Ocena wsparcia w zakresie poprawy dostępności do specjalistycznych usług zdrowotnych i rozwoju usług e-zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

RAPORT KOŃCOWY

Listopad 2023

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

BADANIE EWALUACYJNE PN.:

„OCENA WSPARCIA W ZAKRESIE POPRAWY DOSTĘPNOŚCI DO SPECJALISTYCZNYCH USŁUG ZDROWOTNYCH I ROZWOJU USŁUG E-ZDROWIA W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO NA LATA 2014-2020"

Raport końcowy

Zamawiający:

Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego

ul. Okopowa 21/27

80-810 Gdańsk

Wykonawca:

Pracownia Badań i Doradztwa "Re-Source" Korczyński Sarapata sp.j.

ul. Zagórze 15

61-112 Poznań

Spis treści

Spis treści **3**

Wykaz skrótów **5**

Streszczenie **6**

Executive Summary **14**

Wprowadzenie **22**

Uzasadnienie realizacji badania (na podstawie OPZ) 22

Założenia badania 25

Cele badania 25

Pytania badawcze 25

Opis metodyki oraz źródła pozyskania informacji **29**

Analiza danych zastanych (Desk research) 29

Badanie Mixed-Mode (CAWI/CATI) 32

Wywiady pogłębione 33

Studium przypadku 34

Opis wyników badania **35**

Ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie (PI 9a i uzupełniająco Działanie 13.2) 35

Zakres podjętych działań 35

Charakter i skala osiągniętych efektów 67

Stopień realizacji założonych celów interwencji 78

Ocena interwencji w kontekście wyzwań w obszarze zdrowia związanych z pandemią COVID-19 81

Uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnościami 88

Podsumowanie 90

Ocena efektów wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia w ramach RPO WP (PI 2c) 93
Zakres podjętych działań 93
Charakter i skala osiągniętych efektów 109
Stopień realizacji założonych celów interwencji 124
Uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnościami 125
Podsumowanie 127
Systemowe uwarunkowania wdrażania ewaluowanej interwencji 129
Mechanizmy terytorialne zastosowane w ramach wdrażanej interwencji 129
Trafność i efektywność preferencji projektowych 131
Podsumowanie 133
Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027 134
Czynniki determinujące wsparcie w obszarze zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027 134
Dobre praktyki w realizacji projektów w obszarze zdrowia 137
Priorytetowe rodzaje interwencji w obszarze zdrowia możliwe do realizacji w ramach FEP 143
Proponowane działania wspomagające, które należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty interwencji w obszarze zdrowia określonej w FEP 146
Podsumowanie 148
Wnioski i rekomendacje 150
Spisy obiektów 168
Spis wykresów 168
Spis tabel 169
Spis map 169

Wykaz skrótów

SKRÓT	ROZWINIĘCIE SKRÓTU
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
CATI	ang. Computer-Assisted Telephone Interview (Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny)
CAWI	ang. Computer-Assisted Web Interview (Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW)
COVID-19	ang. Coronavirus Disease 2019 (Choroba zakaźna wywołana wirusem SARS-CoV-2)
Dz.U.	Dziennik Ustaw
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
ERP	ang. Enterprise Resource Planning (system planowania zasobów przedsiębiorstwa)
FEP	program Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027
IT	Information Technology (Technologie informacyjne)
OP	Oś Priorytetowa
OPZ	Opis Przedmiotu Zamówienia
PI	Priorytet Inwestycyjny
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PV ROP	Pomorskie Voivodeship Regional Operational Programme for 2014-2020 (Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
REACT-EU	ang. Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (Wsparcie na rzecz odbudowy służącej spójności oraz terytoriom Europy)
RPO WP	Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
RPS	Regionalny Program Strategiczny
TIK	Technologie informacyjno-komunikacyjne
UE	Unia Europejska
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
ZIT	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne
ZPT	Zintegrowane Porozumienia Terytorialne

Streszczenie

Cel i metodologia badania

Celem głównym badania było **określenie wpływu projektów realizowanych w ramach Osi Priorytetowej 7 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego (RPO WP) na dostępność usług zdrowotnych, a także rozwój systemu e-zdrowia**. Cel główny został zoperacjonalizowany poprzez następujące cele szczegółowe:

(1) Ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie (Priorytet Inwestycyjny 9a i uzupełniająco Działanie 13.2).

(2) Ocena efektów wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia w ramach RPO WP (Priorytet Inwestycyjny 2c).

(3) Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027.

W ramach niniejszej ewaluacji wykorzystano następujące metody i techniki badawcze:

(1) **Analiza desk research** – analiza podstawowych dokumentów źródłowych oraz dokumentacji projektowej;

(2) **Badanie Mixed-Mode (CAWI/CATI)** – badaniem ankietowym objęto dwie kategorie respondentów: (a) beneficjentów Działań: 7.1, 7.2 i 13.2 (zastosowano dobór quasi-zupełny – uzyskano zwrot 33 ankiet w populacji 37 projektów, co daje poziom zwrotu wynoszący 89%); (b) podmioty objęte wsparciem w ramach ewaluowanej interwencji – (zastosowano dobór quasi-zupełny – uzyskano zwrot 25 ankiet w populacji 45 podmiotów, co daje poziom zwrotu wynoszący 55,6%);

(3) **Wywiady pogłębione** – wywiady (N=5) zostały przeprowadzone z przedstawicielami Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego oraz Stowarzyszenia Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot;

(4) **Studia przypadku** – opracowano 3 studia przypadku dotyczące dobrych praktyk w realizacji projektów w ramach omawianego obszaru interwencji.

Ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie

W ramach Działania 7.1 Zasoby ochrony zdrowia, którego celem jest zwiększona dostępność usług zdrowotnych zrealizowano 20 projektów, których całkowita wartość

wyniosła 705,9 mln zł, a udzielone dofinansowanie sięgnęło blisko 500 mln zł. Dwa z nich – oba dotyczące utworzenia podmiotów medycznych oferujących opiekę geriatryczną – wdrożono na obszarze Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych. Pozostałe przedsięwzięcia zostały wyłonione w większości w drodze konkursowej, bez stosowania mechanizmu Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych. Jednocześnie, w przypadku dofinansowania działań dotyczących przeciwdziałania i niwelowania negatywnych skutków pandemii COVID-19 zastosowano tryb nadzwyczajny.

W zdecydowanej większości projektów Działania 7.1 (17 z 20) łączono modernizację i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (typ projektu 1) z rozbudową i robotami budowlanymi (przebudową, remontem) w obiektach ochrony zdrowia (typ projektu 2). Dominujący charakter projektów realizowanych w ramach omawianego obszaru interwencji trafnie odzwierciedla cele ewaluowanej interwencji, które odnoszą się do zwiększenia dostępności usług zdrowotnych poprzez wzmocnienie infrastrukturalnych zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej bazy szpitalnej.

Jeśli chodzi o najbardziej znaczące zmiany zorientowane na poprawę potencjału infrastrukturalnego placówek objętych wsparciem, to należy zauważyć, że w ramach realizowanych projektów zakupiono 15 tomografów komputerowych oraz 3 aparaty do rezonansu magnetycznego, a także utworzono 5 bloków operacyjnych.

Projekty realizowane były w większości powiatów woj. pomorskiego, za wyjątkiem powiatu słupskiego. Zidentyfikowaną strukturę terytorialną ewaluowanych przedsięwzięć ocenić należy pozytywnie, nawet jeśli zauważalna jest w jej ramach pewna koncentracja wsparcia. Koncentrację tę należy traktować nie tylko jako efekt określonego kierunkowania interwencji, ale także jako naturalną konsekwencję zróżnicowań terytorialnych odnoszących się do regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Procedury medyczne, którym służy aparatura medyczna, sprzęt medyczny lub wyposażenie kupowane / modernizowane w ramach projektów to: diagnostyczne badania radiologiczne i pokrewne, procedury operacyjne i zabiegi, fizykoterapia, respiratoroterapia, rehabilitacja i zabiegi pokrewne, procedury anestezjologiczne, badania laboratoryjne i inne.

Jeśli chodzi o wzrost regionalnego potencjału dotyczącego świadczenia poszczególnych rodzajów procedur medycznych dotyczył on w szczególności – z racji przyjętego kierunkowania pomocy – bazy szpitalnej woj. pomorskiego. Działania projektowe odnosiły się przede wszystkim do szeroko rozumianego katalogu chorób cywilizacyjnych – mamy

do czynienia ze skutecznością ukierunkowania wsparcia, przynajmniej jeśli chodzi o aspekt odnoszenia się projektów do istotnych problemów zdrowotnych regionu.

Zakres zidentyfikowanych zmian dotyczących regionalnej bazy szpitalnej wpisuje się w założenia określone w dokumentach definiujących charakter koncentracji ewaluowanej interwencji. Jednocześnie, podkreślić należy, że występuje w realizowanych projektach różnorodność zarówno pod względem merytorycznym (choć wyraźnie dominują działania zorientowane na wzrost potencjału podmiotów medycznych w obszarach odnoszących się do chorób cywilizacyjnych), jak i dotyczącym skali realizowanych działań. Potwierdza to także analiza zróżnicowań w finansowej wartości projektów, co jest odzwierciedleniem różnej skali działań projektowych. Takiego zróżnicowania nie należy jednak traktować jako problemu w kontekście oceny omawianej interwencji. Z punktu widzenia wzmacniania regionalnego potencjału kluczowe znaczenie mają oczywiście projekty o największej skali i realizowane przez podmioty o największym potencjale i randze dla pomorskiego systemu ochrony zdrowia. Ale z punktu widzenia całościowej realizacji celu, jaki zdefiniowano dla Działania 7.1 (PI 9a), tj. „zwiększonej dostępności usług zdrowotnych", istotne są także przedsięwzięcia o mniejszej skali regionalnego oddziaływania lub niezmieniające potencjału regionalnej bazy szpitalnej w sposób bardzo znaczący, ale niwelujące konkretne deficyty i ograniczenia podmiotów medycznych w zapewnieniu jak najszerszej dostępności wysokojakościowych usług zdrowotnych.

Zarówno w ocenie beneficjentów, jak i wspartych podmiotów – wszystkie działania możliwe do realizacji w ramach wsparcia w bardzo wysokim stopniu odpowiadają lokalnym potrzebom. Tak jednoznaczna ocena adekwatności dostępnego wsparcia do potrzeb świadczy o tym, że interwencja – z perspektywy beneficjentów i podmiotów objętych wsparciem – została trafnie zaplanowana.

Wyniki analiz odnoszące się do efektów wsparcia pozwalają stwierdzić, że mamy do czynienia z pozytywnym wpływem interwencji RPO WP na dostępność, zakres i jakość specjalistycznych usług zdrowotnych w regionie oraz efektywność ich świadczenia, choć stopień oddziaływania jest różny dla poszczególnych wymiarów oceny. Uwzględniając perspektywę beneficjentów wpływ ten odnosi się przede wszystkim do wzrostu dostępności (poprzez możliwość świadczenia określonych usług zdrowotnych na większą skalę niż dotychczas) oraz jakości (poprzez poprawę jakości wyposażenia, która następnie przekłada się na poprawę jakości świadczonych usług). W relatywnie mniejszym stopniu dostrzegany jest wpływ na zakres świadczonych usług zdrowotnych oraz efektywność ich świadczenia.

Jeśli chodzi o realizację celów interwencji sparametryzowaną za pomocą wskaźników, to stwierdzić należy, że mamy do czynienia z pełną – dotychczasową lub prognozowaną –

realizacją przyjętych celów i założeń. Poza samym stopniem realizacji wskaźników potwierdzeniem tego są zarówno opinie beneficjentów w ramach badania ankietowego (gdzie tylko jeden respondent wskazał na występowanie trudności z osiąganiem wartości docelowych wskaźników, wiążąc je z pandemią COVID-19), jak i wyniki badania jakościowego.

Przedmiotem analiz było także wsparcie odnoszące się do wyzwań związanych z pandemią COVID-19, które wdrażane było w projektach Osi Priorytetowej 7, Działaniu 13.2 i uzupełniająco w projektach wybranych w trybie nadzwyczajnym w Poddziałaniach: 5.4.2 i 6.2.2. Należy przede wszystkim podkreślić kompleksowość tej pomocy. Interwencja współfinansowana w ramach EFRR koncentrowała się na systemie ochrony zdrowia – wzmacniając jego potencjał i ograniczając negatywny wpływ kryzysu pandemicznego na funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia. Ale perspektywa niwelowania negatywnego wpływu pandemii była wyraźnie szersza poprzez uruchomienie pomocy także w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS, co umożliwiło zarówno dotarcie do konkretnych grup docelowych szczególnie obciążonych kryzysem pandemicznym, jak i zapewnienie tym grupom wsparcia nieodnoszącego się wyłącznie do kwestii bezpieczeństwa epidemiologicznego i krótkotrwałych skutków pandemii.

Ocena efektów wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia w ramach RPO WP

W ramach Działania 7.2 Systemy informatyczne i telemedyczne dofinansowano 15 projektów, których generalnym celem było osiągnięcie efektu w postaci wdrożonych interoperacyjnych systemów informatycznych obsługujących wszystkie procesy związane z funkcjonowaniem jednostek systemu zdrowia. Całkowita wartość projektów wyniosła 237,8 mln zł, a udzielone dofinansowanie sięgnęło 184,3 mln zł. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od beneficjentów, w ramach projektów zakupiono między innymi 115 serwerów, 611 laptopów / notebooków, 747 tabletów, 3 536 komputerów stacjonarnych i blisko 5000 licencji na oprogramowanie.

Z jednej strony, mamy w Działaniu 7.2 do czynienia z 14 projektami, którym udzielono dofinansowania w trybie konkursowym. Te projekty – zróżnicowane pod względem szczegółowego zakresu realizowanych zadań i zaplanowanych efektów – cechuje to, że są to przedsięwzięcia realizowane przez podmioty lecznicze (lub organy je prowadzące) na własną rzecz. Z drugiej strony, w Działaniu 7.2 realizowane jest też przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie", którego zarówno skala (mierzona wartością projektu – tego projektu dotyczy ponad 80% alokacji przewidzianej na Działanie 7.2 – oraz liczbą

podmiotów objętych wsparciem), jak i zakres realizowanych działań znacząco odbiega od projektów dofinansowanych w trybie konkursowym.

W projektach realizowanych w ramach Działania 7.2 najczęściej podejmowano działania polegające na wdrożeniu interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia oraz zakupu sprzętu i oprogramowania. Specyfika cechuje przy tym projekt „Pomorskie e-Zdrowie". Dwoma głównymi komponentami tego przedsięwzięcia strategicznego było wdrożenie systemów dziedzinowych dla placówek medycznych partycypujących w projekcie oraz stworzenie platformy regionalnej obsługującej zróżnicowane procesy w obszarze e-zdrowia.

W realizowanych projektach mamy do czynienia ze zbliżoną skalą realizacji dwojakiego rodzaju działań integracyjnych dotyczących wykorzystywanych systemów informatycznych: integracji wewnętrznej systemów (w ramach placówki lub pomiędzy jej filiami) oraz integracji zewnętrznej systemów (pomiędzy systemem wykorzystywanym w danej placówce a systemami zewnętrznymi szczebla centralnego).

Beneficjenci i podmioty objęte wsparciem wysoko ocenili adekwatność pomocy dostępnej w Działaniu 7.2 do swoich potrzeb. Przełożyło się to na różnorodność osiąganych efektów, spośród których najważniejsze dostrzegane przez beneficjentów to: lepsza organizacja pracy placówki; wdrożenie systemów informatycznych w podmiotach, w których dotąd nie były one wykorzystywane w danym zakresie; poprawa jakości funkcjonujących systemów informatycznych (np. rozszerzenie funkcjonalności, użyteczności, sprawności funkcjonowania, łatwości obsługi); zwiększenie możliwości lub ułatwienie kontaktu pacjentów z personelem medycznym. Dominują efekty odnoszące się do samego funkcjonowania placówki medycznej i zarządzania nią czy też efekty powiązane bezpośrednio z procesem cyfryzacji. W relatywnie najmniejszym stopniu mamy natomiast do czynienia z efektami dotyczącymi sfery *stricte* medycznej, takich jak: poprawa jakości obsługi medycznej, poprawa kwalifikacji kadry z zakresu nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, poprawa jakości świadczeń w zakresie diagnostyki.

Jak wskazano wcześniej, w ramach projektów w relatywnie niewielkim stopniu wdrażane były rozwiązania związane ze świadczeniem usług e-zdrowia skierowanych do pacjentów / mieszkańców. Nie oznacza to jednak całkowitego braku tego rodzaju działań, przy czym w większości projektów występuje dominacja wdrożeń e-usług o najbardziej podstawowym charakterze. W ich przypadku faktycznie trudno jest mówić o znaczącym rozwoju potencjału w zakresie świadczonych usług e-zdrowia. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie", to w jego przypadku podejmowane działania traktować można jako zorientowane na zwiększenie dostępności, jakości i zakresu świadczonych usług e-zdrowia. Nawet jeśli całościowy efekt nie został jeszcze w

tym przypadku osiągnięty, to wypracowane w projekcie efekty i stworzenie platformy regionalnej, której zakres funkcjonalności może być w przyszłości rozwijany, traktować należy jako czynnik, który może zdynamizować dalszy rozwój usług e-zdrowia na poziomie regionalnym.

Stopień realizacji Działania 7.2 mierzony stopniem realizacji wskaźników uznać należy za wysoki, biorąc pod uwagę prognozowany stopień realizacji obu wskaźników odnoszących się do Priorytetu Inwestycyjnego 2c. Zwrócić przy tym należy uwagę, że specyfiką wsparcia w Działaniu 7.2 jest duża zależność kwestii osiągnięcia celów interwencji od jednego projektu, tj. przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie". Tymczasem projekt ten nie jest zakończony, a nie przebiegał on do tej pory w całości zgodnie z pierwotnymi założeniami i skala faktycznie osiągniętych efektów nie jest w tym momencie jeszcze rozstrzygnięta. Tym samym, ostateczna ocena stopnia realizacji wskaźników i celów omawianego obszaru interwencji będzie zależna od formalnego zakończenia tego kluczowego projektu.

Systemowe uwarunkowania wdrażania interwencji

W ewaluowanej interwencji stosowane były określone mechanizmy terytorialne: Zintegrowane Inwestycje Terytorialne oraz Zintegrowane Porozumienia Terytorialne. W ramach Działań: 7.1 i 13.2 spośród 22 realizowanych projektów 2 realizowane były w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, a 7 w ramach Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych. Natomiast w Działaniu 7.2 6 spośród 15 projektów realizowanych było w ramach Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych.

Stosowane mechanizmy traktować należy jako mechanizm koordynacji i terytorialnej koncentracji wsparcia, nawet jeśli z punktu widzenia konkretnych projektodawców konieczność konsultacji swoich przedsięwzięć może mieć charakter ograniczający. Co istotne, zastosowanie dwóch rodzajów instrumentów terytorialnych pozwoliło ograniczyć potencjalne ryzyko koncentracji wsparcia w ramach trójmiejskiego obszaru metropolitarnego, a jednocześnie wprowadziło element zachęty dla projektodawców spoza tego obszaru, by w ramach swoich przedsięwzięć przyjęli perspektywę ponadlokalną. W badaniu jakościowym zwracano jednak uwagę, że nawet bez zastosowania mechanizmów terytorialnych, populacja odbiorców wsparcia (beneficjentów i podmiotów objętych pomocą) byłaby zbliżona do tej, która faktycznie skorzystała z dofinansowania. Wynika to z faktu, że w obszarze zdrowia pomoc trafiła głównie do istotnych podmiotów o znaczeniu ponadlokalnym, których potencjał dawałby im szansę na pozyskanie finansowania nawet bez preferencji terytorialnych.

W ramach oceny systemowych uwarunkowań analizowano także preferencje projektowe. Zastosowane preferencje ocenić należy generalnie pozytywnie, zarówno pod kątem ich wpływu na kierunkowanie wsparcia, jak i braku problemów w ich stosowaniu na etapie oceny. Pozytywna ocena odnosi się także do tego, że umożliwiły one taką selekcję projektów, która pozwoliła zrealizować cele interwencji. Zwrócono przy tym uwagę na fakt, że pole manewru jakie ma Instytucja Zarządzająca w zakresie kierunkowania wsparcia dotyczącego obszaru zdrowia były i są ograniczone. Wynika to przede wszystkim z silnego oddziaływania kontekstu zewnętrznego i wysokiego stopnia centralnego uregulowania kwestii dotyczących wdrażania interwencji dotyczących zdrowia. To oddziaływanie jest widoczne przede wszystkim w Działaniu 7.1, gdzie mamy do czynienia z relatywnie dużą liczbą kryteriów odwołujących się do krajowych regulacji i wymagań. W przypadku Działania 7.2 ta skala była mniejsza.

Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027

Na podstawie analizy zgromadzonego materiału empirycznego oraz w oparciu o wiedzę ekspercką sformułowano rekomendacje. Z punktu widzenia wyników tej analizy za kluczowe uznać należy:

- **Włączenie w zakres interwencji określonych rodzajów wsparcia o charakterze priorytetowym z punktu widzenia potrzeb regionalnych oraz możliwości wyznaczonych przez uwarunkowania wspólnotowe, krajowe i regionalne** – W przypadku wzmacniania potencjału infrastrukturalnego kluczowe jest wsparcie dla podmiotów medycznych prowadzących działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej oraz podmiotów świadczących usługi w takich obszarach jak: psychiatria, rehabilitacja medyczna, diagnostyka nowotworowa, choroby cywilizacyjne. W odniesieniu do obszaru e-zdrowia priorytetowe jest podejmowanie działań zorientowanych na jak najszersze włączenie podmiotów medycznych w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej i zapewnienie jak najwyższego poziomu integracji systemów informatycznych w ramach regionalnego systemu ochrony zdrowia.
- **Zapewnienie możliwości rozwoju opieki skoordynowanej poprzez odpowiednie kierunkowanie wsparcia w obszarze zdrowia –** Kluczowe znaczenie ma w tym przypadku premiowanie w ramach wspieranych przedsięwzięć takich działań wspierających rozwój opieki skoordynowanej jak: rozwijanie modelu opieki skoordynowanej w ramach jednego podmiotu dysponującego odpowiednim potencjałem w tym zakresie; tworzenie partnerstw zapewniających rozwijanie

opieki skoordynowanej w ramach grupy podmiotów dysponujących łącznie odpowiednim potencjałem w tym zakresie.

- **Zapewnienie odpowiedniego potencjału absorpcyjnego podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** – Chodzi tutaj przede wszystkim o rozważenie zastosowania formuły grantowej dla dystrybucji wsparcia kierowanego do tych kategorii podmiotów i premiowanie projektów partnerskich realizowanych przez podmioty szpitalne (świadczące usługi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i/lub „leczenia jednego dnia") w kooperacji z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej. Istotne jest także zapewnienie odpowiedniego wsparcia merytorycznego dla podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku dystrybucji kierowanego do nich wsparcia w trybie konkursowym.
- **Zniwelowanie – w miarę możliwości i z uwzględnieniem ograniczeń wynikających ze specyfiki projektów zorientowanych na wzmacnianie potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych – skali problemu deficytów kadrowych dotyczących personelu medycznego** – Możliwe działania w tym aspekcie obejmowałyby przede wszystkim: uwzględnienie w procesie oceny działań dotyczących wzmocnienia potencjału kadrowego podejmowanych przez podmioty korzystające ze wsparcia w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego; premiowanie projektów partnerskich zakładających uzupełnienie potencjałów kadrowych podmiotów tworzących partnerstwo; wprowadzenie dla pracowników podmiotów medycznych realizujących działania w zakresie rozwijania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego preferencji w korzystaniu z przewidzianego w FEP wsparcia dotyczącego podnoszenia kompetencji kadr systemu ochrony zdrowia.

Executive Summary

Purpose and Methodology of the Study

The main objective of the study was **to determine the impact of projects implemented under Priority Axis 7 of the Pomorskie Voivodeship Regional Operational Programme for 2014-2020 (PV ROP) on the availability of health services, as well as the development of the e-health system**. The main purpose has been operationalised through the following specific objectives:

(1) Assessment of the impact of PV ROP projects on increasing the availability of health services in the region (Investment Priority 9a and complementarily Measure 13.2).

(2) Evaluation of the effects of implementing health IT systems under the PV ROP (Investment Priority 2c).

(3) Implementation recommendations for the 2021-2027 financial perspective.

The following research methods and techniques were used in this evaluation:

(1) **Desk research analysis** – analysis of primary source documents and project documentation;

(2) **Mixed-Mode (CAWI/CATI) survey** – two categories of respondents were included in the survey: (a) beneficiaries of Measures: 7.1, 7.2 and 13.2 (quasi-complete selection was used - 33 questionnaires were returned in a population of 37 projects, resulting in a return rate of 89%); (b) entities supported by the evaluated intervention - (quasi-complete selection was used - 25 questionnaires were returned in a population of 45 entities, resulting in a return rate of 55.6%);

(3) **In-depth interviews** – interviews (N=5) were conducted with representatives of the Marshal's Office of Pomorskie Province and the Gdańsk-Gdynia-Sopot Metropolitan Area Association;

(4) **Case studies** – three case studies were developed on the best practices in project implementation within this area of intervention.

Assessment of the Impact of the PV ROP Projects on Increasing the Availability of Health Services in the Region

Under Measure 7.1 Health Resources, which aims to increase the availability of health services, 20 projects have been implemented, the total value of which was PLN 705.9 million, and the granted co-financing amounted to nearly PLN 500 million. Two of them - both concerning the establishment of medical entities offering geriatric care - were implemented in the Integrated Territorial Investment area. The remaining projects were mostly selected through a competition, without using the Integrated Territorial Investments mechanism. Simultaneously, an emergency procedure was applied to the funding of measures to counteract and mitigate the negative effects of the COVID-19 pandemic.

The vast majority of Measure 7.1 projects (17 out of 20) combined modernisation and purchase of specialised medical apparatus, medical equipment and equipment in healthcare facilities (project type 1) with extension and construction works (reconstruction, renovation) in healthcare facilities (project type 2). The predominant character of the projects implemented within the discussed area of intervention aptly reflects the objectives of the evaluated intervention, which relate to increasing the availability of health services by strengthening the infrastructural resources of the regional health care system, with particular emphasis on the regional hospital base.

As for the most significant changes aimed at improving the infrastructural potential of the facilities covered by support, it should be noted that as part of the implemented projects, 15 computed tomography scanners and 3 magnetic resonance imaging machines were purchased, and 5 operating theaters were created.

The projects were implemented in most of the Pomorskie Province districts, with the exception of the Słupsk District. The identified territorial structure of the evaluated projects should be assessed positively, even if there is a certain concentration of support within it. This concentration should be seen not only as a result of specific targeting of interventions, but also as a natural consequence of the territorial variations pertaining to the regional health system.

The medical procedures supported by the medical apparatus, medical equipment or equipment purchased/upgraded under the projects are: diagnostic radiological and related examinations, surgical procedures and treatments, physical therapy, respiratory therapy, rehabilitation and related treatments, anaesthetic procedures, laboratory tests and more.

Where regional potential for the provision of individual types of medical procedures was concerned, this was particularly true of the hospital base of the Pomorskie Province, due to the aid targeting adopted. Project activities primarily addressed the broadly defined catalogue of civilizational diseases - there is a degree of effectiveness in the targeting of support, at least as far as the aspect of relating projects to significant health problems in the region is concerned.

The extent of the identified changes concerning the regional hospital base is consistent with the assumptions defined in the documents defining the nature of the focus of the evaluated intervention. Meanwhile, it should be emphasised that there is diversity in the implemented projects, both in terms of content (although there is a clear predominance of measures oriented towards increasing the potential of medical entities in areas relating to civilisation diseases) and in terms of the scale of the implemented measures. This is also confirmed by an analysis of variations in the financial value of projects, reflecting the different scale of project activities. However, such diversity should not be perceived as a problem in the context of the evaluation of the intervention in question. Obviously, from the perspective of strengthening regional potential, projects of the largest scale and implemented by entities with the greatest potential and importance for the Pomorski health care system are of key importance. Nevertheless, in terms of the overall realisation of the objective defined for Measure 7.1 (PI 9a), i.e. "increased accessibility of health services", undertakings with less significant regional impact or which do not change the potential of the regional hospital base considerably, but which eliminate specific deficits and limitations of medical entities in ensuring the widest possible availability of high-quality health services, are also relevant.

Both the beneficiaries' and the supported entities' assessment concludes that all activities possible under the support meet local needs to a remarkable degree. Such an unequivocal assessment of the adequacy between the available support and the needs proves that the intervention - from the perspective of the beneficiaries and supported entities - has been accurately planned.

According to the outcomes of the analyses relating to the effects of the support, it can be concluded that the intervention of the PV ROP has had a positive impact on the availability, scope and quality of specialist health services in the region and the effectiveness of their provision, although the degree of impact varies for individual dimensions of evaluation. Considering the beneficiaries' perspective, this impact refers primarily to an increase in accessibility (through the ability to provide certain health services on a larger scale than before) as well as quality (through an improvement in the quality of equipment, which then translates into an improvement in the quality of services

provided). There is comparatively less recognition of the impact upon the range of health services provided and the efficiency of their delivery.

Considering the achievement of the intervention's objectives parameterised by indicators, it should be acknowledged that there is a full - to date or anticipated - implementation of the adopted objectives and targets. Alongside the rate of achievement of the indicators themselves, both the opinions of the beneficiaries in the survey (where only one respondent indicated the existence of difficulties in achieving the target values of the indicators, associating them with the COVID-19 pandemic) and the results of the qualitative survey provide confirmation of this.

The subject of the analyses was also the support relating to the challenges of the COVID-19 pandemic, implemented in the projects of Priority Axis 7, Measure 13.2 and, complementarily, in the projects selected on an emergency basis in Sub-Measures: 5.4.2 and 6.2.2. First and foremost, the comprehensiveness of this assistance should be emphasised. The intervention co-financed by the European Regional Development Fund focused on the health system - strengthening its capacity and limiting the negative impact of the pandemic crisis in the functioning of health care facilities. However, the potential for mitigating the negative impact of the pandemic was noticeably broader by mobilising assistance also through European Social Fund co-financed projects, which enabled both to reach specific target groups particularly burdened by the pandemic crisis but also to provide these groups with support that was not exclusively related to epidemiological safety and the short-term effects of the pandemic.

The Assessment of the Outcomes Related to the Implementation of the Health IT Systems under the PV ROP

Under Measure 7.2 IT and telemedicine systems, 15 projects were co-financed, with the overall objective of achieving an effect in the form of implemented interoperable IT systems serving all processes related to the functioning of health system units. The total value of the projects amounted to PLN 237.8 million, and the granted co-financing reached PLN 184.3 million. According to information obtained from the beneficiaries, the projects included the purchase of, among others, 115 servers, 611 laptops/notebooks, 747 tablets, 3,536 desktop computers and nearly 5,000 software licenses.

On the one hand, there are 14 projects in Measure 7.2 that have been awarded funding through a call for proposals. These projects - differentiated in terms of the detailed scope of the tasks to be implemented and the planned outcomes - are characterised by the fact that they are undertakings carried out by treatment entities (or the bodies that run them) for their own account. On the other hand, within Measure 7.2, there is also a strategic

undertaking "Pomorskie e-Health", where both the scale (measured by the value of the project - more than 80% of the allocation provided for Measure 7.2 applies to this project - and the number of entities covered by the support) and the scope of the implemented measures significantly differ from the projects co-financed under the competition procedure.

The most common activities in projects implemented under Measure 7.2 were the implementation of interoperable and integrated e-health systems and the purchase of hardware and software. The "Pomorskie e-Health" project stands out for its specificity. The two main components of the strategic undertaking were the implementation of domain systems for the participating medical institutions and the creation of a regional platform supporting diverse processes in the area of e-health.

The ongoing projects involve a similar scale of implementation of two types of integration activities concerning the relevant IT systems: internal integration of systems (within the organisation or between its subsidiaries) and external integration of systems (between the system used in the organisation and external systems at a central level).

Beneficiaries and supported entities highly rated the adequacy of the assistance available under Measure 7.2 to their requirements. This has been translated into a diversity of outcomes achieved, the most important of which perceived by beneficiaries are: improved organisation of the organisation's work; implementation of IT systems in entities where they have not yet been used to any great extent; improvement in the quality of current IT systems (e.g. increased functionality, usability, efficiency of operation, ease of use); increased opportunities for or facilitation of contact between patients and medical personnel. The predominant effects relate to the operation and management of the medical facility itself or those directly linked to the digitalisation process. By contrast, we are relatively least concerned with effects involving the *strictly* medical sphere, such as: improvement in the quality of medical services, improvement in the qualifications of staff in modern healthcare technologies, improvement in the quality of diagnostic services.

As previously indicated, the projects implemented solutions related to the provision of patient/resident-directed e-health services to a relatively small extent. Nonetheless, this does not imply a complete absence of such activities, with most projects being predominated by e-service implementations of the most basic nature. Indeed, it is difficult for them to discuss significant capacity development in terms of the e-health services provided. When considering the "Pomorskie e-Health" strategic project, however, the activities undertaken in its case can be understood as oriented towards increasing the availability, quality and scope of e-health services provided. Although the overall effect has not yet been achieved in this instance, the results accomplished in the project and the

creation of a regional platform, whose range of functionalities can be developed in the future, should be seen as a factor that can boost the further development of e-health services at regional level.

The degree of implementation of Measure 7.2, as reflected by the level of implementation of indicators, should be considered as high, taking into account the projected stage of implementation of both indicators relating to Investment Priority 2c. It should be emphasised here that the specificity of support under Measure 7.2 is the high correlation between the achievement of intervention objectives and a single project, i.e. the strategic undertaking "Pomorskie e-Health". In the meantime, the project remains incomplete, and it has not proceeded entirely as originally envisaged and the scale of the effects actually achieved is still unresolved at this point. Therefore, a final assessment of the extent to which the indicators and objectives of the intervention area in question have been reached will depend on the formal completion of this flagship project.

Systemic Determinants of the Implementation of Interventions

The evaluated intervention used specific territorial mechanisms: Integrated Territorial Investments and Integrated Territorial Agreements. Under Measures: 7.1 and 13.2, among the 22 projects implemented, two were implemented as part of Integrated Territorial Investments and seven as part of Integrated Territorial Agreements. Under Measure 7.2, on the other hand, six out of 15 projects were implemented as part of Integrated Territorial Agreements.

Such mechanisms should be seen as a coordination system and a territorial concentration of support, even if, from the perspective of specific project proponents, the obligation to consult their projects may be restrictive. Most significantly, the use of two types of territorial instruments has made it possible to limit the potential risk of concentrating support within the Tri-City metropolitan area, while at the same time introducing an element of incentive for project proponents outside this area to adopt a supra-local perspective in their projects. However, the qualitative study emphasised that even without the use of territorial mechanisms, the population of support recipients (beneficiaries and assisted entities) would be similar to that which actually benefited from the funding. As a consequence, in the area of health, aid has mainly gone to relevant actors of supra-local importance, whose potential would provide them with an opportunity to obtain funding even without territorial preferences.

The assessment of systemic conditions also included an analysis of project preferences. The preferences applied should be generally assessed positively, both in terms of their impact on the targeting of support and the absence of difficulties in their application at

the evaluation stage. The positive evaluation also relates to the fact that they enabled the selection of projects that allowed the objectives of the intervention to be met. Here, it was noted that the Managing Authority's scope for discretion in the targeting of support in the health area has been and is limited. This is primarily due to the strong influence of the external context and the high degree of central governance in the implementation of health interventions. This influence is particularly evident in Measure 7.1, where there are relatively numerous criteria referring to national regulations and requirements. For Measure 7.2, this scale was reduced.

Implementation Recommendations for the Financial Perspective 2021-2027

Based on the analysis of the collected empirical material and using expert knowledge, recommendations were formulated. In terms of the results of said analysis, the following should be regarded as crucial:

- **Inclusion in the scope of intervention of specific support types of priority from the viewpoint of regional needs and possibilities determined by the community, national and regional conditions** – In the case of strengthening infrastructural capacity, it is essential to support medical entities operating in the field of outpatient specialized care and primary health care, as well as entities providing services in areas such as: psychiatry, medical rehabilitation, cancer diagnosis, civilization diseases. In terms of the e-health area, the priority shall be to undertake actions oriented towards the widest possible inclusion of medical entities in the use of the regional platform's functionalities and to ensure the highest possible level of integration of IT systems within the regional healthcare system.
- **Provide opportunities to develop coordinated care through appropriate targeting of health support –** It is essential in this case that the supported projects prioritise activities that support the development of coordinated care such as: developing the coordinated care model within a single entity with the appropriate capacity in this area; creating partnerships to ensure the development of integrated care within a group of entities with a combined capacity for this.
- **Ensuring adequate uptake capacity of primary care and outpatient specialist care providers** – The idea here is above all to consider using a grant formula to distribute support targeted at these categories of entities and to promote partnership projects implemented by hospital entities (providing outpatient specialised care and/or "same-day treatment") in cooperation with primary

healthcare entities. Adequate factual support for primary care providers is also relevant when distributing targeted support to them in a competitive mode.

- **Mitigating, as far as possible and considering the limitations resulting from the specificity of projects oriented towards strengthening the infrastructural and IT potential of medical entities, the scale of the problem of staff shortages concerning medical personnel** – Potential actions in this aspect would include, first of all: incorporating in the evaluation process the human resource capacity strengthening activities undertaken by those benefiting from support in terms of infrastructure and IT capacity strengthening; prioritising partnership projects assuming the supplementation of the personnel potential of entities forming the partnership; introduction of preferences for employees of medical entities implementing measures in the scope of the development of infrastructural and IT potential in the use of the support envisaged in the European Funds for Pomerania concerning the improvement of competencies of the healthcare system personnel.

Wprowadzenie

Niniejszy dokument został opracowany w ramach realizacji na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego badania ewaluacyjnego pn. „**Ocena wsparcia w zakresie poprawy dostępności do specjalistycznych usług zdrowotnych i rozwoju usług e-zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**". We wprowadzeniu przedstawiono informacje dotyczące uzasadnienia realizacji badania oraz jego założeń, w tym cele i pytania badawcze. W części kolejnej scharakteryzowano opis zastosowanej metodologii oraz źródła informacji wykorzystane w badaniu. Zasadniczą część merytoryczną raportu stanowi rozdział „Opis wyników badania", zaś podsumowaniem części merytorycznej jest rozdział zawierający wnioski i rekomendacje. Raport zamykają spisy obiektów zamieszczonych w raporcie.

Uzasadnienie realizacji badania (na podstawie OPZ)

Badanie stanowi realizację wymogu dotyczącego analizy sposobu, w jakim wsparcie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych przyczyniło się do osiągnięcia celów Osi Priorytetowej 7 Zdrowie i opieka (OP 7) w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP lub Program) w obszarze zdrowia, zgodnie z art. 56 ust. 3 Rozporządzenia nr 1303/2013[1] oraz wynika z Planu Ewaluacji RPO WP[2].

W ramach OP 7 prowadzone są działania dotyczące zapewnienia dostępu do wysokiej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych i społecznych[3], a także rozwoju usług

[1] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.U. UE L 347 z 20.12.2013 ze zm.).

[2] Plan Ewaluacji RPO WP przyjęty uchwałą nr 2/XVIII/23 KM RPO WP 2014-2020 z dnia 12 września 2023 r.

[3] Ocena wsparcia RPO WP w zakresie infrastruktury społecznej (tworzonej na potrzeby usług społecznych) – Działanie 7.3 – zostanie uwzględniona w ramach zaplanowanego badania OP 6 Integracja RPO WP. Takie

e-zdrowia w województwie pomorskim. W OP 7 wdrażane są dwa priorytety inwestycyjne (PI):

(1) 9a Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczynią się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych.

(2) 2c Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia.

Celem interwencji w PI 9a w zakresie objętym tym badaniem jest zwiększenie dostępności usług zdrowotnych. Potrzeba ta wynika z negatywnych tendencji demograficznych (starzenia się społeczeństwa) oraz z wysokiej zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi. Na etapie przygotowania diagnozy dla interwencji RPO WP rosła liczba nowych zachorowań na: choroby nowotworowe, cukrzycę, niedokrwienną chorobę serca, choroby naczyń mózgowych oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Braki w zakresie specjalistycznej infrastruktury zdrowotnej w największym stopniu dotyczyły specjalistycznej opieki w ramach chorób nowotworowych, układu sercowo-naczyniowego, psychicznych, układu kostno-stawowego, diabetologicznych, pediatrii oraz wieku starczego. W ramach OP 7 RPO WP realizowane są projekty mające na celu wyrównywanie dysproporcji w dostępie do szeregu wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych w zakresie terapii i wczesnej diagnostyki związanej z chorobami cywilizacyjnymi oraz ich efektywnego leczenia. W ramach projektów modernizowane są bloki operacyjne oraz oddziały chirurgiczne m.in. doposażane w specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną. W ramach PI 9a możliwa jest realizacja przedsięwzięć dotyczących działań mających na celu zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 poprzez zakup sprzętu medycznego, środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych. Ponadto w ramach uzupełnienia tej interwencji, realizowane są projekty z PI 8vi oraz PI 9iv, mające na celu łagodzenie skutków pandemii COVID-19.

W PI 2c są wdrażane interoperacyjne systemy informatyczne obsługujące wszystkie procesy związane z funkcjonowaniem jednostek systemu zdrowia. W pomorskim systemie zdrowia w momencie przygotowania RPO WP obserwowano niski stopień interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych, a wykorzystanie technologii

podejście wynika z faktu, że interwencja Programu w tym obszarze jest realizowana poprzez projekty zintegrowane EFRR (tworzona infrastruktura społeczna) i EFS (świadczone usługi społeczne).

informacyjno-komunikacyjnych (TIK) miało wpłynąć na poprawę efektywności i dostępności usług zdrowotnych. W tym PI przewidziano przede wszystkim realizację przedsięwzięcia strategicznego pn. „Pomorskie e-Zdrowie", które zostało zidentyfikowane w Regionalnym Programie Strategicznym (RPS) w zakresie ochrony zdrowia – Zdrowie dla Pomorzan.[4] Przedsięwzięcie to dotyczy wdrożenia systemów e-zdrowia w podmiotach leczniczych świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne, dla których organem założycielskim jest samorząd województwa. Rozwój i budowa systemów informatycznych mogła być finansowana z tego PI także w innych podmiotach systemu zdrowia.

W OP 7 RPO WP w obszarze zdrowia podpisano łącznie umowy na realizację 35 projektów, z których 18 zostało zakończonych (do końca września 2023 r.). Infrastruktura ochrony zdrowia tworzona jest również w ramach Inicjatywy REACT-EU (Działanie 13.2 RPO WP) – podpisane zostały 2 umowy.

Dodatkowo w ramach przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom pandemii COVID-19 w wymiarze zdrowotnym realizowane są po 3 projekty w ramach PI 8vi (Poddziałanie 5.4.2) oraz PI 9iv (Poddziałanie 6.2.2), w oparciu o tryb nadzwyczajny. W ramach Poddziałania 7.1.1 Zasoby ochrony zdrowia – mechanizm ZIT (PI 9a) podpisane zostały 2 umowy na projekty o wartości ogółem 62,2 mln zł, z czego wartość dofinansowania UE wyniosła 53,9 mln zł. W ramach Poddziałania 7.1.2. Zasoby ochrony zdrowia (PI 9a) podpisano 18 umów na projekty o wartości ogółem 643,7 mln zł, z czego wartość dofinansowania UE wyniosła 445,2 mln zł. Działanie 7.2 Systemy informatyczne i telemedyczne (PI 2c) przyniosło 15 podpisanych umów o wartości 237,8 mln zł, z czego 184,3 mln zł stanowiło dofinansowanie UE. Liczba projektów zakończonych w ramach Działania wyniosła 12 z udziałem w alokacji na poziomie 11,6%. Wartość projektów ogółem we wspomnianej 7 OP w obszarze zdrowia wyniosła 943,8 zł przy wartości dofinansowania UE na poziomie 648,0 mln zł. Została wykorzystana cała alokacja, przy czym udział alokacji projektów zakończonych wynosi 10,8%.
W ramach działania 13.2. Ochrona zdrowia – REACT-EU podpisano 2 umowy o wartości 21,6 mln zł, z czego całość została dofinansowania z UE.

Wnioski z tej ewaluacji będą wykorzystane na potrzeby wdrażania wsparcia w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027. Wyniki badania będą również uwzględnione w sprawozdaniu z zamknięcia RPO WP.

[4] RPS Zdrowie dla Pomorzan został przyjęty uchwałą nr 418/324/18 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 24 kwietnia 2018 r.

ZAŁOŻENIA BADANIA

Cele badania

Celem głównym badania było określenie wpływu projektów realizowanych w ramach OP 7 RPO WP na dostępność usług zdrowotnych, a także rozwój systemu e-zdrowia. Cel główny został zoperacjonalizowany poprzez następujące cele szczegółowe:

(1) Ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie (PI 9a i uzupełniająco Działanie 13.2).

(2) Ocena efektów wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia w ramach RPO WP (PI 2c).

(3) Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027.

Pytania badawcze

Ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie (PI 9a i uzupełniająco Działanie 13.2):

1. Jakie działania zostały podjęte, aby zwiększyć dostępność i jakość specjalistycznych usług zdrowotnych? Jakich rodzajów usług zdrowotnych to dotyczy? Jakie zmiany zaszły/zajdą dzięki wsparciu w Programie regionalnej bazy szpitalnej?
2. Jakie nowe/zmodernizowane obiekty medyczne powstały/powstaną [liczba, rodzaj (w tym grupa chorób, których dotyczy) i lokalizacja według powiatów] w projektach RPO WP? Jaki sprzęt medyczny został/zostanie zakupiony [liczba, rodzaj (w tym grupa chorób, których dotyczy) i lokalizacja według powiatów] w Programie?
3. W jakim stopniu stworzona infrastruktura, dzięki interwencji RPO WP, poprawiła/poprawi jakość zasobów rzeczowych wspartych podmiotów? Jak wpłynęło/wpłynie to na dostępność, zakres i jakość specjalistycznych usług zdrowotnych w regionie, a także efektywność ich świadczenia? W jakim stopniu podjęte działania odpowiadają na zapotrzebowanie w zakresie dostępności, zakresu i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych? Czy można zidentyfikować istotne potrzeby w regionie, których nie udało/uda się zaspokoić? Jeśli tak, jakie i w jakim zakresie?
4. Czy projekty RPO WP realizowane/zrealizowane w ramach mechanizmów terytorialnych (ZIT, ZPT) charakteryzują się większą skutecznością w osiąganiu

celów PI 9a w porównaniu do pozostałych projektów? Jeśli tak lub nie, dlaczego? Jakie jest znaczenie tych mechanizmów dla lokalizacji projektów w regionie?

5. W jakim stopniu interwencja RPO WP uwzględnia potrzebę wzmocnienia koordynacji specjalistycznych usług zdrowotnych wśród wspartych podmiotów leczniczych? Jakich ewentualnych korzyści z tego tytułu należy się spodziewać?
6. W jakim zakresie projekty RPO WP umożliwiły/umożliwią podnoszenie kompetencji i kwalifikacji zawodowych kadr świadczących usługi zdrowotne? W jakim stopniu wzrosły/wzrosną kompetencje i kwalifikacje zawodowe pracowników wspartych podmiotów w związku z realizacją projektów RPO WP?
7. Czy i w jakim stopniu projekty RPO WP wpłynęły/wpłyną na tworzenie zintegrowanych i interdyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych w regionie (finansowanie krzyżowe)?
8. W jakim zakresie wsparcie zaoferowane w ramach OP 7, Działania 13.2 i Poddziałań 5.4.2 (PI 8vi) i 6.2.2 (PI 9iv) stanowiło kompleksową odpowiedź Programu na wyzwania w obszarze zdrowia związane z pandemią COVID-19? Jakie działania i w jakim zakresie zostały podjęte w projektach RPO WP? Jak należy ocenić efekty tej interwencji?
9. Jaki jest/będzie poziom realizacji założonych celów RPO WP zdefiniowanych w opisie Programu w ramach celów szczegółowych, rezultatów, wskaźników (produktu i rezultatu) i ukierunkowania interwencji? Jakie czynniki go determinują (w tym konsekwencje pandemii COVID-19)?
10. Na ile trafne i efektywne okazały się zastosowane w RPO WP preferencje projektowe?
11. W jakim stopniu zrealizowane/realizowane projekty RPO WP uwzględniają potrzeby osób z niepełnosprawnościami? Czy podjęte działania mają/będą miały wymiar ponadstandardowy względem obowiązujących przepisów? Jeśli tak, czego te działania dotyczą?

