

Invent. Grupa Doradztwa i Treningu Sp. z o.o.

*Ocena osiągnięcia rezultatów 5 wybranych projektów
w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach
Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem
Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego
Mechanizmu Finansowego*

Raport z badania ewaluacyjnego

Badanie ewaluacyjne jest współfinansowane ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego w ramach Funduszu Pomocy Technicznej.

Opracował zespół w składzie: Krzysztof Brosz, Marcin Chludziński,
Andrzej Domański, Magdalena Bojarska
2010-12-22

Zawartość:

1. Streszczenie raportu (Report summary).....	3
2. Zakres i przebieg ewaluacji.....	10
2.1. Zakres i cel ewaluacji.....	10
2.2. Metodologia zastosowana w badaniu.....	14
2.2.1. Narzędzia zaplanowane i wykorzystane w badaniu.....	14
2.2.2. Główne wyzwania w trakcie realizacji badań – uwagi metodologiczne.....	21
3. Opis wyników badania.....	23
3.1. Ocena postępów osiągania wskaźników celów i rezultatów w realizowanych projektach. .	23
3.1.1. Stosowanie wskaźników do mierzenia zakładanych celów i rezultatów w Mechanizmie Finansowym EOG i Norweskim Mechanizmie Finansowym.....	23
3.1.2. Poziom osiągnięcia wskaźników rezultatów – stan na grudzień 2010r.....	26
3.1.3. Poziom osiągnięcia wskaźników celów bezpośrednich – stan na grudzień 2010r.....	34
3.1.4. Problemy i bariery w osiąganiu założonych wskaźników.....	40
3.1.5. Czynniki wpływające na efektywność zaplanowanych działań.....	51
3.1.6. Ocena trwałości osiąganych celów i rezultatów w projektach.....	52
3.2. Wpływ realizowanych interwencji na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych.....	53
3.2.1. Realizowane projekty profilaktyczne w opinii beneficjentów ostatecznych.....	53
3.2.2. Efekty udziału w programach beneficjentów ostatecznych.....	56
3.2.3. Ocena wpływu projektów na beneficjentów projektów w opinii realizatorów projektów.....	56
3.3. Wpływ realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej.....	58
3.3.1. Ocena wpływu realizowanych projektów na stan zdrowia społeczności lokalnej.....	58
3.3.2. Czynniki wpływające na skuteczną realizację programów profilaktycznych.....	59
3.4. Wnioski badawcze związane z systemem zarządzania i wdrażania Programu.....	59
3.4.1. Perspektywa beneficjentów.....	59
3.4.2. Perspektywa pracowników Instytucji Pośredniczącej oraz Instytucji Wspomagającej..	61
4. Wnioski i rekomendacje.....	63
5. Wykaz skrótów stosowanych w Raporcie	82
6. Spis tabel	83
7. Aneksy	84

I. Streszczenie raportu (Report summary).

Celem badania ewaluacyjnego pt. „Ocena osiągnięcia rezultatów 5 wybranych projektów w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego” była analiza możliwości osiągnięcia założonych wskaźników i rezultatów wybranych projektów w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach I (2005), II (2007) naboru projektów w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Ponadto celem ewaluacji była ocena wpływu realizowanych projektów na beneficjentów ostatecznych programów profilaktycznych oraz wpływu przeprowadzonych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych. Cel badania został podzielony na trzy obszary problemowe, nazwane w metodologii celami szczegółowymi.

Cele szczegółowe badania obejmują:

- a) Ocenę postępów w realizowanych projektach w zakresie osiąganych wskaźników i rezultatów działań;
- b) Określenie i ocenę wpływu realizowanych działań na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych;
- c) Ocenę wpływu realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych, w których prowadzony jest projekt.

Powyższe cele wynikały z założeń badania określonych przez Zamawiającego badanie. Wykonawca w trakcie prac nad metodologią badania zaproponował dodatkowy obszar badawczy związany z systemem zarządzania i wdrażania Programu.

Realizacja przedmiotowego badania ewaluacyjnego wynika z potrzeby dokonania oceny i podsumowania efektów wdrażania projektów w obszarze profilaktyki w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Wyniki ewaluacji miały w zamierzeniu dostarczyć instytucji zlecającej badanie niezbędnych informacji na temat efektów realizacji wybranych projektów, a także umożliwić oszacowanie wpływu ich realizacji na osiągnięcie celów określonych w Programie Operacyjnym.

