców - w sumie 1500 osób.
- przeprowadzone trzy konferencje każda przewidziana na 200 osób,
- opracowany i rozdystrybuowany "Przewodnik po JGP" w łącznym nakładzie 1800 egz. plus karty aktualizacyjne,
- opracowanie programu szkoleniowego dot. JGP,
- stworzenie internetowego narzędzia wymiany doświadczeń na temat wdrażania JGP w postaci strony internetowej.

Rezultaty miękkie projektu:

- zbudowanie kompetencji kadry zarządzającej NFZ w zakresie tworzenia i utrzymywania systemu JGP, wykorzystania systemu JGP dla oceny produktywności szpitali i rozliczania świadczeń,

- zbudowanie kompetencji kadry personelu kierowniczego szpitali w zakresie organizacji procesu raportowania w systemie JGP, zasad wyboru przyczyny (diagnozy) głównej i dodatkowych oraz kodowania z użyciem klasyfikacji procedur medycznych,
- podniesienie wiedzy na temat zarządzania zakładem opieki zdrowotnej oraz finansowania opieki zdrowotnej.

System monitoringu

Beneficjent we wniosku o dofinansowanie nie podał informacji o tym w jaki sposób będzie zorganizowany system monitoringu. Z rozmów przeprowadzonych z przedstawicielami NFZ, wynika, że planowane jest zbieranie na bieżąco (w odstępach 2-3 miesięcznych) informacji o liczbie uczestników szkoleń od wykonawcy szkoleń. Ponadto monitorowane będzie uczestnictwo w projekcie poszczególnych szpitali, tak aby osiągnięty został wskaźnik rezultatu.