Ocena efektów wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia w ramach RPO WP (PI 2c)

12. Jakie działania zostały/zostaną wdrożone, aby zwiększyć interoperacyjność stosowanych systemów informatycznych z krajowymi platformami? W jakim stopniu wdrożone/wdrażane działania przełożyły/przełożą się na zwiększenie dostępności, jakości i zakresu świadczonych usług e-zdrowia?

13. Jakie systemy w ramach usług e-zdrowia i w jakim zakresie powinny zostać udoskonalone, by lepiej spełniały swoje funkcje?
14. Jaki został/zostanie zakupiony sprzęt komputerowy oraz infrastruktura sieciowo-serwerowa wraz z oprogramowaniem / licencjami / systemami informatycznymi (liczba, rodzaj i lokalizacja według powiatów) w projektach RPO WP? W jakim stopniu to doposażenie zaspokaja potrzeby wspartych podmiotów? Jak wpłynęło/wpłynie ono na dostępność, jakość i zakres świadczonych usług e-zdrowia?
15. Czy projekty RPO WP zrealizowane/realizowane w ramach mechanizmu terytorialnego ZPT charakteryzują się większą skutecznością w osiąganiu celów PI 2c w porównaniu do pozostałych projektów? Jeśli tak lub nie, dlaczego? Jakie jest znaczenie tych mechanizmów dla lokalizacji projektów w regionie?
16. Jakie narzędzia zostały/zostaną wdrożone mające na celu poprawę jakości komunikacji między pacjentem a personelem medycznym?
17. W jakim stopniu projekty RPO WP wpłynęły/wpłyną na poprawę jakości obsługi medycznej pacjentów oraz świadczeń w zakresie diagnostyki? Czy podjęte/podejmowane w tych projektach działania służące zwiększeniu efektywności procesu diagnostycznego zaspokajają istniejące potrzeby? Jeśli tak/nie, dlaczego?
18. Jakie efekty osiągnięto/zostaną osiągnięte w zakresie podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych w podmiotach leczniczych? Jakie czynniki miały/mają wpływ na skalę tych zmian?
19. Czy zrealizowane/realizowane projekty RPO WP z zakresu rozwoju i unifikacji usług e-zdrowia wpłynęły/wpłyną na poprawę sprawności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia oraz ułatwienie przepływu dokumentów medycznych oraz informacji o usługach w ochronie zdrowia?
20. W jakim zakresie system regionalny „Pomorskie e-Zdrowia" i inne systemy informatyczne związane z usługami zdrowotnymi w ramach RPO WP wpłyną na lepszą organizację wspartych podmiotów i integrację z krajowymi platformami? Jakie są priorytety w tworzeniu takich systemów oraz w jakich obszarach i w jakim zakresie odciążą i/lub przyśpieszą działania/procedury funkcjonujące we wspartych podmiotach?

21. W jakim stopniu zrealizowane / realizowane projekty RPO WP przyczyniły/przyczynią się do upowszechnienia usług e-zdrowia dla mieszkańców województwa?
22. Jaki jest/będzie poziom realizacji założonych celów RPO WP zdefiniowanych w opisie Programu w ramach celów szczegółowych, rezultatów, wskaźników (produktu i rezultatu) i ukierunkowania interwencji? Jakie czynniki go determinują (w tym konsekwencje pandemii COVID-19)?
23. Na ile trafne i efektywne okazały się zastosowane w RPO WP preferencje projektowe?
24. W jakim stopniu zrealizowane/realizowane projekty RPO WP uwzględniają potrzeby osób z niepełnosprawnościami? Czy podjęte działania mają/będą miały wymiar ponadstandardowy względem obowiązujących przepisów? Jeśli tak, czego te działania dotyczą?

Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027

25. Biorąc pod uwagę efekty wdrażania RPO WP, na które rodzaje interwencji w ramach zatwierdzonego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021- 2027 (FEP) w obszarze zdrowia należy położyć szczególny nacisk i dlaczego?
26. Jakie działania wspomagające należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty interwencji w obszarze zdrowia określonej w FEP?
27. Jakie projekty realizowane w ramach RPO WP charakteryzowały się wysoką skutecznością i efektywnością, a doświadczenia z ich przeprowadzenia warto wykorzystać przy wdrażaniu FEP?
28. Jakie czynniki będą determinowały wsparcie w obszarze zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie działania w związku z tym należy uwzględnić w systemie wdrażania FEP (poziom dokumentów wdrożeniowych)?

Opis metodyki oraz źródła pozyskania informacji

Analiza danych zastanych (Desk research)

Analiza podstawowych dokumentów źródłowych nazywana również wtórną analizą danych polega na zbieraniu, porządkowaniu, analizie i interpretacji wszelkich danych, które nie powstały na potrzeby niniejszego badania, lecz zostały opracowane czy zgromadzone przez inne podmioty i ze względu na zakres informacji w nich zawarty są związane z problematyką badania.

W ramach analizy danych zastanych zastosowany został dobór celowy, polegający na włączeniu w zakres analiz wszystkich danych, które mogą się okazać przydatne z perspektywy celu badania. W analizie zostały uwzględnione następujące dokumenty i źródła informacji:

Poziom regionalny:

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020;
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WP wraz z załącznikami;
- Sprawozdania roczne z realizacji RPO WP;
- Regionalny Program Strategiczny Zdrowie dla Pomorzan;
- Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej;
- Dane finansowe i rzeczowe dotyczące realizacji Działania 7.1, 7.2 i 13.2, a także w ramach trybu nadzwyczajnego Poddziałania 5.4.2 (PI 8vi) i 6.2.2 (PI 9iv) RPO WP, udostępnione przez Zamawiającego z SL2014;
- wnioski o dofinansowanie projektów RPO WP (Działanie 7.1, 7.2 i 13.2, a także w ramach trybu nadzwyczajnego Poddziałanie 5.4.2 (PI 8vi) i 6.2.2 (PI 9iv)), dla których została podpisana umowa (dotyczy nierozwiązanych umów w trakcie realizacji badania) oraz inne materiały związane z dokumentacją projektową udostępnione przez Zamawiającego;
- Dokumentacja konkursowa dla naborów obejmujących Działania 7.1, 7.2 i 13.2, a także w ramach trybu nadzwyczajnego Poddziałania 5.4.2 (PI 8vi) i 6.2.2 (PI 9iv)

RPO WP, stanowiąca załączniki do ogłoszenia o naborze wniosków o dofinansowanie;

- Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa pomorskiego;
- Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa pomorskiego;
- Raporty końcowe z badań ewaluacyjnych, obejmujące wątki zdrowotne w RPO WP;
- Program Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, zatwierdzony decyzją wykonawczą Komisji Europejskiej nr C(2022) z dnia 7 grudnia 2022 r.;
- Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020, przyjęta Uchwałą nr 458/XXII/12 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 24 września 2012 r.;
- Plan Zarządzania Strategią Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020, przyjęty Uchwałą nr 1100/202/20 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 26 listopada 2020 r.;
- Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030, przyjęta Uchwałą nr 376/XXXI/21 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 12 kwietnia 2021 r.;
- Plan Zarządzania Strategią Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030, przyjęty Uchwałą nr 753/373/22 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 28 lipca 2022 r.;
- Regionalny Program Strategiczny zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej;
- Inne materiały dostępne na stronach Zamawiającego lub udostępnione przez Zamawiającego;

Poziom krajowy:

- Umowa Partnerstwa na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 z 18 maja 2020 r. wraz z załącznikami;
- Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 wraz z Załącznikiem nr 2;

- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r.
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 przyjęta przez Radę Ministrów 17 września 2019 r.;
- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne;
- Fundusze dla Zdrowia;
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia;
- Umowa Partnerstwa na lata 2021-2027;
- Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.;
- Inne materiały dostępne na stronie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej;
- Informacje dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia m.in. o programach polityki zdrowotnej, funduszach dla zdrowia;

Poziom unijny i międzynarodowy:

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia" oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (dostęp: https://eur-lex.europa.eu/);

- Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 480/2014 z dnia 3 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności ze zm.;
- Inne materiały dostępne na stronach: Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego;
- Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 – Rezolucja, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r.

Badanie Mixed-Mode (CAWI/CATI)

Technika Mixed-Mode została zastosowana w stosunku do dwóch kategorii respondentów: beneficjentów projektów RPO WP objętych niniejszą ewaluacją oraz podmiotów objętych wsparciem niebędących beneficjentami.

W przypadku obu badanych grup zastosowano dobór zupełny, w ramach którego objęto badaniem wszystkich unikalnych beneficjentów i podmioty objęte wsparciem niebędące beneficjentami. W poniższej tabeli przedstawiono informacje dotyczące struktury populacji i zrealizowane próby w badaniu beneficjentów.

Tabela 1. Populacja i zrealizowana próba w badaniu Mixed-mode z beneficjentami

Działanie / Poddziałanie	Próba zrealizowana	Populacja	Poziom zwrotu ankiet
Poddziałanie 7.1.1	2	2	100%
Poddziałanie 7.1.2	18	18	100%
Działanie 7.2	11	15	73%
Działanie 13.2	2	2	100%
Ogółem	**33**	**37**	**89%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami

W przypadku badania podmiotów objętych wsparciem ostateczna populacja wyniosła 45 podmiotów, a ankieta została wypełniona przez przedstawicieli 25 z nich, uzyskany poziom zwrotu ankiet wyniósł 55,6%.

WYWIADY POGŁĘBIONE

W ramach wywiadów pogłębionych zastosowany został dobór celowy polegający na zapraszaniu do badania osób pracujących w jednostkach organizacyjnych realizujących zadania powiązane z przedmiotem badania. W każdej z jednostek zastosowany został nieco inny wariant doboru celowego, który przedstawiony został poniżej:

- Departament Programów Regionalnych (DPR) UMWP – zaplanowano 2 wywiady z osobami posiadającymi szeroką wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie weryfikacji wniosków o płatność i monitorowaniem postępu wdrażania interwencji z zakresu Działań 7.1, 7.2 i 13.2; ostatecznie zrealizowano 1 wywiad z osobą posiadającą wiedzę w odniesieniu do całości interwencji objętej niniejszą ewaluacją;
- Departament Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego UMWP – 1 wywiad z osobą posiadającą szeroką wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie programowania interwencji w dziedzinie zdrowia w ramach FEP;
- Stowarzyszenie Obszar Metropolitalny Gdańsk-Gdynia-Sopot - 1 wywiad z osobą posiadającą szeroką wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie planowania strategicznego i koordynacji projektów w dziedzinie zdrowia;
- Departament Zdrowia UMWP – zaplanowano 2 wywiady z osobami posiadającymi szeroką wiedzę w zakresie potrzeb zdrowotnych regionu, polityki inwestycyjnej i zdrowotnej samorządu oraz wdrażania RPS Zdrowie dla Pomorzan, dopuszczając przy tym – ze względu na zróżnicowaną wiedzę i doświadczenie pracowników

departamentu – możliwość realizacji wywiadów w formie diad lub triad; ostatecznie zrealizowano 1 wywiad w formie diady;

- Lider przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" – 1 wywiad z osobą posiadającą szeroką wiedzę i doświadczenie zawodowe w zakresie opracowywania założeń i realizacji przedsięwzięcia strategicznego i projektu „Pomorskie e-Zdrowie".

STUDIUM PRZYPADKU

Przedmiotem studiów przypadku opracowanych na potrzeby niniejszego badania ewaluacyjnego były dobre praktyki w realizacji projektów wdrażanych w ramach obszaru objętego ewaluacją.

W ramach stadium przypadku zastosowany został dobór celowy polegający na zapewnieniu reprezentatywności typologicznej charakteryzowanych rozwiązań. Na potrzeby raportu opracowano studia przypadku dotyczące 3 przedsięwzięć:

- Poprawa dostępności do wysokiej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych celem leczenia chorób cywilizacyjnych dla mieszkańców Pomorza poprzez rozbudowę Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku
- Wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej z funkcjonalnością przesyłu danych obrazowych w podmiotach leczniczych subregionu słupskiego wraz z niezbędną infrastrukturą
- Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o.

Opis wyników badania

Niniejszy rozdział obejmuje całość analiz przeprowadzonych w ramach przedmiotowej ewaluacji. Prezentacja wyników została przeprowadzona w sposób odzwierciedlający strukturę ewaluowanej interwencji i zakres przedmiotowy badania. Z tego względu wyodrębniono cztery podrozdziały tematyczne odzwierciedlające cele szczegółowe ewaluacji:

- ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie (PI 9a i uzupełniająco Działanie 13.2),
- ocena efektów wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia w ramach RPO WP (PI 2c),
- systemowe uwarunkowania ewaluowanej interwencji,
- rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027.

Z kolei struktura poszczególnych podrozdziałów tematycznych stanowi odzwierciedlenie problematyki badania wynikającej z treści pytań badawczych.

Ocena oddziaływania projektów RPO WP na zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w regionie (PI 9a i uzupełniająco Działanie 13.2)

W pierwszej kolejności dokonano charakterystyki zakresu zrealizowanych działań oraz przeprowadzono identyfikację efektów wynikających z podjętych działań (w ujęciu retrospektywnym i prospektywnym), następnie dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów, a w końcowej części poddano analizie kwestie dotyczące takich zagadnień szczegółowych, jak: ocena interwencji w kontekście wyzwań w obszarze zdrowia związanych z pandemią COVID-19 oraz uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Zakres podjętych działań

Uwzględniając zarówno zakres interwencji, jak i problematykę nakreśloną przez pytania badawcze, w prowadzonej analizie skoncentrowano się na następujących zagadnieniach:

- całościowy zakres interwencji RPO WP;

- zakres działań podejmowanych w ramach poszczególnych projektów w celu zwiększenia dostępności i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych;
- rodzaj usług zdrowotnych, których dotyczyły te działania;
- zmiany w regionalnej bazie szpitalnej w rezultacie interwencji;
- rodzaj i lokalizacja obiektów medycznych, które utworzono lub zmodernizowano w ramach projektów;
- rodzaj i lokalizacja sprzętu medycznego zakupionego w ramach projektów.

W przypadku Działania 7.1 Zasoby ochrony zdrowia, w ramach którego realizowane były cele Priorytetu Inwestycyjnego 9a dofinansowano 20 projektów[5]. Dwa przedsięwzięcia realizowane były w ramach Poddziałania 7.1.1 wdrażanego w oparciu o mechanizm Zintegrowanych Instrumentów Terytorialnych, natomiast 18 przedsięwzięć było wdrażanych w ramach Poddziałania 7.1.2 w odniesieniu do całego obszaru województwa, ale z uwzględnieniem formuły Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych. Jeśli chodzi o Poddziałanie 7.1.1 łączna wartość udzielonego dofinansowania 53,9 mln zł. Co się natomiast tyczy Poddziałania 7.1.2 to, z racji kilkukrotnie większej liczby wspartych przedsięwzięć, nie powinna dziwić znacząco większa wielkość łącznego dofinansowania UE wynosząca 445,2 mln zł. Średnia wartość dofinansowania projektów w Działaniu 7.1 wyniosła 25,0 mln zł i nie różni się ona znacząco w poszczególnych Poddziałaniach.

W ramach niniejszego komponentu ewaluacji analizą objęto także interwencję wdrażaną poprzez Działanie 13.2 Ochrona zdrowia – REACT-EU, która zorientowana była na złagodzenie negatywnych skutków zdrowotnych pandemii COVID-19. W tym obszarze dofinansowano 2 projekty o łącznej kwocie dofinansowania wynoszącej 21,6 mln zł.

W 22 projektach realizowanych w ramach Działań 7.1 i 13.2 podejmowane były działania w ramach różnych typów projektów. W poniższej tabeli przedstawiono strukturę projektów tym zakresie.

Tabela 2. Struktura projektów z Działań 7.1 i 13.2

Działanie	Typ projektu	Liczba projektów	Kwota dofinansowania
7.1	Typ 1: modernizacja i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (z wyłączeniem wyrobów i produktów	1	5,1 mln zł

[5] Dane obrazujące skalę udzielonego wsparcia opracowano na podstawie informacji zawartych w systemie SL2014, wg stanu na sierpień 2023.

Działanie	Typ projektu	Liczba projektów	Kwota dofinansowania
	jednorazowego użytku) w celu podniesienia jakości usług medycznych		
7.1	Typ 1: modernizacja i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku) w celu podniesienia jakości usług medycznych **oraz** Typ2 rozbudowa i roboty budowlane (przebudowa, remont) w obiektach ochrony zdrowia (w tym, w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych) w powiązaniu z typem projektu nr 1)	17	454,7 mln zł
7.1	Typ 1: modernizacja i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku) w celu podniesienia jakości usług medycznych **oraz** Typ 2: rozbudowa i roboty budowlane (przebudowa, remont) w obiektach ochrony zdrowia (w tym, w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych) w powiązaniu z typem projektu nr 1) **i** Typ 3: utworzenie nowych/innych form udzielania świadczeń uzasadnione brakiem ciągłości i dostępności	1	24,4 mln zł
7.1	Typ 2: rozbudowa i roboty budowlane (przebudowa, remont) w obiektach ochrony zdrowia (w tym, w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych) w powiązaniu z typem projektu nr 1)	1	14,8 mln zł
13.2	Typ 1: modernizacja i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku) w celu podniesienia jakości usług medycznych	1	10,6 mln zł
13.2	Typ 1: modernizacja i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (z	1	11,0 mln zł

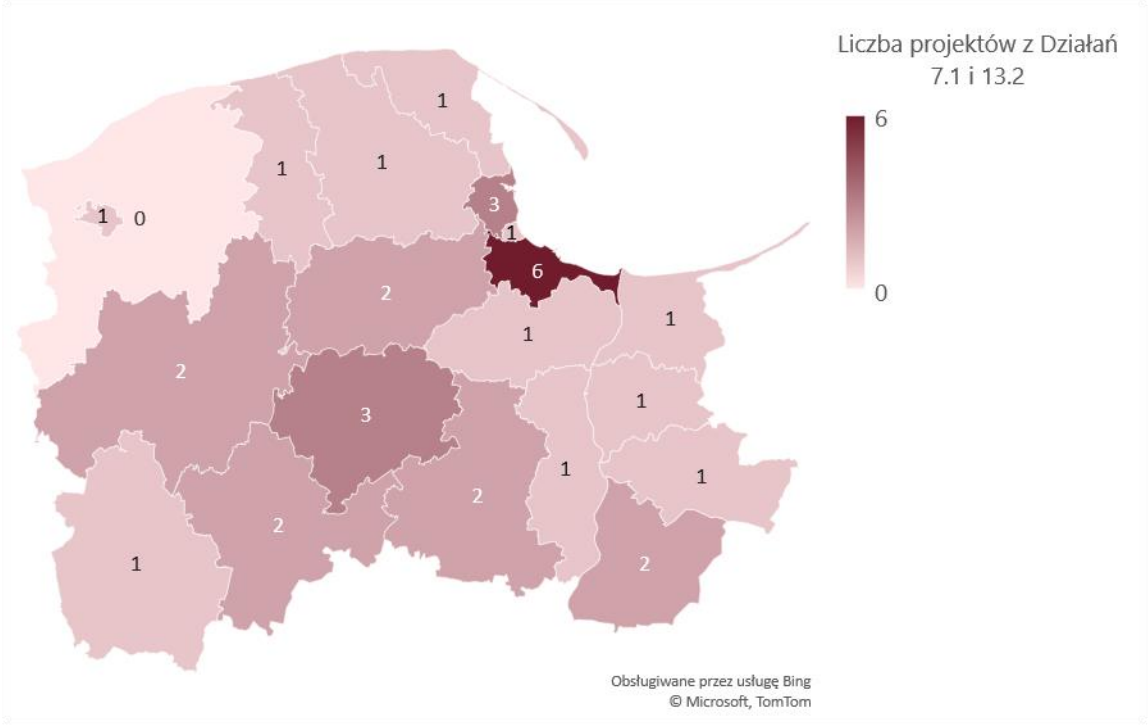
Działanie	Typ projektu	Liczba projektów	Kwota dofinansowania
	wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku) w celu podniesienia jakości usług medycznych **oraz** Typ 2: rozbudowa i roboty budowlane (przebudowa, remont) w obiektach ochrony zdrowia (w tym, w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych)		

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023 r.

W zdecydowanej większości projektów Działania 7.1 (17 z 20) łączono modernizację i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (typ projektu 1) z rozbudową i robotami budowlanymi (przebudową, remontem) w obiektach ochrony zdrowia (typ projektu 2). Tego rodzaju przedsięwzięcia dofinansowano na kwotę 454,7 mln zł, a średnia wartość dofinansowania wyniosła 26,8 mln zł przy średniej wartości projektu na poziomie 38,6 mln zł. W Działaniu 7.1 występowały tylko pojedyncze przypadki innych konfiguracji typów projektów. Spośród 2 projektów realizowanych w ramach Działania 13.2 w jednym realizowano wyłącznie zadania z zakresu modernizacji i zakupu specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (typ projektu 1), a w drugim zostały one połączone z działaniami dotyczącymi rozbudowy i robót budowlanych (przebudowy, remontu) w obiektach ochrony zdrowia. Mimo różnego zakresu projekty te charakteryzują się zbliżoną kwotą dofinansowania po około 11 mln zł.

Uzupełnieniem powyższych informacji są dane dotyczące liczby projektów realizowanych w ramach Działań: 7.1 i 13.2 na terenie poszczególnych powiatów. Dane te zaprezentowano na poniższej mapie.

Mapa 1. Liczba projektów z Działań 7.1 i 13.2 realizowanych na terenie poszczególnych powiatów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na sierpień 2023; 9 projektów było realizowanych na terenie więcej niż jednego powiatu

Z największą koncentracją projektów mamy do czynienia w powiatach: m. Gdańsk (6 projektów), kościerskim i m. Gdynia (po 3 projekty). W powiatach: bytowskim, chojnickim, kartuskim, kwidzyńskim, starogardzkim realizowano po 2 projekty. Z kolei po 1 przedsięwzięciu w ramach Działań: 7.1 i 13.2 realizowano w powiatach: człuchowskim, gdańskim, lęborskim, malborskim, nowodworskim, puckim, m. Słupsk, m. Sopot, sztumskim, tczewskim i wejherowskim. Powiatem, na obszarze którego nie zrealizowano żadnego przedsięwzięcia okazał się natomiast powiat słupski.

W kontekście danych dotyczących obszaru realizacji ewaluowanych projektów należy jednak podkreślić trzy istotne uwarunkowania odnoszące się do specyfiki omawianego wsparcia. Po pierwsze, wsparcie w ramach Działania 7.1 było realizowane w dwóch wariantach – w oparciu o mechanizm Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, a także w formule ogólnowojewódzkiej. Biorąc pod uwagę, że wsparcie w ramach ZIT obejmowało trójmiejski obszar metropolitarny, musiało to skutkować większą intensywnością pomocy właśnie na tym obszarze (skoro na obszarze objętym mechanizmem ZIT możliwe było także jednoczesne realizowanie przedsięwzięć w ramach Poddziałania 7.1.2). Warto jednak zaznaczyć, iż w ramach ZIT realizowano tylko 2 projekty i w praktyce wpływ instrumentu terytorialnego na koncentrację wsparcia nie był decydujący. Po drugie, logika

realizowanej interwencji i przyjęty sposób jej wdrażania zakładały jej skierowanie do podmiotów o największym potencjale w kontekście realizacji celów wsparcia. Tym samym, obszar realizacji dofinansowanych projektów staje się w jakiejś mierze odzwierciedleniem zróżnicowania terytorialnego placówek medycznych istotnych z punktu widzenia regionalnego systemu ochrony zdrowia. Po trzecie wreszcie, w przeciwieństwie do interwencji w obszarze infrastruktury transportowej, środowiskowej, czy edukacyjnej wsparcie w obszarze ochrony zdrowia trudniej jest w sposób precyzyjny charakteryzować pod kątem zasięgu terytorialnego projektów. Szczególnie jeśli mówimy o kluczowych ośrodkach w danym segmencie regionalnej bazy szpitalnej – realizacja przedsięwzięcia w takich podmiotach może potencjalnie rezonować na obszar całego województwa. Chodzi tu zarówno o to, że wszyscy mieszkańcy regionu mogą korzystać z bezpośrednich efektów danego projektu dotyczącego infrastruktury ochrony zdrowia, jak i o to, że np. zwiększenie dostępności określonych usług medycznych we wspartym podmiocie regionalnej bazy szpitalnej pośrednio odciąża także podmioty, które nie były objęte wsparciem i które prowadzą swoją działalność w zupełnie innej części województwa.

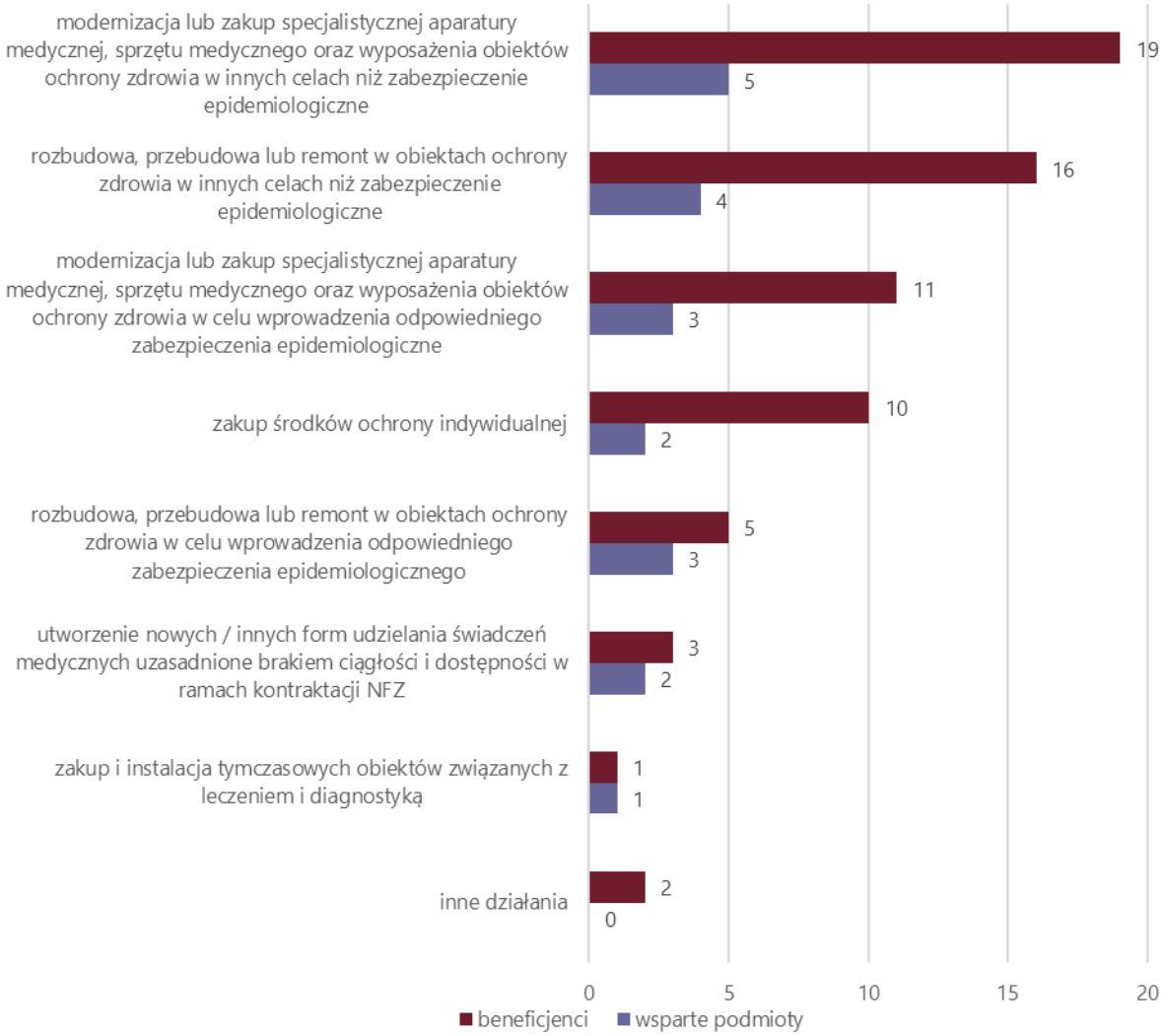
Uwzględniając powyższe zastrzeżenia, zidentyfikowaną strukturę terytorialną ewaluowanych przedsięwzięć ocenić należy pozytywnie, nawet jeśli zauważalna jest w jej ramach pewna koncentracja wsparcia. Jak wspomniano wcześniej, koncentrację tę należy traktować nie tylko jako efekt określonego kierunkowania interwencji, ale także jako naturalną konsekwencję zróżnicowań terytorialnych odnoszących się do regionalnego systemu ochrony zdrowia. Ta pozytywna ocena jest tym bardziej uzasadniona, że – jak stwierdzono powyżej – tylko w odniesieniu do jednego powiatu nie mamy do czynienia z bezpośrednią realizacją żadnych działań projektowych.

Dotychczasowa analiza zakresu zrealizowanej interwencji i podjętych działań bazowała na danych z systemu SL2014. Kolejne prezentowane dane, które również dotyczą zakresu działań podejmowanych w ramach interwencji zostały pozyskane w badaniu ankietowym obejmującym beneficjentów oraz podmioty objęte wsparciem w ramach Działań: 7.1 (z uwzględnieniem obu Poddziałań: 7.1.1 i 7.1.2) oraz 13.2. W badaniu podejmowane były szczegółowe zagadnienia pozwalające zrekonstruować zakres działań w projektach. Jednocześnie, przy tak dużym stopniu responsywności w badaniu ankietowym, a także przy uwzględnieniu faktu, że uzyskane dane odnoszą się do sytuacji bieżącej (co ma

znaczenie dla projektów jeszcze niezakończonych) dane z tego badania stanowią użyteczne uzupełnienie danych z wniosków o dofinansowanie[6].

W pierwszej kolejności analizie poddano zakres merytoryczny projektów realizowanych w ramach PI 9a oraz Działania 13.2.

Wykres 1. Zakres wsparcia w ramach projektów z PI 9a i Działania 13.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=22, podmioty objęte wsparciem – n=7; możliwe było wskazanie więcej niż 1 rodzaju wsparcia

[6] Co nie zmienia faktu, że w całym analitycznym komponencie raportu końcowego dane z wniosków o dofinansowanie były wykorzystywane w przypadku wybranych zagadnień, bądź jako jedyne źródło informacji (w przypadku braku innych źródeł danych), bądź jako źródło uzupełniające (np. w sytuacji dysponowania odpowiednimi danymi z badania ankietowego beneficjentów lub podmiotów objętych wsparciem).

W projektach realizowanych w ramach Działań: 7.1 i 13.2 najczęściej podejmowano działania polegające na modernizacji i zakupie specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia, których cele miały inny charakter niż wprowadzenie zabezpieczenia epidemiologicznego. Działania tego rodzaju realizowało 19 na 22 objętych badaniem beneficjentów. Drugim, prawie równie częstym, działaniem objętym finansowaniem w ramach projektów była rozbudowa, przebudowa lub remont w obiektach ochrony zdrowia w celach niezwiązanych z zabezpieczeniem epidemiologicznym. Połowa objętych badaniem beneficjentów wsparcia finansowanego ze środków RPO WP modernizowała lub nabyła specjalistyczną aparaturę medyczną, sprzęt medyczny oraz wyposażyła obiekty ochrony zdrowia w celu wprowadzenia odpowiedniego zabezpieczenia epidemiologicznego, jak również zakupiła środki ochrony indywidualnej.

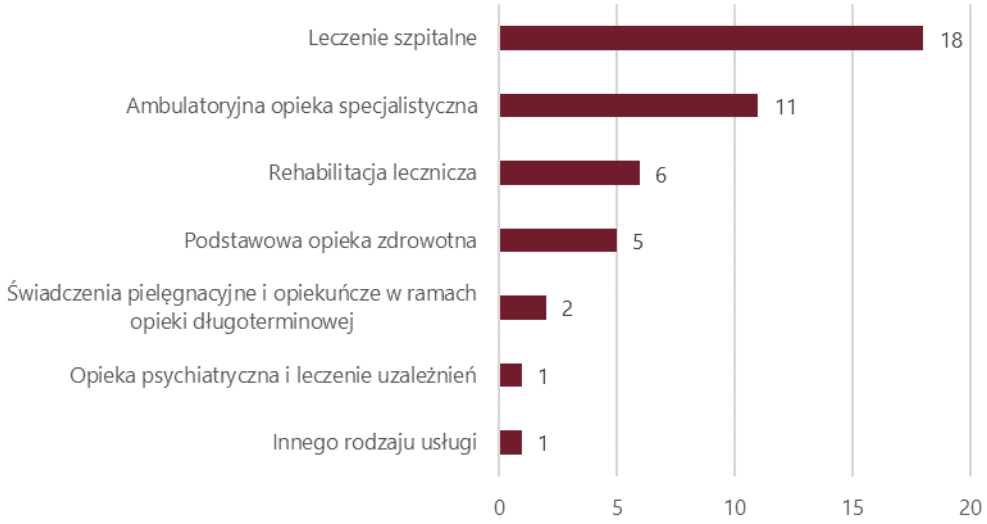
Podmioty świadczące usługi zdrowotne, do których bezpośrednio zostało skierowane wsparcie w ramach projektów realizowanych w Działaniach: 7.1 i 13.2 tj. jednostki samorządu, spółki itp., także poproszono o wskazanie rodzajów działań, które zostały podjęte na rzecz ich placówki w ewaluowanych projektach. Najczęściej wskazywano – podobnie jak w przypadku beneficjentów – na modernizację i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia, w celach innych niż zabezpieczenie epidemiologiczne (5 na 7 biorących udział w badaniu podmiotów uzyskało ten rodzaj wsparcia) oraz rozbudowa, przebudowa lub remont w obiektach ochrony zdrowia w celach niezwiązanych z zabezpieczeniem epidemiologicznym (4 na 7).

Uwzględniając powyższe dane, można jednoznacznie stwierdzić, że dominujący charakter projektów realizowanych w ramach omawianego obszaru interwencji trafnie odzwierciedla cele ewaluowanej interwencji, które odnoszą się do zwiększenia dostępności usług zdrowotnych poprzez wzmocnienie infrastrukturalnych zasobów regionalnego systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej bazy szpitalnej. Z punktu widzenia realizacji rzeczonego celu kluczowe jest podejmowanie działań w zakresie modernizacji i zakupu specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia, a więc tego rodzaju działań, który okazał się mieć charakter dominujący wśród badanych projektów. Jednocześnie, w określonych przypadkach podejmowanie ww. rodzaju działań, mogło także wymagać działań w zakresie rozbudowy, przebudowy lub remontu w obiektach ochrony zdrowia, co z kolei stanowi drugi najczęściej występujący rodzaj działań (przy czym podkreślić należy, że ten typ projektu mógł podlegać dofinansowaniu tylko w powiązaniu z pierwszym omówionym typem projektu). Uwzględnienie w logice interwencji tych dwóch komponentów działań

projektowych oraz zbliżona częstość ich występowania wśród dofinansowanych przedsięwzięć potwierdza, że trafnie określono zakres interwencji w kontekście rzeczywistych potrzeb potencjalnych beneficjentów. Z obu komponentów korzystano w podobnej skali, a jednocześnie można domniemywać, że – po pierwsze – część projektów w zakresie modernizacji i zakupu specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia nie mogłaby zostać zrealizowana bez komponentu odnoszącego się do rozbudowy, przebudowy lub remontu w obiektach ochrony zdrowia. Po drugie, ten drugi komponent bez wątpienia zwiększał atrakcyjność dostępnej pomocy, tym bardziej, że – jak zwracano uwagę w ramach badania jakościowego oraz co wynika z analizy problemów uzasadniających potrzebę realizacji projektów zawartej we wnioskach o dofinansowanie – potrzeby w tym zakresie są bardzo duże, co jest powiązane z faktem, iż niejednokrotnie obiekty ochrony zdrowia są usytuowane w obiektach wymagających rozbudowy lub przebudowy, a przynajmniej remontu.

Kolejny element charakterystyki zakresu podjętych działań dotyczy rodzaju usług medycznych, których dotyczyły realizowane projekty.

Wykres 2. Rodzaj usług medycznych, których dotyczyły realizowane projekty



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; n=22; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Beneficjenci projektów realizowanych w ramach Działań: 7.1 i 13.2 sprecyzowali w badaniu Mixed-mode rodzaje usług zdrowotnych, których dotyczył ich projekt. Najczęściej było to leczenie szpitalne (18 na 22 beneficjentów wskazało na ten rodzaj usługi). Z kolei połowa badanych beneficjentów realizowała projekty ukierunkowane na ambulatoryjną opiekę

specjalistyczną. Zdecydowanie rzadziej projekty dotyczyły usług związanych z rehabilitacją (6 na 22) oraz podstawową opieką zdrowotną (5 na 22).

Powyższych danych nie można analizować w oderwaniu zarówno od celów interwencji, jak i typologii podmiotów, które skorzystały ze wsparcia. Jeśli bowiem weźmiemy pod uwagę, że z jednej strony wsparcie było kierowane na wzmocnienie regionalnej bazy szpitalnej, a z drugiej – że to właśnie szpitale dominują, jeśli nie wśród beneficjentów (tu bowiem pojawiają się także organy prowadzące szpitale, nie zaś same placówki medyczne), to wśród podmiotów objętych bezpośrednio wsparciem, to nie może dziwić, że to właśnie leczenia szpitalnego dotyczy dominująca liczba projektów. Pozytywnie należy przy tym ocenić fakt, że relatywnie często (11 projektów) wsparte projekty odnosiły się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co oznacza, że interwencja nie obejmowała tylko i wyłącznie leczenia szpitalnego, ale także opiekę ambulatoryjną, co przy dominacji wśród podmiotów wspartych placówek szpitalnych oznacza, że placówki te dywersyfikowały swoje projektowe działania i nie koncentrowały się wyłącznie na leczeniu *stricte* szpitalnym, ale także na wzmacnianiu potencjału dotyczącego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Spośród pozostałych rodzajów usług medycznych, na które wskazywano rzadziej, warto zaakcentować relatywnie niewielki udział rehabilitacji leczniczej i bardzo mały – opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień[7]. Oczywiście wynika to częściowo z przyjętych priorytetów ewaluowanej interwencji, wydaje się jednak że w kontekście najbardziej istotnych potrzeb regionalnych dotyczących systemu ochrony zdrowia, te dwa elementy wymagałyby większej intensywności pomocy. Warto przy tym zauważyć, że oba wspomniane rodzaje usług medycznych nie pozostają w sprzeczności z faktem położenia nacisku na wzmacnianie potencjału regionalnej bazy szpitalnej (co np. ma miejsce w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, której relatywnie niewielka skala reprezentacji w analizowanych projektach wynika z faktu, iż jest to rodzaj usługi medycznej świadczonej jednak poza systemem szpitalnym).

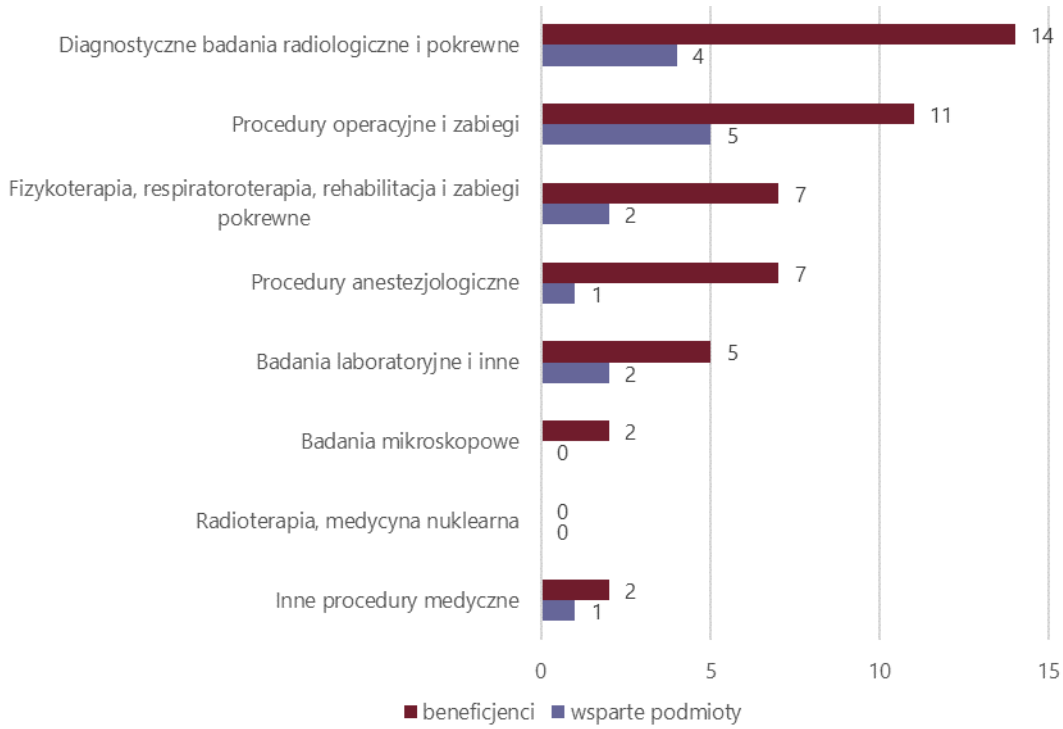
Na zakończenie analizy zakresu działań podjętych w projektach dokonano doprecyzowania charakteru działań dla, odpowiednio: (a) zakupu lub modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia oraz (b) rozbudowy, przebudowy lub remontów obiektów. W przypadku pierwszego rodzaju działań rzeczone doprecyzowanie dotyczy takich kwestii jak: procedury medyczne, którym służy aparatura medyczna, sprzęt

[7] To, że relatywnie niewielki jest udział podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej nie powinien dziwić, jeśli uwzględnimy fakt kierunkowania wsparcia głównie do placówek szpitalnych.

medyczny lub wyposażenie kupowane / modernizowane w ramach projektów; rodzaj chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone za pomocą kupowanej / modernizowanej aparatury, sprzętu lub wyposażenia; liczba sztuk kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służącej realizacji poszczególnego rodzaju procedur medycznych; liczba sztuk specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia kupowanego / modernizowanego w ramach projektów w poszczególnych powiatach.

W pierwszej kolejności podjęto próbę zewidencjonowania rodzajów procedur medycznych, którym służy kupowana lub modernizowana ze środków RPO WP specjalistyczna aparatura medyczna, sprzęt medyczny lub wyposażenie.

Wykres 3. Procedury medyczne, którym służy aparatura medyczna, sprzęt medyczny lub wyposażenie kupowane / modernizowane w ramach projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=21, podmioty objęte wsparciem – n=7; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu lub modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

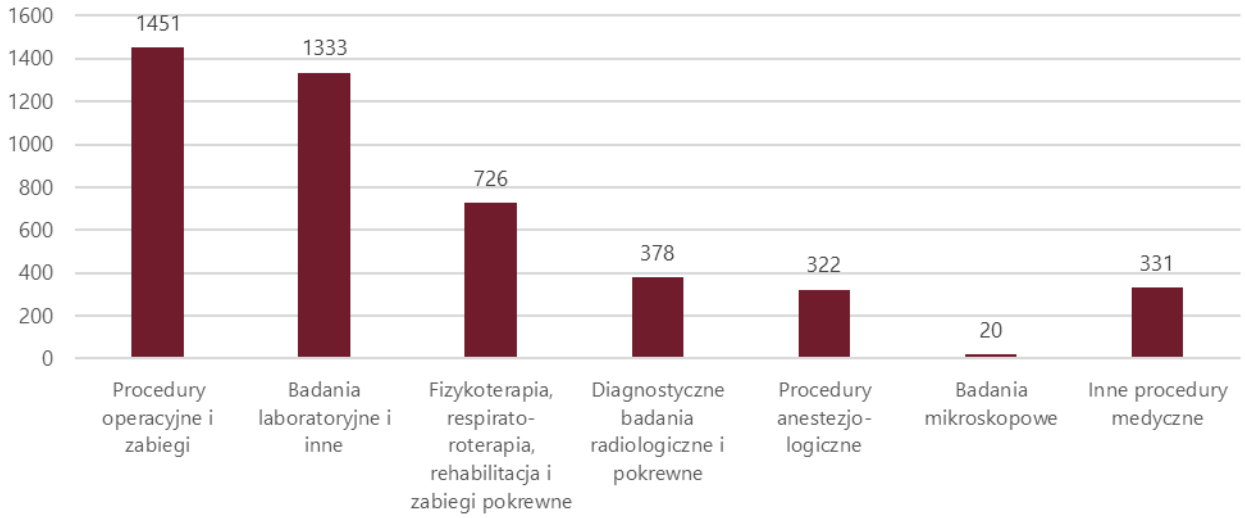
Zarówno według wskazań beneficjentów, jak i podmiotów, do których było skierowane wsparcie, procedury medyczne, którym służy aparatura medyczna, sprzęt medyczny lub wyposażenie kupowane / modernizowane w ramach projektów to (w kolejności od najczęściej wskazywanych):

- diagnostyczne badania radiologiczne i pokrewne,
- procedury operacyjne i zabiegi,
- fizykoterapia, respiratoroterapia, rehabilitacja i zabiegi pokrewne,
- procedury anestezjologiczne,
- badania laboratoryjne i inne.

Pozytywnie ocenić należy łączną dominację dwóch pierwszych rodzajów procedur medycznych, gdyż odnoszą się one do dwóch głównych filarów pomocy medycznej: diagnostycznego (z naciskiem na diagnostyką radiologiczną) i leczniczego (w tym przypadku – leczenia operacyjnego i zabiegowego). Tym samym, dzięki takiej strukturze wsparcia, stwierdzić możemy, iż udzielona pomoc pozwoliła w sposób zrównoważony rozwinąć potencjał wspartych podmiotów systemu ochrony zdrowia.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące liczebności kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służącej realizacji poszczególnego rodzaju procedur medycznych. Dane te obrazują, w jakim stopniu wzrósł regionalny potencjał dotyczący świadczenia poszczególnych rodzajów procedur medycznych, przy czym – biorąc pod uwagę, jakiego rodzaju podmioty zostały przede wszystkim objęte pomocą – dane te obrazują w szczególności wzrost tego potencjału w ramach regionalnej bazy szpitalnej woj. pomorskiego.

Wykres 4. Liczba sztuk kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służącej realizacji poszczególnego rodzaju procedur medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=21; pytanie zadawane w przypadku, gdy wskazano w ankiecie[8] na zakup lub modernizację aparatury, sprzętu lub wyposażenia

Z danych podanych przez beneficjentów ewaluowanych projektów wynika, że najwięcej specjalistycznej aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia zakupiono na potrzeby realizacji procedur operacyjnych i zabiegów (łącznie 1 451 sztuk) oraz badań laboratoryjnych i innych (1 333 sztuki). Na potrzeby procedur z zakresu fizykoterapii, respiratoroterapii, rehabilitacji i zabiegów pokrewnych zakupiono lub zmodernizowano 726 sztuk specjalistycznej aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia, a na potrzeby diagnostycznych badań radiologicznych i pokrewnych – 378 sztuk. Procedurom anestezjologicznym służą 322 sztuki aparatury/sprzętu/wyposażenia zakupionego lub zmodernizowanego ze środków RPO WP.