Do badania wytypowano pięć projektów realizowanych lub zrealizowanych w obszarach: profilaktyka i programy wczesnego wykrywania chorób zakaźnych i stomatologicznych, profilaktyka nowotworowa oraz poprawa opieki perinatalnej. Analizowanymi projektami były: projekt nr PL006I „Program wczesnego wykrywania nowotworów piersi na Podbeskidziu” realizowany przez Beskidzkie Centrum Onkologii; projekt nr PL0374 „Program profilaktyczny chorób płuc i gruźlicy szansą na zdrowe społeczeństwo Podlasia” realizowany przez Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku; projekt nr PL0377 „Zdrowa matka i dziecko – poprawa opieki perinatalnej – edukacja, profilaktyka, diagnostyka, leczenie w oparciu o nowoczesne oddziały neonatologii i położnictwa w powiecie łębarskim” realizowany przez Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku; projekt nr PL038I „Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży z terenu miasta Gorzowa Wielkopolskiego” realizowany przez

Urząd Miasta Gorzowa Wlkp.; projekt nr PL0492 „Podwyższenie standardów leczenia dzieci i pobytu matki i dziecka w Szpitalu w Wieluniu” realizowany przez Starostwo Powiatowe w Wieluniu.

Osiągnięcie celu głównego badania oraz celów szczegółowych zostało podporządkowane próbie odpowiedzi na postawione pytania badawcze, którymi były:

Strona | 4

- w zakresie problemu badawczego *Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań*: Czy osiągnięto już wszystkie zakładane wskaźniki? Jeżeli nie osiągnięto zakładanych wskaźników, czy jest szansa osiągnięcia ich do czasu zakończenia projektu? Jeżeli wskaźniki nie zostały osiągnięte, jakie czynniki wpłynęły na taką sytuację? Czy osiągnięto już wszystkie zakładane rezultaty? Jeżeli nie osiągnięto zakładanych rezultatów, czy jest szansa osiągnięcia ich do czasu zakończenia projektu? Jeżeli rezultaty nie zostały osiągnięte, jakie czynniki wpłynęły na taką sytuację? Czy i w jakim stopniu projekty umożliwiają wykorzystanie wiedzy i doświadczenia oraz inicjatywy różnych podmiotów dla poprawy zdrowia społeczności lokalnej (współdziałanie i partnerstwo w projektach)? Jak można ocenić trwałość wypracowanych/wypracowywanych w projektach rozwiązań w konkretnym otoczeniu instytucjonalnym, społecznym, gospodarczym?

- w zakresie problemu badawczego *Określenie i ocena wpływu realizowanych działań na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych*: Czy realizacja projektu ma bezpośredni wpływ na osoby objęte programami profilaktycznymi? Jeżeli tak, w jaki sposób się to przejawia? Czy w przypadku braku takich programów, beneficjenci ostateczni sami zgłosiliby się na podobne badania? Czy realizacja projektu wpłynęła na wcześniejsze diagnozowanie stanów chorobowych? Czy udzielane wsparcie odpowiada potrzebom grup docelowych? Jaki rodzaj i formy udzielanego wsparcia są najbardziej użyteczne i dlaczego, a jakie najmniej i dlaczego? Czy, a jeśli tak to jakich, narzędzi używają realizatorzy projektów do badania wpływu na odbiorców swoich działań?

- w zakresie problemu badawczego *Ocena wpływu realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych, w których prowadzony jest projekt*: Czy realizacja projektu wpłynęła na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej? Jeżeli tak, to w jaki sposób przejawia się ten wpływ? Jak brak realizacji projektów wpłynąłby na stan zdrowia społeczności lokalnej? Czy planowaniu/projektowaniu nowych projektów tego typu towarzyszy (po stronie wnioskodawców) badanie/analiza zapotrzebowania na interwencje planowane w projekcie?