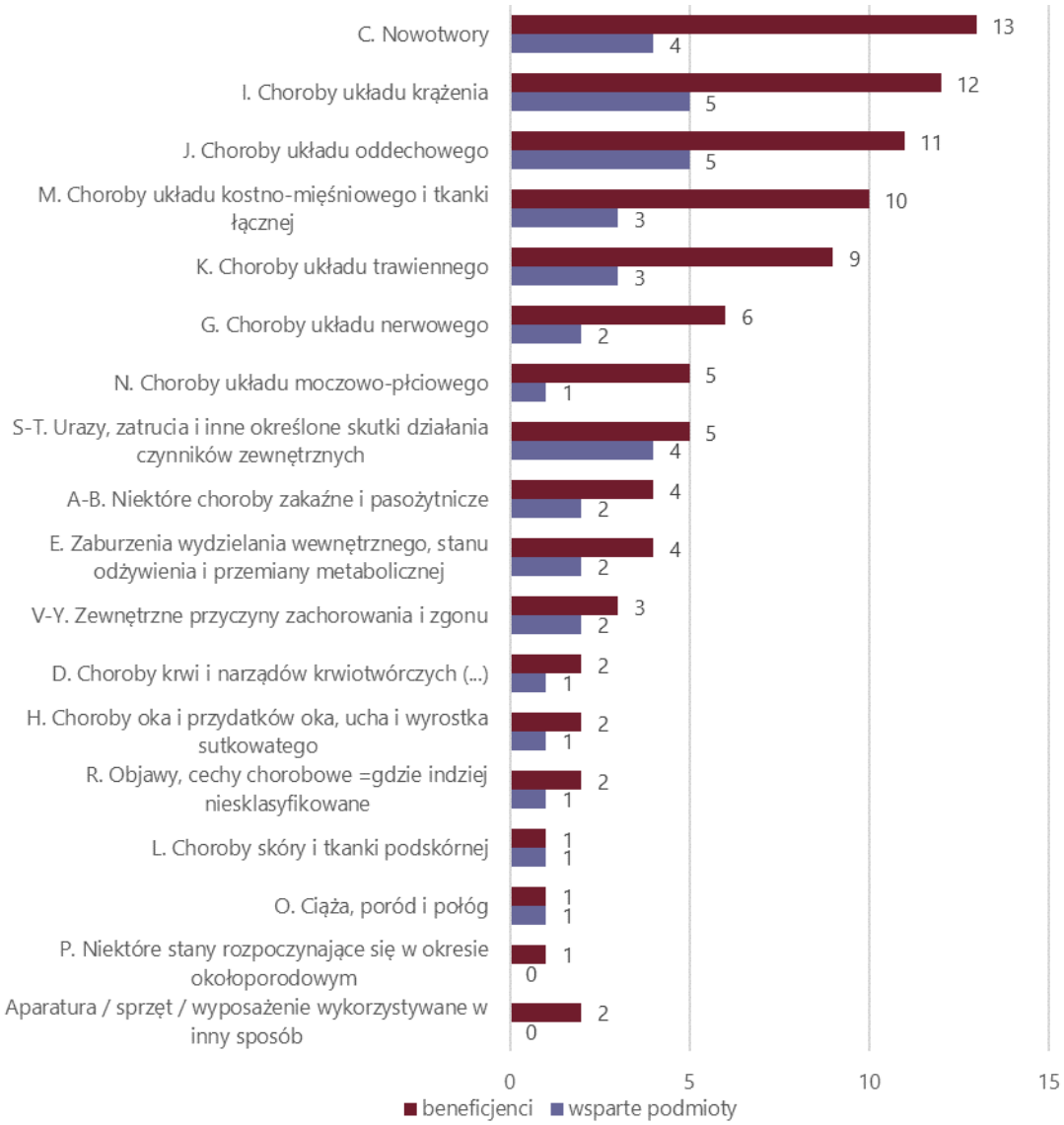
Warto w tym miejscu zauważyć, że intensywność udzielonego wsparcia mierzona liczebnością sztuk kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służących realizacji poszczególnego rodzaju procedur medycznych nie pokrywa się ze – zidentyfikowaną wcześniej – częstością występowania poszczególnych procedur medycznych jako obszaru, którego dotyczyły działania projektowe. Przykładowo, procedura wskazywana najczęściej przez

[8] Wskazania w ankiecie mogą nie odzwierciedlać stanu faktycznego ze względu na np. ograniczoną wiedzę respondentów lub pomyłki przy wypełnianiu ankiety. Jak wykazała analiza porównawcza w przypadku co najmniej 1 projektu udzielone odpowiedzi odbiegają od założeń dokumentacji projektowej.

beneficjentów jako ta, której dotyczyły zrealizowane zakupy, czyli diagnostyczne badania radiologiczne i pokrewne, pod względem liczby kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służącej realizacji tej właśnie procedury medycznej plasuje się dopiero na trzecim miejscu. Z kolei np. badania laboratoryjne i inne, które były najrzadziej wskazywaną procedurą medyczną, której dotyczyły zrealizowane zakupy, pod względem liczby kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służącej realizacji tej procedury medycznej plasują się na drugim miejscu rankingu (nieznacznie ustępując procedurom operacyjnym i zabiegom, a zdecydowanie dominując nad pozostałymi procedurami medycznymi). Wydaje się, że te zróżnicowania pomiędzy dwoma aspektami intensywności udzielonej pomocy trafnie odzwierciedlają specyfikę poszczególnych procedur medycznych odnoszącą się do skali ich wymaganego „osprzętowienia".

Kolejne prezentowane dane doprecyzowujące charakterystykę działań w zakresie kupna / modernizacji kupowanej / modernizowanej aparatury, sprzętu lub wyposażenia odnoszą się do rodzaju chorób (według klasyfikacji ICD-10), które są diagnozowane lub leczone za pomocą tej aparatury, sprzętu lub wyposażenia.

Wykres 5. Rodzaj chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone za pomocą kupowanej / modernizowanej aparatury, sprzętu lub wyposażenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=21, podmioty objęte wsparciem – n=7; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu lub modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Jeśli chodzi o choroby, które mogą być diagnozowane lub leczone za pomocą kupowanej i/lub modernizowanej w ramach projektów specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia, to są to najczęściej:

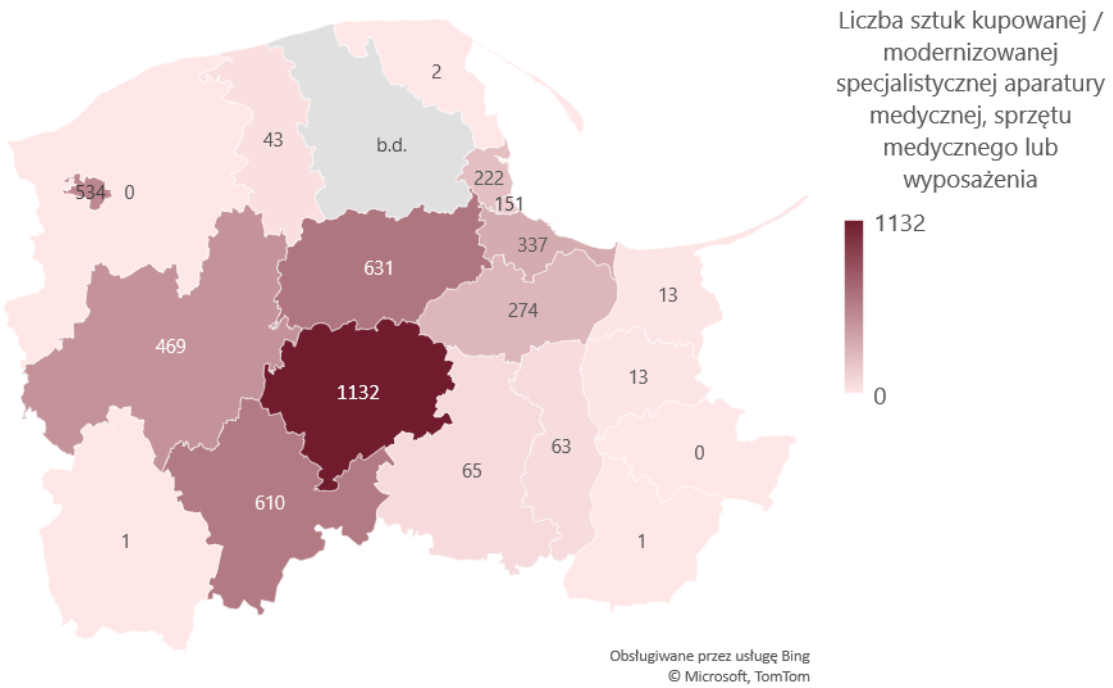
- nowotwory;
- choroby układu krążenia;

- choroby układu oddechowego;
- choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej;
- choroby układu trawiennego.

Nakreślony powyżej stan rzeczy w zakresie rodzajów chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone za pomocą kupowanej / modernizowanej aparatury, sprzętu lub wyposażenia ocenić należy pozytywnie w odniesieniu do dwóch – powiązanych ze sobą – aspektów. Po pierwsze, trafnie odzwierciedlają one katalog chorób o charakterze populacyjnie dominującym i odnoszącym się do chorób cywilizacyjnych. Po drugie – biorąc pod uwagę, że w założeniach ewaluowanej interwencji podkreślono znaczenie właśnie chorób o charakterze cywilizacyjnym, do których powinny się odnosić realizowane projekty – mamy do czynienia ze skutecznością ukierunkowania wsparcia, przynajmniej jeśli chodzi o aspekt odnoszenia się projektów do istotnych problemów zdrowotnych regionu.

Ostatni aspekt charakterystyki działań podejmowanych w zakresie zakupu lub modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia dotyczy liczby sztuk specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia kupowanego / modernizowanego w ramach ewaluowanych projektów w poszczególnych powiatach woj. pomorskiego.

Mapa 2. Liczba sztuk specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia kupowanego / modernizowanego w ramach projektów w poszczególnych powiatach[9] (szt.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=21; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu lub modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia

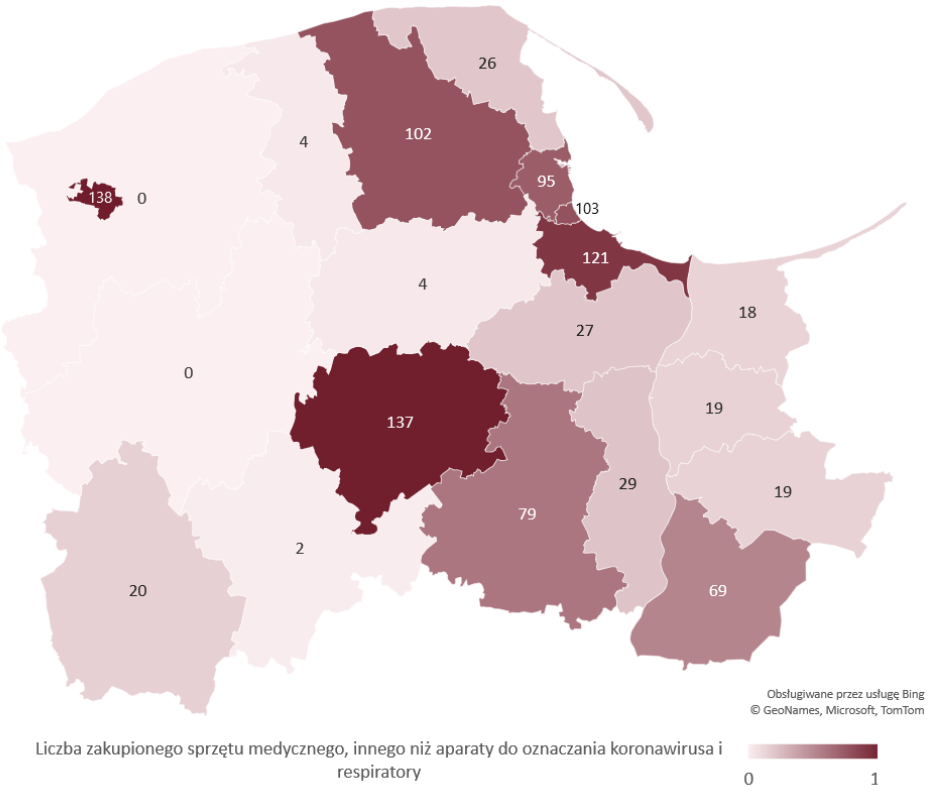
Najwięcej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia kupowanego / modernizowanego w ramach projektów zakupiono na rzecz placówek z terenu powiatu kościerskiego (1 132 sztuki), kartuskiego (631) oraz powiatu chojnickiego (610) i bytowskiego (469). W pozostałych powiatach skala intensywności pomocy była wyraźnie mniejsza, a w powiatach: sztumskim, wejherowskim i słupskim nie potwierdzono w badaniu zakupów / modernizacji żadnego sprzętu i wyposażenia[10].

[9] Dane o liczbie sztuk sprzętu / aparatury / wyposażeniu bazują na informacjach udzielonych przez beneficjentów. W przypadku projektów realizowanych na terenie więcej niż 1 powiatu zadeklarowana liczba była równomiernie rozkładana pomiędzy powiaty, co jest zgodne z podejściem przyjmowanym przez IZ w ramach prezentacji danych dot. postępu realizacji wskaźników w ujęciu terytorialnym.

[10] W przypadku niniejszych danych należy zwrócić uwagę, że w przypadku powiatu wejherowskiego informacje pozyskane od beneficjenta nie odzwierciedlają stanu faktycznego. Z uzupełniającej analizy wniosków o dofinansowanie wynika bowiem, że jeden z projektów – obejmujący na bardzo dużą skalę zakupy specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia – realizowany był właśnie na terenie tego powiatu).

Uwzględniając zastrzeżenie, iż powyższe dane pozyskane od beneficjentów obarczone są ryzykiem nieprecyzyjności w przekazywanych w badaniu informacji, poniżej przedstawiono dodatkowe dane odnoszące się do kwestii usprzętowienia placówek w Działaniu 7.1. Są to dane uwzględniające sprawozdawczość prowadzoną z wykorzystaniem wskaźników postępu rzeczowego oraz informacje zawarte we wnioskach o dofinansowanie. Na poniższej mapie przedstawiono dane o liczbie zakupionego w projektach Działania 7.1 sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa i respiratory.

Mapa 3. Liczba zakupionego w projektach Działania 7.1 sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronowirusa i respiratory [szt.]

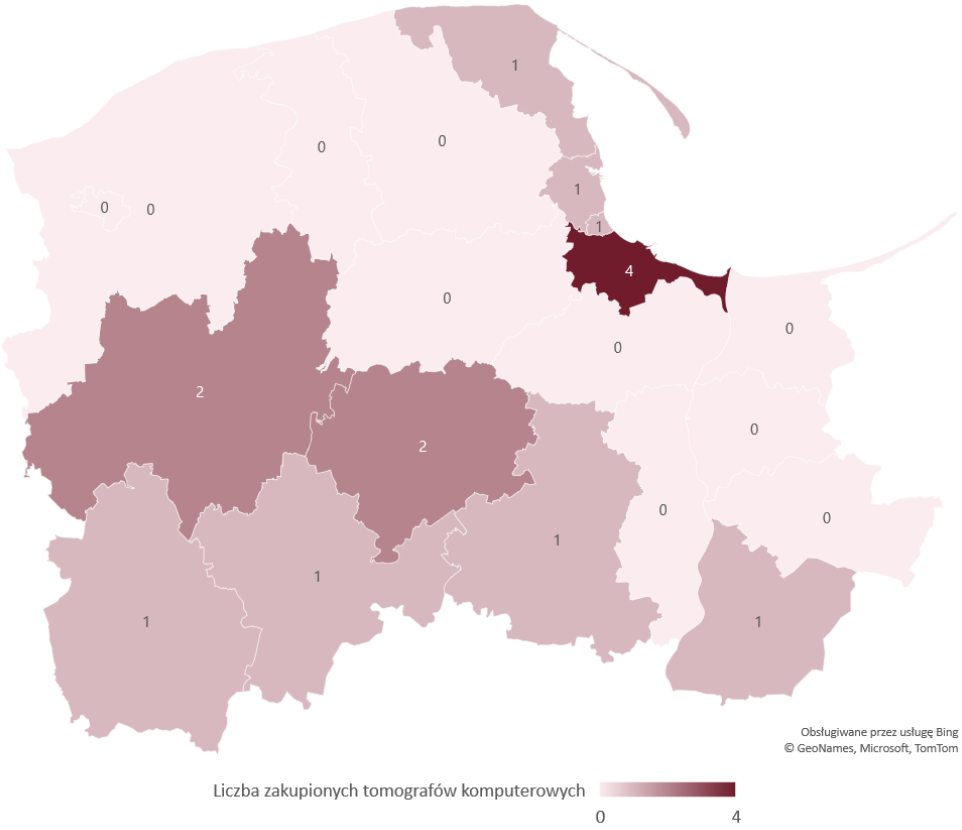


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023 r.

Zgodnie ze sprawozdawanymi przez beneficjentów danymi wskaźnikowymi najwięcej sprzętu medycznego innego niż aparaty do oznaczania koronawirusa zakupiono na terenie powiatów: m. Słupsk (138 szt.), kościerskiego (137 szt.), m. Gdańsk (121 szt.), m. Sopot (103 szt.), wejherowskiego (102 szt.) i m. Gdynia (95 szt.). Natomiast na terenie powiatów: słupskiego i bytowskiego nie zakupiono sprzętu, a w powiatach kartuskim, lęborskim i chojnickim zakupiono po zaledwie kilka sztuk sprzętu, choć należy pamiętać, iż w przypadku niektórych rodzajów sprzętu jak rezonans magnetyczny, czy tomograf komputerowy zakup pojedynczych sztuk sprzętu ma swoje uzasadnienie i jest istotną

zmianą dla wyposażenia placówek. Z tego też względu przeprowadzono dodatkową analizę uwzględniającą te dwa rodzaje wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego.

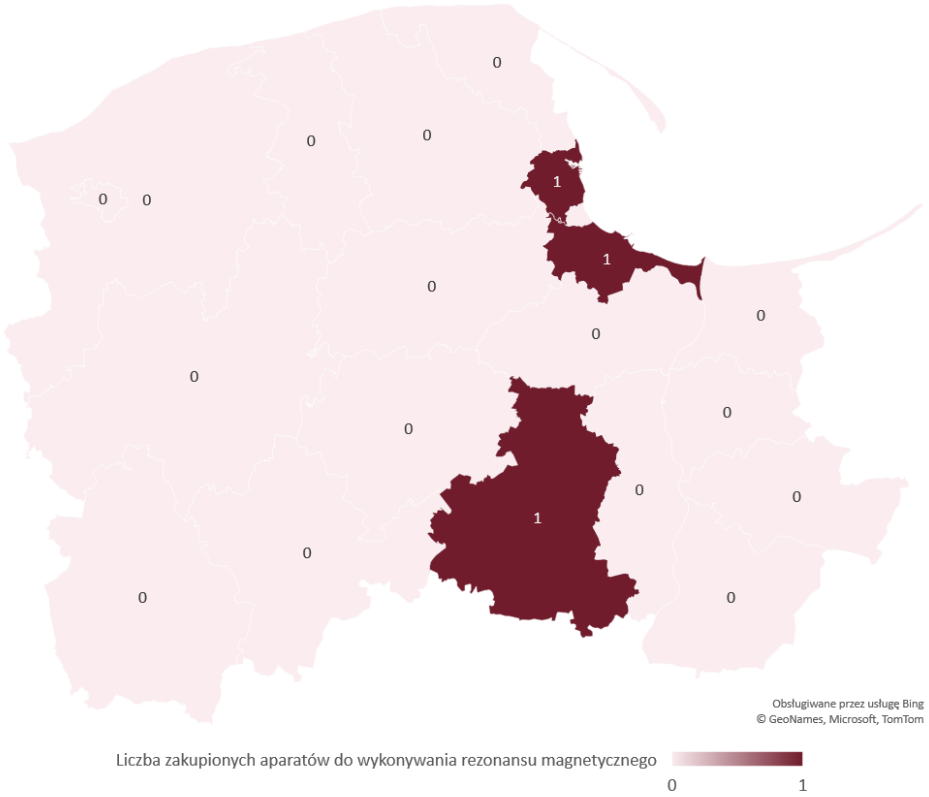
Mapa 4. Liczba zakupionych w projektach Działania 7.1 tomografów komputerowych [szt.]



Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów wniosków o dofinansowanie

Jeśli chodzi o zakup tomografów komputerowych w ramach ewaluowanych projektów, to z tego rodzaju inwestycjami mieliśmy do czynienia w 10 powiatach. Aż 4 tomografy zostały zakupione w m. Gdańsk, po 2 urządzenia zakupiono w powiatach: bytowskim i kościerskim, a zakup 1 tomografu komputerowego dotyczy takich powiatów jak: chojnicki, człuchowski, m. Gdynia, kwidzyński, pucki, m. Sopot, starogardzki. W przypadku 10 powiatów nie zakupiono w ramach projektów niniejszej kategorii sprzętu medycznego.

Mapa 5. Liczba zakupionych w ramach projektów Działania 7.1 aparatów do wykonywania rezonansu magnetycznego

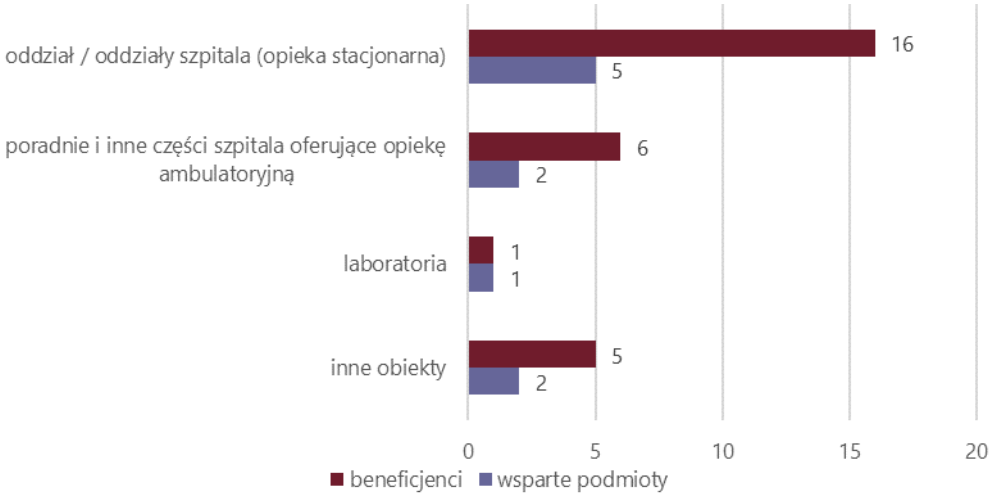


Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów wniosków o dofinansowanie

W ramach ewaluowanych projektów w Działaniu 7.1 – według danych wskaźnikowych uzupełnionych informacjami z wniosków o dofinansowanie – dokonano zakupu 3 sztuk aparatów do wykonywania rezonansu magnetycznego. Urządzenia te zlokalizowane są w powiatach: m. Gdańsk, m. Gdynia i starogardzkim.

W dalszej części przeprowadzono pogłębioną charakterystykę zakresu działań związanych z rozbudową, przebudową lub remontami obiektów. Charakterystyka ta obejmuje takie kwestie jak: rodzaje i liczba obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi w ramach realizowanych projektów, w tym w podziale na powiaty oraz kategorie chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone w rozbudowywanych, przebudowywanych, remontowanych obiektach.

Wykres 6. Rodzaj obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi w ramach realizowanych projektów

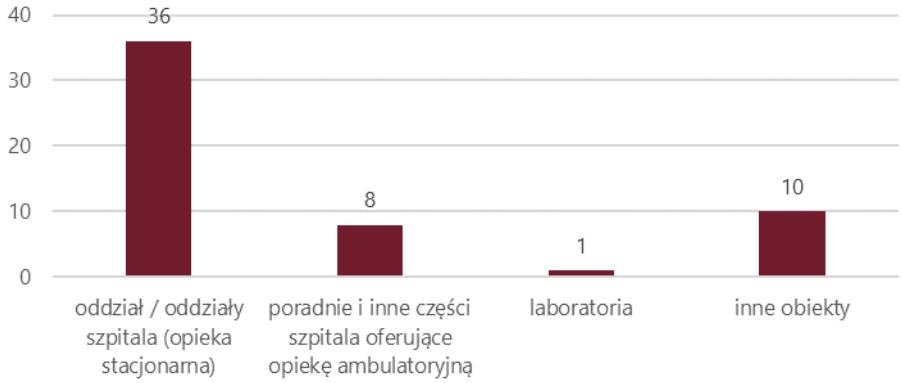


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=18, podmioty objęte wsparciem – n=5; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano rozbudowy, przebudowy lub remontów; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Uszczegóławiając najczęściej podejmowane działania w ramach projektów finansowanych ze środków RPO WP w zakresie rozbudowy, przebudowy lub remontów w obiektach ochrony zdrowia, 16 na 18 beneficjentów, którzy podejmowali tego typu działania wskazało, że dotyczyły one oddziału lub oddziałów szpitala (opieki stacjonarnej), a 6, że obiektami tymi były poradnie i inne części szpitala oferujące opiekę ambulatoryjną. Wśród innych obiektów wskazywano na bloki operacyjne i obiekty towarzyszące (tj. sterylizatornia czy tlenownia), pomieszczenia techniczne czy obiekt diagnostyki obrazowej.

Nakreślona powyżej struktura obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi stanowi odzwierciedlenie wcześniejszych danych określających jakiego rodzaju usług medycznych dotyczyły ewaluowane projekty, a jednocześnie jest potwierdzeniem założeń dotyczących kierunkowania przedmiotowej interwencji w obszarze zdrowia. Jeśli bowiem wsparte przedsięwzięcia dotyczyły przede wszystkim leczenia szpitalnego i – w nieco mniejszym stopniu – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, to nie powinno zaskakiwać, że jeśli identyfikujemy rodzaje obiektów, których dotyczyły działania inwestycyjne, to dominują jednostki szpitalne, przede wszystkim prowadzące opiekę stacjonarną, a w drugiej kolejności – oferujące pomoc ambulatoryjną.

Wykres 7. Liczba poszczególnego rodzaju obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi w ramach realizowanych projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=18; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano rozbudowy, przebudowy lub remontów

Łącznie rozbudowano, przebudowano lub wyremontowano 34 oddziały szpitalne zapewniające opiekę stacjonarną oraz 8 poradni i innych części szpitali specjalizujących się w opiece ambulatoryjnej, 1 laboratorium i 8 innego rodzaju obiektów.

W odniesieniu do analizy nowych / zmodernizowanych obiektów medycznych doprecyzowano dane pochodzące z badania ankietowego wykorzystując informacje zawarte we wnioskach o dofinansowanie. Poniżej przedstawiono szczegółowe informacje, jakiego rodzaju nowych / zmodernizowanych obiektów dotyczyły ewaluowane projekty oraz, gdzie są one zlokalizowane:

- powiat bytowski: modernizacja bloku operacyjnego oraz oddziału chirurgicznego w zakresie leczenia zabiegowego chorób cywilizacyjnych; modernizacja oddziałów: wewnętrznego, chirurgii, reumatologii, pododdziału rehabilitacji kardiologicznej oraz bloku; operacyjnego;
- powiat chojnicki: utworzenie ośrodka rehabilitacji kardiologicznej; utworzenie Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej;
- powiat człuchowski: modernizacja oddziału wewnętrznego i poradni specjalistycznych;
- m. Gdańsk: utworzenie podmiotu oferującego świadczenia w zakresie geriatrii; utworzenie bloku operacyjnego (obejmującego także salę hybrydową); modernizacja Oddziału Alergologii, Immunologii i Chorób Płuc, w tym gruźlicy; modernizacja oddziałów szpitalnych: urologicznego i urazowo-ortopedycznego;
- m. Gdynia: utworzenie Oddziału Hematologii; utworzenie nowego bloku operacyjnego; utworzenie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

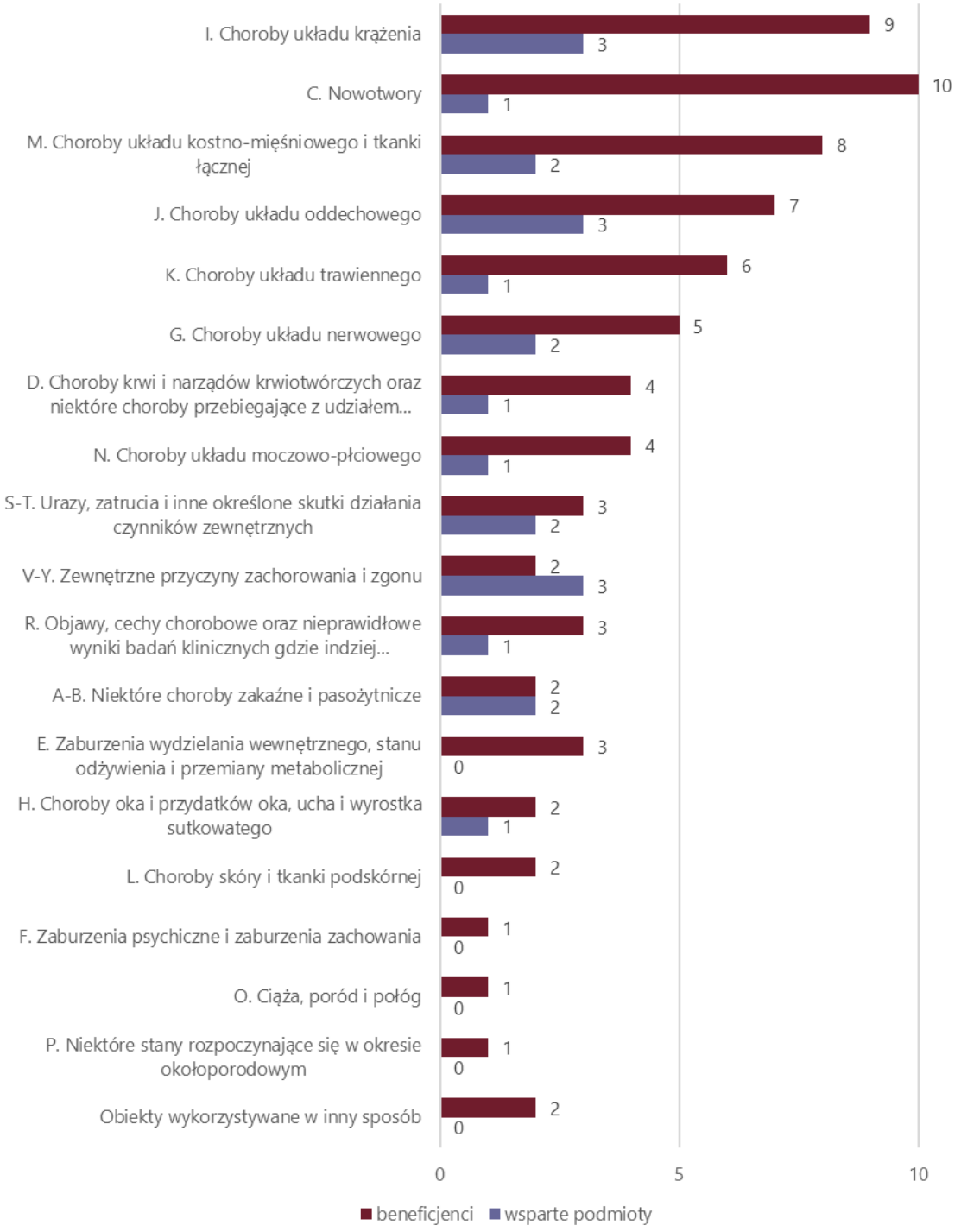
utworzenie poradni: kardiologicznej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, diabetologicznej, leczenia chorób naczyń, neurologii, urologii;

- powiat kościerski: utworzenie ośrodka precyzyjnej diagnostyki i efektywnego leczenia chorób cywilizacyjnych; utworzenie sali zabiegowej hybrydowej oraz sali operacyjnej onkologicznej;
- powiat kwidzyński; utworzenie Oddziału Rehabilitacji Pneumonologicznej; modernizacja Oddziałów Chorób Płuc i Gruźlicy;
- powiat lęborski: modernizacja oddziałów: kardiologicznego i rehabilitacji kardiologicznej oraz poradni, a także utworzenie zespołu do kinezyterapii;
- powiat malborski: utworzenie bloku operacyjnego;
- powiat nowodworski: modernizacja oddziału wewnętrznego (poszerzenie oferty o procedury geriatryczne);
- pucki: utworzenie Poradni Chorób Płuc;
- m. Sopot: utworzenie podmiotu oferującego świadczenia w zakresie geriatrii;
- powiat starogardzki: utworzenie bloku operacyjnego; modernizacja oddziałów zajmujących się chorobami cywilizacyjnymi i wewnętrznymi; utworzenie jednostki rehabilitacyjnej;
- powiat wejherowski: utworzenie bloku operacyjnego; modernizacja Oddziału Kardiochirurgicznego oraz Oddziału Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej.

W kontekście powyższych danych należy więc stwierdzić, że w zdecydowanie większym stopniu działania inwestycyjne obejmowały obiekty oferujące opiekę stacjonarną. Intensywność pomocy kierowanej do innego rodzaju obiektów okazała się znacząco mniejsza i odnosiła się przede wszystkim do obiektów prowadzących działalność w obszarze opieki ambulatoryjnej. Pomimo tak wyraźnie asymetrycznej struktury wsparcia ze względu na rodzaj obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi trudno jest oczekiwać, by udzielona pomoc w pełni zaspokajała potrzeby inwestycyjne dotyczące opieki stacjonarnej. Potwierdzono to zresztą także w badaniu jakościowym, gdzie zwracano uwagę na stale wysoki poziom potrzeb inwestycyjnych obiektów z regionalnej bazy szpitalnej. Niemniej jednak, wobec relatywnie mniejszej skali udzielonej pomocy (mierzonej liczbą obiektów objętych działaniami projektowymi) priorytetowe znaczenie ewentualnej przyszłej pomocy należałoby przypisać obiektom ambulatoryjnym, a także – zupełnie nieobecnym w powyższym zestawieniu – obiektom podstawowej opieki zdrowotnej. Przy czym, uwzględniając specyfikę funkcjonowania podmiotów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej, to w

odniesieniu do tych pierwszych skala potrzeb inwestycyjnych w zakresie rozbudowy, przebudowy, remontu obiektów jest większa.

Wykres 8. Rodzaj chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone w rozbudowywanych, przebudowywanych, remontowanych obiektach



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=17, podmioty objęte wsparciem – n=5; pytanie zadawane w

przypadku, gdy dokonywano rozbudowy, przebudowy lub remontów; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

W ramach badania Mixed-mode ustalono także, jakie rodzaje chorób są lub będą diagnozowane i/lub leczone w rozbudowywanych, przebudowywanych i remontowanych ze środków RPO WP obiektach. Ze wskazań beneficjentów projektów wynika, że są to przede wszystkim:

- nowotwory (10 na 17 beneficjentów zadeklarowało te jednostki chorobowe);
- choroby układu krążenia (9 na 17 beneficjentów);
- choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (8 na 17 beneficjentów);
- choroby układu oddechowego (7 na 17 beneficjentów);
- choroby układu trawiennego (6 na 17 beneficjentów);
- choroby układu nerwowego (5 na 17 beneficjentów).

Z kolei wsparte placówki wskazywały najczęściej na choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (po 3 wskazania na 5 wspartych podmiotów, którym zadano to pytanie).

Zestawiając te dane z wcześniejszymi informacjami dotyczącymi chorób, które są diagnozowane lub leczone za pomocą kupowanej / modernizowanej aparatury, sprzętu lub wyposażenia, mówić możemy o dużej ich zbieżności (pomimo pojedynczych i nieznacznych różnic w rankingach częstości wskazywania poszczególnych rodzajów chorób). Z jednej strony, nie powinno to dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę, że komponent ewaluowanych projektów związany z rozbudową, przebudową, remontem obiektów nie mógł występować w ramach ewaluowanej interwencji autonomicznie, a jedynie wraz z komponentem dotyczącym zakupu / modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia. Tym samym, zbieżność merytoryczna obu komponentów projektów została niejako wymuszona przyjętą logiką interwencji i warunkami realizacji dofinansowanych projektów. Z drugiej zaś, skoro rzeczona zbieżność jest tak duża, to także dla typu projektów odnoszącego się do rozbudowy, przebudowy, remontu obiektów aktualne pozostają wcześniejsze wnioski o trafności zakresu realizowanych projektów, zarówno w odniesieniu do założeń i celów interwencji, jak i dominujących potrzeb zdrowotnych regionu, ze szczególnym naciskiem na rosnące znaczenie chorób cywilizacyjnych.

Kwestia tego, jakich grup chorób dotyczyły realizowane projekty była także przedmiotem analiz prowadzonych w oparciu o informacje zawarte we wnioskach o dofinansowanie (łącznie dla działań dotyczących obiektów oraz sprzętu, aparatury i wyposażenia). Trzeba tutaj jednak podkreślić, że informacje zawarte we wnioskach o dofinansowanie mają

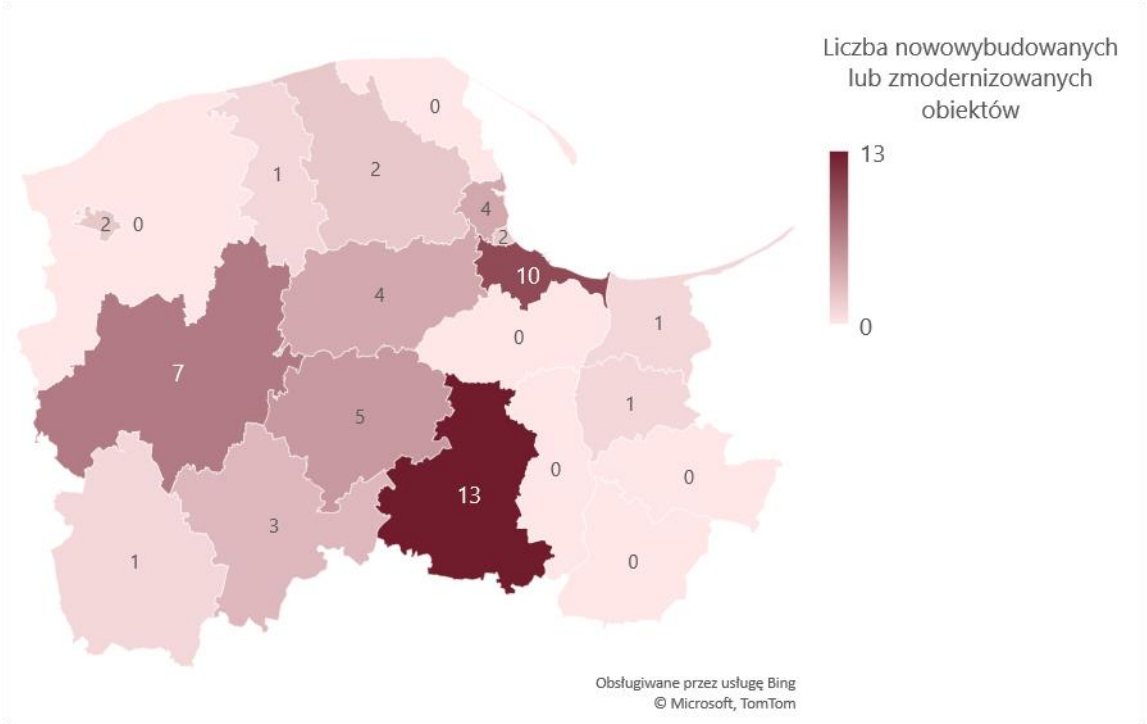
charakter nie zawsze wyczerpujący – beneficjenci w różny sposób charakteryzują problemy zdrowotne, jakich dotyczą ich projekty, mają także różne podejście do definiowania grup chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych (ta kategoria ma dla beneficjentów różne znaczenie). Niemniej jednak w oparciu o dostępne dane określić można, że działania w zakresie bazy rozwoju szpitalnej dotyczyły w poszczególnych powiatach, w których były realizowane projekty, następujących grup chorób:

- powiat bytowski: choroby cywilizacyjne (w tym: cukrzyca; choroby nowotworowe; choroby układu kostno-stawowego; choroby układu krążenia; powikłania nadciśnienia tętniczego; miażdżyca);
- powiat chojnicki: choroby układu krążenia; choroby nowotworowe;
- powiat człuchowski: choroby cywilizacyjne;
- m. Gdańsk: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych; choroby nowotworowe, w tym: rak piersi; choroby układu krążenia); choroby dziecięce w zakresie alergologii, immunologii oraz chorób płuc; choroby układu moczowego; choroby i urazy układu mięśniowo-szkieletowego;
- powiat gdański: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby nowotworowe; choroby układu krążenia); choroby dziecięce w zakresie alergologii, immunologii oraz chorób płuc; choroby układu moczowego; choroby i urazy układu mięśniowo-szkieletowego;
- m. Gdynia: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych; choroby układu krążenia; choroby nowotworowe, w tym: nowotwory krwi; choroby układu moczowego; choroby i urazy układu mięśniowo-szkieletowego; choroby układu nerwowego; cukrzyca);
- powiat kartuski: choroby układu krążenia;
- powiat kościerski: choroby cywilizacyjne, w tym: choroby nowotworowe;
- powiat kwidzyński: choroby płuc; choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych; choroby nowotworowe);
- powiat lęborski: choroby układu krążenia;
- powiat malborski: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych; choroby nowotworowe);
- powiat nowodworski: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych; choroby nowotworowe);

- powiat pucki: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby wewnętrzne; choroby płuc);
- powiat słupski: choroby cywilizacyjne;
- m. Sopot: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych);
- powiat starogardzki: choroby płuc; choroby cywilizacyjne (w tym: choroby układu krążenia; choroby nowotworowe; choroby układu pokarmowego); choroby układu nerwowego; choroby układu moczowego);
- powiat sztumski: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby dotykające w szczególności osób starszych; choroby nowotworowe);
- powiat tczewski: choroby cywilizacyjne (w tym: choroby układu krążenia; choroby nowotworowe; choroby układu pokarmowego); choroby układu nerwowego; choroby układu moczowego);
- powiat wejherowski: choroby cywilizacyjne.

Generalnie więc, mamy do czynienia z sytuacją, w której: (1) największa różnorodność działań ze względu na to, jakich rodzajów chorób dotyczyły podejmowane działania cechuje obszar metropolii Trójmiasta, ze szczególnym uwzględnieniem Gdańska i Gdyni, (2) realizowane projekty dotyczą przede wszystkim – szeroko rozumianych – chorób cywilizacyjnych.

Mapa 6. Deklarowana przez beneficjentów liczba obiektów wybudowanych / zmodernizowanych w wyniku realizacji projektów w poszczególnych powiatach (szt.)



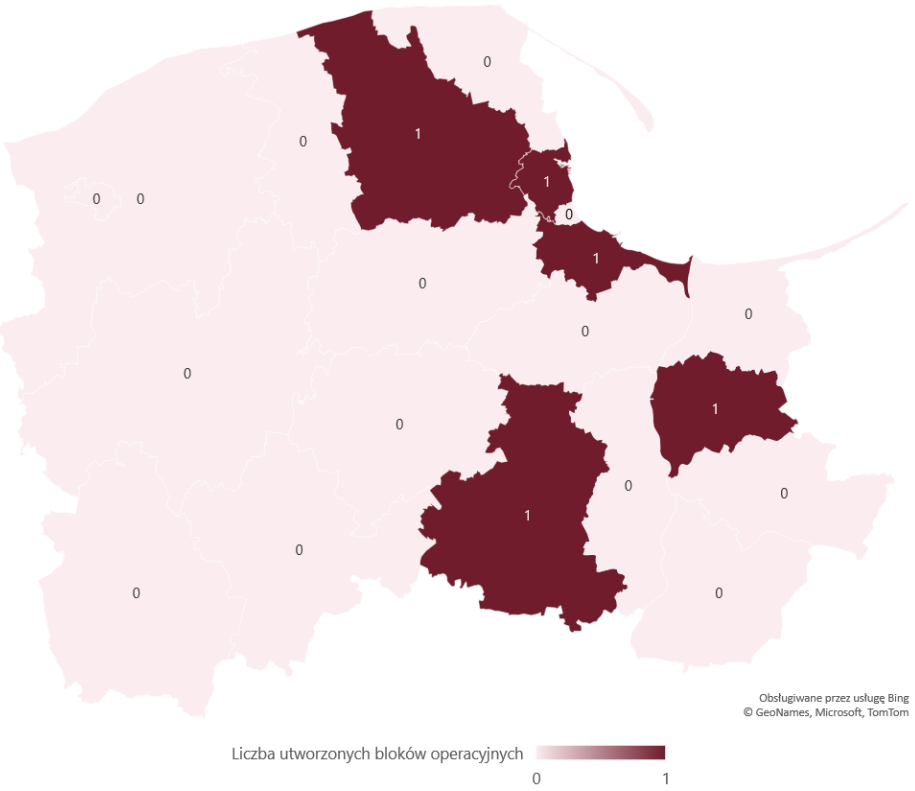
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=17; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano rozbudowy, przebudowy lub remontów

Na powyższej mapie przedstawiono dane dotyczące liczby obiektów, które zostały zbudowane lub zmodernizowane ze środków RPO WP w ramach ewaluowanej interwencji. Najwięcej takich obiektów znajduje się na terenie powiatu starogardzkiego (13), m. Gdańsk (8) oraz powiatu bytowskiego (7). Jednocześnie, na podstawie informacji uzyskanych od beneficjentów biorących udział w badaniu nie potwierdzono modernizacji lub wybudowania obiektów w powiatach: gdańskim, kwidzyńskim, puckim, tczewskim sztumskim i słupskim[11].

Szczególnym rodzajem inwestycji infrastrukturalnych jest utworzenie bloków operacyjnych. W ramach analizy wniosków o dofinansowanie przeprowadzono identyfikację powiatów, w których takie inwestycje zostały zrealizowane.

[11] Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że z analizy wniosków o dofinansowanie wynika, że w powiatach: kwidzyńskim i puckim były podejmowane działania związane z budową / modernizacją obiektów.

Mapa 7. Liczba utworzonych w projektach Działania 7.1 bloków operacyjnych [szt.]



Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów wniosków o dofinansowanie

W ramach projektów realizowanych w Działaniu 7.2 utworzono 5 bloków operacyjnych. Są one zlokalizowane w powiatach: m. Gdańsk, m. Gdynia, malborskim, starogardzkim i wejherowskim.

Całość dotychczasowej analizy w niniejszej części dotyczyła różnych wymiarów zakresu rzeczowego interwencji. Trzeba jednak podkreślić, że zakres ten nie miał charakteru przypadkowego, czy też uwarunkowanego wyłącznie decyzjami wnioskodawców. W ewaluowanym wsparciu podejmowano bowiem określone działania zorientowane na koncentrację wsparcia w tych obszarach, które na poziomie regionalnym uznać należy za kluczowe. Innymi słowy, oceniając zmiany dotyczącej regionalnej bazy szpitalnej w rezultacie wsparcia udzielonego w Działaniu 7.1 nie można abstrahować od tego, że zastosowano w tym przypadku określone narzędzia kierunkowania interwencji. Kierunkowanie to wynikało m.in. z wymogu zgodności projektów z zapisami RPO WP, w tym z zapisami SZOOP; wymogu zakładającego, że wspierane mogą być wyłącznie projekty zgodne z zapisami map potrzeb zdrowotnych; założeń dotyczących obszaru zdrowia określonych w Regionalnym Programie Strategicznym „Zdrowie dla Pomorzan", dla którego jednym ze źródeł finansowania ustanowiono RPO WP.

W treści SZOOP określono, że wsparcie regionalnej bazy szpitalnej prowadzącej specjalistyczne usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych dotyczyć będzie przede wszystkim:

- uporządkowania i rozwoju oddziałów kardiologicznych, neurologicznych, onkologicznych, pneumonologicznych, diabetologicznych;
- poprawy dostępności do oddziałów z deficytami łóżek, w tym oddziałów chorób wewnętrznych, ośrodków opieki geriatrycznej, ośrodków opieki długoterminowej, ośrodków rehabilitacji, w szczególności kardiologicznej, neurologicznej i pneumonologicznej;
- restrukturyzacji lecznictwa psychiatrycznego, w tym utworzenia sieci centrów zdrowia psychicznego;
- utworzenia sieci referencyjnych placówek w zakresie oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Analizując zidentyfikowany zakres projektów i bazując na zapisach wniosków o dofinansowanie (kontekstowo wykorzystując także bezpośrednie odniesienia beneficjentów do treści SZOOP) stwierdzić należy, że w realizowanych przedsięwzięciach skoncentrowano się przede wszystkim na realizacji dwóch pierwszych spośród ww. działań. Jednostkowe działania były także podejmowane w odniesieniu do utworzenia sieci referencyjnych placówek w zakresie oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej. Natomiast żaden z projektów realizowanych w Działaniu 7.1. nie dotyczył restrukturyzacji lecznictwa psychiatrycznego, w tym utworzenia sieci centrów zdrowia psychicznego.

W treści SZOOP wskazano także na dodatkowe możliwe do realizacji działania w ramach omawianego obszaru interwencji:

- tworzenie poradni specjalistycznych m.in. w zakresie: diabetologii, onkologii, pneumonologii, gastroenterologii, endokrynologii, reumatologii i geriatrii – w ramach realizowanych projektów były podejmowane działania w zakresie tworzenia poradni specjalistycznych, gł. w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych, co mieści się w ww. zakresie;
- rozwój ośrodków kompleksowej rehabilitacji oraz kompleksowej opieki długoterminowej, w szczególności opieki domowej (np.: w neurologii i pneumonologii) – w ramach realizowanych projektów były uwzględnione działania dotyczące rehabilitacji, przy czym niekoniecznie oznaczało to „rozwój ośrodków kompleksowej rehabilitacji”;

- działania w zakresie poprawy jakości i dostępności świadczeń medycznych dla dzieci i młodzieży wymagających hospitalizacji w obszarze alergologii, immunologii i chorób płuc, w tym diagnostyki, terapii i rehabilitacji pacjentów – tego rodzaju działania przewidziano w ramach jednego projektu.

Uwzględniając zapisy map potrzeb zdrowotnych oraz zakres projektów należy wskazać, że wsparte przedsięwzięcia przede wszystkim odwoływały się do – identyfikowanego w tych dokumentach – zapotrzebowania na:

- świadczenia w zakresie szerokiego katalogu chorób cywilizacyjnych (obejmujących łącznie przede wszystkim choroby: nowotworowe, kardiologiczne, układu kostno-stawowego, powikłań nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, cukrzycy);
- świadczenia w zakresie chorób nowotworowych;
- świadczenia w zakresie schorzeń kardiologicznych;
- świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej;
- procedury medyczne w obszarze chirurgii urazowo-ortopedycznej;
- świadczenia dotyczące, przewlekłych i ostrych, chorób układu oddechowego u dzieci i dorosłych;
- bazę szpitalną w ramach opieki geriatrycznej;
- bazę szpitalną w ramach opieki hematologicznej.

Z kolei jeśli chodzi o oddziaływanie projektów na założenia określone w RPS „Zdrowie dla Pomorzan", to ewaluowane przedsięwzięcia dotyczące bazy szpitalnej wpisują się przede wszystkim w działania przewidziane w ramach celu szczegółowego 3 „Wyrównany dostęp do usług zdrowotnych", w odniesieniu do którego w następujący sposób zdefiniowano wybór strategiczny: „Dostarczanie usług zdrowotnych adekwatnie do potrzeb, wyrównywanie różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych, stworzenie efektywnej regionalnej sieci szpitali, diagnostyka medyczna wykorzystująca najnowsze technologie medyczne i informatyczne, optymalne wykorzystanie zasobów, kompleksowa opieka zdrowotna, specjalistyczna kadra medyczna, modernizacja oraz rozbudowa infrastruktury ochrony zdrowia, poprawa dostępności do świadczeń medycznych, doposażenie podmiotów leczniczych". Na poziomie szczegółowym – odwołując się do poszczególnych Priorytetów i Działań RPS przypisanych do tego celu – stwierdzić należy, że ewaluowana interwencja w zakresie bazy szpitalnej dotyczyła przede wszystkim następujących typów przedsięwzięć:

- **Działanie 3.1.1 „Tworzenie zespołów opieki kompleksowej i organizacja koordynowanej opieki"**: Tworzenie zintegrowanych, wielodyscyplinarnych modeli opieki (m.in. w kardiologii, opiece nad matką i dzieckiem, diabetologii i psychiatrii; w opiece onkologicznej, nad pacjentem z POCHP oraz z rzadkimi schorzeniami genetycznymi);
- **Działanie 3.1.2 „Rozwój współpracy międzynarodowej"**: Rozwój idei wolontariatu, zwłaszcza na oddziałach szpitalnych i opiece długoterminowej;
- **Działanie 3.1.3 „Pozyskiwanie specjalistycznej kadry medycznej w dziedzinach deficytowych"**: Kursy i szkolenia z zakresu wybranych dziedzin medycyny, ze szczególnym uwzględnieniem geriatrii, opieki długoterminowej, psychiatrii, pneumonologii, w tym pielęgnowania osób chorych, rozpoznawania i rozwiązywania psychologicznych aspektów zdrowia i choroby, problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku (w ramach szkoleń prowadzonych na potrzeby realizowanych inwestycji);
- **Działanie 3.2.1 „Utworzenie nowych poradni i innych struktur ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rejonach o niezadowalającej dostępności":** Utworzenie poradni/oddziałów dziennych specjalistycznych w wybranych specjalnościach: m.in. kardiologii (w tym rehabilitacja kardiologiczna/oddziały dzienne), onkologii, endokrynologii, diabetologii (kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą, poradni stopy cukrzycowej, poradni retinopatii cukrzycowej oraz poradni diabetologicznych zajmujących się leczeniem chorych przy pomocy osobistych pomp insulinowych), geriatrii, przeciwtytoniowa, pulmonologiczna i proktologiczna, zgodnie z potrzebami;
- **Działanie 3.2.2 „Uporządkowanie, rozwój i dostosowanie do obowiązujących standardów regionalnej bazy szpitalnej"**: Uporządkowanie bazy w zakresie oddziałów dla chorób cywilizacyjnych obejmujące w szczególności: modernizacja istniejących zakładów diagnostyki oraz utworzenie i wyposażenie nowych ośrodków wysokospecjalistycznej diagnostyki wykorzystujących nowoczesne technologie, zgodnie potrzebami; Poprawa dostępności do oddziałów z deficytami łóżek (opieka długoterminowa, interna, geriatria, rehabilitacja), w szczególności: modernizacja, dostosowanie i wyposażenie istniejących oddziałów internistycznych do obowiązujących przepisów prawa, utworzenie ośrodków opieki geriatrycznej; rozwój sieci ośrodków rehabilitacji neurologicznej wczesnej i rehabilitacji pneumonologicznej; Uporządkowanie bazy oddziałów współpracujących z ratownictwem medycznym obejmujące w szczególności: utworzenie sieci

referencyjnych placówek w zakresie oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznych i optymalizację realizacji świadczeń z zakresu protezowania ortopedycznego; rozbudowa / budowa bloków operacyjnych w szpitalach o charakterze „ostrym"; Modernizacja, dostosowanie i wyposażenie funkcjonującej bazy oddziałów szpitalnych;

- **Działanie 3.2.3 „Tworzenie, rozbudowa i modernizacja zasobów ochrony zdrowia"**: Zakup lub wymiana zamortyzowanego sprzętu medycznego oraz dostosowanie aparatów medycznych do obowiązujących standardów, w tym: wymiana/zakup sprzętu na funkcjonujących oddziałach, w tym szczególnie związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych; uzupełnienie bazy sprzętowej w ośrodkach pulmonologicznych.

W kontekście powyższych analiz zauważyć należy, że zakres zidentyfikowanych zmian dotyczących regionalnej bazy szpitalnej wpisuje się w założenia określone w dokumentach definiujących charakter koncentracji ewaluowanej interwencji. Jednocześnie, podkreślić należy, że występuje w realizowanych projektach różnorodność zarówno pod względem merytorycznym (choć wyraźnie dominują działania zorientowane na wzrost potencjału podmiotów medycznych w obszarach odnoszących się do chorób cywilizacyjnych), jak i dotyczącym skali realizowanych działań. Potwierdza to także analiza zróżnicowań w finansowej wartości projektów, co jest odzwierciedleniem różnej skali działań projektowych. Takiego zróżnicowania nie należy jednak traktować jako problemu w kontekście oceny omawianej interwencji. Z punktu widzenia wzmacniania regionalnego potencjału kluczowe znaczenie mają oczywiście projekty o największej skali i realizowane przez podmioty o największym potencjale i kluczowej roli dla pomorskiego systemu ochrony zdrowia. Ale z punktu widzenia całościowej realizacji celu, jaki zdefiniowano dla Działania 7.1 (PI 9a), tj. „zwiększonej dostępności usług zdrowotnych", istotne są także przedsięwzięcia o mniejszej skali regionalnego oddziaływania lub niezmieniające potencjału regionalnej bazy szpitalnej w sposób bardzo znaczący, ale niwelujące konkretne deficyty i ograniczenia podmiotów medycznych w zapewnieniu jak najszerszej dostępności wysokojakościowych usług zdrowotnych.

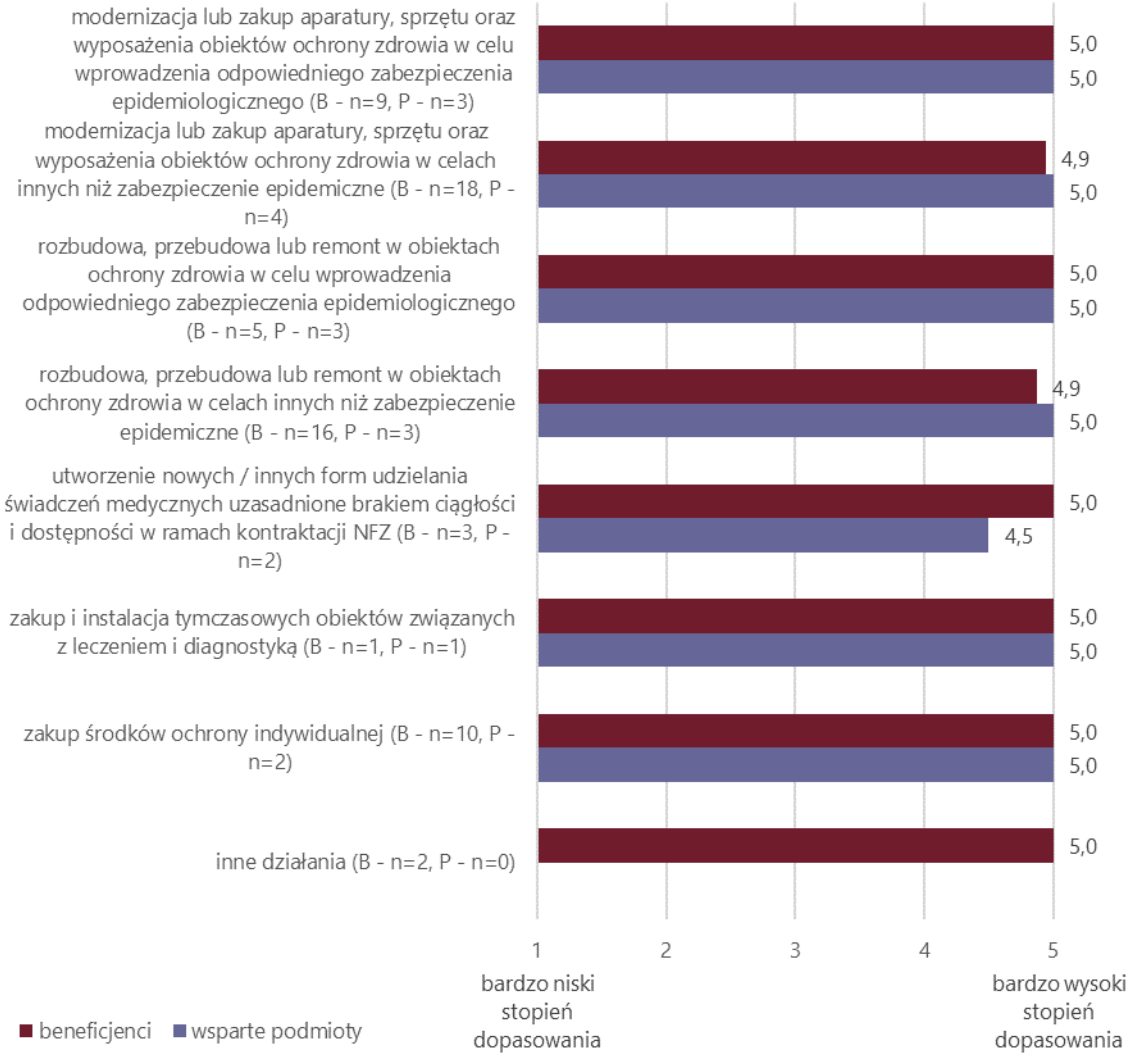
Charakter i skala osiągniętych efektów

Uwzględniając zarówno zakres interwencji, jak i zakres problematyki nakreślonej przez pytania badawcze, w prowadzonej analizie skoncentrowano się na następujących zagadnieniach:

- adekwatność interwencji do zapotrzebowania w zakresie dostępności, zakresu i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych wraz z identyfikacją ewentualnych potrzeb, które nie zostały zaspokojone w ramach ewaluowanej interwencji;
- wpływ interwencji na poprawę jakości zasobów rzeczowych wspartych podmiotów oraz na poprawę dostępności, zakresu i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych w regionie, a także efektywność ich świadczenia;
- wpływ interwencji na wzmocnienie koordynacji specjalistycznych usług zdrowotnych wśród wspartych podmiotów leczniczych;
- wpływ interwencji na podnoszenie kompetencji i kwalifikacji zawodowych kadr świadczących usługi zdrowotne;
- wpływ interwencji na tworzenie zintegrowanych i interdyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych w regionie (finansowanie krzyżowe).

Nim przejdziemy do identyfikacji poszczególnych efektów oraz ich skali przedstawione zostaną dane dotyczące tego, jak beneficjenci i podmioty objęte wsparciem postrzegają adekwatność poszczególnych form wsparcia do potrzeb w zakresie rozwoju dostępności i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych. Zarówno, beneficjentów Działań: 7.1 i 13.2, jak i podmioty wsparte w ramach ewaluowanych projektów poproszono o ocenę stopnia dopasowania poszczególnych działań projektowych do lokalnych potrzeb w zakresie rozwoju dostępności i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych.

Wykres 9. Średnia ocenia stopnia dopasowania poszczególnych form wsparcia do potrzeb w zakresie rozwoju dostępności i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; pytanie zadawane w przypadku, gdy wskazano na realizację danej formy wsparcia; z analiz wyłączono odpowiedź „trudno powiedzieć"

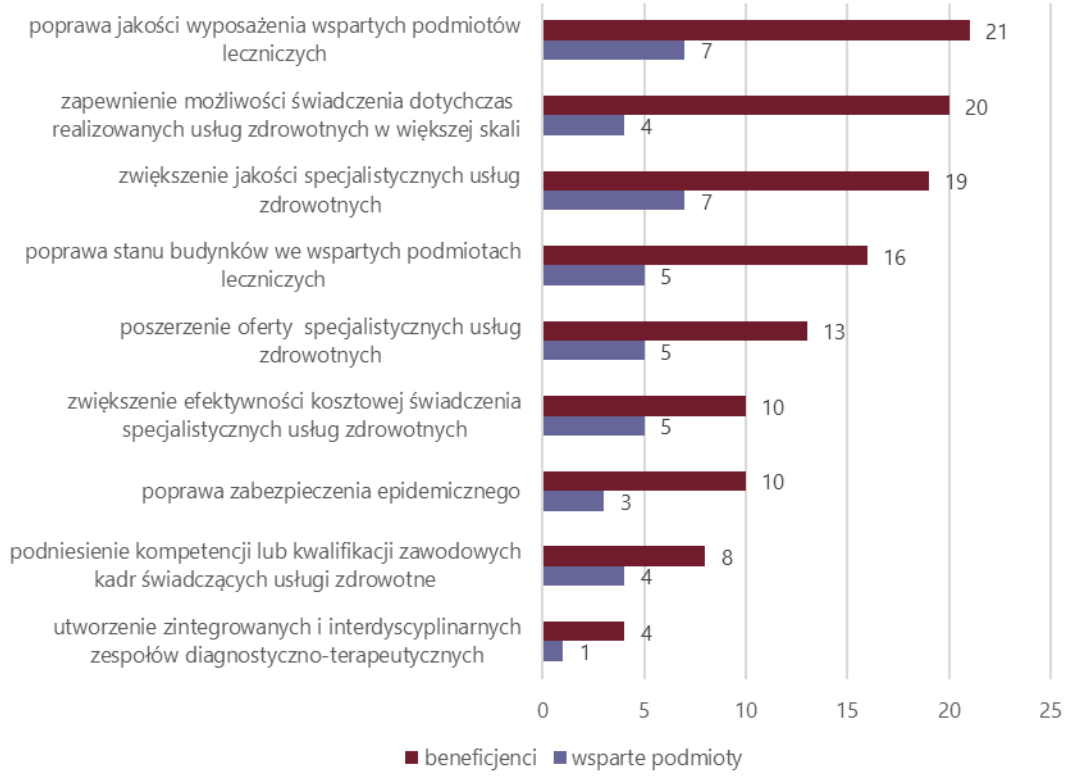
Jak wynika z danych przedstawionych na powyższym wykresie – zarówno w ocenie beneficjentów, jak i wspartych podmiotów – wszystkie działania możliwe do realizacji w ramach ewaluowanego wsparcia w bardzo wysokim stopniu odpowiadają lokalnym potrzebom.

Tak jednoznaczna ocena adekwatności dostępnego wsparcia do potrzeb świadczy o tym, że interwencja – w perspektywie beneficjentów i podmiotów objętych wsparciem – została trafnie zaplanowana. Jednocześnie jednak, należy zwrócić uwagę, że poszczególne formy analizowanego wsparcia zostały zdefiniowane w RPO WP w sposób względnie ogólny, co

może sprzyjać pozytywnej ocenie adekwatności – relatywnie duża „pojemność" poszczególnych form wsparcia oznacza, że poszczególni realizatorzy projektów i podmioty bezpośrednio korzystające ze wsparcia mogli wkomponować się ze swoimi przedsięwzięciami w przyjętą logikę interwencji. Ale z drugiej strony, nie można zapominać, że zdefiniowanie i określenie form wsparcia w Programie to nie jedyny czynnik określający ostateczny zakres dostępnej pomocy. Znaczenie mają bowiem jeszcze takie kwestie jak kryteria wyboru projektów, czy terytorialne preferencje lub wymagania dotyczące dystrybucji wsparcia. Jeśli jednak, ocena adekwatności jest tak jednoznacznie pozytywna wśród beneficjentów i podmiotów objętych wsparciem, to oznacza to, że te dodatkowe mechanizmy kierunkowania wsparcia nie wpływają niekorzystnie na ocenę adekwatności pomocy do lokalnych potrzeb.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się już bezpośrednio do kwestii skuteczności interwencji – są to efekty, których osiągnięcie potwierdzili w badaniu ankietowym beneficjenci i przedstawiciele podmiotów objętych wsparciem w ramach ewaluowanego wsparcia.

Wykres 10. Efekty uzyskane w ramach projektów z PI 9a i Działania 13.1



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=22, podmioty objęte wsparciem – n=7; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Z punktu widzenia beneficjentów osiągniętymi efektami były przede wszystkim:

- poprawa jakości wyposażenia wspartych podmiotów leczniczych;
- zapewnienie możliwości świadczenia dotychczas realizowanych usług zdrowotnych w większej skali;
- zwiększenie jakości specjalistycznych usług zdrowotnych.

Z kolei jeśli chodzi o podmioty objęte wsparciem, to najczęściej wskazywano na następujące efekty:

- poprawa jakości wyposażenia wspartych podmiotów leczniczych;
- zwiększenie jakości specjalistycznych usług zdrowotnych;
- poprawa stanu budynków we wspartych podmiotach leczniczych;
- poszerzenie oferty specjalistycznych usług zdrowotnych;
- zwiększenie efektywności świadczenia specjalistycznych usług zdrowotnych (np. poprzez zmniejszenie nakładów finansowych lub nakładów pracy niezbędnych do realizacji usług).

Analizując częstość występowania poszczególnych efektów interwencji wskazać należy na kilka prawidłowości. Po pierwsze, nie powinno dziwić, że dominującym efektem jest poprawa jakości wyposażenia wspartych podmiotów leczniczych, który to efekt dotyczy niemalże wszystkich beneficjentów (21 na 22 respondentów wskazało ów efekt) i wszystkich podmiotów objętych wsparciem. Biorąc pod uwagę zakres i cele interwencji, taki efekt jest w sposób oczywisty najbardziej prawdopodobnym bezpośrednim rezultatem realizacji działań projektowych. Po drugie, niemalże w takim samym stopniu (szczególnie na poziomie projektów, a więc w deklaracjach beneficjentów) mamy do czynienia z osiągnięciem dwóch różnych efektów: zapewnieniem możliwości świadczenia dotychczas realizowanych usług zdrowotnych w większej skali oraz zwiększeniem jakości specjalistycznych usług zdrowotnych. Oznacza to, że realizowane przedsięwzięcia nie koncentrowały się wyłącznie na progresji ilościowej lub poprawie jakości świadczonych usług zdrowotnych, lecz równoważyły oba te elementy. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia całościowego celu wsparcia w ramach Działania 7.1 stanowiącego zdecydowaną większość analizowanego w tym miejscu wsparcia, który to cel ogniskuje w sobie zarówno element ilościowy (poprawa dostępności), jak i jakościowy (poprawa jakości). Warto na tę kwestię zwrócić uwagę także na etapie kierunkowania przyszłej interwencji – jeśli w większości projektów nie stanowiło do tej pory problemu równoczesne osiąganie efektów w ramach obu tych elementów, potraktować to można jako swoiste „zielone światło" dla nakładania na realizatorów projektów wymogu takiego „kalibrowania" swoich

przedsięwzięć, by obejmowały one każdorazowo zarówno zwiększenie dostępności określonych usług medycznych, jak i poprawę ich jakości (np. poprzez wdrożenie nowoczesnych rozwiązań diagnostycznych lub leczniczych dzięki zakupom dotyczącym aparatury, sprzętu lub wyposażenia). Po trzecie, 13 spośród 22 beneficjentów oraz 5 spośród 7 podmiotów objętych wsparciem wskazało na uzyskanie efektu w postaci poszerzenia oferty specjalistycznych usług zdrowotnych. Innymi słowy, w odniesieniu do zwiększenia dostępności specjalistycznych usług zdrowotnych rozumianego jako zwiększenie dostępu do katalogu różnorodnych specjalistycznych usług zdrowotnych skuteczność interwencji okazała się mniejsza niż w przypadku zwiększenia podaży usług już wcześniej oferowanych. To oznacza, że np. z punktu widzenia możliwości oferowania opieki skoordynowanej w ramach tego samego podmiotu (co stanowi ułatwienie z punktu widzenia odbiorców świadczeń medycznych) oddziaływanie ewaluowanych projektów było relatywnie mniejsze. Ale może to też oznaczać mniejszą gotowość i niewystarczający potencjał (organizacyjny, kadrowy, infrastrukturalny) do tego, by realizatorzy projektów w swoich przedsięwzięciach dokonywali poszerzenia oferty specjalistycznych usług zdrowotnych lub dostrzeganie przez beneficjentów ograniczonych możliwości finansowania przez NFZ usług, których ewentualne poszerzenie miałoby dotyczyć. Po czwarte, tylko w 8 na 22 projekty (w przypadku podmiotów objętych wsparciem dotyczy to 4 podmiotów na 7 biorących udział w badaniu) mieliśmy do czynienia z uzyskaniem efektu dotyczącego podniesienia kompetencji lub kwalifikacji zawodowych kadr świadczących usługi zdrowotne. Oczywiście, nie w każdym projekcie tego rodzaju efekt był możliwy do osiągnięcia – dotyczy on tych przedsięwzięć, w których realizowane były określone działania związane z rozwojem merytorycznym kadr (np. jako element przygotowania do obsługi zakupionego sprzętu lub świadczenia nowych rodzajów usług zdrowotnych). Jeśli jednak przyjrzymy się częstości występowania pozostałych efektów, to wydaje się, że częstość występowania tych efektów, dla których wsparciem towarzyszącym mogłyby (a czasem wręcz – powinny) być działania rozwojowe dla personelu jest większa niż zidentyfikowana częstość występowania efektu odnoszącego się do podniesienia kompetencji lub kwalifikacji zawodowych kadr świadczących usługi zdrowotne. Po piąte wreszcie, w bardzo niewielkim stopniu udało się w projektach osiągnąć efekt w postaci utworzenia zintegrowanych i interdyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych – na ten efekt wskazało tylko 4 beneficjentów i 1 podmiot objęty wsparciem. Pamiętać przy tym należy, że dla osiągnięcia tak zdefiniowanego efektu nie są wystarczające działania inwestycyjne będące przedmiotem omawianej w tym miejscu interwencji (czasem zresztą nie są one nawet niezbędne), kluczowe znaczenie ma natomiast potencjał kadrowy, a ten – na co wskazują diagnozy odnoszące się do polskiego systemu ochrony zdrowia, ale także wnioski z badania jakościowego, w ramach

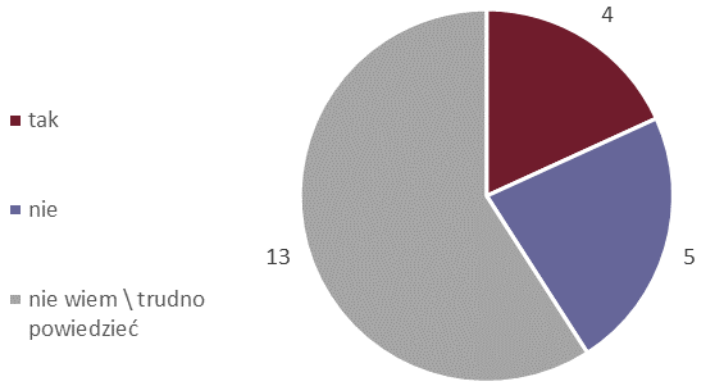
którego wielokrotnie wskazywano na deficyty kadrowe w obszarze ochrony zdrowia – stanowi istotne ograniczenie w wymiarze jakościowym i ilościowym.

W ramach wybranych efektów (których identyfikacja stanowi przedmiot odrębnych pytań badawczych) dokonano doprecyzowania osiągniętych efektów wsparcia. Pierwszym z nich jest poprawa zabezpieczenia epidemicznego – szczegóły analiz w tym zakresie przedstawiono w jednym z kolejnych podrozdziałów, który poświęcono ocenie interwencji w kontekście wyzwań w obszarze zdrowia związanych z pandemią COVID-19.

Z kolei beneficjentów i wsparte podmioty, u których wystąpił efekt w postaci poprawy kompetencji i/lub kwalifikacji zawodowych kadr świadczących usługi zdrowotne, poproszono dodatkowo o określenie stopnia tej poprawy. Trzech na czterech beneficjentów wskazało, że poprawa nastąpiła w wysokim stopniu, a jeden, że w stopniu średnim. Przedstawiciel jednej wspartej placówki, w której wystąpił ten efekt przyznał, że stopień poprawy kompetencji i kwalifikacji kadr był wysoki w stosunku do ich początkowego poziomu w danej dziedzinie. Te – wyraźnie pozytywne – oceny traktować należy jako dodatkowe potwierdzenie celowości uwzględniania w ramach działaniach o profilu inwestycyjnym także działań rozwojowych odnoszących się do potencjału merytorycznego kadry wspieranych podmiotów. Okazuje się bowiem, że jeśli podejmowano działania, które skutkowały poprawą kompetencji i/lub kwalifikacji zawodowych kadr świadczących usługi zdrowotne, to zauważalna skala poprawy sytuacji w tym zakresie była raczej wysoka.

Ostatni, szczegółowy, aspekt charakterystyki osiągniętych efektów interwencji oraz ich skali dotyczy skoordynowania zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych.

Wykres 11. Stosowanie w projekcie rozwiązań mających na celu skoordynowanie zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; n=22

Beneficjenci realizujący projekty w ramach Działań: 7.1 i 13.2 nie potrafili w większości przypadków określić, czy w ich projekcie uwzględnione zostały rozwiązania mające na celu skoordynowanie zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych z zakresem usług w innych placówkach medycznych. Pięciu respondentów wskazało, że takie działania nie miały w ich projekcie miejsca, kolejnych czterech natomiast potwierdziło ich stosowanie. Wyłania się więc z tych danych raczej relatywnie niewielka skala działań podejmowanych w ramach ewaluowanych projektów, które dotyczyłyby koordynacji zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych. Tym bardziej, że jeśli chodzi o dominujący rodzaj wskazań, czyli brak orientacji co do tego, czy takie działania były podejmowane, to wydaje się, że w większym stopniu te wskazania uprawdopodabniają sytuację braku rzeczonych działań (jeśli takie działania byłyby faktycznie podejmowane, to respondent – jako, że ankieta była kierowana bezpośrednio do osób odpowiedzialnych za realizację danego projektu – powinien mieć chociaż ogólną wiedzę na ten temat i móc potwierdzić, że w projekcie uwzględniono taki element).

Analiza treści wniosków o dofinansowanie potwierdziła, że działania w zakresie koordynacji nie miały charakteru powszechnego, natomiast jeśli już się pojawiały to najczęściej dotyczyły koordynacji wewnętrznej w podmiocie, który planował oferowanie kompleksowego katalogu usług zdrowotnych dla danej grupy lub w odniesieniu do określonego problemu zdrowotnego (np. w obszarze geriatrii lub diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych). Zwracano przy tym uwagę, że podejmowane działania w zakresie koordynacji specjalistycznych usług zdrowotnych obejmują także współpracę pomiędzy podmiotami różnych szczebli (np. z uwzględnieniem podmiotów POZ i AOS), co gwarantuje pacjentom ciągłość i kompleksowość pomocy, a także skraca czas oczekiwania na realizację świadczenia, ale także wzmacnia znaczenie takich elementów systemu ochrony zdrowia jak podmioty POZ i AOS.

Beneficjentów, którzy potwierdzili podejmowanie w swoich projektach działań koordynacyjnych poproszono o wskazanie najważniejszych korzyści osiągniętych dzięki tym działaniom. Wskazali oni na następujące korzyści (potwierdzając w dużej mierze powyższe wnioski):

- skrócenie czasu oczekiwania na dalszą diagnostykę;
- ułatwienie dostępu pacjenta do wysokospecjalistycznych usług medycznych;
- zapewnienie osobom w wieku senioralnym kompleksowej opieki geriatrycznej;
- poprawa jakości diagnozowania i leczenia oraz skrócenie czasu od wstępnej diagnozy do leczenia zabiegowego w specjalistycznym podmiocie leczniczym.

Innymi słowy, stosowanie w projekcie rozwiązań mających na celu skoordynowanie zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych, generuje nie tylko osiągnięcie dodatkowego efektu bezpośredniego jakim jest rzeczona koordynacja. Ze wskazań beneficjentów wynika, że efektami pośrednimi są te, które jednocześnie stanowią istotę logiki ewaluowanej interwencji, a więc: poprawa dostępności do specjalistycznych usług medycznych oraz poprawa jakości świadczonych specjalistycznych usług medycznych. Można więc wymiar koordynacyjny projektów traktować nie tylko jako pożądany efekt projektów, ale także jako swoisty katalizator (a w niektórych przypadkach – warunek brzegowy) rzeczywistej poprawy sytuacji we wspieranych podmiotach pod kątem dostępności i jakości oferowanych usług zdrowotnych. Choć w wypowiedziach respondentów ta kwestia się nie pojawiła, to jednak wydaje się, że wdrażanie w projektach rozwiązań mających na celu skoordynowanie zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych może być dodatkowo traktowane także jako narzędzie lepszego zarządzania posiadanymi zasobami kadrowymi i ich bardziej efektywnego wykorzystania, co ma istotne znaczenie w kontekście problemu liczbowych niedoborów kadry medycznej.

W badaniu jakościowym również podejmowano kwestię oceny interwencji pod kątem zarówno jej trafności względem zdiagnozowanych potrzeb regionalnego systemu ochrony zdrowia, jak i skuteczności. Generalnie zwrócono uwagę na pozytywne oddziaływanie przyjętego w woj. pomorskim systemu planowania strategicznego, który dzięki powiązaniu Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego z RPO WP poprzez Regionalne Programy Strategiczne umożliwił precyzyjne odniesienie się do problemów w obszarze zdrowia i takie kierunkowanie interwencji, dla którego faktycznym punktem wyjścia są rzeczywiste problemy i deficyty, ale także priorytety rozwojowe regionu. Drugim czynnikiem, który pozytywnie wpłynął na zapewnienie trafności wsparcia było dynamiczne podejście do zakresu dostępnej pomocy i reagowanie już w trakcie wdrażania RPO WP na ujawniające się potrzeby i problemy. W największym stopniu miało to oczywiście miejsce w kontekście kryzysu pandemicznego, gdzie nie tylko wprowadzono zupełnie nowy instrument pomocowy (Działanie 13.2), ale także w ramach Działania 7.1 dopuszczono możliwość poszerzenia zakresu projektów o działania związane z przeciwdziałaniem skutkom pandemii COVID-19. Ale nie tylko w odniesieniu do pandemii COVID-19 mówić możemy o działaniach dostosowujących oferowane wsparcie do diagnozowanego zapotrzebowania. Chodzi tutaj także o działania związane z objęcia wsparciem pediatrii, czy opieki wytchnieniowej. W konsekwencji, jeśli chodzi o katalog problemów zdrowotnych, czy obszarów opieki zdrowotnej, których dotyczyły projekty, to ocenić go należy jako relatywnie szeroki (czego dodatkowym potwierdzeniem są wcześniej analizowane dane dotyczące struktury projektów ze względu na to, do diagnozowania /

leczenia jakich chorób może być wykorzystywana zakupiona / modernizowana aparatura, sprzęt lub wyposażenie, bądź jakie choroby mogą być diagnozowane lub leczone w rozbudowywanych, przebudowywanych, remontowanych obiektach). Ale jeśli z kolei ten katalog zestawimy z założeniami dotyczącymi kierunkowania interwencji, które przewidywały koncentrację na wybranych grupach chorób (w szczególności z grupy chorób cywilizacyjnych), to okaże się, że w tym szerokim katalogu możliwych obszarów merytorycznych realizacji działań inwestycyjnych dominują te, które uznano za priorytetowe obszary interwencji z punktu widzenia sytuacji zdrowotnej mieszkańców regionu i potrzeb regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Te powyższe konkluzje nie oznaczają, że zrealizowane wsparcie uznać należy za w pełni rozwiązujące występujące problemy i niwelujące zdiagnozowane deficyty. Przede wszystkim dlatego, że – jak wskazywano w wywiadach jakościowych – potrzeby inwestycyjne sektora ochrony zdrowia są bardzo duże, a tym samym potencjał absorpcyjny jest nadal znacznie większy niż zaoferowany w RPO WP wolumen pomocy. Ale jednocześnie także w wymiarze jakościowym mówić możemy o elementach niewystarczająco uwzględnionych w zrealizowanej interwencji. Chodzi tutaj przede wszystkim o wsparcie obszaru opieki psychiatrycznej (co również potwierdzają wcześniej prezentowane dane obrazujące do jakiego rodzaju usług medycznych i rodzajów chorób odnosiły się realizowane inwestycje). W odniesieniu do tego obszaru dysproporcję pomiędzy dostrzeganymi potrzebami, a skalą udzielonego wsparcia oceniono jako szczególnie dużą. Pamiętać jednak przy tym należy, że w przypadku opieki psychiatrycznej bardzo istotnym czynnikiem oddziałującym na kwestię dostępności i jakości specjalistycznych usług medycznych są deficyty kadrowe, co z kolei w mniejszym stopniu pozwala postrzegać interwencję współfinansowaną ze środków EFRR jako mogącą rozwiązać występujące problemy[12].

W kontekście oceny efektów ewaluowanego wsparcia zwrócono w badaniu jakościowym przede wszystkim uwagę, że choć wsparcie nie było kierowane w sposób wyłączny do podmiotów szpitalnych, to jednak właśnie w tej grupie mówić możemy o największej skali oddziaływania interwencji. Co więcej – jak wiemy z wcześniej analizowanych danych – w przypadku bazy szpitalnej wsparcie dotyczyło najczęściej opieki stacjonarnej, zaś

[12] Rewersem tej specyfiki omawianego obszaru świadczeń zdrowotnych jest to, iż w przypadku opieki psychiatrycznej może występować relatywnie mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie dotyczące zakupu / modernizacji aparatury, sprzętu lub wyposażenia. Z drugiej strony, skala niedoinwestowania tego elementu systemu ochrony zdrowia jest obecnie bardzo duża istotnie ograniczając jego bieżącą wydolność (szczególnie jeśli uwzględnimy dodatkowy czynnik negatywny, jakim są bardzo duże niedobory kadry medycznej w opiece psychiatrycznej).

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – w mniejszym stopniu. W konsekwencji mamy więc do czynienia z sytuacją, w której oddziaływanie interwencji dotyczyło przede wszystkim szpitalnej opieki stacjonarnej, a na wyraźnie mniejszą skalę – opieki ambulatoryjnej i – w szczególności – podstawowej opieki zdrowotnej. Taki charakter dotychczasowej piramidy wsparcia systemu zdrowia w obszarze infrastrukturalnym oznacza, że w relatywnie najmniejszym stopniu udało się rozwiązać potrzeby inwestycyjne tych ogniw systemu, które realizują zadania z zakresu opieki ambulatoryjnej i podstawowej opieki zdrowotnej.

W badaniu jakościowym podkreślano także, że oddziaływanie interwencji nie powinno być postrzegane wyłącznie przez pryzmat osiągniętych efektów w wymiarze inwestycyjno-infrastrukturalnym. Wskazywano, że zrealizowane działania mają faktyczne przełożenie także na wzrost dostępności oraz poprawę jakości świadczonych specjalistycznych usług medycznych. Jest to spójne z wcześniej analizowanymi wynikami badania ankietowego beneficjentów, gdzie dwa dominujące efekty osiągnięte w projektach to: poprawa jakości wyposażenia wspartych podmiotów leczniczych oraz zapewnienie możliwości świadczenia dotychczas realizowanych usług zdrowotnych w większej skali (ich występowanie dotyczy niemal wszystkich analizowanych przedsięwzięć). Podkreślano w tym kontekście szczególną użyteczność działań o charakterze kompleksowym, tj. takich, których rezultatem jest zapewnienie całościowego wsparcia ogniskującego się wokół określonego problemu zdrowotnego. Przykładem mogą tu być chociażby przedsięwzięcia realizowane w Poddziałaniu 7.1.1 w odniesieniu do obszaru opieki geriatrycznej. Z jednej strony mamy tutaj odniesienie do istotnego problemu zdrowotno-demograficznego, a z drugiej – do przezwyciężenia ograniczeń systemu ochrony zdrowia, który utrudnia skuteczne oferowanie pomocy osobom w wieku senioralnym. W przypadku akurat tych dwóch projektów dodatkową korzyścią wynikającą z faktu, iż dotyczą one – ze względu na wdrażanie w ramach mechanizmu ZIT – trójmiejskiego obszaru metropolitarnego, ich oddziaływanie na dostępność oferowanych dzięki nim usług ma zasięg ponadlokalny.

Całość wyników powyższych analiz odnoszących się do efektów ewaluowanego wsparcia (a także analiz wcześniejszych poświęconych zakresowi realizowanych działań) pozwala stwierdzić, że mamy do czynienia z pozytywnym wpływem interwencji RPO WP na dostępność, zakres i jakość specjalistycznych usług zdrowotnych w regionie oraz efektywność ich świadczenia. Uwzględniając perspektywę beneficjentów wpływ ten odnosi się przede wszystkim do wzrostu dostępności (poprzez możliwość świadczenia określonych usług zdrowotnych na większą skalę niż dotychczas) oraz jakości (poprzez poprawę jakości wyposażenia, która następnie przekłada się na poprawę jakości świadczonych usług). W relatywnie mniejszym stopniu dostrzegany jest wpływ na zakres świadczonych usług zdrowotnych oraz efektywność ich świadczenia. Ale jeśli uwzględnimy

szczegółowe założenia i charakterystykę projektów zawartą we wnioskach o dofinansowanie, to wydaje się, że uprawniony będzie wniosek, że również w tych dwóch ostatnich aspektach możemy mówić o wpływie interwencji. W kontekście poszerzania zakresu świadczonych specjalistycznych usług zdrowotnych zaakcentować tutaj należy przede wszystkim podejmowanie działań, w ramach których podmioty medyczne wprowadzały nowe rodzaje usług dla pacjentów (np. pomoc rehabilitacyjna, w tym: kardiologiczna i pulmonologiczna) lub nowe sposoby ich świadczenia (kompleksowa opieka geriatryczna dla osób w wieku senioralnym integrująca w sobie różnego rodzaju usługi zdrowotne odnoszące się do chorób występujących najczęściej właśnie w tej grupie pacjentów). Z kolei co do efektywności świadczenia specjalistycznych usług zdrowotnych, to nawet jeśli w odniesieniu do tej kwestii nie podejmowano określonych działań projektowych, które miałyby – w perspektywie projektodawców – koncentrować się na zwiększeniu efektywności świadczenia specjalistycznych usług zdrowotnych, to bez wątpienia, przynajmniej dla części tych działań mówić możemy o efekcie w postaci wzrostu efektywności. Dotyczy to przede wszystkim działań inwestycyjnych w obszarze infrastruktury, w ramach której świadczone są usługi zdrowotne – działania te traktować należy m.in. jako element obniżenia kosztów utrzymania infrastruktury w złym stanie technicznym, czy też czynnik obniżający koszty eksploatacji np. poprzez obniżenie energochłonności. Podobnie postrzegać należy działania w zakresie modernizacji sprzętowej. I wreszcie, deklarowane efekty związane ze wzrostem skali świadczonych usług zdrowotnych (jeden z najważniejszych efektów interwencji) traktować należy jako bezpośredni instrument zwiększający, dzięki efektowi skali, efektywność procesu świadczenia specjalistycznych usług zdrowotnych.

Stopień realizacji założonych celów interwencji

W poniższych tabelach przedstawiono stopień realizacji założonych celów interwencji zoperacjonalizowanych poprzez wskaźniki produktu i rezultatu.

Tabela 3. Stan realizacji wskaźników produktu w obszarze zdrowia w ramach PI 9a

PI	Nazwa wskaźnika produktu [jednostka pomiaru]	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (wrzesień 2023)	Osiągnięty % wartości docelowej	Prognozowana wartość na podstawie umów	Prognozowany % wartości docelowej na podstawie umów
9a	Liczba wspartych podmiotów leczniczych [szt.]	40	18	45%	46	115%

PI	Nazwa wskaźnika produktu [jednostka pomiaru]	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (wrzesień 2023)	Osiągnięty % wartości docelowej	Prognozowana wartość na podstawie umów	Prognozowany % wartości docelowej na podstawie umów
9a	Liczba podmiotów wspieranych w zwalczaniu lub przeciwdziałaniu skutkom pandemii COVID-19 (CV 33) [szt.]	35	15	43%	39	111%
9a	Liczba nowo zakupionego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego [szt.]	7	8	114%	16	229%
9a	Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19 (CV 7) [szt.]	8	39	488%	47	588%
9a	Liczba laboratoriów, które zostały nowowybudowane, nowowyposażone lub o zwiększonych możliwościach testowania COVID-19 (CV 9) [szt.]	3	3	100%	6	200%
9a	Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) [os.]	1 800 000	2 031 770	113%	1 800 000	100%
9a	Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 [EUR][13]	22 250 000	26 693 111	120%	28561 253	128%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023

Jeśli chodzi o wartości wskaźników produktu w odniesieniu do PI 9a, to w większości przypadków wg stanu na 30.09.2023 osiągnięto wartość docelową, w stopniu dokładnie zbieżnym z założeniami („Liczba laboratoriów, które zostały nowowybudowane, nowowyposażone lub o zwiększonych możliwościach testowania COVID-19"), nieznacznie przekraczającym przyjęte założenia („Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi", „Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19", „Liczba nowo zakupionego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego) lub znacząco je przekraczającym („Liczba zakupionych respiratorów w celu wsparcia leczenia COVID-19"). Tylko w dwóch przypadkach („Liczba wspartych podmiotów leczniczych", „Liczba podmiotów wspieranych w zwalczaniu lub przeciwdziałaniu skutkom pandemii COVID-19") poziom realizacji kształtuje się na poziomie wyraźnie niższym od założeń, niemniej jednak nawet w odniesieniu do tych wskaźników przeprowadzona prognoza wykazała, że nie powinno być problemu z

[13] Przeliczono na EUR po kursie 1 EUR = 4,4728 PLN

osiągnięciem wartości docelowych także i tych wskaźników. Z kolei, prognoza dla pozostałych wskaźników (a więc tych, w których przypadku już osiągnięto wartość docelową) pokazuje, że ostateczny stopień przekroczenia wartości docelowych będzie bardzo duży. Wyjątek stanowią tutaj tylko dwa wskaźniki: „Liczba wspartych podmiotów leczniczych", „Liczba podmiotów wspieranych w zwalczaniu lub przeciwdziałaniu skutkom pandemii COVID-19", których stopień realizacji nie przekroczy 115%.

Tabela 4. Stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 9a

PI	Nazwa wskaźnik rezultatu [jednostka pomiaru]	Wartość bazowa RPO WP (rok)	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (rok)	Wartość prognozo-wana (2023)
9a	Przeciętny pobyt chorego w szpitalu [dni]	5 (2013)	4,5	4,8 (2022)[14]	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów RPO WP 2014-2020, danych MZ i IZ

W odniesieniu do jedynego wskaźnika rezultatu mamy do czynienia ze zbliżaniem się do osiągnięcia wartości docelowej – przeciętny pobyt chorego w szpitalu uległ skróceniu w 2022 roku do 4,8 dni z poziomu 5 dni w 2013 roku. Wartość docelowa na rok 2023 wynosi 4,5 dnia, realne jest więc jej osiągnięcie.

Generalnie więc, przyjmując obowiązujące wskaźniki za mierniki realizacji celów, uznać należy, że w przypadku PI 9a mamy do czynienia z pełną realizacją przyjętych celów i założeń. Potwierdzeniem tego są zarówno opinie beneficjentów w ramach badania ankietowego (gdzie tylko jeden respondent wskazał na występowanie trudności z osiąganiem wartości docelowych wskaźników, wiążąc je z pandemią COVID-19), jak i wyniki badania jakościowego. W tym drugim komponencie ewaluacji potwierdzono, że – tak jak wskazano w powyższej prognozie – nawet jeśli aktualnie niektóre wskaźniki nie osiągnęły jeszcze swojej wartości docelowej, to tylko z racji ich formalnego niezakończenia.

W badaniu jakościowym zwrócono przy tym uwagę, że choć możemy mówić o realizacji celu interwencji, jakim jest poprawa dostępności usług zdrowotnych, to jednak cel ten zdefiniowany jest tak szeroko, że trudno mówić o tym, by ewaluowana interwencja była w stanie w całości go zrealizować (była ona bowiem ograniczona przede wszystkim do rozbudowy bazy szpitalnej i to głównie w określonych obszarach).

Jeśli chodzi o najważniejsze czynniki oddziałujące na realizację wskaźników, to wskazywano przede wszystkim na pandemię COVID-19, która jednak nie uniemożliwiła

[14] Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2022

osiągnięcia wartości docelowych wskaźników, a raczej przesunęła w czasie ich zrealizowanie.

Ocena interwencji w kontekście wyzwań w obszarze zdrowia związanych z pandemią COVID-19

Odpowiedzią na kryzys pandemiczny było wsparcie w projektach Osi Priorytetowej 7, Działaniu 13.2 i uzupełniająco w projektach wybranych w trybie nadzwyczajnym w Poddziałaniach: 5.4.2 i 6.2.2.

Analiza działań podejmowanych w projektach Działania 7.1 (przeprowadzona na podstawie zapisów wniosków o dofinansowanie) w związku z pandemią COVID-19 wskazuje, że przede wszystkim realizowane były działania następującego rodzaju:

- zakup wyposażenia i środków ochrony przed zakażeniem (środki ochrony osobistej; środki dezynfekcyjne; wyroby medyczne jednorazowego użytku);
- modernizacja / dostosowanie infrastruktury podmiotu medycznego do potrzeb związanych ze zwalczaniem pandemii COVID-19 (budowa sal modułowych; instalacja tymczasowych obiektów kubaturowych; budowa wind; rozbudowa pomieszczeń);
- zakup sprzętu medycznego (zakupy w projektach obejmowały takie rodzaje sprzętu jak: tomograf komputerowy; respirator; kardiomonitor; analizator parametrów krytycznych; bronchoskop; aparat RTG; ramię C);
- zakup innego rodzaju sprzętu (komory laminarne; łóżka szpitalne);
- zakup pojazdów medycznych;
- wdrożenie rozwiązań z obszaru e-zdrowia na potrzeby zdalnej realizacji świadczeń medycznych.

W przypadku Działania 13.2 mamy do czynienia z sytuacją specyficzną, gdyż – po pierwsze – dofinansowaniem objęto jedynie dwa projekty, a po drugie – całość interwencji odnosiła się w tym przypadku do pandemii COVID-19. Jeśli chodzi o działania jakie podjęto w obu dofinansowanych projektach, to obejmowały one:

- modernizację pomieszczeń na potrzeby jednostek realizujących świadczenia rehabilitacyjne (w tym prowadzących rehabilitację kardiologiczną);
- wyposażenie jednostek realizujących świadczenia rehabilitacyjne;

- modernizację wyposażenia podmiotu medycznego poprzez zakup nowych urządzeń diagnostycznych (tomograf komputerowy, rezonans komputerowy, endosonograf).

Z przeprowadzonej wcześniej analizy wynika, że blisko połowa beneficjentów i podmiotów wspartych w ramach Działań: 7.1 i 13.2 jako jeden z uzyskanych dzięki wsparciu ze środków RPO WP efektów wskazała poprawę zabezpieczenia epidemicznego. Zakres tej poprawy respondenci uszczegółowili w swoich odpowiedziach na pytanie otwarte wskazując na wprowadzenie rozwiązań architektonicznych zorientowanych na dostosowanie pomieszczeń do warunków epidemiologicznych m.in. poprzez utworzenie śluz, wydzielenie stref „czystych" i „brudnych", utworzenie izolatek, zapewnienie wentylacji. Dodatkowo wskazywano na działania zakupowe dotyczące urządzeń do dekontaminacji, sterylizacji oraz środków do dezynfekcji i ochrony indywidualnej.