W metodologii badania ewaluacyjnego przewidziano i wykorzystano następujące narzędzia i metody badawcze:

- d) Analiza danych zastanych;
- e) Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z pracownikami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (Instytucja Pośrednicząca) – 5 wywiadów;
- f) Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z pracownikami Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Instytucja Wspomagająca) – 7 wywiadów;
- g) Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z przedstawicielami beneficjentów instytucjonalnych 5 wybranych projektów – 10 wywiadów;
- h) Ankieta internetowa (CAWI) z osobami zaangażowanymi w realizację projektów – 23 ankiety;
- i) Ankieta telefoniczna (CATI) z beneficjentami ostatecznymi projektów – 104 ankiety;
- j) Panel ekspertów składający się z przedstawicieli realizatorów projektów, instytucji wdrażających projekty oraz niezależnych ekspertów, w czasie którego zweryfikowano

wstępne wnioski i rekomendacje powstałe w wyniku analizy zebranych w czasie ewaluacji danych.

Na podstawie przeprowadzonych badań i zebranych w ich wyniku danych udało się odpowiedzieć na większość postawionych pytań badawczych. Ze względu na moment, w którym realizowano badanie, można bez większego problemu udzielić wszystkich odpowiedzi na pytania w zakresie *Oceny postępów w realizowanych projektach w zakresie osiąganych wskaźników i rezultatów działań*. Większe trudności pojawiły się w przypadku dwóch pozostałych obszarów badawczych, dotyczących wpływu realizowanych projektów na beneficjentów ostatecznych oraz dotyczących oceny wpływu realizowanych projektów na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych. Trudności te wynikają z dwóch podstawowych problemów. Pierwszym z nich jest czas przeprowadzenia badania. Programy profilaktyczne z definicji polegają na przeciwdziałaniu chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. W analizowanych przypadkach zdecydowana większość działań podejmowana była w latach 2009-2010, tak więc wymierne efekty przeprowadzonych działań możliwe będą do zbadania dopiero w przyszłości. Drugim problemem jest brak odpowiednich narzędzi do monitorowania wpływu realizowanych programów na zdrowie społeczności lokalnych. Jak pokazało badanie, Beneficjenci praktycznie nie używają narzędzi, które pozwalałyby im rzetelnie mierzyć efekty wpływu podejmowanych działań na zdrowie społeczności lokalnych w dłuższej perspektywie czasowej. Skuteczność realizowanych programów profilaktycznych zależy w dużym stopniu od czasu, w którym są realizowane (im dłuży czas wdrażania programu, tym większe szanse na pozytywny wpływ programu na zdrowie społeczności lokalnej). W przypadku projektów wdrażanych w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego ich realizacja miała charakter „akcyjny”. Powstaje więc pytanie, czy nawet w perspektywie kilkuletniej będzie możliwe zmierzenie tego wpływu. Jest to pytanie o tyleż zasadne, że tak jak wspomniano o tym wyżej, realizatorzy projektów poza gromadzeniem dokumentacji medycznej, nie stosują narzędzi do monitorowania efektów wpływu projektów na zdrowie lokalnych społeczności czy też grup docelowych projektu.

W odniesieniu do celu głównego badania należy stwierdzić, że możliwości osiągnięcia założonych wskaźników i rezultatów wybranych projektów są relatywnie duże. Przypadki, w których występuje zagrożenie nieosiągnięcia wskaźnika (oraz takie, w przypadku których nieosiągnięcie wskaźnika jest pewne), są bardzo nieliczne. Jakkolwiek problemy z osiągnięciem niektórych wskaźników nie mają wpływu na nieosiągnięcie zakładanych w projektach rezultatów. Nieosiągnięcie wskaźników wynika najczęściej z błędów metodologicznych, bądź jest efektem niewłaściwego oszacowania ich wartości na etapie planowania projektu. Są to więc problemy, na które należy zwrócić baczniejszą uwagę w przyszłości, aczkolwiek nie decydują one o niepowodzeniu danego programu profilaktycznego.

W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzić należy, że niejako pierwotnym problemem dotyczącym osiągania wskaźników jest problem ze zrozumieniem logiki projektowej przez Wnioskodawców, a potem Beneficjentów. Przejawem tego jest nieadekwatny dobór wskaźników do poszczególnych rodzajów celów projektów. Wynika to niewątpliwie również z braku doświadczenia w przygotowywaniu i realizacji projektów współfinansowanych ze środków europejskich. W konsekwencji brak doświadczenia w tej materii przekłada się na nieumiejętność w formułowaniu wskaźników.

Odrębnym problemem zidentyfikowanym w wyniku przeprowadzonego badania jest stosowanie przez Beneficjentów wskaźników dotyczących wykrywalności jednostek chorobowych wśród grupy docelowej projektu. W opinii autorów niniejszego Raportu nie powinno się uzależniać pozytywnego rozliczenia projektu od osiągnięcia zakładanej na etapie planowania wartości tego typu wskaźnika. Gromadzone w ten sposób dane powinny służyć jedynie do oceny zasadności stosowania danego programu profilaktycznego w przyszłości.

Bardzo ważnym czynnikiem, który wpłynął na większość badanych projektów (na możliwość osiągnięcia zakładanych wartości wskaźnika, efektywność prowadzonych programów profilaktycznych, sprawną ich realizację), była długotrwała procedura oceny wniosków. W konsekwencji Beneficjenci często w momencie realizacji wniosku mieli do czynienia z okolicznościami, których nie byli w stanie przewidzieć na etapie planowania projektu.

Nie powinno więc bardzo dziwić, że w większości projektów problemy, które pojawiły się w czasie realizacji i wpłynęły na możliwość osiągnięcia zakładanych wskaźników, nie zostały przewidziane w analizie ryzyk. Niezależnie jednak od długotrwałej procedury oceny wniosków, można odnieść wrażenie, że ten punkt wniosków był zazwyczaj przez Wnioskodawców bagatelizowany. We wnioskach nie przewidywano też realnych narzędzi naprawczych adekwatnych do potencjalnych ryzyk.

Ewaluacja pokazała, że sprawniej organizacyjnie, elastyczniej oraz skuteczniej realizowane są projekty, w których realizatorem są jednostki samorządu terytorialnego (jst). Działo się tak z co najmniej dwóch powodów:

- jst mają większe możliwości kadrowe, które można wykorzystać do zarządzania projektem (np. do przeprowadzania akcji informacyjnych) oraz mają większe doświadczenie w realizacji projektów grantowych;
- jst mają większe możliwości dotarcia do beneficjentów ostatecznych (poprzez szkoły, urzędy gminy, działające w nich biura edukacji, etc.). Za politykę zdrowotną na danym terenie odpowiada jst, a nie np. pojedynczy szpital. Daje to większe możliwości efektywnej realizacji programów profilaktycznych.

Projekty realizowane bez mniej lub bardziej formalnej współpracy z jst miały w większości różnego rodzaju problemy z dotarciem do grup docelowych, do których kierowany był program profilaktyczny. Barięą jest ciągle duża niechęć i mała otwartość społeczeństwa na programy profilaktyczne. Jest to problem podkreślany przez wszystkich realizatorów projektów. Osoby merytorycznie zaangażowane w realizację projektów (przede wszystkim lekarze oraz technicy medyczni) wśród czynników, które najbardziej przyczyniają się do powodzenia programu profilaktycznego, najczęściej wymieniały „dobrą kampanię informacyjno-edukacyjną” jako odpowiedź na niską społeczną świadomość konieczności dbania o swoje zdrowie.

Report summary

In November and December 2010 we conducted an evaluation regarding the degree to which goals and results of 5 selected projects have been reached. We evaluated projects that were subject to financing from EEA and Norwegian Financial Mechanisms. Evaluated projects were selected for financing in the 1st and 2nd round respectively. In addition, our research was aimed at assessing the influence of implemented projects on general health of local communities. We investigated these projects according to the following detailed objectives:

Strona | 7

- a) Assessment of the degree to which projects reach their results and objectives
- b) Definition and assessment of the influence of selected projects on the participants
- c) Assessment of the influence of selected projects on general health of local communities

Beside the abovementioned goals of our research we suggested to include in the evaluation the procedures and management of the selected projects.