Podmioty świadczące usługi zdrowotne, do których bezpośrednio zostało skierowane wsparcie ze środków projektów realizowanych w ramach RPO WP przez inne podmioty tj. jednostki samorządu, spółki itp. i które zadeklarowały, że efektem projektu była poprawa zabezpieczenia epidemicznego, zapytano o to, czy z perspektywy czasu uważają, że w projekcie zabrakło jakichś działań mogących jeszcze bardziej przyczynić się do zabezpieczenia epidemicznego ich placówek. Trzy z sześciu zadeklarowały, że niczego nie zabrakło, a pozostałym trzem trudno to na tę chwilę ocenić.

W przypadku beneficjentów taka ocena okazała się jeszcze trudniejsza – aż 11 na 13 z nich nie potrafiło stwierdzić, czy w projekcie zabrakło jakichś działań mogących bardziej przyczynić się do zwiększenia zabezpieczenia epidemicznego placówek objętych wsparciem. W przypadku dwóch beneficjentów wskazano, że żadnych działań nie zabrakło.

Mamy więc zarówno w przypadku beneficjentów, jak i podmiotów objętych wsparciem do czynienia ze zbliżoną sytuacją – albo wskazywano na pełną trafność zakresu dostępnego wsparcia związanego z przeciwdziałaniem skutkom pandemii COVID-19 (tj. nie zidentyfikowano działań pomocowych, których zabrakło), albo uchylano się od odpowiedzi na pytanie o ewentualne braki w zakresie interwencji. W tym przypadku jednak brak jednoznacznej opinii respondentów można traktować jako okoliczność, która winna przechylić szalę oceny trafności dostępnego zakresu wsparcia w stronę oceny pozytywnej. Jeśli bowiem osoba uczestnicząca w badaniu krytycznie oceniałaby zakres dostępnego wsparcia dotyczącego zabezpieczenia epidemicznego w systemie ochrony zdrowia, wtedy w sposób naturalny byłaby w stanie wskazać luki. Skoro jednak, większość respondentów nie była w stanie ich zidentyfikować, to oznacza, że nie dostrzegają oni

istotnych (i dotkliwych z ich punktu widzenia) braków w katalogu kwalifikowalnych działań.

W ramach przeciwdziałania skutkom COVID-19 realizowanych było także 6 projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, dla których zastosowano tryb nadzwyczajny i których realizatorem było Województwo Pomorskie. Spośród nich, trzy projekty były wdrażane w Poddziałaniu 5.4.2 Zdrowie na rynku pracy i obejmowały one następujące rodzaje wsparcia[15]:

- **„Pomorskie S.O.S"** – Projekt adresowany był do osób znajdujących się w grupie szczególnego ryzyka, tj. pracowników zapewniających usługi medyczne, bytowe, opiekuńcze, oraz personel gospodarczy i obsługi w podmiotach świadczących całodobową opiekę (wsparcie) osobom starszym, przewlekle lub terminalnie chorym (tj. domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach stacjonarnych). Wsparcie było udzielane w formie grantów kierowanych do jednostek prowadzących ww. podmioty i dotyczyło ono zapewnienia środków ochrony indywidualnej, środków oraz sprzętu do dezynfekcji, wyposażenia izolatek, jak również usług dekontaminacji pomieszczeń.

  „Pomorscy medycy – bezpieczni w pracy, bezpieczni dla pacjentów" – Projekt polegał na zabezpieczeniu innej grupy ryzyka w kontekście pandemii COVID-19, tj. pracowników m.in. podmiotów leczniczych i jednostek państwowego systemu ratownictwa medycznego poprzez zapewnienie im odpowiedniego sprzętu i wyposażenia, wzmocnienie ich kondycji psychicznej oraz wzmocnienie potencjału organizacyjnego. W ramach projektu udzielano grantów na realizację ww. działań, z których skorzystać mogły: (a) podmioty lecznicze, które utworzyły łóżka szpitalne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem koronawirusem, (b) zespoły ratownictwa medycznego, (c) podmioty lecznicze (w tym stowarzyszenia, fundacje, przedsiębiorcy) udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej, opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych.

[15] Szczegółowa analiza dotycząca tego elementu wsparcia została przeprowadzona w ramach badania ewaluacyjnego pn. „Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020", gdzie uwzględniono wyniki badania beneficjentów oraz podmiotów objętych wsparciem w ramach Poddziałania 5.4.2, w projektach dot. poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.

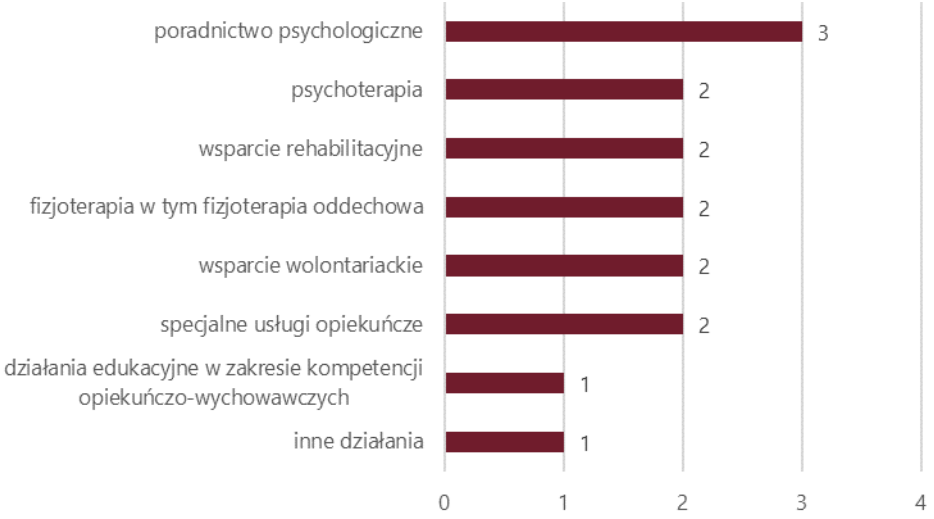
- **„Pomorskie – bezpieczni w pracy"** – Projekt zorientowany był na wsparcie i ochronę pracowników instytucji kultury, oświaty, ochrony przyrody, wsparcia rodziny oraz ośrodków ruchu drogowego przed skutkami pandemii COVID-19. Celem było w tym przypadku ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, dzięki czemu możliwe było zapewnienie ciągłości funkcjonowania objętych wsparciem placówek. Pomoc obejmowała zaopatrzenie ww. podmiotów (będących samorządowymi jednostkami organizacyjnymi województwa pomorskiego) w środki biobójcze oraz sprzęt do dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń.

Trzy pozostałe projekty były natomiast wdrażane w ramach Poddziałania 6.2.2 Rozwój usług społecznych:

- **„Pomorskie dzieciom"** – Projekt zorientowany był na udzielenie wsparcia dzieciom i młodzieży zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w szczególności przebywającym w rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz objętym opieką hospicjów domowych. Dodatkowym komponentem pomocy było wsparcie pracowników placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej (placówki opiekuńczo-wychowawcze i regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna) oraz kadry realizującej specjalistyczne usługi w hospicjach domowych dla dzieci. Pomoc dystrybuowana była poprzez granty na wybrane usługi społeczne.
- **„Lepsza przyszłość. Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym dzieci i młodzieży"** – Celem projektu było zwiększenie dostępu do usług społecznych z zakresu zdrowia psychicznego dla mieszkańców województwa pomorskiego, w szczególności dzieci i młodzieży oraz ich rodzin. Projekt kierowany był do dzieci i młodzieży oraz ich rodzin i obejmował takie formy wsparcia jak np. porady psychologiczne i psychoterapeutyczne świadczone w formule zdeinstytucjonalizowanej.
- **„Pomorskie Wspiera"** – Projekt dotyczył wsparcia dla osób, które przeszły zakażenie koronawirusem, były zakażone (i przebywały w izolacji), były potencjalnie zakażone (i przebywały w kwarantannie) oraz były szczególnie narażone na ciężki przebieg choroby, a jednocześnie były osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym (gł. seniorzy, osoby z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi). Oferowana pomoc polegała na zapewnieniu dostępu do zdeinstytucjonalizowanych, spersonalizowanych i zintegrowanych usług społecznych, uzupełnionych usługami zdrowotnymi, świadczonych w lokalnej społeczności. Realizację wsparcia przewidziano w formie porad psychologicznych, usług opiekuńczych, usług zdrowotnych (szczepienia profilaktyczne przeciwko pneumokokom).

Beneficjentów projektów realizowanych w ramach Poddziałania 6.2.2 poproszono o wskazanie zakresu działań realizowanych w celu niwelowania negatywnych skutków pandemii COVID-19.

Wykres 12. Zakres działań realizowanych w ramach projektów Poddziałania 6.2.2 służących niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

W ramach projektów Poddziałania 6.2.2 służących niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19 podejmowano następujące działania:

- poradnictwo psychologiczne (w 3 na 3 projektach);
- psychoterapia (w 2 na 3 projektach);
- wsparcie rehabilitacyjne (w 2 na 3 projektach);
- fizjoterapia, w tym oddechowa (w 2 na 3 projektach);
- wsparcie wolontariackie (w 2 na 3 projektach);
- specjale usługi opiekuńcze (w 2 na 3 projektach);
- działania edukacyjne (w 1 projekcie).

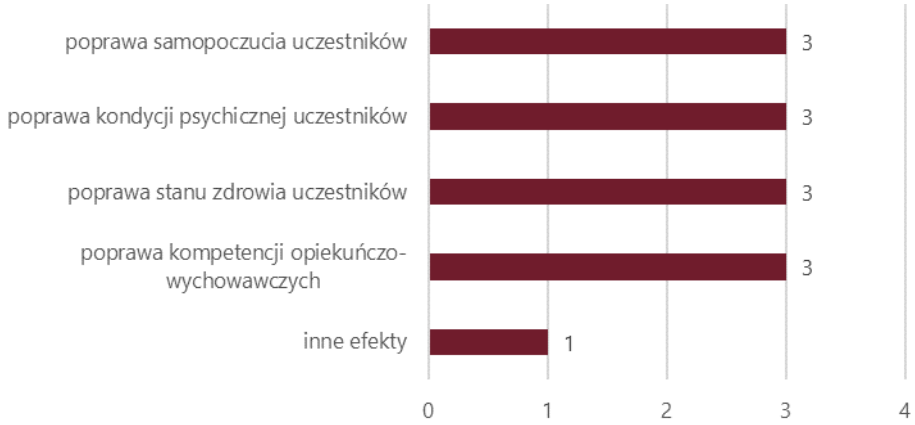
W ramach innych działań wprowadzono 3-miesięczne dodatki do wynagrodzeń z tytułu COVID-19 dla kadry w placówkach pieczy instytucjonalnej bezpośredniej oraz różnego typu specjalistyczne poradnictwo rodzinne, mediacje, terapię rodzinną oraz grupy wsparcia dla rodzin.

Beneficjenci w ramach Poddziałania 6.2.2 bardzo pozytywnie ocenili adekwatność zastosowanego w projektach wsparcia – poradnictwo psychologiczne, psychoterapię, wsparcie rehabilitacyjne, fizjoterapię w tym fizjoterapię oddechową, wsparcie

wolontariackie, specjalne usługi opiekuńcze, działania edukacyjne w zakresie kompetencji opiekuńczo-wychowawczych oceniono na 5 w aspekcie adekwatności (na skali 1-5, gdzie 1 oznacza bardzo niski stopień dopasowania do potrzeb, a 5 – bardzo wysoki stopień dopasowania do potrzeb wynikających z pandemii COVID-19. Nie powinno w związku z tym dziwić, że żaden z beneficjentów nie wskazał, by w jego projekcie należałoby wprowadzić zmiany co do zakresu lub sposobu realizacji działań w celu zwiększenia bezpieczeństwa pracy w kontekście pandemii COVID-19.

Beneficjenci realizujący projekty w ramach Poddziałania 6.2.2 służące niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19 zostali także poproszeni o wskazanie efektów swoich przedsięwzięć.

Wykres 13. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektach Poddziałania 6.2.2 służących niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Z efektów uzyskanych dzięki realizacji projektów Poddziałania 6.2.2 beneficjenci na równi wskazują na poprawę samopoczucia uczestników i ich kondycji psychicznej, poprawę stanu zdrowia oraz kompetencji opiekuńczo-wychowawczych.

Uwzględniając całość opisanego powyżej wsparcia w kontekście wyzwań w obszarze zdrowia związanych z pandemią COVID-19 należy w szczególności podkreślić i – pozytywnie ocenić – kompleksowość udzielonej pomocy. Interwencja współfinansowana w ramach EFRR koncentrowała się na systemie ochrony zdrowia – wzmacniając jego potencjał i ograniczając negatywny wpływ kryzysu pandemicznego na funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia. Ale perspektywa niwelowania negatywnego wpływu pandemii była wyraźnie szersza poprzez uruchomienie pomocy także w ramach projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, co umożliwiło

zarówno dotarcie do konkretnych grup docelowych szczególnie obciążonych kryzysem pandemicznym, jak i zapewnienie tym grupom wsparcia nieodnoszącego się wyłącznie do kwestii bezpieczeństwa epidemiologicznego i krótkotrwałych skutków pandemii.

W badaniu jakościowym podkreślono trafność pomocy związanej z przeciwdziałaniem skutkom pandemii COVID-19. Akcentowano przede wszystkim aspekt jakościowy, zwracając uwagę, że ze względu na relatywnie niewielką liczbę projektów dotyczących bezpośrednio pandemii COVID-19, trudno mówić tutaj o dużej skali oddziaływania. Szczególnie akcentowano dwie kwestie. Po pierwsze, pozytywnie oceniono sposób podejścia do profilowania pomocy odnoszącej się do kryzysu pandemicznego, w którym nie ograniczono się tylko do działań interwencyjnych „tu i teraz", ale także uwzględniono długofalowe skutki pandemii COVID-19 i konieczność przygotowania do nich systemu ochrony zdrowia, czyli to w kontekście wsparcia w obszarze onkologii (w przypadku którego zaburzenie prawidłowego funkcjonowania w trakcie pandemii COVID-19 skutkowało istotnymi ograniczeniami w procesie diagnostyki i leczenia) oraz rehabilitacji osób odczuwających długofalowe powikłania po zachorowaniu na COVID-19. Po drugie, pozytywnie zaopiniowano dwutorowe podejście do oferowania wsparcia w zakresie przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. Z jednej strony było to bowiem wsparcie w ramach Działania 13.2 uruchomione celowo w odniesieniu do problemów wywołanych przez kryzys pandemiczny. Z drugiej zaś, umożliwiono włączenie w projekty realizowane w ramach Działania 7.1 także takich działań, które odnosiły się do przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. Choć w badaniu jakościowym nie podejmowano tej kwestii, to wydaje się, że w kontekście tego drugiego komponentu interwencji odnoszącej się do kryzysu pandemicznego, wprowadzenie elementu kwalifikowalności wydatków związanych z przeciwdziałaniem skutkom pandemii COVID-19 postrzegać można szerzej niż tylko jako instrument adresowany do wyzwań związanych z pandemią. Chodzi tutaj o to, że wprowadzenie do projektów inwestycyjnych w Działaniu 7.1 elementu odnoszącego się do pandemii COVID-19 pozwoliło w pewnym stopniu odciążyć wsparte podmioty w obszarze problemów związanych z pandemią. To z kolei postrzegać należy jako czynnik ograniczający ryzyko niepowodzenia właściwych działań inwestycyjno-zakupowych realizowanych w projektach w Działaniu 7.1 (tym bardziej, że oddziaływanie kryzysu pandemicznego na realizację projektów miało charakter horyzontalny, ale w przypadku systemu ochrony zdrowia ten negatywny wpływ ocenić należy jako szczególnie dotkliwy).

Pomimo tej generalnie pozytywnej oceny interwencji w kontekście wyzwań w obszarze przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19, zwracano w badaniu jakościowym uwagę, że wolumen dostępnego wsparcia nie był wystarczający wobec skali potrzeb, a jednocześnie, że nie wszystkie aspekty przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19

udało się uwzględnić (chodzi np. o kwestię rehabilitacji rozszerzonej – obejmującej nie tylko wymiar oddechowy, ale też kardiologiczny – czy przeciwdziałanie tym negatywnym efektom zachorowania na COVID-19, których nie zidentyfikowano w fazie planowania wsparcia).

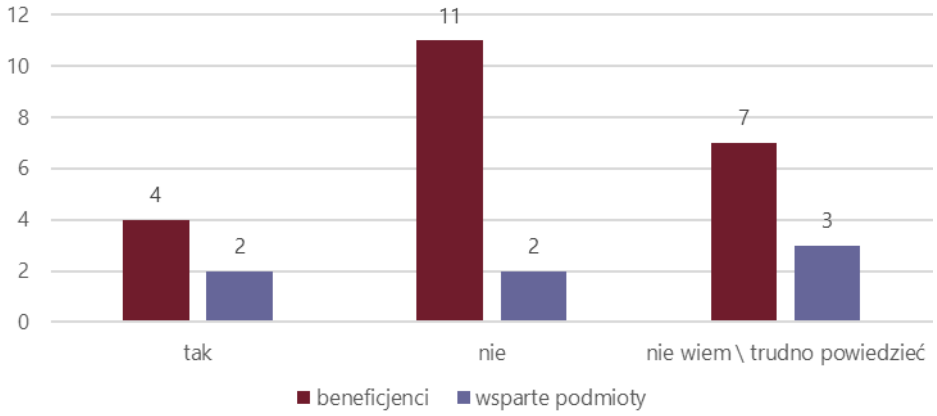
Uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Szczegółowym aspektem analizy działań realizowanych w ramach omawianego obszaru interwencji jest kwestia uwzględnienia w zrealizowanych / realizowanych projektach RPO WP potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Pamiętać jednak przy tym należy, że w identyfikacji i ocenie rzeczonego uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnościami nie można abstrahować od faktu, że w dużym stopniu wymóg takiego uwzględnienia nakłada na realizatorów projektów obowiązujące prawo. Dlatego też – zgodnie z treścią i logiką pytania badawczego odnoszącego się do tej kwestii – poza ogólną identyfikacją podejmowanych działań dokonano także identyfikacji tych działań, które mają / będą miały wymiar ponadstandardowy względem obowiązujących przepisów.

Wszyscy beneficjenci projektów z Działań 7.1 i 13.2 we wnioskach o dofinansowanie zobowiązali się, iż rozwiązania w ramach projektów są w pełni zgodne z zasadami równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, jednak rzadko charakteryzowali sposób, w jaki zapewniona zostanie ta zgodność. Jeśli wskazywano szczegóły sposobu, w jaki uwzględnione zostaną potrzeby osób z niepełnosprawnościami, to w prawie wszystkich przypadkach wymieniano prace remontowo-budowlane, czy zakup elementów wyposażenia (np. wind) w kontekście likwidacji barier architektonicznych utrudniających dostęp dla osób niepełnosprawnością ruchową, zazwyczaj nie precyzując zakresu tych prac. Inne rozwiązania opisywano w projektach, gdzie incydentalnie było to np. prowadzenie szkoleń opiekunów osób z niepełnosprawnością.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące skalę stosowania w projektach ponadstandardowych (względem obowiązującego prawa, takiego jak np.: prawo budowlane, Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami) udogodnień lub rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami.

Wykres 14. Stosowanie w projekcie ponadstandardowych udogodnień lub rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode; beneficjenci n=22, wsparte podmioty n=7

Połowa (11) beneficjentów odpowiedziała, że nie stosowali oni w swoich projektach działań o charakterze ponadstandardowym względem obowiązującego prawa, natomiast 4 potwierdziło podejmowanie tego rodzaju działań. Wskazywali oni na dodatkowe podesty, wózki inwalidzkie oraz windy, toalety i łazienki, czy parking dla osób z niepełnosprawnościami oraz bezprogowy dostęp do budynku. Należy w tym miejscu zauważyć, że sam rodzaj wskazanych działań nie wyznacza w sposób jednoznaczny ich ponadstandardowego charakteru, być może owa ponadstandardowość sprowadza się w tym przypadku do skali tych działań, np. zwiększenia wielkości parkingu dla osób z niepełnosprawnościami (tj. zwiększenia w stosunku do minimalnych wymogów prawnych liczby dostępnych miejsc parkingowych przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnościami). Aż 7 beneficjentów nie potrafiło jednoznacznie określić, czy w ich projekcie były podejmowane ponadstandardowe działania w zakresie uwzględniania potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wydaje się jednak, że mamy tutaj do czynienia z sytuacją podobną do tej, która została zasygnalizowana wcześniej, w odniesieniu do podejmowania działań dotyczących koordynacji zakresu specjalistycznych usług medycznych (gdzie dominował brak orientacji co do faktu podejmowania rzeczonych działań). Chodzi w tym przypadku o to, że wariant odpowiedzi: „nie wiem / trudno powiedzieć" należy traktować raczej jako wskaźnik braku podejmowania ponadstandardowych działań zorientowanych na uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnościami (gdyby takie działania były podejmowane, prawdopodobieństwo braku wiedzy na ten temat wśród osób uczestniczących w badaniu uznać należy za relatywnie niewielkie).

W grupie podmiotów objętych wsparciem dwa wskazały na stosowanie i dwa na niestosowanie ponadstandardowych udogodnień lub rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami. Trzech respondentów nie potrafiło odnieść się do tej kwestii (wariant odpowiedzi: „nie wiem / trudno powiedzieć").

W kontekście uwzględniania w projektach potrzeb osób z niepełnosprawnościami należy jeszcze podkreślić jedną istotną kwestię, na którą zresztą zwracano uwagę w ramach badania jakościowego. Chodzi o to, że – abstrahując od konkretnych działań, jakie podejmowane były w ramach ewaluowanych projektów, w kontekście uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnościami – już sam fakt realizacji określonych działań inwestycyjnych może być traktowany jako zwiększanie dostępności usług zdrowotnych dla osób ze specjalnymi potrzebami. Po pierwsze, chodzi tutaj o kwestię dostępności architektonicznej, której zapewnienie w przypadku realizowanych prac budowlanych jest aktualnie wymagane prawnie. Jeśli więc mieliśmy w projektach do czynienia z określonymi pracami budowlanymi dotyczącymi obiektów systemu ochrony zdrowia, to już sam fakt ich prowadzenia wymuszał zapewnienie rzeczonej dostępności. Dodatkowo, ze względu na współfinansowanie inwestycji ze środków UE konieczne było zapewnienie zgodności projektu z zasadą równości szans i niedyskryminacji. Po drugie, wdrożenie dzięki działaniom inwestycyjnym nowych usług zdrowotnych lub nowego sposobu ich świadczenia w danej placówce też należy postrzegać w kategoriach zwiększania dostępności tych usług dla osób ze specjalnymi potrzebami.

Podsumowanie

W ramach Działania 7.1 Zasoby ochrony zdrowia, którego celem jest zwiększona dostępność usług zdrowotnych zrealizowano 20 projektów. Dwa z nich – oba dotyczące utworzenia podmiotów medycznych oferujących opiekę geriatryczną – wdrożono na obszarze Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych. Pozostałe przedsięwzięcia zostały wyłonione w większości w drodze konkursowej bez zastosowania instrumentu Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych.

W zdecydowanej większości projektów Działania 7.1 (17 z 20) łączono modernizację i zakup specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego oraz wyposażenia obiektów ochrony zdrowia (typ projektu 1) z rozbudową i robotami budowlanymi (przebudową, remontem) w obiektach ochrony zdrowia (typ projektu 2). Dominujący charakter projektów realizowanych w ramach omawianego obszaru interwencji trafnie odzwierciedla cele ewaluowanej interwencji, które odnoszą się do zwiększenia dostępności usług zdrowotnych poprzez wzmocnienie infrastrukturalnych zasobów

regionalnego systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej bazy szpitalnej.

Projekty realizowane były w większości powiatów woj. pomorskiego, za wyjątkiem powiatu słupskiego. Zidentyfikowaną strukturę terytorialną ewaluowanych przedsięwzięć ocenić należy pozytywnie, nawet jeśli zauważalna jest w jej ramach pewna koncentracja wsparcia. Koncentrację tę należy traktować nie tylko jako efekt określonego kierunkowania interwencji, ale także jako naturalną konsekwencję zróżnicowań terytorialnych odnoszących się do regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Procedury medyczne, którym służy aparatura medyczna, sprzęt medyczny lub wyposażenie kupowane / modernizowane w ramach projektów to: diagnostyczne badania radiologiczne i pokrewne, procedury operacyjne i zabiegi, fizykoterapia, respiratoroterapia, rehabilitacja i zabiegi pokrewne, procedury anestezjologiczne, badania laboratoryjne i inne.

Jeśli chodzi o wzrost regionalnego potencjału dotyczącego świadczenia poszczególnych rodzajów procedur medycznych dotyczył on w szczególności – z racji przyjętego kierunkowania pomocy – bazy szpitalnej woj. pomorskiego. Działania projektowe odnosiły się przede wszystkim do szeroko rozumianego katalogu chorób cywilizacyjnych – mamy do czynienia ze skutecznością ukierunkowania ewaluowanego wsparcia, przynajmniej jeśli chodzi o aspekt odnoszenia się projektów do istotnych problemów zdrowotnych regionu.

Zakres zidentyfikowanych zmian dotyczących regionalnej bazy szpitalnej wpisuje się w założenia określone w dokumentach definiujących charakter koncentracji ewaluowanej interwencji. Jednocześnie, podkreślić należy, że występuje w realizowanych projektach różnorodność zarówno pod względem merytorycznym (choć wyraźnie dominują działania zorientowane na wzrost potencjału podmiotów medycznych w obszarach odnoszących się do chorób cywilizacyjnych), jak i dotyczącym skali realizowanych działań. Potwierdza to także analiza zróżnicowań w finansowej wartości projektów, co jest odzwierciedleniem różnej skali działań projektowych. Takiego zróżnicowania nie należy jednak traktować jako problemu w kontekście oceny omawianej interwencji. Z punktu widzenia wzmacniania regionalnego potencjału kluczowe znaczenie mają oczywiście projekty o największej skali i realizowane przez podmioty o największym potencjale i kluczowej roli dla pomorskiego systemu ochrony zdrowia. Ale z punktu widzenia całościowej realizacji celu, jaki zdefiniowano dla Działania 7.1 stanowiącego instrument wdrażania PI 9a, tj. „zwiększonej dostępności usług zdrowotnych", istotne są także przedsięwzięcia mniejsze, tj. o mniejszej skali regionalnego oddziaływania lub niezmieniające potencjału regionalnej bazy szpitalnej w sposób bardzo znaczący, ale niwelujące konkretne deficyty i ograniczenia

podmiotów medycznych w zapewnieniu jak najszerszej dostępności wysokojakościowych usług zdrowotnych.

Zarówno w ocenie beneficjentów, jak i wspartych podmiotów – wszystkie działania możliwe do realizacji w ramach ewaluowanego wsparcia w bardzo wysokim stopniu odpowiadają lokalnym potrzebom. Tak jednoznaczna ocena adekwatności dostępnego wsparcia do potrzeb świadczy o tym, że interwencja – w perspektywie beneficjentów i podmiotów objętych wsparciem – została trafnie zaplanowana.

Całość wyników analiz odnoszących się do efektów ewaluowanego wsparcia pozwala stwierdzić, że mamy do czynienia z pozytywnym wpływem interwencji RPO WP na dostępność, zakres i jakość specjalistycznych usług zdrowotnych w regionie oraz efektywność ich świadczenia. Uwzględniając perspektywę beneficjencką wpływ ten odnosi się przede wszystkim do wzrostu dostępności (poprzez możliwość świadczenia określonych usług zdrowotnych na większą skalę niż dotychczas) oraz jakości (poprzez poprawę jakości wyposażenia, która następnie przekłada się na poprawę jakości świadczonych usług). W relatywnie mniejszym stopniu dostrzegany jest wpływ na zakres świadczonych usług zdrowotnych oraz efektywność ich świadczenia.

Jeśli chodzi o realizację celów interwencji sparametryzowaną za pomocą wskaźników, to stwierdzić należy, że mamy do czynienia z pełną – dotychczasową lub prognozowaną – realizacją przyjętych celów i założeń. Poza samym stopniem realizacji wskaźników potwierdzeniem tego są zarówno opinie beneficjentów w ramach badania ankietowego (gdzie tylko jeden respondent wskazał na występowanie trudności z osiąganiem wartości docelowych wskaźników, wiążąc je z pandemią COVID-19), jak i wyniki badania jakościowego.

Przedmiotem analiz było także wsparcie odnoszące się do wyzwań związanych z pandemią COVID-19, które wdrażane było w projektach Osi Priorytetowej 7, Działaniu 13.2 i uzupełniająco w projektach wybrane w trybie nadzwyczajnym w Poddziałaniach: 5.4.2 i 6.2.2. Należy przede wszystkim podkreślić kompleksowość tej pomocy. Interwencja współfinansowana w ramach EFRR koncentrowała się na systemie ochrony zdrowia – wzmacniając jego potencjał i ograniczając negatywny wpływ kryzysu pandemicznego na funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia. Ale perspektywa niwelowania negatywnego wpływu pandemii była wyraźnie szersza poprzez uruchomienie pomocy także w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS, co umożliwiło zarówno dotarcie do konkretnych grup docelowych szczególnie obciążonych kryzysem pandemicznym, jak i zapewnienie tym grupom wsparcia nieodnoszącego się wyłącznie do kwestii bezpieczeństwa epidemiologicznego i krótkotrwałych skutków pandemii.

OCENA EFEKTÓW WDRAŻANIA SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH W OBSZARZE ZDROWIA W RAMACH RPO WP (PI 2C)

W niniejszej części raportu przedstawiono wyniki analizy i oceny projektów RPO WP, które dotyczyły wdrażania systemów informatycznych w obszarze zdrowia (Priorytet Inwestycyjny 2c). W pierwszej kolejności dokonano charakterystyki zrealizowanych działań oraz efektów wynikających z podjętych działań (w ujęciu retrospektywnym i prospektywnym), a następnie dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów. W końcowej części poddano analizie kwestię uwzględnienia w ewaluowanych projektach potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Zakres podjętych działań

Poniżej przedstawiono wyniki analiz zorientowanych na całościową charakterystykę wsparcia zrealizowanego w ramach Działania 7.2, które odnosi się do Priorytetu Inwestycyjnego 2c. Uwzględniając zarówno zakres interwencji, jak i zakres problematyki nakreślonej przez szczegółowe pytania badawcze, w prowadzonej analizie skoncentrowano się na następujących zagadnieniach:

- całościowy zakres zrealizowanej interwencji;
- zakres zrealizowanych działań inwestycyjnych (dokonywanych zakupów i wdrożeń);
- zakres działań podejmowanych w ramach poszczególnych projektów w celu zapewnienia interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych z krajowymi platformami;
- rodzaj wdrożonych narzędzi mających na celu poprawę jakości komunikacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym.

W przypadku Działania 7.2 Systemy informatyczne i telemedyczne, w ramach którego realizowane były cele Priorytetu Inwestycyjnego 2c, dofinansowano 15 projektów[16]. Łączna wartość dofinansowania dla wspartych projektów wyniosła 184,3 mln zł, z czego większość – 151,3 mln zł – przypadło na projekt „Pomorskie e-zdrowie". Średnie dofinansowanie w pozostałych 14 projektach wyniosło 2,3 mln zł, a średnia wartość projektu kształtowała się na poziomie 3,0 mln zł.

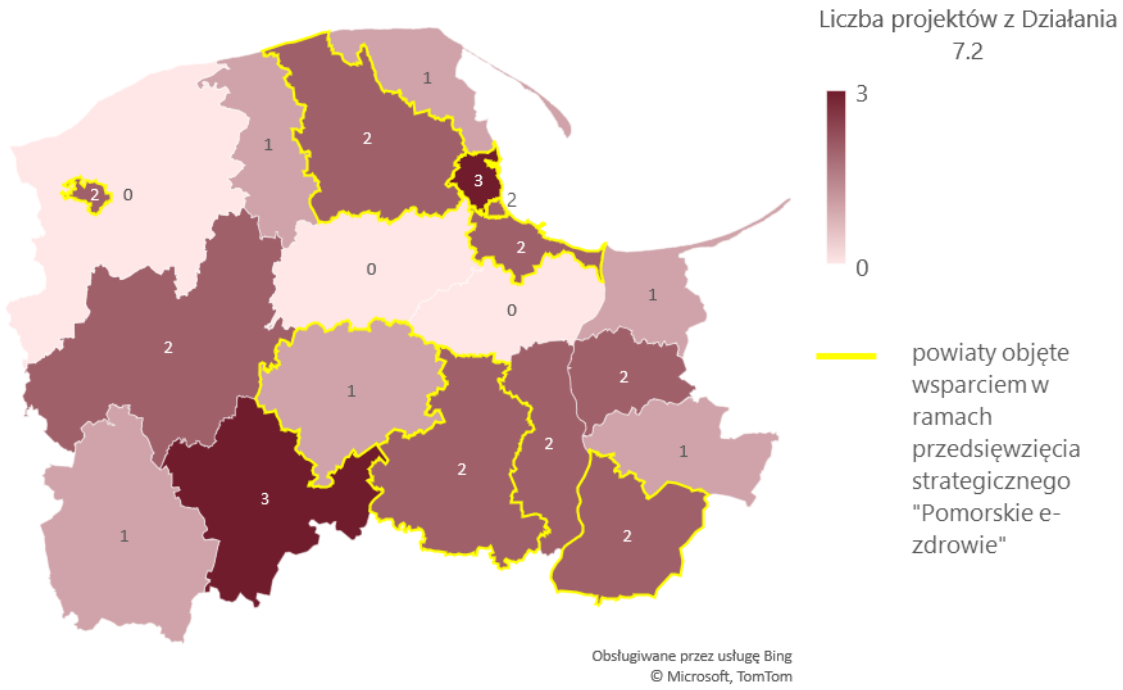
[16] Dane obrazujące skalę udzielonego wsparcia opracowano na podstawie informacji zawartych w systemie SL2014, wg stanu na 30.09.2023.

W 14 projektach realizowanych w ramach Działania 7.2 poza przedsięwzięciem strategicznym „Pomorskie e-zdrowie" podejmowane były następujące rodzaje działań (w odniesieniu do każdego typu projektu podano informacje odnoszące się do: liczebności projektów danego typu, wielkości łącznego dofinansowania UE, średniej wartości dofinansowania, średniej wartości projektu):

- budowa, rozwój i wdrożenie usług telemedycznych w szczególności telediagnostyki, telekonsultacji, telerehabilitacji i teleopieki; wdrożenie interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia wraz z niezbędną do ich funkcjonowania infrastrukturą z zakresu: tworzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, zarządzania, diagnostyki, terapii, logistyki, bezpieczeństwa – liczba projektów: 4; łączne dofinansowanie UE: 7,6 mln zł; średnie dofinansowanie: 1,9 mln zł; średnia wartość projektu: 2,4 mln zł;
- wdrożenie interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia wraz z niezbędną do ich funkcjonowania infrastrukturą z zakresu: tworzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, zarządzania, diagnostyki, terapii, logistyki, bezpieczeństwa – liczba projektów: 101; łączne dofinansowanie UE: 24,9 mln zł; średnie dofinansowanie: 2,4 mln zł; średnia wartość projektu: 3,3 mln zł.

Na poniższej mapie przedstawiono natomiast dane dotyczące lokalizacji ewaluowanych projektów w ramach poszczególnych powiatów woj. pomorskiego (należy przy tym pamiętać, że jedno przedsięwzięcie mogło swoim zasięgiem obejmować więcej niż jeden powiat).

Mapa 8. Liczba projektów z Działania 7.2 realizowanych na terenie poszczególnych powiatów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na sierpień 2023

W porównaniu do wcześniej analizowanych danych odnoszących się do Działań: 7.1 i 13.2 stwierdzić możemy, że w przypadku Działania 7.2 terytorialna koncentracja interwencji wystąpiła na mniejszą skalę. Po 3 projekty realizowano w Gdyni i powiecie chojnickim, 2 przedsięwzięcia w powiatach: wejherowskim, tczewskim, starogardzkim, m. Sopot, m. Słupsk, malborskim, kwidzyńskim, m. Gdańsk i bytowskim, a po 1 projekcie w powiatach: sztumskim, puckim, nowodworskim, lęborskim, kościerskim i człuchowskim. Przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-zdrowie objęło swoim zakresem powiaty: Gdańsk, Gdynia, kościerski, kwidzyński, Słupsk, Sopot, starogardzki i wejherowski. Trzema powiatami w przypadku których nie mamy do czynienia z realizacją żadnego projektu w ramach Działania 7.2 są powiaty: słupski, gdański i kartuski.

Określając zakres działań podjętych w ramach Działania 7.2 nie można nie wspomnieć o bardzo istotnym czynniku wpływającym na skalę i charakter tych działań, ale także – co będzie przedmiotem dalszych analiz – osiągane w projektach efekty. Interwencję wdrażaną w Działaniu 7.2 należy bowiem rozpatrywać w dwóch wymiarach, które z kolei stanowią odzwierciedlenie specyfiki przyjętego sposobu dystrybucji środków w tym obszarze interwencji. Z jednej strony, mamy bowiem do czynienia z 14 projektami, którym udzielono dofinansowania w trybie konkursowym. Te projekty – zróżnicowane pod względem szczegółowego zakresu realizowanych zadań i zaplanowanych efektów –

cechuje to, że są to przedsięwzięcia realizowane przez podmioty lecznicze (lub organy je prowadzące) na własną rzecz i – co do zasady – dotyczą wdrożenia w ramach danego podmiotu (lub kilku podmiotów – w przypadku projektów partnerskich lub takich, gdzie wsparciem objęto więcej niż jeden podmiot) rozwiązań informatycznych wspomagających funkcjonowanie placówek medycznych.

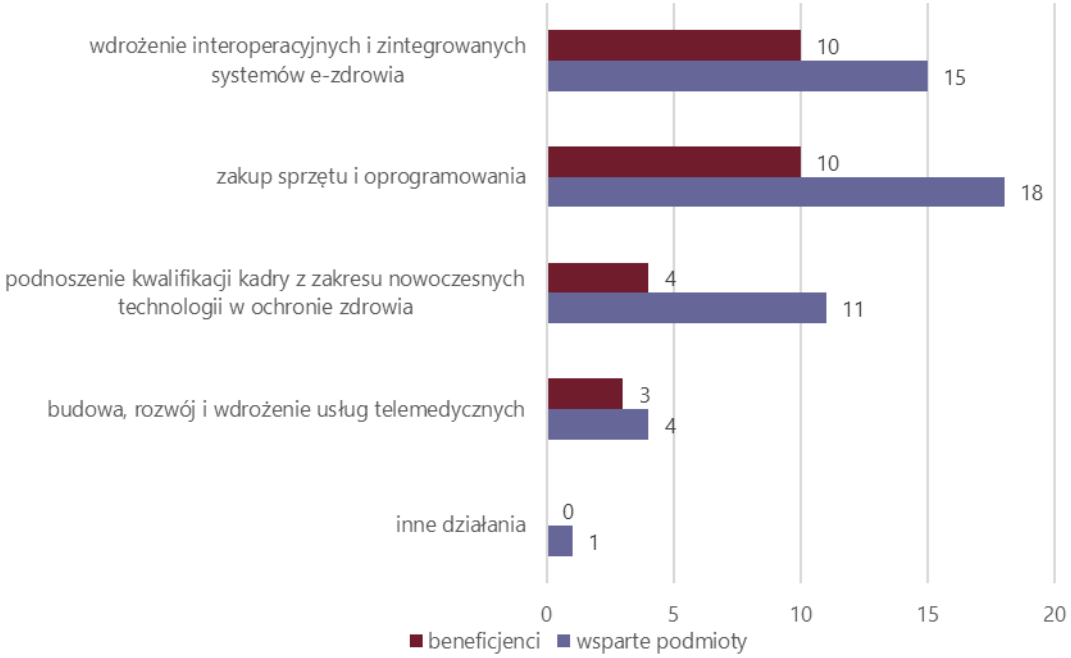
Z drugiej strony, w Działaniu 7.2 realizowane jest też przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie", którego zarówno skala (mierzona wartością projektu – tego projektu dotyczy ponad 80% alokacji przewidzianej na Działanie 7.2 – oraz liczbą podmiotów objętych wsparciem), jak i zakres realizowanych działań znacząco odbiega od projektów dofinansowanych w trybie konkursowym. Jedną z kluczowych różnic pomiędzy tym przedsięwzięciem realizowanym przez Samorząd Województwa Pomorskiego, a pozostałymi projektami realizowanymi w ramach Działania 7.2 jest fakt, że poza bezpośrednim wsparciem kierowanym do podmiotów partnerskich objętych pomocą w ramach tego projektu, bardzo ważnym komponentem zaplanowanych działań projektowych jest także stworzenie platformy regionalnej w obszarze e-zdrowia. Platforma ta w założeniu ma stanowić podstawę funkcjonowania regionalnego systemu e-zdrowia, a dostęp do niej nie obejmuje wyłącznie podmiotów objętych pomocą w ramach przedsięwzięcia „Pomorskie e-Zdrowie", ale docelowo także inne podmioty.

To powyższe wyodrębnienie przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" ma przede wszystkim znaczenie dla przyjęcia odpowiedniej perspektywy w – prowadzonej w dalszej części – ocenie charakteru i skali efektów osiągniętych w Działaniu 7.2. Tak jak wskazane przedsięwzięcie strategiczne może być traktowane jako interwencja oddziałująca na poziomie regionalnym (i tak też powinna być oceniona pod względem swojej skuteczności), tak pozostałe ewaluowane projekty już w swoich założeniach ograniczały swoje oddziaływanie do konkretnych placówek medycznych, których te projekty dotyczyły (co oczywiście nie oznacza, że łącznie projekty te mogły wygenerować efekty cyfryzacji podmiotów regionalnego systemu ochrony zdrowia zauważalne także na poziomie ogólnowojewódzkim). Uwzględniając szczególne znaczenie wskazanego przedsięwzięcia strategicznego dla całości interwencji wdrażanej w ramach Działania 7.2 RPO WP, w toku dalszych analiz, poza analizami odnoszącymi się do całości interwencji będą także wyodrębniane wnioski odnoszące się właśnie do przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie".

W dalszej części przedstawiono dane pochodzące z badania ankietowego, które w sposób bardziej szczegółowy i aktualny niż dane zastane z systemu SL2014 charakteryzują zakres

podjętych w ewaluowanych projektach działań. Na poniższym wykresie przedstawiono strukturę przedsięwzięć w Działaniu 7.2 ze względu na zakres otrzymanego wsparcia.

Wykres 15. Zakres wsparcia w ramach projektów z Działania 7.2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=11, podmioty objęte wsparciem – n=18; możliwe było wskazanie więcej niż 1 rodzaju wsparcia

W projektach realizowanych w ramach Działania 7.2 najczęściej podejmowano działania polegające na wdrożeniu interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia oraz zakupu sprzętu i oprogramowania. Działania tego rodzaju realizowało 10 na 11 objętych badaniem beneficjentów ewaluowanego wsparcia.

Wszystkie podmioty świadczące usługi zdrowotne, do których bezpośrednio zostało skierowane wsparcie w ramach projektów realizowanych w ramach Działania 7.2 przez inne podmioty tj. jednostki samorządu, spółki itp. także poproszono o wskazanie rodzajów działań, które zostały podjęte na rzecz ich placówki. Wszystkie podmioty wskazały (18), że ze środków RPO WP zostały doposażone w sprzęt i oprogramowanie, a w 15 na 18 biorących udział w badaniu podmiotów wdrożone zostały interoperacyjne i zintegrowane systemy e-zdrowia.

W kontekście powyższych danych należy stwierdzić, że dominujący model działań projektowych w ramach Działania 7.2 obejmował dwa elementy: wdrożenie interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia oraz zakup sprzętu i oprogramowania. Nie powinno to dziwić biorąc pod uwagę, że pierwszy z tych elementów

stanowi istotę interwencji wdrażanej w Działaniu 7.2, a drugi natomiast jest niejednokrotnie niezbędny do tego, by możliwa była realizacja pierwszego elementu (tj. wdrożenie określonych systemów może nie być możliwe bez odpowiedniego usprzętowienia i zakupu oprogramowania).

Wyraźnie rzadziej (szczególnie na poziomie projektów, a nie podmiotów objętych wsparciem) w projektach były podejmowane działania związane z podnoszeniem poziomu kwalifikacji kadry z zakresu nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia oraz budowy, rozwoju i wdrożenia usług telemedycznych. Pierwszy ze wspomnianych rodzajów wsparcia trudno traktować jako możliwy do autonomicznego funkcjonowania w ramach projektów inwestycyjnych, ale jednocześnie w przypadku wdrażania nowych systemów informatycznych trudno jest całkowicie pominąć ten element, stąd może dziwić, że tego rodzaju wsparcie stanowiło element mniej niż połowy badanych projektów. Z kolei jeśli chodzi o usługi telemedyczne, to wydaje się, że traktować je należy jako wyższy poziom zaawansowania procesów cyfryzacyjnych w systemie ochrony zdrowia (w stosunku do rozwiązań informatycznych dotyczących zarządzania podmiotem ochrony zdrowia czy systemów gromadzenia i/lub przekazywania elektronicznej dokumentacji medycznej). Z tego względu relatywnie niewielki udział tego elementu w projektach może być postrzegany jako odzwierciedlenie skoncentrowania się projektodawców na bardziej podstawowych działaniach z zakresu usprzętowienia i wdrożenia rozwiązań informatycznych w obszarze zdrowia. Bez wątpienia jednak wspieranie informatyzacji regionalnego systemu ochrony zdrowia powinno w przyszłości obejmować także i te dwa – relatywnie rzadko występujące dotychczas – rodzaje działań. Po pierwsze, by dyskontować w największym stopniu technologiczne możliwości rozwoju świadczenia usług telemedycznych. Po drugie zaś, po to by niewystarczające przygotowanie kadr placówek medycznych nie stanowiło czynnika ograniczającego dalszy rozwój procesów cyfryzacji w ramach regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Uzupełniająco wobec powyższych danych należy zwrócić szczególną uwagę na to jak kształtował się zakres podjętych działań w ramach kluczowego elementu interwencji realizowanej w ramach Działania 7.2 RPO WP, czyli przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie". Jest to o tyle istotne, że w ramach rzeczonego przedsięwzięcia przyjęto bardzo szerokie, kompleksowe, podejście do realizacji celu interwencji, jakim jest wdrożenie interoperacyjnych systemów informatycznych obsługujących wszystkie procesy związane z funkcjonowaniem jednostek systemu zdrowia. Dwoma głównymi komponentami przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" było wdrożenie systemów dziedzinowych dla placówek medycznych partycypujących w projekcie:

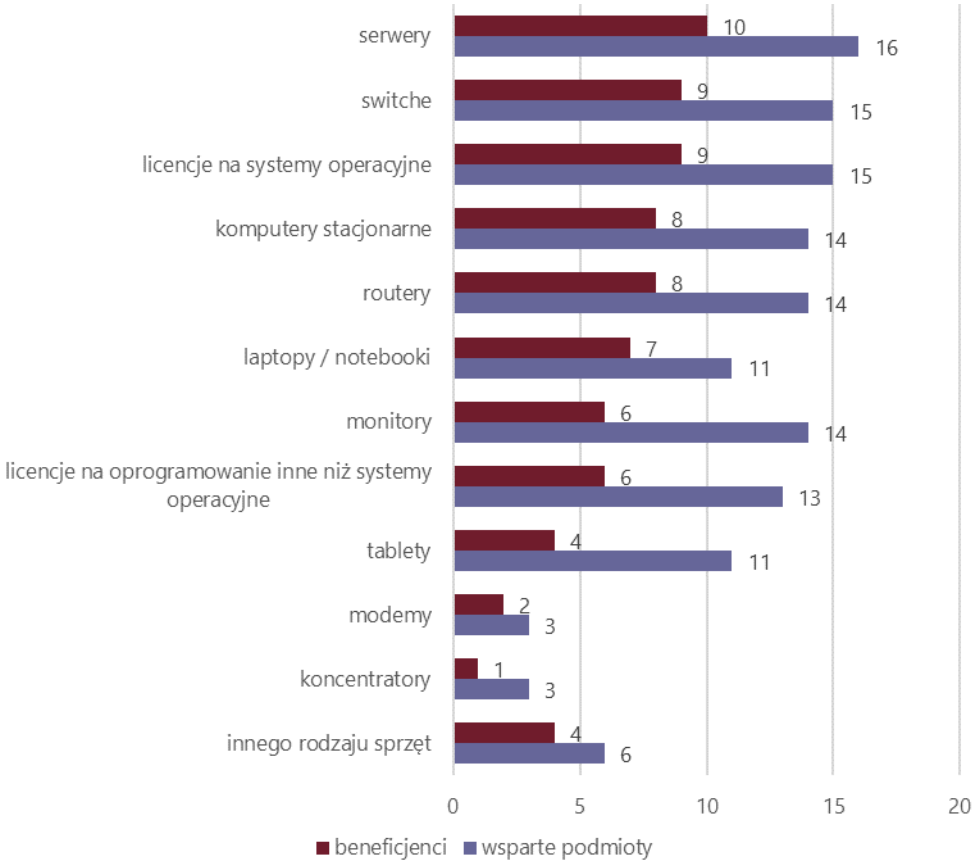
1. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku

2. Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku
3. Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr J. Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o.
4. Centrum Zdrowia Psychicznego w Słupsku
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.
6. Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. S.Kryzana w Starogardzie Gdańskim
7. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku
8. Stacja Pogotowia Ratunkowego w Słupsku
9. COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
10. Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku Sp. z o.o.
11. Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o.
12. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.
13. Szpitale Pomorskie Sp. z o.o.

Przedsięwzięcie strategiczne obejmowało również stworzenie platformy regionalnej obsługującej zróżnicowane procesy w obszarze e-zdrowia. W ramach każdego z tych komponentów przewidziano odrębne działania zakupowe i wdrożeniowe odnoszące się do zarówno do wymiaru sprzętowego, jak i związanego z oprogramowaniem niezbędnym do obsługi określonych procesów w ramach poszczególnych placówek, jak i pomiędzy placówkami a platformą regionalną.

Poniżej przedstawiono szczegółowy zakres działań podjętych w zakresie zakupu sprzętu i oprogramowania w ramach ewaluowanych projektów realizowanych w Działaniu 7.2.

Wykres 16. Rodzaj sprzętu i oprogramowania zakupionego w ramach projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=10, podmioty objęte wsparciem – n=18; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu sprzętu lub oprogramowania; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Zarówno w badaniu prowadzonym wśród beneficjentów, jak i podmiotów, do których było skierowane wsparcie najczęściej wymieniano następujące rodzaju zakupionego sprzętu i oprogramowania:

- serwery;
- switche;
- licencje na systemy operacyjne;
- komputery stacjonarne;
- routery.

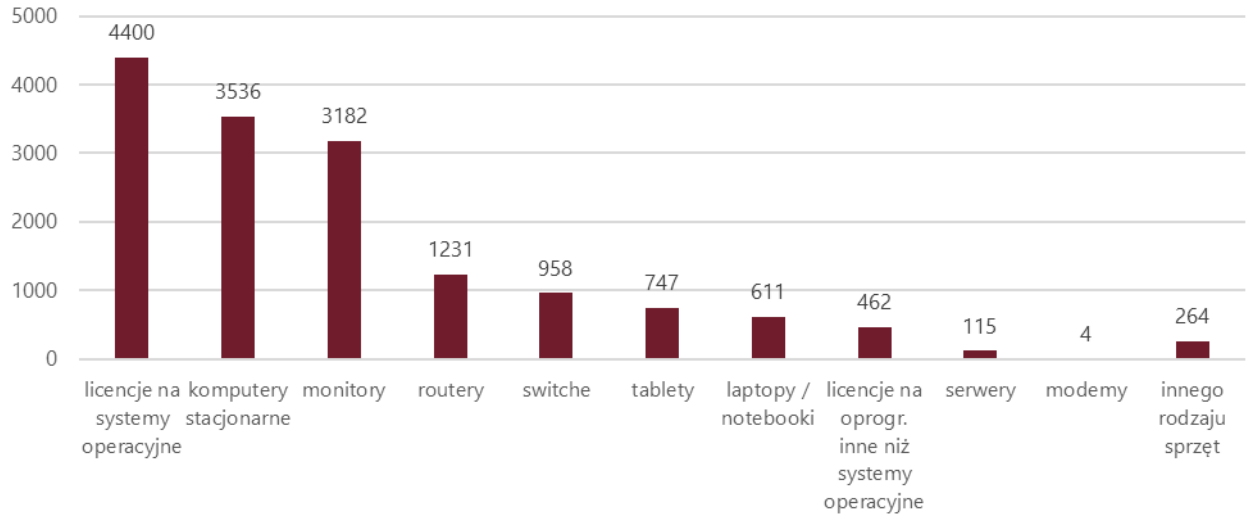
Inny wymieniany przez beneficjentów sprzęt obejmuje m.in.:

- macierze dyskowe i klastry macierzy dyskowych,
- systemy zasilania gwarantowanego,

- wielofunkcyjne zapory sieciowe,
- drukarki (w tym: drukarki opasek / etykiet dla pacjentów),
- skanery,
- urządzenia wielofunkcyjne,
- czytniki kodów kreskowych,
- rejestratory video,
- stacje diagnostyczne i przeglądowe obrazów medycznych,
- szafy serwerowe,
- infokioski,
- klimatyzatory.

Na poniższym wykresie przedstawiono natomiast dane obrazujące ilościową skalę zrealizowanych w ewaluowanych projektach działań zakupowych dotyczących sprzętu i oprogramowania.

Wykres 17. Liczba sztuk sprzętu i oprogramowania z poszczególnych kategorii zakupionych w ramach projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=10; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu sprzętu lub oprogramowania

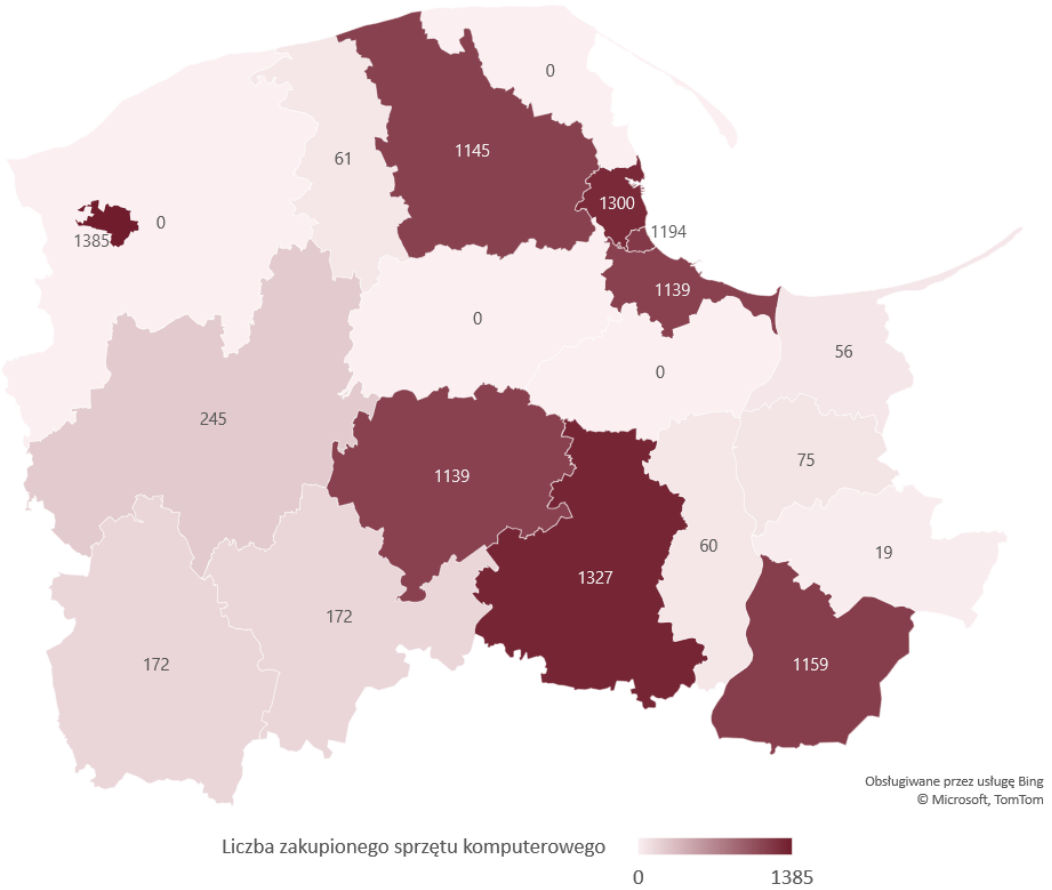
Z danych podanych przez beneficjentów projektów wynika, że najwięcej – jeśli chodzi o liczbę sztuk – sprzętu i oprogramowania zakupiono w Działaniu 7.2 w ramach kategorii: licencji na systemy operacyjne (łącznie 4 400 sztuk), komputerów stacjonarnych (3 536 sztuk) i monitorów (3 182 sztuki). W przypadku pozostałych kategorii zakupionego w

projektach sprzętu komputerowego i oprogramowania mamy już do czynienia z wyraźnie mniejszą skalą działań zakupowych.

W ramach projektów deklarowano także zakupy oprogramowania służącego kompleksowemu zarządzaniu pracą placówki, w tym w szczególności Szpitalne Systemy Informacyjne, systemy do elektronicznego obiegu dokumentów i inne systemy ERP (Enterprise Resource Planning, czyli systemy planowania zasobów przedsiębiorstwa), a także oprogramowanie biurowe i antywirusowe oraz oprogramowanie serwerowe, systemy operacyjne (serwerowe i stacji roboczych), oprogramowanie do archiwizacji i tworzenia kopii zapasowych i baz danych. Wskazywano także na systemy służące obsłudze procesu realizacji badań obrazowych oraz systemy magazynowe i kolejkowe.

Dane dotyczące liczby sztuk zakupionego w ewaluowanych projektach sprzętu komputerowego i licencji na oprogramowanie poddano także analizie terytorialnej, z uwzględnieniem parametru jakim jest liczba sztuk sprzętu komputerowego i licencji na oprogramowanie zakupionych w Działaniu 7.2 RPO WP. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono na dwóch kolejnych mapach.

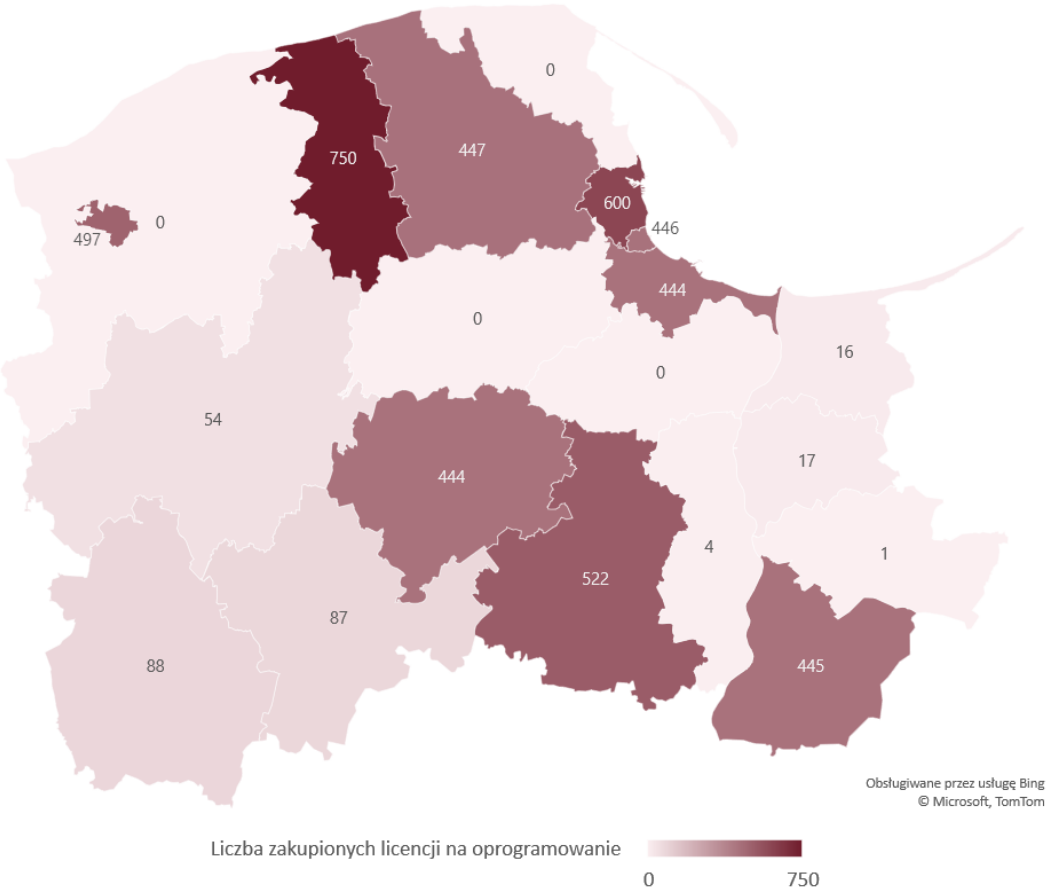
Mapa 9. Liczba zakupionego w projektach Działania 7.2 sprzętu komputerowego



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=10; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu sprzętu

Największą liczbę sprzętu komputerowego zakupiono na rzecz placówek z terenu powiatów wspartych m.in. w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-zdrowie" tj.: m. Słupsk (1 385 szt.), starogardzkiego (1 327 szt.), m. Gdynia (1 300 szt.), m. Sopot (1 194 szt.), kwidzyńskiego (1 159 szt.), wejherowskiego (1 145 szt.) oraz m. Gdańsk i kościerskiego (po 1 139 szt.). Powiatami, w których – wg deklaracji realizatorów badanych projektów – nie mamy do czynienia z zakupem sprzętu komputerowego okazały się być powiaty: gdański, kartuski, pucki i słupski.

Mapa 10. Liczba zakupionych w projektach Działania 7.2 licencji na oprogramowanie [szt.]



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami; beneficjenci – n=10; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu oprogramowania

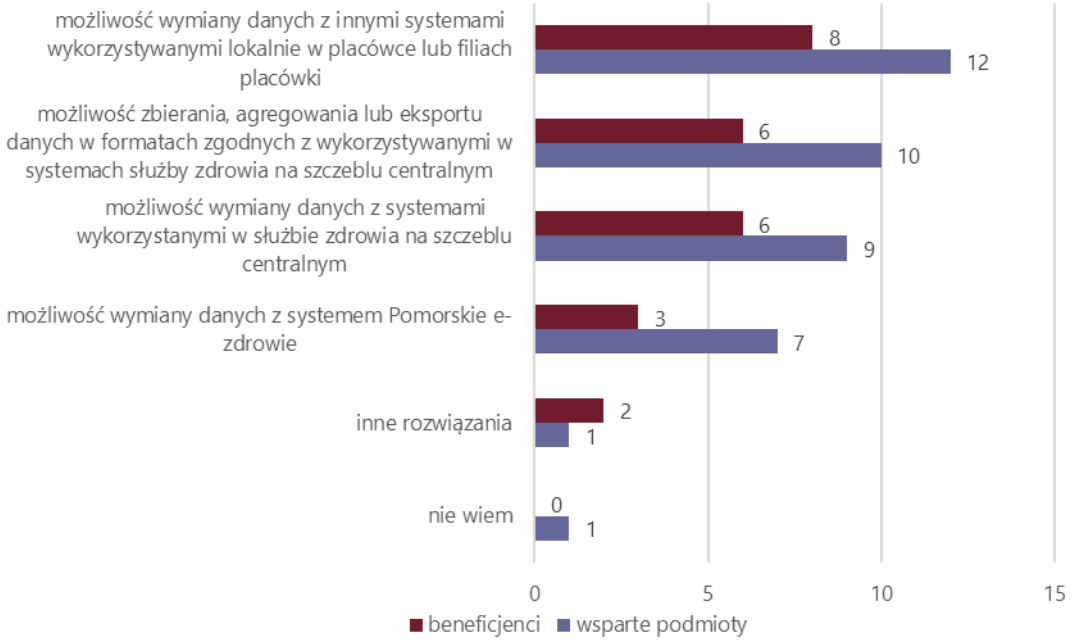
Najwięcej licencji na oprogramowanie zakupiono na rzecz placówek z terenu powiatu lęborskiego (750 szt.) oraz wspartych między innymi w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-zdrowie" powiatów: m. Gdynia (600 szt.), starogardzkiego (522 szt.), m. Słupsk (497 szt.), wejherowskiego (447 szt.), m. Sopot (446 szt.), kwidzyńskiego (445 szt.) oraz m. Gdańsk i kościerskiego (po 444 szt.). Powiatami, w których – wśród badanych projektów – nie mamy do czynienia z zakupem licencji na oprogramowanie okazały się być powiaty: gdański, kartuski, pucki i słupski.

Podsumowując analizę dotyczącą realizowanych w Działaniu 7.2 działań inwestycyjnych istotne jest określenie, w jakim stopniu dofinasowane doposażenie wpłynęło / wpłynie na dostępność, jakość i zakres świadczonych usług e-zdrowia. Sam charakter zakupionego sprzętu, czy oprogramowania nie warunkuje jeszcze w sposób jednoznaczny tego, jak i w jakim celu ów sprzęt, czy oprogramowanie będą wykorzystywane. Jeśli jednak, odwołamy się do wcześniejszych danych określających zakres udzielonego wsparcia, to okazuje się,

że z punktu widzenia projektodawców – poza zakupem sprzętu i oprogramowania – kluczowe było wdrożenie interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia. Tym samym, mówić możemy o dużym potencjale zrealizowanych inwestycji w kontekście dalszego rozwijania usług e-zdrowia we wspartych podmiotach. Jednocześnie jednak, na tym etapie raczej nie są to rozwiązania najbardziej zaawansowane, z obszaru telemedycyny (to z kolei był element wsparcia, na którego wkomponowanie w działania projektowe wskazywało najmniej projektodawców).

Tak jak wspomniano na wstępie – zgodnie z problematyką niniejszej ewaluacji – analiza zakresu podjętych działań obejmuje jeszcze także dwa zagadnienia szczegółowe: działania podejmowane w ramach poszczególnych projektów w celu zapewnienia interoperacyjności stosowanych systemów informatycznych z krajowymi platformami oraz narzędzia mające na celu poprawę jakości komunikacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się do tej pierwszej kwestii.

Wykres 18. Rozwiązania wprowadzone w celu zapewnienia interoperacyjności wdrażanych w ramach projektów systemów e-zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=10, podmioty objęte wsparciem – n=15; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano wdrożenia systemów e-zdrowia; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

W celu zapewnienia interoperacyjności wdrażanych w ramach projektów systemów e-zdrowia zarówno beneficjenci, jak i wsparte placówki stosowali najczęściej trzy rodzaje rozwiązań:

- możliwość wymiany danych z innymi systemami wykorzystywanymi lokalnie w placówce lub filiach placówki;
- możliwość zbierania, agregowania lub eksportu danych w formatach zgodnych z wykorzystywanymi w systemach służby zdrowia na szczeblu centralnym;
- możliwość wymiany danych z systemami wykorzystanymi w służbie zdrowia na szczeblu centralnym.

Badani zwracali także uwagę na umożliwienie wymiany danych z podwykonawcami i kontrahentami lokalnie w placówce lub w miejscach udzielania świadczeń przez podwykonawców oraz możliwość wymiany danych obrazowych pomiędzy partnerami realizującymi wspólne przedsięwzięcie.

W kontekście powyższych danych zwrócić należy przede wszystkim uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze, w realizowanych projektach mamy do czynienia ze zbliżoną skalą realizacji dwojakiego rodzaju działań integracyjnych dotyczących wykorzystywanych systemów informatycznych: integracji wewnętrznej systemów (w ramach placówki lub pomiędzy jej filiami) oraz integracji zewnętrznej systemów (pomiędzy systemem wykorzystywanym w danej placówce a systemami zewnętrznymi szczebla centralnego). Taki stan rzeczy ocenić należy pozytywnie ze względu na fakt, iż dla całościowej cyfryzacji podmiotów systemu ochrony zdrowia oba te elementy mają istotne znaczenie. Bazowanie wyłącznie na integracji wewnętrznej nie tylko utrudniałoby funkcjonowanie danemu podmiotowi, ale jednocześnie mogłoby sprawić, że nie byłby on spełnić wymagań prawnych dotyczących rozwiązań informatycznych w systemie ochrony zdrowia. Z kolei, trudno wyobrazić sobie skuteczną integrację z systemami zewnętrznymi w sytuacji, gdy w ramach jednej placówki funkcjonowałyby odrębne, niezintegrowane ze sobą, systemy informatyczne (np. dla realizacji świadczeń medycznych, czy przechowywania i wymiany dokumentacji medycznej oraz finansowo-księgowego zarządzania placówką).
W odniesieniu do tej kwestii trzeba jednak zwrócić uwagę na – sygnalizowany w badaniu jakościowym – problem odnoszący się do działań realizowanych w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie", gdzie występują trudności w pełnej integracji wszystkich komponentów systemów wdrażanych w podmiotach szpitalnych (co z kolei może przekładać się na późniejsze problemy w integracji zewnętrznej).

Po drugie, relatywnie rzadko w ramach identyfikacji rozwiązań wprowadzonych w celu zapewnienia interoperacyjności wdrażanych w ramach projektów systemów e-zdrowia wskazywano na możliwość wymiany danych z systemem „Pomorskie e-Zdrowie". Ta niewielka liczba wskazań dotyczy przede wszystkim wymiaru projektowego, w przypadku wspartych podmiotów udział wskazań dla tego wariantu był nieco wyższy (co kojarzyć należy przede wszystkim z faktem dużej liczby partnerów w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie"). Oczywiście, w dużym stopniu jest to spowodowane tym, że przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie" nie jest w tym momencie projektem zakończonym[17], trudno więc mówić o tym, by projekty realizowane w ostatnich latach w Działaniu 7.2 mogły orientować się na integrację z platformą regionalną, która jest jednym z założonych efektów tego przedsięwzięcia. Jednocześnie jednak, uwzględniając funkcje, jakie przewiduje się dla platformy regionalnej oraz jej znaczenie dla regionalnego systemu ochrony zdrowia (także w kontekście działań integrujących systemy wdrażane na poziomie regionalnym z systemami centralnymi), regionalne działania wspierające w obszarze e-zdrowia powinny w nadchodzącym okresie obligatoryjnie obejmować element zgodności / integracji z platformą regionalną stanowiącą efekt działań podejmowanych w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie".

W badaniu jakościowym również odnoszono się do kwestii oddziaływania ewaluowanych projektów na wymiar integracji, przede wszystkim tej dotyczącej systemów krajowych. Podkreślono tutaj przede wszystkim znaczenie działań przewidzianych w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie", które zakładają pełną integrację z platformą centralną P1.

Drugie ze szczegółowych zagadnień podejmowanych w ramach analizy zakresu podejmowanych działań dotyczy rodzaju narzędzi, które zostały lub zostaną wdrożone w ewaluowanych projektach, a które odnoszą się do zwiększenia możliwości lub ułatwienia kontaktu pacjentów z personelem medycznym.

Beneficjenci wskazywali na następujące narzędzia zwiększające możliwość lub ułatwiające kontakt pacjentów z personelem medycznym, które zostały lub zostaną wprowadzone w ich projektach:

- wielofunkcyjny portal pacjenta (obejmujący m.in. prowadzenie zdalnych konsultacji z lekarzem oraz samokontrolę stanu zdrowia),

[17] Jego zakończenie planowane jest na grudzień 2023 roku, przy czym dopuszczalne jest tutaj fazowanie projektu rozumiane jako przesunięcie realizacji części działań na perspektywę finansową 2021-2024.

- e-rejestracja (w tym: system e-rejestracji zintegrowany z rejestracją telefoniczną),
- interaktywna strona internetowa,
- telekonsultacje,
- rozwiązania w zakresie: elektronicznego zamawiania recept oraz zdalnego dostępu pacjentów do wyników badań obrazowych,
- rozwiązania w zakresie elektronicznego dostępu do wyników badań diagnostycznych.

Placówki medyczne, do których było skierowane ewaluowane wsparcie wskazały zbliżony zakres narzędzi zwiększających możliwość lub ułatwiających kontakt pacjentów z personelem medycznym, które zostały lub zostaną u nich wprowadzone w rezultacie zrealizowanych działań projektowych:

- wielofunkcyjny portal pacjenta (obejmujący m.in.: dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta, możliwość elektronicznej rejestracji pacjenta w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej),
- rozwiązania w zakresie elektronicznego dostępu do wyników badań diagnostycznych,
- e-rejestracja,
- teleporady,
- systemy archiwizacji i transmisji wyników diagnostyki obrazowej (PACS),
- zapewnienie wielokanałowej komunikacji z pacjentem (telefon, SMS, poczta elektroniczna),
- systemy przyzywowe.

Ze względu na zasygnalizowane wcześniej szczególne znaczenie działań uwzględnionych w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie" dla całości interwencji wdrażanej w ramach Działania 7.2 warto wskazać, jakiego rodzaju narzędzia zwiększające możliwość lub ułatwiające kontakt pacjentów z personelem medycznym przewidziano w tym projekcie. Są to przede wszystkim: uwzględnienie w ramach platformy regionalnej modułów umożlwiających: komunikację z pacjentem, e-rejestrację, dostęp pacjenta do elektronicznej dokumentacji medycznej; stworzenie bazy danych krytycznych na potrzeby Regionalnego Rejestru Danych Ratunkowych dla stacji pogotowia ratunkowego; wprowadzenie narzędzia umożliwiającego ocenę jakości usług medycznych przez pacjentów; standaryzacja sposobu prezentacji oferty usług medycznych podmiotów uczestniczących w projekcie.

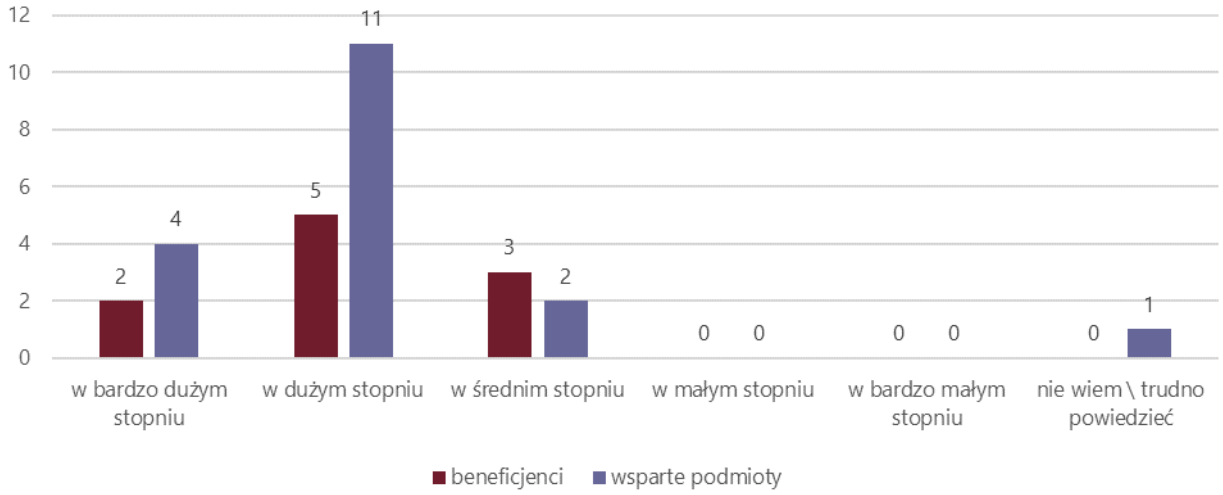
Charakter i skala osiągniętych efektów

Poniżej przedstawiono wyniki analiz mających na celu całościową charakterystykę efektów wsparcia zrealizowanego w Działaniu 7.2. Uwzględniając zarówno zakres interwencji, jak i zakres problematyki nakreślonej przez szczegółowe pytania badawcze, w prowadzonej analizie skoncentrowano się na następujących zagadnieniach:

- adekwatność udzielonego wsparcia do potrzeb placówek medycznych objętych pomocą;
- wpływ interwencji na poprawę jakości obsługi medycznej pacjentów oraz świadczeń w zakresie diagnostyki;
- wpływ interwencji na poziom bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych w podmiotach leczniczych;
- wpływ interwencji na poprawę sprawności funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia oraz ułatwienie przepływu dokumentów medycznych oraz informacji o usługach w ochronie zdrowia;
- wpływ interwencji na lepszą organizację wspartych podmiotów i integrację z krajowymi platformami;
- wpływ interwencji na upowszechnienie usług e-zdrowia dla mieszkańców województwa.

Nim przejdziemy do identyfikacji poszczególnych efektów oraz ich skali przedstawione zostaną dane dotyczące tego, jak beneficjenci i podmioty objęte wsparciem w ramach Działania 7.2 postrzegają adekwatność zakupionego sprzętu i oprogramowania do potrzeb placówek medycznych, które zostały objęte ewaluowaną pomocą. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 19. Ocena stopnia w jakim zakupiony sprzęt i oprogramowanie zaspokajają potrzeby placówek medycznych objętych wsparciem



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=10, podmioty objęte wsparciem – n=18; pytanie zadawane w przypadku, gdy dokonywano zakupu sprzętu lub oprogramowania

Jak wynika z danych przedstawionych na powyższym wykresie – zarówno w ocenie beneficjentów, jak i wspartych podmiotów – finansowane w ramach RPO WP działania w wysokim stopniu odpowiadają potrzebom placówek. Potwierdzeniem tego jest dominacja przekonania o dużym stopniu adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb placówek medycznych oraz relatywnie duży udział odpowiedzi wskazujących na bardzo duży stopień zgodności zrealizowanego wsparcia z potrzebami podmiotów z niego korzystających. Pozytywnie ocenić należy także fakt, że najbardziej krytyczni okazali się ci respondenci, którzy wskazywali na średni stopień dopasowania zrealizowanych inwestycji do potrzeb placówek medycznych – nikt nie ocenił stopnia rzeczonego dopasowania jako małego lub bardzo małego.

Zidentyfikowana powyżej pozytywna opinia odbiorców wsparcia w ramach Działania 7.2 winna być traktowana jako wypadkowa dwóch czynników. Z jednej strony jest to na pewno uwarunkowane relatywnie szerokim sposobem zdefiniowania w RPO WP dostępnego zakresu pomocy odnoszącej się do systemów informatycznych i telemedycznych w obszarze zdrowia (tj. na tyle ogólnego określenia kwalifikowalnych typów projektów, by możliwe było elastyczne „skalibrowanie" zakresu konkretnych przedsięwzięć przez projektodawców). Z drugiej, pozytywne oceny dotyczące zgodności zrealizowanych działań inwestycyjnych z potrzebami placówek medycznych, które objęto wsparciem traktować należy jako pośrednie potwierdzenie trafności przeprowadzonych

diagnoz projektowych i właściwego zaplanowania zadań w projekcie i katalogu przeprowadzonych zakupów i inwestycji.

Na poniższym wykresie przedstawiono zestawienie efektów osiągniętych (lub przewidzianych do osiągnięcia) w projektach realizowanych w Działaniu 7.2 RPO WP.

Wykres 20. Efekty uzyskane w ramach projektów realizowanych w Działaniu 7.2

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=11, podmioty objęte wsparciem – n=18; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Z punktu widzenia beneficjentów najważniejszymi osiągniętymi (lub przewidywanymi do osiągnięcia) efektami były to przede wszystkim takie efekty jak:

- lepsza organizacja pracy placówki,
- wdrożenie systemów informatycznych w podmiotach, w których dotąd nie były one wykorzystywane w danym zakresie,

- poprawa jakości funkcjonujących systemów informatycznych (np. rozszerzenie funkcjonalności, użyteczności, sprawności funkcjonowania, łatwości obsługi),
- zwiększenie możliwości lub ułatwienie kontaktu pacjentów z personelem medycznym.

Z kolei jeśli chodzi o perspektywę podmiotów objętych wsparciem w projektach Działania 7.2 RPO WP, to najczęściej wskazywano na następujące efekty:

- poprawa bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych,
- ułatwienie procesu przekazywania danych do systemów informatycznych szczebla centralnego,
- sprawniejszy przepływ informacji, dokumentów i danych pomiędzy pracownikami placówki,
- zwiększenie dostępności lub ułatwienie dostępu pacjentów do informacji o usługach zdrowotnych.

Mamy więc do czynienia z pewnymi różnicami, jeśli chodzi o efekty wskazywane w odniesieniu do poziomu projektowego i poziomu konkretnych placówek objętych wsparciem. W dużej mierze wynika to z faktu, iż wśród podmiotów objętych wsparciem mamy znaczący udział tych placówek, które uczestniczyły w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie". W konsekwencji, na identyfikowane przez te podmioty efekty istotny wpływ ma zakres działań przewidzianych do realizacji właśnie w tym przedsięwzięciu. Z tego też w dużej mierze wynika większa różnorodność, jeśli chodzi o liczbę wskazań poszczególnych efektów wśród podmiotów objętych wsparciem (mamy tutaj bowiem dwie specyficzne – różniące się między sobą – podgrupy: podmioty uczestniczące w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie" oraz podmioty objęte wsparciem w ramach pozostałych projektów realizowanych w trybie pozakonkursowym).

Generalnie jednak, poza zidentyfikowanymi różnicami pomiędzy efektami identyfikowanymi na poziomie projektów i podmiotów objętych wsparciem, zauważyć można, że w przypadku obu wymiarów występuje jedna zbliżona prawidłowość. W obu przypadkach dominują efekty odnoszące się samego funkcjonowania placówki medycznej i zarządzania nią, czy też efekty powiązane bezpośrednio z procesem cyfryzacji (np. poprawa jakości funkcjonowania systemów informatycznych, czy poprawa bezpieczeństwa wykorzystywanych systemów informatycznych). W relatywnie najmniejszym stopniu mamy natomiast do czynienia z efektami dotyczącymi sfery *stricte* medycznej, takich jak: poprawa jakości obsługi medycznej, poprawa kwalifikacji kadry z zakresu nowoczesnych

technologii w ochronie zdrowia, poprawa jakości świadczeń w zakresie diagnostyki. Nie powinno to dziwić, jeśli przyjmiemy pewną kaskadowość w procesie informatyzacji procesów w systemie ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności winny być podejmowane działania, które dotyczą całościowego funkcjonowania placówek medycznych oraz ich integracji z zewnętrznymi systemami informatycznymi, ew. rozwoju nowych kanałów komunikacji z pacjentem (zarówno w zakresie kontaktu na linii pacjent – placówka medyczna, jak i w odniesieniu do transmisji / udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej). Dopiero w momencie wdrożenia tego rodzaju rozwiązań możliwe jest poszerzanie zakresu cyfryzacji o element świadczenia e-usług medycznych. Natomiast jeśli w większości projektów były realizowane działania z tego pierwszego obszaru, to można je traktować jako element budowania potencjału do wprowadzania w dalszej kolejności bardziej zaawansowanych rozwiązań informatycznych, które będą już dotyczyły sfery e-usług medycznych / telemedycyny.

Respondentów (reprezentujących beneficjentów), którzy wskazali na – faktyczne lub planowane – osiągnięcie efektów w zakresie poprawy jakości świadczeń w zakresie diagnostyki poproszono o określenie, na ile działania te zaspokoiły lub zaspokoją w przyszłości potrzeby placówek medycznych objętych wsparciem. Dwóch beneficjentów, którzy wdrażali działania mające na celu poprawę jakości świadczeń w zakresie diagnostyki nie potrafiło na tym etapie ocenić, czy zaspokoiły one / zaspokoją w przyszłości potrzeby placówek objętych wsparciem w zakresie rozwoju diagnostyki.

Z kolei jeśli chodzi o wsparte podmioty, to przedstawiciele czterech z pięciu wspartych podmiotów, w których realizowano w ramach projektów działania mające na celu poprawę jakości świadczeń w zakresie diagnostyki przyznali, że zaspokoiły one lub zaspokoją potrzeby ich placówek w zakresie rozwoju diagnostyki (przedstawiciel jednej z pięciu wspartych placówek, w których realizowano działania mające na celu poprawę jakości świadczeń w zakresie diagnostyki nie wskazał na fakt niezaspokojenia potrzeb w tym obszarze, a jedynie wskazał, że trudność jednoznacznej oceny tej kwestii). Zwracali oni w tym przypadku uwagę na to, że:

- pacjenci zyskali dostęp do badan rentgenowskich,
- uzyskano możliwość szybkiej transmisji wyników badań prowadzonych w laboratorium, co korzystnie wpływa na przyspieszenie procesu leczenia,
- dokonano integracji Szpitalnego Systemu Informacyjnego z laboratorium diagnostycznym,

- wdrożono system Vendor Neutral Archive na potrzeby diagnostyki obrazowej, który umożliwia archiwizowanie i udostępnianie w Szpitalnym Systemie Informacyjnym dowolnych formatów zdigitalizowanych wyników badań.

Kwestię poprawy jakości obsługi medycznej pacjentów oraz świadczeń w zakresie diagnostyki analizowano także odrębnie w odniesieniu do przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie". W projekcie tym przewidziano w tym obszarze następujące działania i powiązane z nimi efekty: usprawnienie procesu zarządzania placówkami medycznymi poprzez wdrożenie informatycznych systemów zarządzania, co pośrednio przekłada się także na ogólną poprawę jakości ich pracy; wprowadzenie elektronicznego obiegu dokumentów; wdrożenie systemu analityki biznesowej Business Intelligence, który pozwala organom prowadzącym sprawować nadzór jakościowy nad podległymi im podmiotami leczniczymi; ułatwienie – dzięki funkcjonalnościom Szpitalnego Systemu Informacji – możliwości świadczenia usługi opieki skoordynowanej, także z uwzględnieniem systemu kolejkowania w ramach systemu Narodowego Funduszu Zdrowia; wprowadzenie możliwości uwzględnienia w ramach platformy regionalnej specjalistycznych usług opieki dotyczących określonych jednostek chorobowych; wdrożenie systemów usprawniających archiwizację i transmisję wyników diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej. Szczególnym wariantem działań przewidzianych w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie", które wiązać należy z poprawą jakości obsługi medycznej pacjentów oraz świadczeń w zakresie diagnostyki były także działania szkoleniowe kierowane nie tylko do działów / specjalistów IT placówek uczestniczących w projekcie, ale także personelu medycznego (w zakresie obsługi wdrożonych systemów). Uwzględnienie takiego komponentu działań projektowych należy ocenić tym bardziej pozytywnie, że – jak wskazały wcześniejsze analizy – dotyczyło to mniejszości projektów realizowanych w ramach Działania 7.2. Tymczasem dla zapewnienia oddziaływania działań inwestycyjnych i wdrożeniowych w zakresie systemów informatycznych, odpowiednie przygotowanie merytoryczne personelu ma znaczenie kluczowe.

Kolejny aspekt analiz dotyczących oddziaływania ewaluowanych projektów odnosi się także do wpływu projektów na podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych. Realizatorzy 7 na 11 projektów dostrzegli efekt swoich przedsięwzięć w tym aspekcie. Analiza zapisów wniosków o dofinansowanie obejmująca wszystkie projekty pozwoliła doprecyzować, w jaki dokładnie sposób uwzględniono w projektach element poprawy bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych.

Analiza zapisów wniosków o dofinansowanie dotyczących projektów konkursowych wykazała, że nie we wszystkich realizowanych przedsięwzięciach odwoływano się w

sposób bezpośredni do kwestii podnoszenia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych. Jednocześnie jednak, można w sposób pośredni wnioskować o tym, że podejmowane działania zakładały element zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa. Trudno bowiem oczekiwać, by w sytuacji zakupu sprzętu komputerowego wraz z niezbędnym oprogramowaniem nie uwzględniano także np. oprogramowania antywirusowego, czy w przypadku zakupu i uruchomienia serwerów nie przewidziano ich odpowiedniej konfiguracji pod względem bezpieczeństwa. Z drugiej strony w 2 projektach ich cele definiowano właśnie przez pryzmat zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych.

Jeśli chodzi o działania podejmowane w projektach konkursowych w zakresie podnoszenia poziomu bezpieczeństwa to były one zorientowane przede wszystkim na zapewnienie bezpieczeństwa przechowywanych danych, stąd dominujące efekty dotyczyły: poprawy bezpieczeństwa danych pacjentów, poprawy bezpieczeństwa procesu archiwizacji danych, zwiększenia bezpieczeństwa systemów przechowujących dane (chodzi tutaj zarówno o działania związane z infrastrukturą teleinformatyczną, czy bezpieczeństwem pomieszczeń, gł. serwerowni, jak i rozwiązania dotyczące oprogramowania). Niekiedy wskazywano także, że poprawa bezpieczeństwa wiązała się po prostu z unowocześnieniem posiadanej infrastruktury informatycznej – dotychczas posiadany sprzęt i oprogramowanie nie spełniały aktualnych standardów bezpieczeństwa i nie dawały możliwości wdrożenia ewentualnych usprawnień. Inne osiągane efekty związane z podniesieniem poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych odnosiły się do: modyfikacji architektury sieci, zmniejszenia stopnia obciążenia sieci wewnętrznej, zwiększenia odporności zewnętrznej (na ewentualne cyberataki spoza sieci), zapewnienia ciągłości pracy systemu w przypadku ewentualnych awarii, wprowadzenia mechanizmów autoryzacyjnych i selektywnego dostępu do poszczególnych elementów systemów. Przy czym nie wszystkie osiągnięte efekty związane są z wdrażaniem rozwiązań informatycznych, mamy bowiem do czynienia też z takimi efektami jak: wzrost kompetencji personelu w zakresie bezpieczeństwa systemów informatycznych (poprzez działania szkoleniowe), wzrost potencjału kadrowego (poprzez zatrudnienie administratorów bezpieczeństwa systemów informatycznych) oraz organizacyjnego (poprzez opracowanie i wdrożenie procedur bezpieczeństwa) do zachowania odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa systemów informatycznych.

Również w odniesieniu do przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" poddano pogłębionej analizie aspekt oddziaływania na podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych w podmiotach leczniczych. Warto bowiem zauważyć, że – w przeciwieństwie do większości pozostałych projektów w Działaniu 7.2 –

ten element był jednym z kluczowych komponentów rzeczonego projektu (co m.in. znalazło swoje odzwierciedlenie w fakcie – zidentyfikowanym w ramach wcześniejszej analizy – postrzegania przez podmioty objęte wsparciem właśnie poprawy bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych jako najważniejszego efektu wsparcia). W przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie" przewidziano następujące działania / efekty odnoszące się do sfery cyberbezpieczeństwa: elektronizacja / cyfryzacja procesów realizowanych w podmiotach medycznych, co pozwala zwiększyć bezpieczeństwo tych procesów w porównaniu z tradycyjnym (opartym o papierową dokumentację) sposobem ich realizacji i obsługi; wprowadzenie rozwiązań sprzętowych i programowych podnoszących poziom bezpieczeństwa: systemy zasilania gwarantowanego, redundancja sprzętowa i programowa, systemy firewall (zarówno w odniesieniu do poszczególnych placówek objętych wsparciem, jak i platformy regionalnej), szyfrowanie dokumentacji medycznej i przesyłu danych, systemy domenowe zapewniające zróżnicowane poziomy uprawnień użytkowników, oprogramowanie antywirusowe; utworzenie sieci WAN łączącej (w oparciu o technologię MPLS) główne centrum przetwarzania danych z poszczególnymi podmiotami; stworzenie scentralizowanego systemu pocztowego o odpowiednim poziomie bezpieczeństwa; podwójna lokalizacja długoterminowego archiwum elektronicznej dokumentacji medycznej (w poszczególnych podmiotach i na poziomie regionalnym); podwójna lokalizacja fizyczna głównej platformy przetwarzania danych; realizacja audytu bezpieczeństwa wdrożonego systemu. Podobnie jak wskazano to wcześniej w odniesieniu do ogólnych działań wdrożeniowych w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie", także i wymiarze cyberbezpieczeństwa przewidziano w tym projekcie działania szkoleniowe.

Jeśli chodzi o najważniejsze czynniki, które traktować należy jako mające wpływ na zakres – podejmowanych w ewaluowanych projektach – działań w obszarze bezpieczeństwa systemów informatycznych oraz efekty tych działań, to na podstawie przeanalizowanego materiału empirycznego wskazać należy przede wszystkim na takie kwestie jak:

- sytuacja wyjściowa podmiotu leczniczego (poziom zaawansowania w zakresie posiadanych systemów informatycznych oraz ich bezpieczeństwa warunkuje zakres i poziom zaawansowania efektów);
- zakres podejmowanych działań (to, czego dotyczyły działania w zakresie informatyzacji w sposób bezpośredni przekłada się na osiągane efekty – np. koncentracja na działaniach dot. archiwizacji danych sprawia, że osiągany efekt odnosi się przede wszystkim do zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa przechowywania dokumentacji medycznej);

- rosnące wymogi prawne w zakresie bezpieczeństwa danych, w tym: elektronicznej dokumentacji medycznej;
- rosnąca świadomość i oczekiwania pacjentów w zakresie bezpieczeństwa ich danych, w szczególności – danych wrażliwych.

Kolejny aspekt osiąganych efektów dotyczy potencjalnego wpływu projektów na usprawnienie funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia (poprawa sprawności funkcjonowania, lepsza organizacja podmiotów, odciążenie / przyspieszenie działań / procedur) oraz integrację zewnętrzną (ułatwienie przepływów zewnętrznych, integracja z krajowymi platformami).

Jeśli chodzi o pierwszą kwestię (usprawnienie funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia), to w przypadku projektów konkursowych realizowanych w Działaniu 7.2 analiza założeń i efektów przeprowadzona na podstawie treści wniosków o dofinansowanie wykazała, że mamy do czynienia przede wszystkim z takimi efektami jak: : ograniczenie kosztów funkcjonowania podmiotu (np. w związku z redukcją liczby drukowanych dokumentów); usprawnienie procesu tworzenia i obsługi dokumentacji medycznej; optymalizacja zasobów kadrowych (poprzez elektroniczne systemy rejestracji czy możliwość prowadzenia konsultacji lekarskich on-line); usprawnienie i skrócenie czasu realizacji procesów diagnostyki, przekazywania danych (w tym: wyników badań), konsultacji, rejestracji i archiwizacji dokumentacji; usprawnienie nadzoru właścicielskiego (poprzez zapewnienie odpowiednich i zunifikowanych danych oraz możliwości bieżącego monitorowania różnych aspektów funkcjonowania placówki i skrócenia czasu generowania różnego rodzaju raportów i zestawień); ograniczenie kosztów i oszczędność czasu w związku ze zmniejszeniem liczby błędów lekarskich (gł. poprzez zapewnienie ciągłej i pełnej dostępności dokumentacji medycznej); skrócenie czasu oczekiwania na realizację procedur medycznych (poprzez usprawnienie i skrócenie przebiegu procedur administracyjnych); ograniczenie kosztów poprzez eliminację zjawiska dublowania badań w odniesieniu do danego pacjenta; zmniejszenie ryzyka braku kontraktacji z NFZ wskutek niespełnienia określonych wymagań proceduralnych; ograniczenie kosztów funkcjonowania placówki wskutek zmniejszenia ilości odpadów i zużywanej energii (w rezultacie wdrożenia elektronicznego obiegu dokumentów).