The Ministry of Health selected five projects to be evaluated:

PL 0061: Early breast cancer detection programme in the Podbeskidzie region

PL 0377: Healthy mother and child – better perinatal care

PL 0374: Tuberculosis and lungs preventive care – a chance for healthy society of the Podlasie region

PL 0381: Dental preventive care for children in Gorzow Wielkopolski

PL 0492: Better standards of child and mother care in the Hospital of Wielun

When conducting our research we tried to answer the following research questions, categorized accordingly to the abovementioned objectives:

- a) Assessment of the degree to which projects reach their results and objectives: *Have all of the defined indicators been achieved? If not, is there a chance that they will be achieved before the project closing? What factors caused that these indicators have not been achieved? Have all of the defined results been achieved? If not, is there a chance that they will be achieved before the project closing? What factors caused that these results have not been achieved? To what degree the results of the projects allow to transfer knowledge and experience to local communities? What is the lasting potential of the results?*
- b) Definition and assessment of the influence of selected projects on the participants: *Did the projects have direct impact on participants? If so, how this impact may be described? Would the participants have taken part in such preventive care procedures, if the selected projects had not have been implemented? Did the implementation of the projects cause earlier diagnosis of targeted diseases? What kind of actions undertaken within the projects were most effective and efficient and why? Did institutions implementing the projects monitor the influence on participants?*
- c) Assessment of the influence of selected projects on general health of local communities: *Did the projects implementation influence on general health of the local communities? If yes, what kind of influence was that? What would be the effect on local communities and their general health if the projects had not have been implemented? If further actions are planned, are they justified by in depth research of the needs amongst the members of local communities?*

The abovementioned research goals and questions were evaluated with following methods and research tools:

- a) Data analysis
- b) Individual interviews with employees of the European Funds Department in Ministry of Health – 5 interviews
- c) Individual interviews with employees of Bureau for international programs in health care – 7 interviews
- d) Individual interviews with employees of implementing institutions – 10 interviews
- e) Online questionnaire (CAWI) with employees of implementing institutions – 21 questionnaires
- f) Computer assisted telephone interview (CATI) with participants of the selected projects – 104 questionnaires
- g) Experts workshop with representatives of implementing institutions, supervising institutions and independent experts

Strona | 8

Based on our research we were able to answer most of the research questions. Relatively simple was to answer questions concerning the degree of projects implementation and the degree to which the results are achieved. However, we faced greater problems when investigating the influence of the projects on participants and local communities. The first obstacle is the timing of our research. Most of the investigated projects were implemented in 2009-2010. Their real influence will be fully known in 2 or more years. The second problem is the lack of appropriate research and monitoring tools. Institutions implementing selected projects were not prepared to measure long lasting influence on general health. Their projects were more “one-time actions” than strategic projects. We doubt that this long time influence can ever be investigated.

According to the main subject of our research, we admit that the chance to reach all of the planned results is quite big. There are some insignificant cases that the results and indicators will not be reached. Additionally, some indicators could not be reached not because they were ignored or the project were mismanaged but because these indicators were planned in the wrong way. This is the problem that is to be solved in future programs by the institutions selecting projects for financing – they will have to investigate methodological correctness more closely. This problem is related to important weaknesses in project management knowledge and skills. We assess that this is one of the main deficits in implementing institutions. They have the difficulty to correctly plan and structure their systemic actions. This is followed by limited possibilities to monitor and evaluate projects when they are implemented.

On the other hand we assess that the indicators connected to a number (or percentage) of diseases diagnosed in the target population should not determine the success or failure of the project. Such logic would promote projects amongst generally weaker communities or aimed at popular diseases.

Moreover, the delay of the procedure of selecting and contracting projects had an important influence on the degree to which results were achieved. Most of the implementing institutions were able to start their actions over a year later than they initially planned. That is why most of the risks that eventually influenced the way the objectives were achieved were not investigated properly. On the other hand, we did not discover any professional approach to problem solving and risk management.

Our research indicated that much easier and more effective were projects implemented by the local governments. We should point out at least following reasons:

- a) Local governments have much greater and stable human resources. This staff is also much more experienced in project implementation
- b) Due to their relation with other local institutions, local governments have greater possibilities to reach their participants, contact and monitor them

Strona | 9

On the other hand, projects implemented without the support of the local government faced numerous problems with contacting with potential participants. It is important especially in the context of low awareness of health issues and general reluctance to preventive diagnosis programs. This issue has been underlined by all experts and projects employees. As a response they point out “good informational campaign”.