Co się tyczy efektów związanych z integracją zewnętrzną, to w przypadku projektów konkursowych zwrócić należy uwagę – po pierwsze – na fakt, że rozwiązania integracyjne odnosiły się do dwóch wymiarów: ułatwienia przepływu dokumentów pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w dany projekt i/lub zapewnienia integracji z krajowymi platformami. Po drugie, jeśli chodzi o integrację z krajowymi platformami to mamy do czynienia z różnym podejściem do ich wkomponowania w dofinansowane projekty: (a)

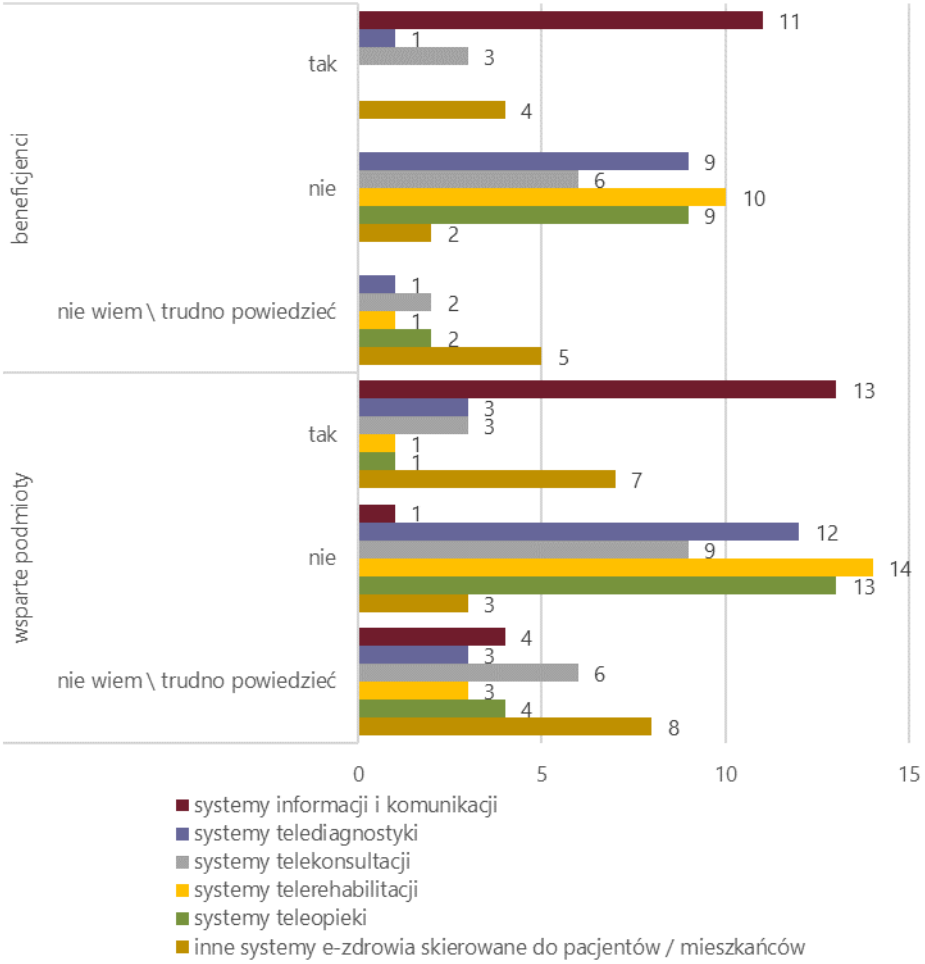
ogólne scharakteryzowanie konieczności zapewnienia integracji wdrażanych rozwiązań z platformami krajowymi, (b) zapewnienie gotowości do późniejszej integracji, (c) wskazanie na pełną integrację z platformami krajowymi. Choć w tym miejscu mówimy o integracji z platformami krajowymi, to jednak w ramach komponentu integracji zewnętrznej część ewaluowanych projektów w Działaniu 7.2 uwzględniała także integrację na poziomie regionalnym, odnosząc się do platformy regionalnej tworzonej w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie". Wnioskodawcy poza zapewnieniem integracji na poziomie krajowym i regionalnym wskazywali także, że platformy na obu tych poziomach będą dla nich stanowić punkt odniesienia w tym znaczeniu, że dążyć oni będą to niedublowania w swoich projektach funkcjonalności dostępnych z poziomu krajowego i regionalnego. Ułatwienie przepływu dokumentów przewidziane w projektach zakładało trzy główne jego aspekty: (a) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta lekarzowi zatrudnionemu w placówce prowadzącemu zdalną diagnostykę, (b) udostępnianie dokumentacji medycznej innym podmiotom medycznym, (c) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom. Z kolei jeśli chodzi o integrację z platformami krajowymi, to wskazywano tutaj w poszczególnych projektach na platformy: P1, P2, P4.

Analizę wpływu na usprawnienie funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia (poprawa sprawności funkcjonowania, lepsza organizacja podmiotów, odciążenie / przyspieszenie działań / procedur) oraz integrację zewnętrzną (ułatwienie przepływów zewnętrznych, integracja z krajowymi platformami) przeprowadzono także odrębnie dla przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie". W tym przypadku oba te wymiary oddziaływania są o tyle istotne, że stanowią one właściwie dwa główne filary omawianego przedsięwzięcia, w ramach których podejmowano następujące działania: systemowa integracja podmiotów uczestniczących w projekcie w celu stworzenia możliwości transferu elektronicznej dokumentacji medycznej; integracja platformy regionalnej z centralną platformą P1; zapewnienie zgodności platformy regionalnej i systemów szpitalnych z wymaganiami Centrum Ochrony Zdrowia dotyczącymi standardów wymiany danych medycznych / obrazowych; wdrożenie systemów wspomagających zapewniających dostęp do dokumentacji dotyczącej diagnostyki laboratoryjnej (LIS) oraz obrazowej (RIS, PACS). Zakres tych działań potwierdza, że w rezultacie zrealizowanych działań projektowych zostanie zapewniona integracja z krajowymi platformami i zgodność z obowiązującymi wymaganiami dotyczącymi interoperacyjności. Natomiast w kontekście usprawnienia funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia, mamy w przypadku przedsięwzięcia strategicznego do czynienia z podobnym oddziaływaniem jak w przypadku projektów konkursowych (choć na inną skalę, bo obejmującą nie pojedyncze podmioty lub niewielkie partnerstwa, lecz grupę kilkunastu placówek), obejmującym przede wszystkim:

uproszczenie i skrócenie czasu trwania procedur administracyjnych (w tym: procedur rejestracyjnych); stworzenie narzędzi do monitorowania funkcjonowania placówki i skutecznego nadzoru właścicielskiego; uniknięcie dublowania procedur medycznych w odniesieniu do tych samych pacjentów; oszczędności czasowe i finansowe wynikające z ograniczenia liczby błędów lekarskich; optymalizacja procesów zarządzania placówką dzięki wdrożeniu informatycznych systemów dziedzinowych. Innymi słowy, podmioty partycypujące w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie" otrzymały dostęp do rozwiązań informatycznych zapewniających im pełną informatyzację procesów zarządzania oraz procesów związanych z realizacją świadczeń medycznych i ich dokumentacją.

Jak wskazano wcześniej, w ramach ewaluowanych projektów w relatywnie niewielkim stopniu wdrażane były rozwiązania związane ze świadczeniem usług e-zdrowia skierowanych pacjentów / mieszkańców. Nie oznacza to jednak całkowitego braku tego rodzaju działań. Na poniższym wykresie przedstawiono szczegółowe dane uwzględniające różne rodzaje usług e-zdrowia.

Wykres 21. Wprowadzenie w ramach projektów usług e-zdrowia skierowanych do pacjentów / mieszkańców



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=11, podmioty objęte wsparciem – n=18; możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

W przypadku usług e-zdrowia kierowanych do pacjentów / mieszkańców najczęściej wdrożenia dotyczyły systemów informacji i komunikacji. Zdecydowanie rzadziej wdrażano w ramach projektów usługi za zakresu telemedycyny takie jak: telediagnostyka, telekonsultacje, telerehabilitacja czy teleopieka.

Wśród innych systemów, które zostały wdrożone ze środków RPO WPnajczęściej wskazywano na systemy służące e-rejestracji pacjentów oraz portale pacjenta zawierające, poza możliwością rejestracji, także funkcjonalności związane z udostępnianiem dokumentacji medycznej (w tym: wyników badań diagnostycznych), czy prowadzenia konsultacji.

Powyższe dane stanowią potwierdzenie wcześniejszych wniosków o koncentracji ewaluowanych projektów na wdrażaniu rozwiązań dotyczących obszaru, który można

ogólnie scharakteryzować jako sferę back office zarządzania podmiotem medycznym, tj. zaplecza administracyjno-organizacyjnego, które jest niezbędne lub przydatne dla realizacji podstawowych zadań danego podmiotu (w tym przypadku: świadczenia usług medycznych). Jeśli natomiast pojawia się w ramach osiąganych efektów obszar front office, a więc obejmujący kontakt z odbiorcą realizowanych usług / świadczeń, to najczęściej ogranicza się on do prostej komunikacji (np. na potrzeby rejestracji pacjenta) lub udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej, natomiast ograniczona jest skala efektów odnoszących się do świadczenia bardziej zaawansowanych usług z obszaru e-zdrowia (telediagnostyka, telekonsultacje, telerehabilitacja czy teleopieka). Tym samym, w kontekście przyszłego wsparcia rozwoju systemów informatycznych w podmiotach systemu ochrony zdrowia wydaje się, że nacisk winien być położony właśnie na wspomaganie rozwoju tych najbardziej zaawansowanych rozwiązań technologicznych. Zarówno ze względu na to, iż dotychczasowe oddziaływanie interwencji jest w tym obszarze relatywnie najmniejsze, jak i dlatego, że wdrożenie tego rodzaju rozwiązań znacząco zwiększyłoby poziom zaawansowania informatycznego regionalnego systemu ochrony zdrowia.

Powyższa sytuacja, tj. dominacja wdrożeń e-usług o najbardziej podstawowym charakterze nie powinna dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę skalę większości projektów realizowanych w ramach Działania 7.2. W ich przypadku faktycznie trudno jest mówić o znaczącym rozwoju potencjału w zakresie świadczonych usług e-zdrowia. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie", to w jego przypadku podejmowane działania traktować można jako zorientowane na zwiększenie dostępności, jakości i zakresu świadczonych usług e-zdrowia. Nawet jeśli całościowy efekt nie został jeszcze w tym przypadku osiągnięty, to wypracowane w projekcie efekty i stworzenie platformy regionalnej, której zakres funkcjonalności może być w przyszłości rozwijany, traktować należy jako czynnik, który może zdynamizować dalszy rozwój usług e-zdrowia na poziomie regionalnym.

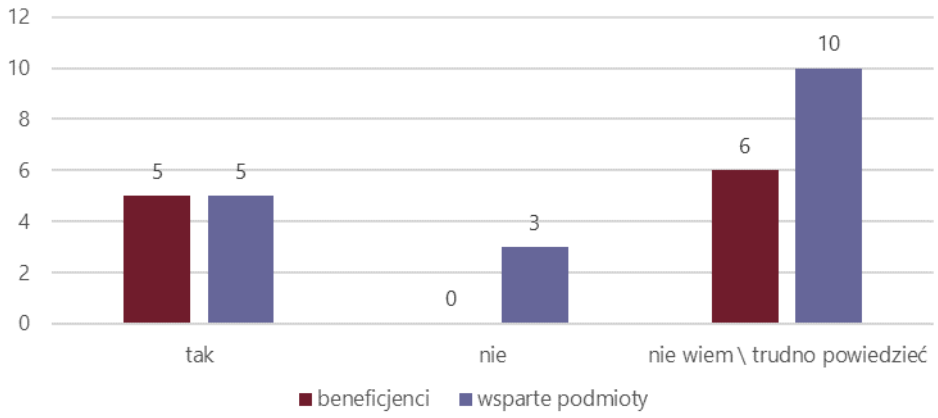
W badaniu jakościowym również odnoszono się do kwestii oddziaływania realizowanych projektów na upowszechnienie usług e-zdrowia dla mieszkańców województwa. Zwrócono w tym przypadku uwagę na fakt, że wsparte projekty można traktować jako swego rodzaju katalizator dalszych działań zorientowanych na upowszechnianie e-usług. W badaniu jakościowym również podkreślono szczególne znaczenie przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie", którego powodzenie może być kluczowe dla podejmowania przez kolejne podmioty w regionie działań zorientowanych na rozwijanie usług e-zdrowia. Poza skutecznym wdrożeniem rozwiązań przewidzianych w tym przedsięwzięciu (oraz jego kontynuacji, czyli przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-

Zdrowie" 2030) ważna będzie także skuteczność działań promujących efekty przedsięwzięcia (przewidziano w tym zakresie działania adresowane nie tylko do podmiotów medycznych, ale i mieszkańców będących potencjalnymi użytkownikami platformy regionalnej) oraz rzeczywista aktywność interesariuszy (podmiotów medycznych, lekarzy, pacjentów) w korzystaniu z dostępnych funkcjonalności platformy regionalnej.

W badaniu jakościowym zwracano przy tym uwagę, że na dalsze upowszechnianie usług e-zdrowia istotny, choć ambiwalentny, wpływ będą mieć działania podejmowane w tym obszarze na szczeblu centralnym. Z jednej strony, rozwiązania instytucjonalne i prawne z poziomu krajowego będą wymuszać wdrażanie określonych rozwiązań technologicznych na poziomie regionalnym. Z drugiej jednak, znaczące poszerzanie funkcjonalności systemów centralnych może poniekąd „kanibalizować" rozwiązania wdrażane z poziomu regionalnego. W konsekwencji, platforma regionalna może w większym stopniu stać się narzędziem usprawniającym funkcjonowanie placówek medycznych niż stanowić przestrzeń rozwijania usług e-zdrowia.

Ostatnią analizowaną kwestią dotyczącą charakteru i skali osiągniętych efektów w ramach ewaluowanych projektów, którą była podejmowana w badaniu beneficjentów i placówek objętych wsparciem jest zagadnienie oceny, czy istniejące systemy e-zdrowia stosowane lokalnie, regionalnie lub na szczeblu centralnym wymagają dalszego udoskonalenia, aby lepiej spełniały swoje funkcje.

Wykres 22. Dostrzeganie systemów e-zdrowia, które obecnie wymagają udoskonalenia, aby lepiej spełniały swoje funkcje



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań Mixed-mode z beneficjentami i podmiotami objętymi wsparciem; beneficjenci – n=11, podmioty objęte wsparciem – n=18

Blisko połowa beneficjentów (5 z 11) oraz co trzecia wsparta placówka (5 na 18) widzi potrzebę udoskonalenia istniejących systemów e-zdrowia. Należy przy tym zauważyć, że oczekiwania respondentów odnoszące się do tego, jak miałoby wyglądać takie udoskonalenie i czego dokładnie powinno ono dotyczyć były zróżnicowane. W badaniu wskazywali oni przede wszystkim na następujące deficyty / ograniczenia funkcjonujących systemów e-zdrowia (zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym):

- brak narzędzi do koordynacji opieki w ramach systemu podstawowej opieki zdrowotnej,
- brak ogólnopolskiego bezpłatnego repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej,
- brak pełnej funkcjonalności systemu „Pomorskie e-Zdrowie" na szczeblu regionalnym,
- problemy z funkcjonowaniem systemu e-recept,
- konieczność integracji systemów Narodowego Funduszu Zdrowia (System Monitorowania Programów Lekowych; Portal Potencjału) z lokalnymi systemami świadczeniodawców,
- konieczność zapewnienia integracji platformy regionalnej z platformą krajową P1,
- brak centralnego systemu zbierania danych o dawkach promieniowania pochłoniętych przez pacjenta w ramach różnych badań diagnostyki obrazowej.

Wątek potrzeby dalszego udoskonalania systemów e-zdrowia warto odnieść do realizacji przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie", a także jego planowanej kontynuacji w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" 2030. Planowany zakres tego przedsięwzięcia traktować należy jako odzwierciedlenie potrzeb w zakresie dalszego udoskonalania i rozwijania platformy regionalnej, której utworzenie stanowi założony efekt projektu „Pomorskie e-Zdrowie". Rzeczony zakres (zgodnie z zapisami Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie mobilności i komunikacji) obejmuje takie elementy jak:

- podłączenie kolejnych podmiotów realizujących świadczenia medyczne w regionie województwa pomorskiego do platformy,
- udostępnianie dla nowo podłączonych podmiotów realizujących świadczenia medyczne w formie cyfrowej zasobów danych gromadzonych na platformie,
- rozwój e-usług wdrożonych w ramach Projektu Pomorskie e-Zdrowie,
- budowa usług e-zdrowia z obszaru telemedycyny i teleopieki,

- umożliwienie dostępu dla zainteresowanych i zweryfikowanych podmiotów do otwartych danych,
- zwiększenie bezpieczeństwa systemów ICT w podmiotach leczniczych.

Stopień realizacji założonych celów interwencji

W poniższych tabelach przedstawiono stopień realizacji założonych celów interwencji zoperacjonalizowanych poprzez wskaźnik produktu i wskaźnik rezultatu.

Tabela 5. Stan realizacji wskaźników produktu w ramach PI 2c

PI	Nazwa wskaźnika produktu [jednostka pomiaru]	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (wrzesień 2023)	Osiągnięty % wartości docelowej	Prognozowana wartość na podstawie umów	Prognozowany % wartości docelowej na podstawie umów
2c	Liczba podmiotów leczniczych, w których wdrożono usługę publiczną udostępnianą online o stopniu dojrzałości co najmniej 3- dwustronna interakcja [szt.]	25	21	84%	38	152%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023

W przypadku powyższego wskaźnika wg stanu na 30.09.2023 mamy do czynienia z osiągnięciem wartości bliskiej wartości docelowej. Jednakże, jeśli chodzi o prognozowany stopień realizacji na podstawie umów, to wartość docelowa tego wskaźnika powinna zostać przekroczona.

Tabela 6. Stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 2c

PI	**Nazwa wskaźnik rezultatu** [jednostka pomiaru]	Wartość bazowa RPO WP (rok)	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (rok)	Wartość prognozowana (2023)
2c	Odsetek podmiotów leczniczych SWP, wyposażonych w systemy informatyczne (HIS/RIS/PACS) przygotowane do integracji z platformą P1/P2 [%]	0 (2013)	100	0 (2023)[18]	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów RPO WP 2014-2020 i informacji z Departamentu Cyfryzacji UMWP

Według stanu na listopad 2023 r. w przypadku niniejszego wskaźnika mamy do czynienia z wartością osiągniętą na poziomie „0". Analizowany wskaźnik dotyczy podmiotów leczniczych, które są jednostkami Samorządu Województwa Pomorskiego objętych

[18] Źródło: Informacja Departamentu Cyfryzacji UMWP.

działaniami w przedsięwzięciu strategicznym „Pomorskie e-Zdrowie". Według informacji udzielonych przez Departament Cyfryzacji UMWP odbiór systemów informatycznych przewidziany został na grudzień 2023 r. i spodziewane jest osiągnięcie pełnej realizacji wskaźnika tj. wdrożenie systemów w 100% podmiotów leczniczych.

W badaniu jakościowym również zwracano uwagę, że wskaźniki powinny zostać zrealizowane, pomimo oddziaływania negatywnych czynników, w tym: pandemii, która utrudniła i opóźniła realizację projektów, zwiększając także koszty realizacji działań projektowych (ze względu na wzrost cen i zwiększony popyt na sprzęt i urządzenia zaplanowane do nabycia projektach).

Specyfiką wsparcia w Działaniu 7.2 jest duża zależność kwestii osiągnięcia celów interwencji od jednego projektu, tj. przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie"[19]. Tymczasem projekt ten nie jest zakończony, a nie przebiegał on do tej pory w całości zgodnie z pierwotnymi założeniami i skala faktycznie osiągniętych efektów nie jest w tym momencie jeszcze rozstrzygnięta. W konsekwencji, mamy w przypadku tego projektu do czynienia z pewnymi problemami i opóźnieniami i choć w wymiarze jakościowym jego cele można uznać za zrealizowane, to w wymiarze ilościowym – istnieje ryzyko nieosiągnięcia pierwotnych założeń (np. ze względu na rezygnację niektórych podmiotów, czy niedostarczenie przez wykonawcę systemu takich rozwiązań, jakie pierwotnie założono). Istotnym problemem w trakcie projektu było także przedłużanie się procedur przetargowych dotyczących głównego wykonawcy systemu, co przesunęło w czasie realizację pierwszych działań.

Wśród beneficjentów projektów w Działaniu 7.2 deklaracje dot. dostrzeganych trudności w realizacji założonych wartości docelowych wskaźników występowały incydentalnie. Tylko dwóch na jedenastu beneficjentów potwierdziło występowanie takich trudności – wynikały one z konsolidacji podmiotów leczniczych uczestniczących w projekcie, wydłużonych procedur przetargowych i zmiennych regulacji na poziomie centralnym. Ponadto jedna placówka napotkała problemy natury formalno-prawnej związane z nierzetelnym wykonawcą.

Uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Już na wstępie należy podkreślić, że w identyfikacji i ocenie uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnościami nie można abstrahować od faktu, że w dużym stopniu taki wymóg

[19] Taka sytuacja jest sprzyjająca, gdy nie występują żadne problemy realizacyjne, gdyż jeden projekt jest wtedy w stanie „zasilić" w całości określone wskaźniki. Jeśli jednak realizacja nie przebiega bez problemów, trudności w jednym projekcie mogą zagrażać realizacji celów całego obszaru interwencji.

nakłada na realizatorów projektów obowiązujące prawo. Dlatego też – zgodnie z treścią i logiką pytania badawczego odnoszącego się do tej kwestii – poza ogólną identyfikacją podejmowanych działań dokonano także identyfikacji tych działań, które mają / będą miały wymiar ponadstandardowy względem obowiązujących przepisów.

Wszyscy beneficjenci projektów z Działania 7.2 we wnioskach o dofinansowanie zobowiązali się, iż rozwiązania w ramach projektów są w pełni zgodne z zasadami równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, jednak szczegóły tych działań były opisywane bardzo rzadko. Tylko w pojedynczych projektach odniesiono się bezpośrednio do rozwiązań stanowiących odpowiedź na potrzeby osób z niepełnosprawnościami. Wymieniano w tym zakresie wprowadzenie możliwości konsultacji lekarskich on-line, dostosowanie strony internetowej placówki medycznej do potrzeb osób niepełnosprawnościami, czy zwiększenie poziomu dostępności fachowych porad lekarskich dla osób z niepełnosprawnością w wyniku lepszej obsługi pacjentów, którą umożliwi wprowadzane w projekcie usprawnienie procesu tworzenia i obsługi dokumentacji medycznej.

Powyżej nakreślony stan rzeczy potwierdzony został w badaniu ankietowym. Beneficjenci projektów polegających na wdrażaniu systemów informatycznych w 3 na 11 przypadkach nie stosowali w swoich projektach ponadstandardowych udogodnień lub rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami, a pozostali nie potrafili tego ocenić (tj. jednoznacznie określić, czy w ramach podejmowanych działań uwzględniano w sposób ponadstandardowy potrzeby osób z niepełnosprawnościami). Wśród wspartych placówek, 2 z 18 zadeklarowały stosowanie w projekcie ponadstandardowych udogodnień lub rozwiązań dla tych osób.

Jeśli chodzi o rodzaje działań podejmowanych w celu uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnościami to polegały one m.in. na: stworzeniu kiosku internetowego dostosowanego do potrzeb osób niedowidzących; uwzględnieniu w ramach stworzonej platformy do świadczenia e-usług potrzeb osób niedosłyszących; stworzeniu systemu komunikacji na linii lekarz – pacjent głuchoniemy.

W badaniu jakościowym podkreślono specyfikę Działania 7.2 RPO WP. Choć interwencja powinna obejmować szczegółowe rozwiązania z zakresu zwiększania dostępności dla osób ze specjalnymi potrzebami, to już sam fakt realizacji działań dotyczących cyfryzacji / informatyzacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zawiera w sobie duży potencjał zwiększania dostępności. Tym samym, wdrażanie różnych rozwiązań zorientowanych np. na umożliwienie elektronicznej komunikacji na linii pacjent – placówka medyczna / lekarz, archiwizacja i transfer dokumentacji medycznej w formie cyfrowej, a w dalszej perspektywie – wdrażanie rozwiązań z obszaru usług e-zdrowia, traktować należy jako

podejście zwiększające skalę uwzględniania w systemie ochrony zdrowia potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Podsumowanie

W ramach Działania 7.2 Systemy informatyczne i telemedyczne dofinansowano 15 projektów, których generalnym celem było osiągnięcie efektu w postaci wdrożonych interoperacyjnych systemów informatycznych obsługujących wszystkie procesy związane z funkcjonowaniem jednostek systemu zdrowia.

Z jednej strony, mamy w Działaniu 7.2 do czynienia z 14 projektami, którym udzielono dofinansowania w trybie konkursowym. Te projekty – zróżnicowane pod względem szczegółowego zakresu realizowanych zadań i zaplanowanych efektów – cechuje to, że są to przedsięwzięcia realizowane przez podmioty lecznicze (lub organy je prowadzące) na własną rzecz. Z drugiej strony, w Działaniu 7.2 realizowane jest też przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie", którego zarówno skala (mierzona wartością projektu – tego projektu dotyczy ponad 80% alokacji przewidzianej na Działanie 7.2 – oraz liczbą podmiotów objętych wsparciem), jak i zakres realizowanych działań znacząco odbiega od projektów dofinansowanych w trybie konkursowym.

W projektach realizowanych w ramach Działania 7.2 najczęściej podejmowano działania polegające na wdrożeniu interoperacyjnych i zintegrowanych systemów e-zdrowia oraz zakupu sprzętu i oprogramowania. Specyfika cechuje przy tym projekt „Pomorskie e-Zdrowie". Dwoma głównymi komponentami tego przedsięwzięcia strategicznego było wdrożenie systemów dziedzinowych dla placówek medycznych partycypujących w projekcie oraz stworzenie platformy regionalnej obsługującej zróżnicowane procesy w obszarze e-zdrowia.

W realizowanych projektach mamy do czynienia ze zbliżoną skalą realizacji dwojakiego rodzaju działań integracyjnych dotyczących wykorzystywanych systemów informatycznych: integracji wewnętrznej systemów (w ramach placówki lub pomiędzy jej filiami) oraz integracji zewnętrznej systemów (pomiędzy systemem wykorzystywanym w danej placówce a systemami zewnętrznymi szczebla centralnego).

Beneficjenci i podmioty objęte wsparciem wysoko ocenili adekwatność pomocy dostępnej w Działaniu 7.2 do swoich potrzeb. Przełożyło się to na różnorodność osiąganych efektów, spośród których najważniejsze dostrzegane przez beneficjentów to: lepsza organizacja pracy placówki; wdrożenie systemów informatycznych w podmiotach, w których dotąd nie były one wykorzystywane w danym zakresie; poprawa jakości funkcjonujących systemów informatycznych (np. rozszerzenie funkcjonalności, użyteczności, sprawności

funkcjonowania, łatwości obsługi); zwiększenie możliwości lub ułatwienie kontaktu pacjentów z personelem medycznym. Dominują efekty odnoszące się samego funkcjonowania placówki medycznej i zarządzania nią, czy też efekty powiązane bezpośrednio z procesem cyfryzacji. W relatywnie najmniejszym stopniu mamy natomiast do czynienia z efektami dotyczącymi sfery stricte medycznej, takich jak: poprawa jakości obsługi medycznej, poprawa kwalifikacji kadry z zakresu nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, poprawa jakości świadczeń w zakresie diagnostyki.

Jak wskazano wcześniej, w ramach ewaluowanych projektów w relatywnie niewielkim stopniu wdrażane były rozwiązania związane ze świadczeniem usług e-zdrowia skierowanych pacjentów / mieszkańców. Nie oznacza to jednak całkowitego braku tego rodzaju działań, przy czym w większości projektów występuje dominacja wdrożeń e-usług o najbardziej podstawowym charakterze. W ich przypadku faktycznie trudno jest mówić o znaczącym rozwoju potencjału w zakresie świadczonych usług e-zdrowia. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę przedsięwzięcie strategiczne „Pomorskie e-Zdrowie", to w jego przypadku podejmowane działania traktować można jako zorientowane na zwiększenie dostępności, jakości i zakresu świadczonych usług e-zdrowia. Nawet jeśli całościowy efekt nie został jeszcze w tym przypadku osiągnięty, to wypracowane w projekcie efekty i stworzenie platformy regionalnej, której zakres funkcjonalności może być w przyszłości rozwijany, traktować należy jako czynnik, który może zdynamizować dalszy rozwój usług e-zdrowia na poziomie regionalnym.

Stopień realizacji Działania 7.2 mierzony stopniem realizacji wskaźników uznać należy za wysoki, biorąc pod uwagę prognozowany stopień realizacji obu wskaźników odnoszących się do Priorytetu Inwestycyjnego 2c. Zwrócić przy tym należy uwagę, że specyfiką wsparcia w Działaniu 7.2 jest duża zależność kwestii osiągnięcia celów interwencji od jednego projektu, tj. przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie". Tymczasem projekt ten nie jest zakończony, a nie przebiegał on do tej pory w całości zgodnie z pierwotnymi założeniami i skala faktycznie osiągniętych efektów nie jest w tym momencie jeszcze rozstrzygnięta. Tym samym, ostateczna ocena stopnia realizacji wskaźników i celów omawianego obszaru interwencji będzie zależna od formalnego zakończenia tego kluczowego projektu.

SYSTEMOWE UWARUNKOWANIA WDRAŻANIA EWALUOWANEJ INTERWENCJI

W ramach niniejszego podrozdziału przeprowadzono analizę systemowych uwarunkowań wdrażania ewaluowanej interwencji. Obejmuje ona dwa zagadnienia szczegółowe wyznaczone przez pytania badawcze, tj. znaczenie i skuteczność mechanizmów terytorialnych zastosowanych w ramach wdrażanej interwencji oraz trafność i efektywność preferencji projektowych.

Mechanizmy terytorialne zastosowane w ramach wdrażanej interwencji

W badaniu jakościowym zwracano uwagę przede wszystkim, że mechanizmy terytorialne (bez względu na to, czy mówimy tutaj o Zintegrowanych Inwestycjach Terytorialnych – w przypadku Działania 7.1, czy też Zintegrowanych Porozumieniach Terytorialnych – w przypadku Działania 7.1 i Działania 7.2) wprowadzają do procesu wdrażania dodatkowy element, jakim jest koordynacja wspieranych przedsięwzięć. Mechanizmy terytorialne poniekąd wymuszają od potencjalnych projektodawców takie „skalibrowanie" swojego przedsięwzięcia, by było ono zgodne, czy ze Strategią ZIT, czy treścią Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych dla danego obszaru. Ten element koordynacyjny niekoniecznie więc musi oddziaływać pozytywnie na konkretny projekt (z punktu widzenia projektodawcy może on wręcz mieć niekiedy charakter negatywny, gdyż wymaga dostosowania się do dodatkowego kontekstu zewnętrznego, poza ogólnymi warunkami udzielenia wsparcia i kryteriami wyboru projektów), ale na pewno z perspektywy całościowego oddziaływania interwencji ma on charakter funkcjonalny.

W ramach Działań: 7.1 i 13.2 spośród 22 realizowanych projektów 2 realizowane były w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, a 7 w ramach Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych. W Działaniu 7.2 natomiast 6 spośród 15 projektów realizowanych było w ramach Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych.

Uczestnicy badania jakościowego zwracali także uwagę na fakt, że – z jednej strony – można postrzegać stosowanie w ramach ewaluowanego wsparcia mechanizmów terytorialnych jako element, który nie był konieczny. Chodzi w tym przypadku o to, że kierunkowanie i koordynacja interwencji mogły być osiągnięte także poprzez zastosowanie innych instrumentów, w szczególności odpowiednio sparametryzowanych kryteriów wyboru projektów. Z drugiej jednak strony, gdyby przyjąć takie podejście, kierunkowanie interwencji odbywałoby się w sposób narzucony wnioskodawcom, natomiast mechanizm Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych, a w szczególności –

Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, zakłada element konsultacyjno-negocjacyjny. Mamy tutaj więc jednocześnie konieczność dostosowania się do zapisów i wymagań Strategii ZIT, czy ZPT, ale z kolei cały proces dystrybucji wsparcia w oparciu o mechanizmy terytorialne daje potencjalnym wnioskodawcom możliwość aktywnej partycypacji w uzgadnianiu wymagań obowiązujących w ramach mechanizmów terytorialnych.

Pozytywnie oceniono także fakt, że wsparcie oferowane w ramach Działania 7.1 nie obejmowało wyłącznie preferencji dla obszaru ZIT (poprzez wyodrębnienie w ramach Poddziałania 7.1.1 – alokacji przypisanej do tego obszaru), ale wprowadzało także element premiowania przedsięwzięć wpisujących się w zapisy Zintegrowanych Porozumień Terytorialnych. Dzięki temu udało się ograniczyć potencjalne ryzyko koncentracji wsparcia w ramach trójmiejskiego obszaru metropolitarnego, a jednocześnie wprowadzono element zachęty dla projektodawców spoza tego obszaru, by w ramach swoich przedsięwzięć przyjęli perspektywę ponadlokalną.

Jednocześnie jednak, ta pozytywna ocena mechanizmów terytorialnych zastosowanych w odniesieniu do omawianego wsparcia nie oznacza, że zostały one w badaniu ocenione jako narzędzie jednoznacznie zwiększające skuteczność projektów nimi objętych w porównaniu do projektów realizowanych poza rzeczonymi mechanizmami. Wynika to częściowo ze specyfiki interwencji realizowanej w ramach Działania 7.1 RPO WP. Skoro bowiem interwencja ta była pomyślana jako skierowana do podmiotów o szczególnie dużym znaczeniu dla funkcjonowania regionalnego systemu ochrony zdrowia i reprezentujących przede wszystkim grupę podmiotów szpitalnych, to siłą rzeczy mówimy tutaj o ograniczonej populacji potencjalnych realizatorów projektów (spełniających te warunki i dysponujących odpowiednim potencjałem). Z tego względu, można domniemywać – na co zwracano uwagę w badaniu jakościowym – że nawet bez zastosowania mechanizmów terytorialnych w ramach ewaluowanej interwencji, populacja odbiorców wsparcia (beneficjentów i podmiotów objętych pomocą) byłaby zbliżona do tej, która faktycznie skorzystała z dofinansowania.

W kontekście powyższych wniosków można przyjąć, że skoro w perspektywie finansowej 2021-2027 koncentracja wsparcia będzie odnosić się nie do opieki stacjonarnej realizowanej przez podmioty szpitalne, lecz raczej do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czy podstawowej opieki zdrowotnej, wykorzystanie mechanizmu koordynacji wsparcia, jakim są mechanizmy terytorialne jest jeszcze bardziej uzasadnione. Tym bardziej, że przyjęte na potrzeby wdrażania FEP rozwiązania dotyczące mechanizmów terytorialnych i zakres ich stosowania sprawiają, że potencjał zdyskontowania korzyści związanych z mechanizmami terytorialnymi jest większy niż dotychczas. Chodzi tutaj przede wszystkim o poszerzenie zakresu stosowania mechanizmu Zintegrowanych

Inwestycji Terytorialnych (który traktować należy jako najbardziej zaawansowany mechanizm koordynacyjny bazujący na kierunkowaniu terytorialnym) oraz objęcia nowych obszarów funkcjonalnych preferencjami wynikającymi z wpisywania się w Zintegrowane Porozumienia Terytorialne.

Trafność i efektywność preferencji projektowych

Ostatni aspekt analiz dotyczących ewaluowanej interwencji dotyczy oceny trafności i efektywności preferencji projektowych zastosowanych w odniesieniu do tych obszarów ewaluowanej interwencji.

W badaniu jakościowym generalnie zwrócono uwagę na dwie kwestie dotyczące oceny stosowanych preferencji projektowych. Po pierwsze, ogólnie oceniono rzeczone preferencje pozytywnie, zarówno jeśli chodzi o to, że raczej nie generowały one większych trudności na etapie oceny wniosków o dofinansowanie[20], jak i o fakt ich skuteczności w kierunkowaniu ewaluowanej interwencji. Stosowane kryteria wyboru projektów zostały skalibrowane w taki sposób, że umożliwiły identyfikację i selekcję: (a) podmiotów o odpowiednim potencjale realizacyjnym, (b) projektów o rzeczywiście dużej skali oddziaływania na regionalny system ochrony zdrowia (w przypadku Działania 7.1).

Po drugie, zwrócono uwagę na fakt, że pole manewru jakie ma Instytucja Zarządzająca w zakresie kierunkowania wsparcia dotyczącego obszaru zdrowia były i są ograniczone. Wynika to przede wszystkim z silnego oddziaływania kontekstu zewnętrznego i wysokiego stopnia centralnego uregulowania kwestii dotyczących wdrażania interwencji dotyczących zdrowia. W rezultacie, w katalogu preferencji projektowych konieczne było uwzględnienie wielu elementów niewynikających bezpośrednio z regionalnych priorytetów rozwojowych, czy przeprowadzonej diagnozy potrzeb, ale z zaleceń, czy wręcz – wymagań, z poziomu wspólnotowego (Komisja Europejska), czy krajowego (Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia).

W celu zweryfikowania powyższych opinii przeprowadzono także ocenę ekspercką kryteriów wyboru projektów, w odniesieniu do konkursów dotyczących Działań: 7.1[21] i 7.2. W przypadku Działania 7.1 wyraźnie widoczne jest większe oddziaływanie

[20] Kryteriami, które sprawiały trudność w procesie oceny były te dotyczące efektywności kosztowej, czy zgodności z potrzebami w obszarze zdrowia (w oparciu o rekomendacje wynikające z diagnozy przeprowadzonej w ramach regionalnych map zdrowotnych), ale dotyczyło to początkowej fazy wdrażania Programu.

[21] Ze względu na skoncentrowanie się na kryteriach wyboru projektów dla trybu konkursowego ocena dotycząca Działania 7.1 odnosi się do Poddziałania 7.1.2.

zasygnalizowanego problemu polegającego na konieczności uwzględnienia rekomendacji Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Podczas, gdy w przypadku Działania 7.2 w przypadku żadnego z kryteriów wyboru projektów nie występuje bezpośrednie odwołanie do zaleceń Komitetu Sterującego, w przypadku Działania 7.1 takie odwołanie dotyczy kryteriów: „Zakres rzeczowy projektu", „Oddziaływanie projektu", „Kompleksowość i koncentracja świadczeń opieki zdrowotnej". Jest to potwierdzenie, że w wybranych aspektach kierunkowania interwencji za pomocą kryteriów wyboru projektów IZ nie miała pełnej autonomii. Dodatkowym skutkiem – a także odzwierciedleniem większej złożoności projektów w Działaniu 7.1 – jest fakt znacznie większej liczby kryteriów strategicznych I stopnia w przypadku tego obszaru interwencji. Traktować to należy jako symptom silniejszego kierunkowania i profilowania wsparcia dla tego obszaru interwencji, ale w kontekście przebiegu procesu oceny jest to bez wątpienia czynnik oddziałujący negatywnie. Jednocześnie jednak, weryfikując katalog kryteriów strategicznych I stopnia dla Działania 7.1 pozytywnie ocenić należy ich zakres. Kryteria obejmują bowiem zarówno kwestie istotne z punktu widzenia zapewnienia odpowiedniego potencjału realizatorów, adekwatności do potrzeb (co istotne, ta kwestia nie stanowi jedynie przedmiotu uzasadnienia ze strony wnioskodawcy, ale jest zobiektywizowana poprzez odwołanie się w kryteriach wyboru projektów do map potrzeb zdrowotnych, z których wynikać ma celowość danego przedsięwzięcia), ale także oddziaływania projektu i osiąganych efektów (w aspekcie kompleksowości wspieranych przedsięwzięć, koncentracji świadczeń medycznych, skracania czasu hospitalizacji, zapewnienia odpowiedniej jakości usług zdrowotnych). Innymi słowy, ocena prowadzona w oparciu o taki katalog kryteriów wyboru projektów (tj. kryteriów strategicznych I stopnia) umożliwia całościową weryfikację koncepcji projektowych i – jak wskazano w badaniu jakościowym – weryfikacja ta cechuje się skutecznością rozumianą jako selekcja takich projektów i podmiotów, które gwarantują realizację celów interwencji.

Z kolei jeśli chodzi o kryteria odnoszące się do Działania 7.2, to mają one charakter bardziej uproszczony (przykładowo jeśli chodzi o kryteria dotyczące specyficznego ukierunkowania projektu, to w Działaniu 7.2 występują jedynie dwa takie kryteria wobec pięciu kryteriów w Działaniu 7.1). Niemniej jednak, w katalogu kryteriów strategicznych I stopnia mamy także i takie instrumenty, które – odwołując się do specyfiki interwencji w obszarze e-zdrowia – akcentują określone elementy projektów, które można traktować jako istotne z punktu widzenia zapewnienia wysokiej trafności i skuteczności wspieranych przedsięwzięć. Po pierwsze, jest to kwestia uwzględnienia w analizie potrzeb wymagań prawnych szczebla krajowego odnoszących się do wdrażanych rozwiązań informatycznych (z wcześniejszych analiz wynika, że tego rodzaju wymagania są jednym z istotnych

czynników warunkujących zakres podejmowanych działań w obszarze e-zdrowia). Po drugie, jest to element kompleksowości działań projektowych, przez którą należy rozumieć objęcie wdrożonym systemem wszystkich procesów związanych z funkcjonowaniem danej jednostki systemu zdrowia. Po trzecie wreszcie, w kryteriach wyboru projektów uwzględniono także preferencję dla przedsięwzięć zakładających działania związane z podnoszeniem kwalifikacji kadry, które mają uzasadnienie w świetle założonych celów i oczekiwanych efektów projektu. Jest to istotne zaakcentowanie elementu, który w kontekście działań wdrożeniowych związanych z informatyzacją podmiotów medycznych nie może być pomijany.

Podsumowanie

W ewaluowanej interwencji stosowane były określone mechanizmy terytorialne: Zintegrowane Inwestycje Terytorialne oraz Zintegrowane Porozumienia Terytorialne, które stanowiły narzędzie koordynacji i terytorialnej koncentracji wsparcia. Zastosowanie dwóch rodzajów instrumentów terytorialnych pozwoliło ograniczyć potencjalne ryzyko koncentracji wsparcia w ramach trójmiejskiego obszaru metropolitarnego, a jednocześnie wprowadziło element zachęty dla projektodawców spoza tego obszaru, by w ramach swoich przedsięwzięć przyjęli perspektywę ponadlokalną. W badaniu jakościowym zwracano jednak uwagę, że nawet bez zastosowania tych mechanizmów, populacja odbiorców wsparcia byłaby zbliżona do tej, która faktycznie skorzystała z dofinansowania. Wynika to z faktu, że w obszarze zdrowia pomoc trafiła głównie do istotnych podmiotów o znaczeniu ponadlokalnym, których potencjał dawałby im szansę na pozyskanie finansowania nawet bez preferencji terytorialnych.

W ramach oceny systemowych uwarunkowań analizowano także preferencje projektowe. Zastosowane preferencje ocenić należy generalnie pozytywnie pod kątem: selekcji projektów realizujących cele interwencji, wpływu na kierunkowanie wsparcia, braku problemów w ich stosowaniu na etapie oceny. Zwrócono przy tym uwagę na fakt, że pole manewru jakie ma Instytucja Zarządzająca w zakresie kierunkowania wsparcia w obszarze zdrowia było i jest ograniczone. Wynika to przede wszystkim z silnego oddziaływania kontekstu zewnętrznego i wysokiego stopnia centralnego uregulowania interwencji w obszarze zdrowia. To oddziaływanie jest widoczne przede wszystkim w Działaniu 7.1, gdzie mamy do czynienia z relatywnie dużą liczbą kryteriów odwołujących się krajowych regulacji i wymagań. W przypadku Działania 7.2 ta skala była mniejsza.

REKOMENDACJE WDROŻENIOWE DLA PERSPEKTYWY FINANSOWEJ 2021-2027

W niniejszej części przedstawiono wnioski dotyczące komponentu rekomendacyjnego przeprowadzonego badania ewaluacyjnego. Komponent ten obejmuje cztery główne bloki tematyczne: identyfikacja czynników determinujących wsparcie w obszarze zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027; identyfikacja dobrych praktyk w realizacji projektów w obszarze zdrowia; wskazanie priorytetowych rodzajów interwencji w obszarze zdrowia możliwych do realizacji w ramach FEP; wskazanie działań wspomagających, które należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty interwencji w obszarze zdrowia określonej w FEP.

Czynniki determinujące wsparcie w obszarze zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027

W rezultacie całości przeprowadzonych analiz zidentyfikowano następujące czynniki, które uznać należy za kluczowe dla programowania i wdrażania wsparcia w obszarze zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027 (uszeregowano je w kolejności uwzględniającej poziom oddziaływania tych czynników – od poziomu globalnego do regionalnego, co jest ściśle powiązane z możliwością oddziaływania na szczeblu regionalnym na wskazane czynniki, zarówno pod kątem niwelowania ich negatywnego oddziaływania, jak i dyskontowania ich potencjalnie pozytywnego wpływu)[22]:

- trendy demograficzne związane z wydłużaniem się średniej długości życia oraz wzrostu udziału w populacji osób w wieku senioralnym, co wzmaga zapotrzebowanie na określone rodzaje usług zdrowotnych oraz integrację usług zdrowotnych i opiekuńczych (sposób uwzględnienia czynnika: uwzględnienie w katalogu wsparcia w obszarze zdrowia na lata 2021-2027 działań dotyczących osób w wieku senioralnym i specyficznych dla tej grupy problemów zdrowotnych);
- wzrost kompetencji cyfrowych w społeczeństwie przy jednoczesnej zmianie nawyków w korzystaniu z usług publicznych („oswojenie" z korzystaniem z usług cyfrowych / świadczonych zdalnie) (sposób uwzględnienia czynnika: podejmowanie dalszych – i coraz bardziej zaawansowanych – działań w zakresie cyfryzacji w obszarze zdrowia i usług zdrowotnych);

[22] W odniesieniu do każdego czynnika określono sposób jego uwzględnienia w rekomendacjach wdrożeniowych lub wskazano, że na poziomie regionalnym występują ograniczone możliwości niwelowania lub dyskontowania danego czynnika.

- obciążenie systemu ochrony zdrowia (szczególnie w niektórych obszarach / dziedzinach) problemem braków kadrowych, które mogą utrudniać zarówno realizację działań projektowych, jak i ograniczać możliwości dyskontowania efektów zrealizowanych działań inwestycyjnych (sposób uwzględnienia czynnika: podjęcie próby wkomponowania działań dotyczących niwelowania problemów kadrowych w obszarze zdrowia w interwencję dotyczącą rozwoju infrastruktury systemu ochrony zdrowia);
- dalsze oddziaływanie czynników instytucjonalnych i prawnych z poziomu wspólnotowego i krajowego, które ograniczają w pełni autonomiczne działania dotyczące programowania interwencji w obszarze zdrowia (sposób uwzględnienia czynnika: konieczność zapewnienia zgodności z wymaganiami nadrzędnymi);
- ograniczenie możliwości dalszego wspierania podmiotów szpitalnych, szczególnie w aspekcie opieki stacjonarnej (sposób uwzględnienia czynnika: nieuwzględnienie w katalogu priorytetowych obszarów interwencji wsparcia dotyczącego stacjonarnej opieki szpitalnej);
- położenie szczególnego nacisku na wspieranie podmiotów funkcjonujących w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, które może cechować mniejszy potencjał absorpcyjny niż podmioty szpitalne (sposób uwzględnienia czynnika: zapewnienie wsparcia merytorycznego i dostosowanie sposobu dystrybucji wsparcia do tej grupy podmiotów);
- położenie szczególnego nacisku na wsparcie rozwoju deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych (sposób uwzględnienia czynnika: odejście – w miarę możliwości – od wspierania sposobów świadczenia usług zdrowotnych w formule zinstytucjonalizowanej);
- niepewność dotycząca zapewnienia finansowania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia dla podmiotów korzystających ze wsparcia, co może przekładać się na problemy z zapewnieniem trwałości efektów wspieranych przedsięwzięć (sposób uwzględnienia czynnika: brak możliwości dyskontowania / niwelowania tego czynnika ze względu na autonomię decyzji NFZ jako płatnika w publicznym systemie ochrony zdrowia);
- rosnące wymagania prawne w zakresie elektronizacji procesów w systemie ochrony zdrowia (sposób uwzględnienia czynnika: zapewnienie podmiotom medycznym możliwości sprostania tym wymaganiom nie poprzez samodzielne i jednostkowe działania, ale poprzez udostępnienie możliwości korzystania z funkcjonalności platformy regionalnej w celu informatyzacji procesów w placówkach medycznych);

- postępująca centralizacja usług e-zdrowia, która może skutkować ograniczeniami dla rozwoju tego rodzaju usług na poziomie regionalnym i pozycjonowaniem platform regionalnych jako narzędzi: (a) gromadzenia i archiwizacji elektronicznych danych medycznych oraz (b) wspomagania procesu zarządzania podmiotami medycznymi, a nie systemów świadczenia e-usług zdrowotnych (sposób uwzględnienia czynnika: częściowy brak możliwości dyskontowania / niwelowania tego czynnika ze względu na niezależność decyzyjną instytucji krajowych, przy jednoczesnym dążeniu do zapewnienia gotowości na poziomie wojewódzkim do realizowania zadań przypisanych do szczebla regionalnego);
- niedostateczna lub niedostosowana do potrzeb infrastruktura systemu ochrony zdrowia, w tym niewystarczające zasoby infrastrukturalne mogące wspomagać proces deinstytucjonalizacji świadczenia usług zdrowotnych (sposób uwzględnienia czynnika: utrzymanie wsparcia w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, w ramach obszarów priorytetowych);
- brak pełnej interoperacyjności systemów informatycznych podmiotów pomorskiego systemu zdrowia (sposób uwzględnienia czynnika: wspieranie skutecznej interoperacyjności gł. poprzez włączanie podmiotów pomorskiego systemu zdrowia w korzystanie z platformy regionalnej);
- niewystarczający poziom rozwoju telemedycyny i teleopieki, w tym: rozwiązań wspomagających realizację opieki skoordynowanej (sposób uwzględnienia czynnika: zapewnienie możliwości rozwoju opieki skoordynowanej poprzez odpowiednie kierunkowanie wsparcia w obszarze zdrowia, wraz z rozwijaniem funkcjonalności dotyczących telemedycyny i teleopieki w ramach platformy regionalnej);
- zmiana podejścia i poszerzenie zakresu stosowania mechanizmów terytorialnych w ramach FEP, co może ułatwić koordynację i kierunkowanie interwencji w obszarze zdrowia (sposób uwzględnienia czynnika: wykorzystanie na większą skalę mechanizmów terytorialnych w obszarze zdrowia),
- ryzyko ograniczonego potencjału absorpcyjnego przynajmniej w początkowym okresie wdrażania FEP (ze względu na wysokie potencjalne koszty działań inwestycyjnych) (sposób uwzględnienia czynnika: ograniczone możliwości niwelowania / dyskontowania tego czynnika, poza ewentualnym przesunięciem terminów prowadzenia konkursów / naborów, co byłoby jednak czynnikiem jednocześnie ograniczającym dostępność wsparcia).