2. Zakres i przebieg ewaluacji.

2.1. Zakres i cel ewaluacji.

Celem badania ewaluacyjnego pt. „Ocena osiągnięcia rezultatów 5 wybranych projektów w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego” (używamy skrótu MF) była analiza możliwości osiągnięcia założonych wskaźników i rezultatów wybranych projektów w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach I (2005), II (2007) naboru projektów w ramach wyżej wymienionych Mechanizmów. Ponadto celem ewaluacji była ocena wpływu realizowanych projektów na beneficjentów ostatecznych programów profilaktycznych oraz wpływ przeprowadzonych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych. Cel badania został podzielony na trzy obszary problemowe, nazwane w metodologii celami szczegółowymi.

Strona | 10

Cele szczegółowe badania obejmują:

- a) Ocenę postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań;
- b) Określenie i ocenę wpływu realizowanych działań na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych;
- c) Ocenę wpływu realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych, w których prowadzony jest projekt;

Powyższe cele wynikały z założeń badania określonych przez Zamawiającego. Wykonawca w trakcie prac nad metodologią badania zaproponował dodatkowy obszar badawczy związany z systemem zarządzania i wdrażania Programu.

Realizacja niniejszego badania ewaluacyjnego wynika z potrzeby dokonania oceny i podsumowania efektów wdrażania projektów w obszarze profilaktyki w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Wyniki ewaluacji miały w zamierzeniu dostarczyć instytucji zlecającej badanie niezbędnych informacji na temat efektów realizacji wybranych projektów, a także umożliwić oszacowanie wpływu ich realizacji na osiągnięcie celów określonych w Programie Operacyjnym.

Do badania wytypowano **pięć projektów** realizowanych w obszarach: profilaktyka i programy wczesnego wykrywania chorób zakaźnych i stomatologicznych, profilaktyka nowotworowa oraz poprawa opieki perinatalnej.

Tabela 1. Projekty profilaktyczne realizowane w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego objęte badaniem.

L. p.	Nr projektu	Tytuł	Beneficjent (realizator)	Opis projektu
1	PL0061	Program wczesnego wykrywania nowotworów piersi na Podbeskidziu.	Beskidzkie Centrum Onkologii	Projekt ma na celu zwiększenie wśród kobiet świadomości potrzeby profilaktyki i zaszczepienie nawyku cyklicznego poddawania się badaniom mammograficznym. Program ma przyczynić się do obniżenia wskaźnika umieralności z powodu nowotworów piersi. Projekt przewidywał min.: zakup aparatury medycznej, wdrożenie na Podbeskidziu przesiewowych badań mammograficznych, które pozwolą na wykrycie nawet bardzo wczesnych postaci choroby. Założono, że z badań skorzysta ok. 24 000 kobiet w wieku od 40 roku życia z terenu trzech powiatów: bielskiego, żywieckiego i cieszyńskiego.
2	PL0374	Program Profilaktyczny chorób płuc i gruźlicy szansą na zdrowe społeczeństwo Podlasia.	Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku	Celem Projektu jest poprawa jakości i dostępności usług zdrowotnych w Województwie Podlaskim poprzez wdrożenie zintegrowanego programu profilaktyki i leczenia gruźlicy oraz chorób płuc. Celem ogólnym jest poprawa wykrywalności i efektywnego leczenia gruźlicy i innych chorób płuc w regionie. W ramach projektu zaplanowano m.in.: wdrożenie programu profilaktycznego wykrywania gruźlicy i innych chorób płuc oraz zakup ambulansu z zainstalowanym niezbędnym wyposażeniem medycznym.
3	PL0377	Zdrowa matka i dziecko - poprawa opieki perinatalnej - edukacja, profilaktyka,	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku	Celem projektu jest poprawa opieki prenatalnej poprzez wczesną identyfikację wystąpienia wad wrodzonych oraz chorób genetycznych u płodu. Celem ogólnym projektu jest zmniejszenie umieralności płodów oraz ochrona zdrowia kobiet ciężarnych i noworodków na terenie powiatu