Dobre praktyki w realizacji projektów w obszarze zdrowia

Poniżej opisane projekty zostały wybrane jako mogące stanowić dobrą praktykę dla realizacji zadań z zakresu wsparcia infrastrukturalnego w dziedzinie medycyny. Przygotowane studium przypadku wymagało zidentyfikowania trzech projektów które wykazały znamiona wysokiej efektywności lub/i sprawności wdrażania. W związku z tym zaprezentowane zostały nie tylko efekty projektów i rekomendacje, ale również warunki realizacji projektów oraz problemy, z którymi poradzić sobie musieli beneficjenci. Każdy projekt z założenia miał dotyczyć odrębnego obszaru ewaluowanego wsparcia.

Każdy z poniższych trzech studiów przypadku został opatrzony tytułem wprowadzającym do opisu dobrych praktyk, po którym nastąpiło wymienienie podstawowych informacji o projekcie i opisanie jego celów. W części merytorycznej opisu projektu opisane zostały kolejno: proces wdrażania projektu i jego dobrych praktyk, uzyskane w projekcie efekty oraz wynikające z zebranych informacji rekomendacje.

Projekt 1. Uzyskiwanie wysokiej efektywności poprzez elastyczne założenia projektu oraz praktyczny podział zadań w projekcie

Dobra praktyka: Zapewnianie elastyczności w prowadzeniu projektu na etapie podpisywania umów z IZ, wykonawcami, dostawcami czy partnerami oraz angażowanie własnych zasobów ludzkich do prac budowlano-montażowych

Oś priorytetowa: VII Zdrowie i opieka

Działanie: 7.1.2 Zasoby ochrony zdrowia

Projektodawca: Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

Tytuł projektu: Poprawa dostępności do wysokiej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych celem leczenia chorób cywilizacyjnych dla mieszkańców Pomorza poprzez rozbudowę Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku

Cele projektu: Poprawa dostępności i jakości do kompleksowych oraz wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych w regionie poprzez niezbędną rozbudowę o trzykondygnacyjne skrzydło Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha w Gdańsku

Opis wdrażanych dobrych praktyk

Niniejszy projekt poprzez swoje działanie odnosił się do problemu chorób cywilizacyjnych występujących w regionie. W dokumentacji projektu zawarto informację, iż przy jednym stole operacyjnym Szpitala św. Wojciecha wykonywano ponad dwa razy więcej zabiegów niż wynika to ze średniej krajowej. Ponadto blok operacyjny obiektu funkcjonował bez wystarczających remontów przez ponad 30 lat. W związku z powyższym przygotowano

odpowiednio teren pod prace, zrealizowano szerokie roboty budowlano-montażowe i zakupiono odpowiedni sprzęt medyczny. Projekt zakładał również przeszkolenie kadr medycznych i zatrudnienie koordynatora projektu, który odpowiadał za obsługę dofinansowania i inne prace administracyjne.

W rozmowie na temat projektu przedstawiciel Beneficjenta wspominał o problemach, które sam opisywał jako standardowe – były to problemy takie jak utrudniony dostęp do aktualnych map obiektu czy opóźnienia w prowadzeniu badań geologicznych. Beneficjent podkreśla, że problemy w tego typu projektach infrastrukturalnych są nieuniknione i w związku z tym należy przygotować odpowiednio umowę z wykonawcami czy dostawcami. Umowy te powinny być elastyczne pod względem czasowym i nawet zakresu towarów/usług oraz zakładać komunikację między dostawcami sprzętu/materiałów budowlanych, a wykonawcami robót. Istotne również okazało się posiadanie własnego zespołu inspektorów budowlanych.

Za największy sukces projektu Beneficjent uznaje stworzenie nowoczesnego bloku operacyjnego, wyposażonego w nowoczesną aparaturę. Pierwotne założenia przedsięwzięcia zostały poszerzone ze względu na wybuch pandemii COVID-19, która jednocześnie wymusiła, ale i pozwoliła na dalsze zwiększanie asortymentu szpitalnego o kolejne sprzęty. Jak wspomina Beneficjent projekt zakładał poszerzenie go w przypadku pojawienia się dodatkowego finansowania.

Od strony rozwiązań kadrowych na przykładzie projektu proponuje się dobór zespołów odpowiedzialnych za planowanie i realizację pracy na zasadzie różnorodności kompetencji miękkich. Podkreślono istotność posiadania w kadrach inspektorów budowlanych, pracujących bezpośrednio dla placówki.

Projekt zakładał współpracę z partnerami jednak ich udział został dokładnie określony i w trakcie jego realizacji założenia te pozostawały aktualne. Rozwiązanie, które sprawdziło się w projekcie to pozostawianie partnerom obowiązków, które najlepiej odzwierciedlały ich kompetencje - Beneficjent jako jedyny zajmował się rozliczeniami.

Uzyskane efekty

- Stosunkowo sprawne niwelowanie typowych problemów pojawiających się przy projektach infrastrukturalnych;
- Utworzenie nowoczesnego bloku operacyjnego, wyposażonego w nowoczesną aparaturę;
- Podniesienie konkurencyjności obiektu, poprzez zakup urządzeń unikalnych wśród podobnych placówek w kraju;

- Poszerzenie asortymentu szpitalnego ze względu na wybuch pandemii COVID-19;
- Skuteczna współpraca ze wszystkimi stronami realizacji projektu: wykonawcami prac, dostawcami sprzętu i materiałów czy partnerami.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

- Przygotowanie umów projektowych na możliwe problemy występujące przy projektach infrastrukturalnych oraz zapewnienie elastyczności we współpracy z dostawcami/realizatorami;
- Zaangażowanie własnego zespołu inspektorów budowlanych, mających pełną wiedzę o obiekcie i doświadczenie w pracy w jego obrębie;
- Otwartość na możliwości poszerzania zakresu projektu w przypadku pojawienia się dodatkowych możliwości finansowania (przykład pandemii COVID-19);
- Dobór zespołów projektowych na zasadzie różnorodności kompetencji miękkich;
- Uzgodnienie współpracy z partnerami projektu wykorzystujące ich merytoryczny potencjał i biorące pod uwagę ich słabsze strony.

Projekt 2. Kompleksowy projekt wdrażający system informatyczny

Dobra praktyka: Wprowadzanie projektu za pomocą środków zewnętrznych oraz własnych kompleksowego, medycznego systemu informatycznego po uprzednim prowadzeniu konsultacji z kadrami medycznymi

Oś priorytetowa: VII Zdrowie i opieka

Działanie: Działanie 7.2 Systemy informatyczne i telemedyczne

Projektodawca: Samodzielny Publiczny Miejski Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupsku

Tytuł projektu: Wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej z funkcjonalnością przesyłu danych obrazowych w podmiotach leczniczych subregionu słupskiego wraz z niezbędną infrastrukturą

Cele projektu: Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych, podniesienie jakości świadczonych usług oraz zwiększenie bezpieczeństwa i zadowolenia pacjenta poprzez wdrożenie systemu EDM i innych systemów medycznych wraz z niezbędną infrastrukturą, zakup niezbędnych systemów informatycznych i sprzętu informatycznego

Opis wdrażanych dobrych praktyk

Celem projektu była poprawa dostępności do usług zdrowotnych przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa utworzonych systemów informatycznych. Działania

projektowe zakładały również zakup odpowiednich systemów informatycznych, sprzętu informatycznego oraz uzyskanie dostępu do sieci szerokopasmowej - projekt był zatem kompleksowy. Poza wymienionymi powyżej działaniami utworzenia infrastruktury, projekt zakładał również przeszkolenie personelu medycznego i niemedycznego. Impulsem do zrealizowania projektu była potrzeba unowocześnienia placówki, która jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej i konkuruje na rynku z placówkami prywatnymi.

Przedstawiciel Beneficjenta zaznacza, że problemem, który utrudnił realizację projektu była wyłonienie jego wykonawcy, co ostatecznie doszło do skutku. Najważniejszym efektem z punktu widzenia rozmówcy był zakup sprzętu i oprogramowania, zarówno ze środków dofinansowania jak i swoich. Beneficjent oraz jego partnerzy mogą pracować na wspólnej platformie, co ma zwłaszcza ułatwiać system wydawania recept oraz zarządzanie kolejkami – to ostatnie rozwiązanie ma oszczędzać czas pacjentów oraz ułatwiać pracę personelowi medycznemu. Pacjenci mają ponadto bezpośredni dostęp do cyfrowej dokumentacji medycznej.

Beneficjent podkreśla iż przy projekcie bezpośrednio dotyczącym jakości korzystania z usług medycznych przez pacjentów, istotne jest zebranie spostrzeżeń i opinii pracowników placówek medycznych. Personel medyczny oraz zespół projektowy posiada najobszerniejszą wiedzę o potrzebach ich samych oraz pacjentów.

Uzyskane efekty

- Kompleksowe przygotowanie systemu informatycznego ułatwiającego dostęp do usług medycznych;
- Połączenie pracy Beneficjenta i partnerów w jednym systemie informatycznym
- Ułatwienie wydawania recept oraz zarządzania kolejkami w placówkach medycznych;
- Uzyskanie przez pacjentów bezpośredniego i szybkiego dostępu do cyfrowej dokumentacji medycznej.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

- Kompleksowość projektu pozwala na większą kontrolę nad wdrażaniem systemu informatycznego zarówno pod względem zadaniowym oraz koordynacji sprzętu i oprogramowania;
- Przygotowanie projektu z założeniem wykorzystania środków własnych placówki w celu rozszerzenia jego zakresu;

- Zebranie i wykorzystanie opinii personelu medycznego placówki, mającego największą wiedzę o potrzebach kadr i pacjentów.

Projekt 3. Budowa pierwszej w regionie kompleksowej placówki skoncentrowanej na narastającym problemie starzenia się społeczeństwa

Dobra praktyka: Identyfikacja narastającego problemu, propozycje stworzenia pierwszej w regionie placówki oraz wprowadzanie rozwiązań szkoleniowych

Oś priorytetowa: VII Zdrowie i opieka

Działanie: 7.1.1

Projektodawca: Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie sp. z o. o.

Tytuł projektu: *Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie Sp. z o.o.*

Cele projektu: Utworzenie wysokospecjalistycznego ośrodka geriatryczno-rehabilitacyjnego poprzez realizację robót budowlanych, zakup specjalistycznego sprzętu medycznego, realizację szkoleń dla personelu oraz wdrożenie zintegrowanego modelu opieki. Inwestycja doprowadzi do kompleksowego i trwałego rozwiązania problemu jakim jest brak na terenie województwa pomorskiego wysoko wyspecjalizowanego ośrodka zapewniającego opiekę geriatryczną

Opis wdrażanych dobrych praktyk

Projekt zakładał utworzenie pierwszej pomorskiej kompleksowej placówki geriatrycznej, którego nadrzędnym celem było zwiększenie dostępu do nieobsługiwanych wcześniej na terenie województwa świadczeń medycznych. Beneficjent w dokumentacji projektowej zwraca uwagę na trendy demograficzne, które przesuwają się w kierunku starzenia się społeczeństwa. Ponadto według danych którymi posługuje się Beneficjent w województwie pomorskim nie funkcjonował podobny oddział geriatryczny zapewniający tak kompleksową opiekę. Powstanie takiej placówki miałoby minimalizować konieczność przemieszczania się poza teren województwa w celu uzyskiwania potrzebnej opieki medycznej.

Projekt stanowił również odpowiedź na liczne problemy szczegółowe takie jak brak wsparcia psychiatryczno-psychologicznego pacjentów po 60 roku życia, niska aktywność osób po 60 roku życia, niski poziom wiedzy społeczeństwa dotyczący opieki nad osobami starszymi, niedostateczna liczba szkoleń personelu medycznego w zakresie geriatrii czy

chociażby niedostateczny poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług medycznych.

Przedsięwzięcie Beneficjenta zakładało utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej, a zatem prowadzenie prac budowlano-montażowych, zakup potrzebnego sprzętu oraz przeprowadzenie stosownych kursów i szkoleń dla personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, fizjoterapeutów i rehabilitantów. Obiekt miałby działać częściowo na zasadzie pracy woluntarnej, która już jest stosowana przy pracy z hospitalizowanymi dziećmi. Prace wolontaryjne miałyby polegać na wsparciu opiekuńczym seniorów. Planowane było wykorzystanie kontaktów ze szkołami oraz uczelniami wyższymi w celu pozyskania chętnych do pomocy wolontariuszy.

Sam proces konstrukcyjny nowej placówki zdaniem Beneficjenta spotkał się ze standardowymi problemami budowlanymi, ale nie były to poważne problemy. W toku prac podpisana została umowa na praco dodatkowe. Beneficjent zwraca uwagę, że wszelkie problemy związane z terminami i formalnościami mogą zostać przewidziane i dlatego rekomenduje jak najszersze konsultacje ze wszystkimi grupami, które będą z powstającego obiektu korzystać. Po zakończeniu prac związanych z budową obiektu, projekt został przedłużony czasowo oraz merytorycznie o działania związane z pandemią COVID-19 co przyniosło możliwość zakupienia dodatkowego sprzętu.

Beneficjent zwraca uwagę na problemy z finansowaniem tego typu placówek za pomocą środków pochodzących z NFZ. Zaznacza, że utworzenie i utrzymanie placówki było możliwe dzięki nie tylko z pomocą funduszy pochodzących z EFRR, ale również skoordynowanych działań Marszałka oraz Prezydenta miasta Sopot. Koncepcja powstania placówki pochodziła głównie od obserwacji regionu sopockiego, który zdaniem Beneficjenta poza sezonem gdy jest odwiedzany jako kurort wypoczynkowy, staje się regionem osób starszych.

Uzyskane efekty

- Utworzenie kompleksowego oddziału geriatrycznego, pierwszego i jedynego w regionie;
- Zmniejszanie konieczności przemieszczania się poza teren województwa w celu uzyskiwania specjalistycznej opieki medycznej;
- Współpraca w ramach pracy wolontaryjnej m.in. ze szkołami oraz uczelniami wyższymi;

- Przeszkolenie w ramach projektu personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, fizjoterapeutów i rehabilitantów;
- Uzyskanie możliwości zapewnienie w projekcie dodatkowego sprzętu ze względu na wybuch pandemii COVID-19;
- Zapewnienie wsparcia w postaci opieki wytchnieniowej dla opiekunów osób starszych.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

- Prowadzenie całościowego, kompleksowego projektu zawierającego prace infrastrukturalne oraz przeszkolenie personelu czy korzystanie z pomocy zewnętrznej (np. wolontariat);
- Zidentyfikowanie niszy w regionie i dostosowanie się do potrzeb jako powody dla zainicjowania pierwszej specjalistycznej placówki w regionie;
- Zaproponowanie działania w dziedzinie medycyny, która ze względu na trendy demograficzne będzie coraz istotniejsza;
- Zaproponowanie w projekcie poza rozwiązaniami budowlanymi czy zakupu sprzętów również elementów szkoleniowych czy wolontariatu;
- Prowadzenie konsultacji przed przystąpieniem do realizacji projektu ze wszystkimi jego beneficjentami – w tym przypadku z potencjalnymi pacjentami, ale i personelem medycznym oraz administracyjnym;
- Poszukiwanie inspiracji do prowadzenia projektu poprzez obserwację potrzeb mieszkańców regionu.

Priorytetowe rodzaje interwencji w obszarze zdrowia możliwe do realizacji w ramach FEP

Uwzględniając całość przeprowadzonych analiz, ale także biorąc pod uwagę zakres interwencji w obszarze zdrowia wyznaczony poprzez zapisy FEP, proponuje się uznanie za priorytetowe rodzaje interwencji w obszarze zdrowia (wymiar infrastrukturalny) następujące kategorie działań:

- działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów medycznych prowadzących działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej (uzasadnienie: ograniczona dotychczasowa skala interwencji kierowanej do tej grupy podmiotów; położenie na

szczeblu wspólnotowym i krajowym nacisku na wspieranie tych ogniw systemu ochrony zdrowia);

- działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów szpitalnych w zakresie wdrażania modelu „szpitala jednego dnia" lub wdrażania przez podmiot szpitalny opieki skoordynowanej i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (uzasadnienie: ograniczone możliwości wspierania stacjonarnej opieki szpitalnej w okresie 2021-2027; możliwość włączenia podmiotów szpitalnych w zakres wsparcia poprzez wdrażanie przez te podmioty wskazanego rodzaju działań);
- działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów świadczących usługi zdrowotne w obszarze psychiatrii (uzasadnienie: brak działań projektowych w tym obszarze w RPO WP, pomimo wpisywania się tego obszaru w założenia dotyczące koncentracji wsparcia; niewydolność pomocy psychiatrycznej w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia);
- działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów świadczących usługi zdrowotne w obszarze różnych wymiarów rehabilitacji medycznej (uzasadnienie: wpisywanie się w katalog działań zorientowanych na wydłużenie okresu aktywności zawodowej);
- działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów świadczących usługi medyczne w zakresie diagnostyki nowotworowej oraz dotyczącej chorób cywilizacyjnych (uzasadnienie: konieczność zapewnienia odpowiedniego potencjału infrastrukturalnego podmiotów leczniczych w regionie, które świadczą usługi medyczne w obszarach dotyczących najistotniejszych problemów zdrowotnych; możliwość oferowania przez wspomniane podmioty opieki skoordynowanej, odnoszącej się do zróżnicowanych problemów zdrowotnych pacjentów);
- działania zorientowane na wdrożenie w podmiotach medycznych systemów informatycznych dotyczących zarządzania placówką w wymiarze finansowo-księgowym (uzasadnienie: zapewnienie podmiotom medycznym minimalnego poziomu informatyzacji procesów wewnętrznych; zapewnienie pomocy uwzględniającej specyficzną sytuację tych podmiotów i zróżnicowany potencjał wyjściowy);
- działania zorientowane na włączenie podmiotów medycznych w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej, ze szczególnym uwzględnieniem: komunikacji z pacjentami; archiwizacji i transmisji elektronicznej dokumentacji

medycznej; usług e-zdrowia (przy jednoczesnej rezygnacji z działań zorientowanych na wspieranie działań podmiotów medycznych dot. wymienionych obszarów poza platformą regionalną) (uzasadnienie: zdyskontowanie możliwości oferowanych przez platformę regionalną i efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów; zapewnienie relatywnie wysokiego poziomu cyfryzacji podmiotów medycznych przy stosunkowo niewielkich barierach wejścia; zapewnienie jak najszerszej integracji informatycznej podmiotów medycznych z woj. pomorskiego);

- działania w zakresie zakupu sprzętu komputerowego i oprogramowania przez podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia potencjału do ich skutecznego włączenia w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej (uzasadnienie: zapewnienie wsparcia pozwalającego spełnić minimalne warunki brzegowe włączenia w korzystanie z platformy regionalnej; ograniczenie ryzyka niewystarczającego upowszechnienia platformy regionalnej);
- działania wspomagające potencjał podmiotów medycznych w zakresie cyberbezpieczeństwa (obejmujące także wsparcie dla podmiotów, które dokonały już wdrożeń określonych rozwiązań informatycznych i są zainteresowane jedynie poprawą bezpieczeństwa ich funkcjonowania, w tym np. skorzystaniem z takich instrumentów wsparcia jak: audyt bezpieczeństwa, doradztwo w zakresie cyberbezpieczeństwa, dofinansowanie zakupu sprzętu / oprogramowania zwiększającego poziom cyberbezpieczeństwa) (uzasadnienie: priorytetowe znaczenie kwestii bezpieczeństwa dla skuteczności funkcjonowania i upowszechniania systemów informatycznych w placówkach medycznych; zapewnienie wsparcia pozwalającego spełnić minimalne warunki brzegowe włączenia w korzystanie z platformy regionalnej);
- działania o charakterze pilotażowym – w ramach rozwijania funkcjonalności platformy regionalnej – testujące możliwości wykorzystania algorytmów sztucznej inteligencji (w szczególności w zakresie: komunikacji z pacjentem, zautomatyzowanych procesów wstępnej diagnostyki, teleopieki) oraz narzędzi analitycznych w zakresie big data (uzasadnienie: optymalizacja wykorzystania możliwości, jakie daje platforma regionalna i zasoby danych, których gromadzenie przewiduje; możliwość stworzenia narzędzi potencjalnie zwiększających efektywność procesów diagnostycznych i terapeutycznych oraz sprawność funkcjonowania placówek medycznych);
- działania towarzyszące realizacji przedsięwzięć infrastrukturalnych oraz dotyczących e-zdrowia odnoszące się do rozwoju kompetencji kadr medycznych

(uzasadnienie: konieczność zapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych do dyskontowania efektów przedsięwzięć infrastrukturalnych oraz dotyczących e-zdrowia).

Proponowane działania wspomagające, które należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty interwencji w obszarze zdrowia określonej w FEP

Uwzględniając całość przeprowadzonych analiz, ale także biorąc pod uwagę zakres interwencji w obszarze zdrowia wyznaczony poprzez zapisy FEP oraz wcześniejsze zalecenia dotyczące priorytetowych rodzajów interwencji w obszarze zdrowia, opracowano katalog proponowanych działań wspomagających, które należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty interwencji w obszarze zdrowia określonej w FEP. Propozycje działań wspomagających sformułowano w taki sposób, by odnosiły się one do konkretnych oczekiwanych efektów interwencji w obszarze zdrowia:

- **Oczekiwany efekt:** Zapewnienie możliwie najwyższego poziomu integracji systemów informatycznych w ramach regionalnego systemu ochrony zdrowia. **Działania wspomagające:** Przyjęcie podejścia bazującego na rezygnacji ze wspierania działań zorientowanych na jednostkowe wdrożenia systemów informatycznych dotyczących: komunikacji z pacjentami; archiwizacji i transmisji elektronicznej dokumentacji medycznej; usług e-zdrowia, przy jednoczesnym wsparciu podmiotów zainteresowanych korzystaniem w tym zakresie z funkcjonalności platformy regionalnej. Dopuszczenie możliwości wspierania jednostkowych działań dotyczących wdrażania rozwiązań informatycznych w zakresie zarządzania finansowo-księgowego podmiotami medycznymi. Stworzenie katalogu standardów dotyczących różnych aspektów informatyzacji / cyfryzacji obsługi pacjenta i świadczenia usług medycznych (np. w odniesieniu do rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa, form komunikacji z pacjentem, zakresu dostępnych funkcjonalności w ramach portalu pacjenta itp.).
- **Oczekiwany efekt:** Zapewnienie adekwatności wspieranych działań dotyczących wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych wobec najistotniejszych problemów zdrowotnych regionu. **Działania wspomagające:** Zawężenie wsparcia w obszarze wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych do tych placówek, które świadczą (lub zamierzają świadczyć) usługi zdrowotne w obszarach odnoszących się do najistotniejszych problemów zdrowotnych. Wyłączenie zalecanego zawężenia w przypadku podmiotów wspieranych w zakresie ich włączenia w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej.

- **Oczekiwany efekt:** Zapewnienie możliwości rozwoju opieki skoordynowanej poprzez odpowiednie kierunkowanie wsparcia w obszarze zdrowia. **Działania wspomagające:** Premiowanie w ramach wspieranych przedsięwzięć dotyczących wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych takich działań wspierających rozwój opieki skoordynowanej jak: (a) rozwijanie modelu opieki skoordynowanej w ramach jednego podmiotu dysponującego odpowiednim potencjałem w tym zakresie, (b) tworzenie partnerstw zapewniających rozwijanie opieki skoordynowanej w ramach grupy podmiotów dysponujących łącznie odpowiednim potencjałem w tym zakresie.
- **Oczekiwany efekt:** Zwiększenie skali realnego oddziaływania interwencji na wzrost dostępności specjalistycznych usług medycznych i zapewnienie odpowiedniego poziomu ich jakości. **Działania wspomagające:** Sparametryzowanie deklarowanego wzrostu dostępności specjalistycznych usług medycznych poprzez: wprowadzenie konkretnych mierników zmiany dostępności usług medycznych w ramach danej placówki medycznej oraz skali wpływu tej zmiany na poprawę dostępności danego rodzaju świadczenia w całym regionie. Premiowanie projektów zakładających poszerzenie zakresu świadczonych specjalistycznych usług zdrowotnych. Wprowadzenie na etapie oceny wniosków o dofinansowanie elementu eksperckiej weryfikacji zaplanowanych działań w zakresie poszerzenia zakresu świadczonych specjalistycznych usług zdrowotnych.
- **Oczekiwany efekt:** Zapewnienie odpowiedniego potencjału absorpcyjnego podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. **Działania wspomagające:** Rozważenie zastosowania formuły grantowej dla dystrybucji wsparcia kierowanego do tych kategorii podmiotów, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej. Premiowanie projektów partnerskich realizowanych przez podmioty szpitalne (świadczące usługi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i/lub „leczenia jednego dnia") w kooperacji z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewnienie wsparcia merytorycznego dla podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku dystrybucji kierowanego do nich wsparcia w trybie konkursowym.
- **Oczekiwany efekt:** Zapewnienie odpowiedniej responsywności ostatecznych użytkowników (pacjentów) w zakresie korzystania z rozwiązań informatycznych w ramach systemu ochrony zdrowia. **Działania wspomagające:** Włączenie w zakres interwencji realizowanej w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" 2030 działań związanych z: (a) upowszechnianiem funkcjonalności

platformy regionalnej dostępnych dla pacjentów, (b) zwiększaniem potencjału osób w wieku senioralnym w zakresie korzystania z funkcjonalności platformy regionalnej dostępnych dla pacjentów.

- **Oczekiwany efekt:** Zniwelowanie – w miarę możliwości i z uwzględnieniem ograniczeń wynikających ze specyfiki projektów zorientowanych na wzmacnianie potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych – skali problemu deficytów kadrowych dotyczących personelu medycznego. **Działania wspomagające:** Wprowadzenie kryterium dotyczącego oceny, podejmowanych przez projektodawcę, działań dotyczących wzmocnienia potencjału kadrowego podmiotów korzystających ze wsparcia w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego. Premiowanie projektów partnerskich zakładających uzupełnienie potencjałów kadrowych podmiotów tworzących partnerstwo. Wprowadzenie dla pracowników podmiotów medycznych realizujących działania w zakresie rozwijania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego preferencji w korzystaniu z przewidzianego w FEP wsparcia dotyczącego podnoszenia kompetencji kadr systemu ochrony zdrowia (w tym kadr systemu ochrony zdrowia z państw trzecich oraz personelu administracyjnego) w celu podniesienia jakości i efektywności opieki nad pacjentem, w szczególności w obszarze komunikacji interpersonalnej, znajomości systemów informatycznych, umiejętności organizacyjno-zarządczych. Rozwijanie w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" 2030 rozwiązań informatycznych dotyczących efektywnego zarządzania zasobami kadrowymi i automatyzacji wybranych usług e-zdrowia, np. wsparcia pre-diagnostycznego, czy monitorowania stanu zdrowia.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza pozwoliła sformułować rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027. Rekomendacje te odnoszą się przede wszystkim do działań wspomagających, które należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty interwencji w obszarze zdrowia określonej w FEP. Skoncentrowano się na działaniach w zakresie zapewnienia kompleksowości wsparcia i jego adekwatności do potrzeb i wyzwań najbliższych lat w ramach systemu ochrony zdrowia w woj. pomorskim.

Istotnym punktem odniesienia dla formułowanych zaleceń był katalog czynników determinujących wsparcie w obszarze zdrowia w perspektywie finansowej 2021-2027: trendy demograficzne; cyfryzacja społeczeństwa; obciążenie systemu ochrony zdrowia; duże znaczenie regulacji wspólnotowych i krajowych dla interwencji w obszarze zdrowia;

nacisk na wspieranie podmiotów funkcjonujących w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej; rosnące wymagania prawne w zakresie elektronizacji procesów w systemie ochrony zdrowia; postępująca centralizacja usług e-zdrowi; zróżnicowane tempo informatyzacji podmiotów medycznych.

Powyższe czynniki stanowiły m.in. punkt odniesienia dla określenia priorytetowych rodzajów interwencji, spośród których wskazać należy przede wszystkim na działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego: podmiotów medycznych prowadzących działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej; podmiotów szpitalnych w zakresie wdrażania modelu „szpitala jednego dnia" lub wdrażania przez podmiot szpitalny opieki skoordynowanej i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; podmiotów świadczących usługi zdrowotne w obszarze psychiatrii; podmiotów świadczących usługi zdrowotne w obszarze różnych wymiarów rehabilitacji medycznej; podmiotów świadczących usługi medyczne w zakresie diagnostyki nowotworowej oraz dotyczącej chorób cywilizacyjnych. Za priorytetowe uznać należy także: działania zorientowane na wdrożenie w podmiotach medycznych systemów informatycznych dotyczących zarządzania placówką w wymiarze finansowo-księgowym; działania zorientowane na włączenie podmiotów medycznych w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej; działania w zakresie zakupu sprzętu komputerowego i oprogramowania przez podmioty AOS i POZ w celu zapewnienia potencjału do ich skutecznego włączenia w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej; działania wspomagające potencjał podmiotów medycznych w zakresie cyberbezpieczeństwa; działania o charakterze pilotażowym – w ramach rozwijania funkcjonalności platformy regionalnej – testujące możliwości wykorzystania algorytmów sztucznej inteligencji; działania towarzyszące realizacji przedsięwzięć infrastrukturalnych oraz dotyczących e-zdrowia odnoszące się do rozwoju kompetencji kadr medycznych.

Wnioski i rekomendacje

W poniższej tabeli zamieszczono główne wnioski i rekomendacje z przeprowadzonego badania. Zgodnie z oczekiwaniami Zamawiającego wyrażonymi w problematyce badania, formułowanie rekomendacji prowadzone było w ramach kontekstu nakreślonego w programie Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, w którym zawarto założenia odnoszące się do zakresu i sposobu wdrażania interwencji w obszarze zdrowia.

Tabela 7. Tabela wniosków i rekomendacji

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
1.	Analiza dotychczasowego zakresu działań podejmowanych w obszarze ewaluowanej interwencji oraz ich efektów, przy jednoczesnym uwzględnieniu planowanego zakresu wsparcia w obszarze zdrowia w ramach FEP pozwala wskazać priorytetowe rodzaje interwencji w tym obszarze na lata 2021-2027. (s. 143-146)	Włączenie w zakres interwencji określonych rodzajów wsparcia o charakterze priorytetowym z punktu widzenia potrzeb regionalnych oraz możliwości wyznaczonych przez uwarunkowania wspólnotowe, krajowe i regionalne.	Włączenie w zakres i/lub nadanie priorytetowego znaczenia następującym rodzajom interwencji w obszarze zdrowia: ▪ działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów medycznych prowadzących działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej; ▪ działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów szpitalnych w zakresie wdrażania modelu „szpitala jednego dnia" lub wdrażania przez podmiot szpitalny opieki	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Strategiczna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			skoordynowanej i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; ▪ działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów świadczących usługi zdrowotne w obszarze psychiatrii; ▪ działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów świadczących usługi zdrowotne w obszarze różnych wymiarów rehabilitacji medycznej; ▪ działania w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów świadczących usługi medyczne w zakresie diagnostyki nowotworowej				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			oraz dotyczącej chorób cywilizacyjnych; ▪ działania zorientowane na wdrożenie w podmiotach medycznych systemów informatycznych dotyczących zarządzania placówką w wymiarze finansowo-księgowym; ▪ działania zorientowane na włączenie podmiotów medycznych w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej, ze szczególnym uwzględnieniem: komunikacji z pacjentami; archiwizacji i transmisji elektronicznej dokumentacji medycznej; usług e-zdrowia (przy jednoczesnej rezygnacji z działań zorientowanych na wspieranie działań				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			podmiotów medycznych dot. wymienionych obszarów poza platformą regionalną); ▪ działania w zakresie zakupu sprzętu komputerowego i oprogramowania przez podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia potencjału do ich skutecznego włączenia w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej; ▪ działania wspomagające potencjał podmiotów medycznych w zakresie cyberbezpieczeństwa (obejmujące także wsparcie dla podmiotów, które dokonały już wdrożeń określonych rozwiązań				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			informatycznych i są zainteresowane jedynie poprawą bezpieczeństwa ich funkcjonowania, w tym np. skorzystaniem z takich instrumentów wsparcia jak: audyt bezpieczeństwa, doradztwo w zakresie cyberbezpieczeństwa, dofinansowanie zakupu sprzętu / oprogramowania zwiększającego poziom cyberbezpieczeństwa); ▪ działania o charakterze pilotażowym – w ramach rozwijania funkcjonalności platformy regionalnej – testujące możliwości wykorzystania algorytmów sztucznej inteligencji (w szczególności w zakresie: komunikacji z pacjentem, zautomatyzowanych procesów wstępnej diagnostyki, teleopieki)				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			oraz narzędzi analitycznych w zakresie big data; ▪ działania towarzyszące realizacji przedsięwzięć infrastrukturalnych oraz dotyczących e-zdrowia odnoszące się do rozwoju kompetencji kadr medycznych.				
2.	W chwili obecnej mamy do czynienia z sytuacją, w której zróżnicowana jest sytuacja podmiotów medycznych pod względem zaawansowania wdrażania systemów informatycznych, przy jednoczesnym podejmowaniu na szczeblu regionalnym działań zorientowanych na stworzenie platformy regionalnej	Zapewnienie możliwie najwyższego poziomu integracji systemów informatycznych w ramach regionalnego systemu ochrony zdrowia.	▪ Przyjęcie podejścia bazującego na rezygnacji ze wspierania działań zorientowanych na jednostkowe wdrożenia systemów informatycznych dotyczących: komunikacji z pacjentami; archiwizacji i transmisji elektronicznej dokumentacji medycznej; usług e-zdrowia, przy jednoczesnym wsparciu podmiotów zainteresowanych korzystaniem w tym	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Strategiczna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	umożliwiającej informatyzację / cyfryzację w odniesieniu do różnych aspektów świadczenia usług medycznych. (s. 96, 99, 118, 122-123, 128)		zakresie z funkcjonalności platformy regionalnej. ▪ Dopuszczenie możliwości wspierania jednostkowych działań dotyczących wdrażania rozwiązań informatycznych w zakresie zarządzania finansowo-księgowego podmiotami medycznymi. ▪ Stworzenie katalogu standardów dotyczących różnych aspektów informatyzacji / cyfryzacji obsługi pacjenta i świadczenia usług medycznych (np. w odniesieniu do rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa, form komunikacji z pacjentem, zakresu dostępnych funkcjonalności w ramach portalu pacjenta itp.).				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
3.	Potrzeby inwestycyjne systemu ochrony zdrowia zdecydowanie przekraczają możliwości ich zaspokojenia w ramach interwencji wdrażanej w ramach FEP, co oznacza konieczność wąskiego kierunkowania udzielanej pomocy. (s. 43, 57-58, 76)	Zapewnienie adekwatności wspieranych działań dotyczących wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych wobec najistotniejszych problemów zdrowotnych regionu, ze szczególnym uwzględnieniem: opieki psychiatrycznej, diagnostyki nowotworowej, rehabilitacji medycznej.	▪ Zawężenie wsparcia w obszarze wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych do tych placówek, które świadczą (lub zamierzają świadczyć) usługi zdrowotne w obszarach odnoszących się do najistotniejszych problemów zdrowotnych. ▪ Wyłączenie zalecanego zawężenia w przypadku podmiotów wspieranych w zakresie ich włączenia w korzystanie z funkcjonalności platformy regionalnej.	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Operacyjna	Zdrowie
4.	W ramach wsparcia w obszarze zdrowia w latach 2021-2027	Zapewnienie możliwości rozwoju opieki	Premiowanie w ramach wspieranych przedsięwzięć dotyczących wzmacniania	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	szczególnie istotna będzie kwestia rozwoju opieki skoordynowanej. Wspomaganie jej rozwoju nie może jednak abstrahować od zróżnicowanych potencjałów podmiotów medycznych w zakresie możliwości jej świadczenia. (s. 72-75, 114, 136, 144)	skoordynowanej poprzez odpowiednie kierunkowanie wsparcia w obszarze zdrowia.	potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych takich działań wspierających rozwój opieki skoordynowanej jak: ▪ rozwijanie modelu opieki skoordynowanej w ramach jednego podmiotu dysponującego odpowiednim potencjałem w tym zakresie, ▪ tworzenie partnerstw zapewniających rozwijanie opieki skoordynowanej w ramach grupy podmiotów dysponujących łącznie odpowiednim potencjałem w tym zakresie.				
5.	W ramach dotychczasowego wsparcia dotyczącego wzmacniania potencjału infrastrukturalnego podmiotów medycznych	Zwiększenie skali realnego oddziaływania interwencji na wzrost dostępności specjalistycznych	▪ Sparametryzowanie deklarowanego wzrostu dostępności specjalistycznych usług zdrowotnych poprzez: wprowadzenie konkretnych	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	deklarowano relatywnie dużą skalę oddziaływania na poszerzenie skali dotychczas oferowanych usług zdrowotnych, przy jednocześnie mniejszym nacisku na poszerzenie katalogu świadczonych specjalistycznych usług zdrowotnych. (s. 72, 77-78)	usług zdrowotnych i zapewnienie odpowiedniego poziomu ich jakości.	mierników zmiany dostępności usług zdrowotnych w ramach danej placówki medycznej (tj. procentowy wzrost liczby osób korzystających z usług zdrowotnych określonego rodzaju w danej placówce w stosunku do stanu sprzed realizacji projektu) oraz skali wpływu tej zmiany na poprawę dostępności danego rodzaju świadczenia w całym regionie (tj. udział liczby osób o którą wzrosła w danej placówce liczba osób korzystających z danej usługi zdrowotnej w ogólnej liczbie osób korzystających z tej usługi zdrowotnej w regionie). ▪ Premiowanie projektów zakładających poszerzenie zakresu świadczonych				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			specjalistycznych usług zdrowotnych. ▪ Wprowadzenie na etapie oceny wniosków o dofinansowanie elementu eksperckiej weryfikacji zaplanowanych działań w zakresie poszerzenia zakresu świadczonych specjalistycznych usług zdrowotnych. Chodzi w tym przypadku o kryterium premiujące analogiczne do kryterium stosowanego w Działaniu 7.1 RPO WP, a odnoszącego się do zgodności projektu z potrzebami wynikającymi z map potrzeb zdrowotnych. Kryterium powinno mieć charakter punktowy, a jego przedmiotem powinien być stopień uzasadnienia dla deklarowanego przez wnioskodawcę poszerzenia				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			katalogu specjalistycznych usług zdrowotnych, z uwzględnieniem potrzeb regionalnych oraz dotychczasowego katalogu usług zdrowotnych oferowanych przez wnioskodawcę.				
6.	Wsparcie realizowane w ramach ewaluowanej interwencji RPO WP było kierowane w dużej mierze do podmiotów szpitalnych. Pomoc dystrybuowana w ramach FEP będzie w większym stopniu adresowana do podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które (w szczególności podmioty POZ) mogą nie	Zapewnienie odpowiedniego potencjału absorpcyjnego podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.	▪ Rozważenie zastosowania formuły grantowej dla dystrybucji wsparcia kierowanego do tych kategorii podmiotów, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej. ▪ Premiowanie projektów partnerskich realizowanych przez podmioty szpitalne (świadczące usługi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i/lub „leczenia jednego dnia") w	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	dysponować wystarczającym potencjałem absorpcyjnym. (39-40, 42, 44, 46, 55, 57-58, 76-77, 130-131, 135, 149)		kooperacji z podmiotami podstawowej opieki zdrowotnej. ▪ Zapewnienie wsparcia merytorycznego dla podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku dystrybucji kierowanego do nich wsparcia w trybie konkursowym. Chodzi w tym przypadku nie tyle o zawężanie wsparcia merytorycznego do tej kategorii wnioskodawców, ale uwzględnienie ich niewielkiego doświadczenia i potencjału absorpcyjnego na etapie opracowywania różnego rodzaju instrukcji oraz przygotowywania agend szkoleń, czy tematyki webinarów dotyczących wsparcia				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			oferowanego w obszarze zdrowia.				
7.	Jednym z kluczowych czynników determinujących wsparcie w obszarze zdrowia w latach 2021-2027 będą ograniczenia dotyczące zasobów kadrowych podmiotów medycznych. (s. 72-73, 75-76)	Zniwelowanie – w miarę możliwości i z uwzględnieniem ograniczeń wynikających ze specyfiki projektów zorientowanych na wzmacnianie potencjału infrastrukturalnego i informatycznego podmiotów medycznych – skali problemu deficytów kadrowych dotyczących personelu medycznego.	▪ Wprowadzenie kryterium dotyczącego oceny, podejmowanych przez projektodawcę, działań dotyczących wzmocnienia potencjału kadrowego podmiotów korzystających ze wsparcia w zakresie wzmacniania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego. Kryterium dotyczyć będzie tego, czy beneficjent dysponuje odpowiednim potencjałem kadrowym do optymalnego wykorzystania zrealizowanej inwestycji, a jeśli nie – w jaki sposób ten potencjał zamierza zapewnić.	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			▪ Premiowanie projektów partnerskich zakładających uzupełnienie potencjałów kadrowych podmiotów tworzących partnerstwo. ▪ Wprowadzenie dla pracowników podmiotów medycznych realizujących działania w zakresie rozwijania potencjału infrastrukturalnego i informatycznego preferencji w korzystaniu z przewidzianego w FEP wsparcia dotyczącego podnoszenia kompetencji kadr systemu ochrony zdrowia (w tym kadr systemu ochrony zdrowia z państw trzecich oraz personelu administracyjnego) w celu podniesienia jakości i efektywności opieki nad pacjentem, w szczególności				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			w obszarze komunikacji interpersonalnej, znajomości systemów informatycznych, umiejętności organizacyjno-zarządczych. ▪ Rozwijanie w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" 2030 rozwiązań informatycznych dotyczących efektywnego zarządzania zasobami kadrowymi i automatyzacji wybranych usług e-zdrowia, np. wsparcia pre-diagnostycznego, czy monitorowania stanu zdrowia.				
8.	Ostateczne powodzenie wdrażania rozwiązań informatycznych w systemie ochrony zdrowia jest w dużym	Zapewnienie odpowiedniej responsywności ostatecznych użytkowników	Włączenie w zakres interwencji realizowanej w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-Zdrowie" 2030 działań związanych z:	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	stopnie zależne od faktycznego korzystania z nich przez użytkowników ostatecznych, w tym: pacjentów, wśród których rosnąć będzie udział osób w wieku senioralnym. (s. 134-136)	(pacjentów) w zakresie korzystania z rozwiązań informatycznych w ramach systemu ochrony zdrowia.	▪ upowszechnianiem funkcjonalności platformy regionalnej dostępnych dla pacjentów, ▪ zwiększaniem potencjału osób w wieku senioralnym w zakresie korzystania z funkcjonalności platformy regionalnej dostępnych dla pacjentów.				

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Spisy obiektów

Spis wykresów

Wykres 1. Zakres wsparcia w ramach projektów z PI 9a i Działania 13.2 41
Wykres 2. Rodzaj usług medycznych, których dotyczyły realizowane projekty 43
Wykres 3. Procedury medyczne, którym służy aparatura medyczna, sprzęt medyczny lub wyposażenie kupowane / modernizowane w ramach projektów 45
Wykres 4. Liczba sztuk kupowanej / modernizowanej specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia służącej realizacji poszczególnego rodzaju procedur medycznych 47
Wykres 5. Rodzaj chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone za pomocą kupowanej / modernizowanej aparatury, sprzętu lub wyposażenia 49
Wykres 6. Rodzaj obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi w ramach realizowanych projektów 55
Wykres 7. Liczba poszczególnego rodzaju obiektów poddawanych rozbudowie, przebudowie lub remontowi w ramach realizowanych projektów 56
Wykres 8. Rodzaj chorób według klasyfikacji ICD-10, które są diagnozowane lub leczone w rozbudowywanych, przebudowywanych, remontowanych obiektach 58
Wykres 9. Średnia ocenia stopnia dopasowania poszczególnych form wsparcia do potrzeb w zakresie rozwoju dostępności i jakości specjalistycznych usług zdrowotnych 69
Wykres 10. Efekty uzyskane w ramach projektów z PI 9a i Działania 13.1 70
Wykres 11. Stosowanie w projekcie rozwiązań mających na celu skoordynowanie zakresu specjalistycznych usług zdrowotnych 73
Wykres 12. Zakres działań realizowanych w ramach projektów Poddziałania 6.2.2 służących niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19 85
Wykres 13. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektach Poddziałania 6.2.2 służących niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19 86
Wykres 14. Stosowanie w projekcie ponadstandardowych udogodnień lub rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami 89
Wykres 15. Zakres wsparcia w ramach projektów z Działania 7.2 97
Wykres 16. Rodzaj sprzętu i oprogramowania zakupionego w ramach projektów 100
Wykres 17. Liczba sztuk sprzętu i oprogramowania z poszczególnych kategorii zakupionych w ramach projektów 101

Wykres 18. Rozwiązania wprowadzone w celu zapewnienia interoperacyjności wdrażanych w ramach projektów systemów e-zdrowia 105
Wykres 19. Ocena stopnia w jakim zakupiony sprzęt i oprogramowanie zaspokajają potrzeby placówek medycznych objętych wsparciem 110
Wykres 20. Efekty uzyskane w ramach projektów realizowanych w Działaniu 7.2 111
Wykres 21. Wprowadzenie w ramach projektów usług e-zdrowia skierowanych do pacjentów / mieszkańców 120
Wykres 22. Dostrzeganie systemów e-zdrowia, które obecnie wymagają udoskonalenia, aby lepiej spełniały swoje funkcje 122

SPIS TABEL

Tabela 1. Populacja i zrealizowana próba w badaniu Mixed-mode z beneficjentami 33
Tabela 2. Struktura projektów z Działań 7.1 i 13.2 36
Tabela 3. Stan realizacji wskaźników produktu w obszarze zdrowia w ramach PI 9a 78
Tabela 4. Stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 9a 80
Tabela 5. Stan realizacji wskaźników produktu w ramach PI 2c 124
Tabela 6. Stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 2c 124
Tabela 7. Tabela wniosków i rekomendacji 151

SPIS MAP

Mapa 1. Liczba projektów z Działań 7.1 i 13.2 realizowanych na terenie poszczególnych powiatów 39
Mapa 2. Liczba sztuk specjalistycznej aparatury medycznej, sprzętu medycznego lub wyposażenia kupowanego / modernizowanego w ramach projektów w poszczególnych powiatach (szt.) 51
Mapa 3. Liczba zakupionego w projektach Działania 7.1 sprzętu medycznego, innego niż aparaty do oznaczania koronowirusa i respiratory [szt.] 52
Mapa 4. Liczba zakupionych w projektach Działania 7.1 tomografów komputerowych [szt.] 53
Mapa 5. Liczba zakupionych w ramach projektów Działania 7.1 aparatów do wykonywania rezonansu magnetycznego 54
Mapa 6. Deklarowana przez beneficjentów liczba obiektów wybudowanych / zmodernizowanych w wyniku realizacji projektów w poszczególnych powiatach (szt.) 62
Mapa 7. Liczba utworzonych w projektach Działania 7.1 bloków operacyjnych [szt.] 63
Mapa 8. Liczba projektów z Działania 7.2 realizowanych na terenie poszczególnych powiatów 95

Mapa 9. Liczba zakupionego w projektach Działania 7.2 sprzętu komputerowego 103
Mapa 10. Liczba zakupionych w projektach Działania 7.2 licencji na oprogramowanie [szt.] 104