		diagnostyka, leczenie w oparciu o nowoczesne oddziały neonatologii i położnictwa w powiecie łębarskim.		łębarskiego. W ramach projektu zaplanowano wdrożenie programu profilaktyki składającego się z następujących dwóch części: badania prenatalne kobiet ciężarnych w zakresie wykrywania wad wrodzonych takich jak zespół Downa, badania przesiewowe noworodków w kierunku wykrywania wad wrodzonych centralnego układu nerwowego lub nieprawidłowości narządów wewnętrznych, rekonstrukcja Oddziału Położnictwa, Patologii Ciąży i Ginekologii oraz prace na Oddziale Neonatologii.
4	PL0381	Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży z terenu miasta Gorzowa Wielkopolskiego.	Miasto Gorzów Wielkopolski	Celem projektu jest poprawa stanu uzębienia dzieci i młodzieży z terenu Gorzowa Wielkopolskiego poprzez wdrożenie programu profilaktyki stomatologicznej w zakresie dostosowanym do przedziału wiekowego grup celowych programu. W projekcie zaplanowano m.in.: organizację i przeprowadzenie szkoleń dla 80 dentystów i koordynatorów (nauczycieli i opiekunów), objęcie programem profilaktycznym lakierowania i lakowania zębów ok. 19 tysięcy uczniów, w tym niepełnosprawnych, pobierających naukę w szkołach oraz dzieci objętych rocznym przygotowaniem przedszkolnym z Gorzowa Wielkopolskiego.
5	PL0492	Podwyższenie standardów leczenia dzieci i pobytu matki i dziecka w szpitalu w Wieluniu.	Starostwo Powiatowe w Wieluniu	Celem projektu jest podwyższenie standardów leczenia dziecka i pobytu matki i dziecka w szpitalu oraz przeprowadzenie programów profilaktycznych dysplazji stawów biodrowych i wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci, a w efekcie poprawa stanu zdrowotnego dzieci na terenie powiatu. W projekcie zaplanowano m.in.: przeprowadzenie prac budowlanych, mających na celu zwiększenie liczby sal chorych z obecnych trzech do dziewięciu przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby łóżek w poszczególnych salach, wdrożenie programu profilaktycznego – dysplazja stawów biodrowych u dzieci i niemowląt, wdrożenie programu profilaktycznego - wady postawy u dzieci.

Postawione problemy badawcze (cele szczegółowe) zostały przeanalizowane w czasie badania metodami ilościowymi i jakościowymi w procesie zbierania opinii respondentów instytucjonalnych i indywidualnych na następujące pytania ewaluacyjne:

Tabela 2. Zestawienie pytań i kryteriów badawczych.

Pytania ewaluacyjne
Problem badawczy I a.: Ocena postępów w osiągnięciu wskaźników Czy osiągnięto już wszystkie zakładane wskaźniki? Jeżeli nie osiągnięto zakładanych wskaźników, czy jest szansa osiągnięcia ich do czasu zakończenia projektu? Jeżeli wskaźniki nie zostały osiągnięte, jakie czynniki wpłynęły na taką sytuację?
Problem badawczy I b.: Ocena postępów w osiągnięciu rezultatów Czy osiągnięto już wszystkie zakładane rezultaty? Jeżeli nie osiągnięto zakładanych rezultatów, czy jest szansa osiągnięcia ich do czasu zakończenia projektu? Jeżeli rezultaty nie zostały osiągnięte, jakie czynniki wpłynęły na taką sytuację? Czy i w jakim stopniu projekty umożliwiają wykorzystanie wiedzy i doświadczenia oraz inicjatywy różnych podmiotów dla poprawy zdrowia społeczności lokalnej (współdziałanie i partnerstwo w projektach)? Jak można ocenić trwałość wypracowanych/wypracowywanych w projektach rozwiązań w konkretnym otoczeniu instytucjonalnym, społecznym, gospodarczym?
Problem badawczy 2: Wpływ realizowanych interwencji na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych Czy realizacja projektu ma bezpośredni wpływ na osoby objęte programami profilaktycznymi? Jeżeli tak, w jaki sposób się to przejawia? Czy w przypadku braku takich programów, beneficjenci ostateczni sami zgłosiliby się na podobne badania? Czy realizacja projektu wpłynęła na wcześniejsze diagnozowanie stanów chorobowych? Czy udzielane wsparcie odpowiada potrzebom grup docelowych? Jaki rodzaj i formy udzielanego wsparcia są najbardziej użyteczne i dlaczego, a jakie najmniej i dlaczego?

Czy, a jeśli tak to jakich, narzędzi używają realizatorzy projektów do badania wpływu na odbiorców swoich działań?

Problem badawczy 3:

Wpływ realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej

Strona | 14

Czy realizacja projektu wpłynęła na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej? Jeżeli tak, to w jaki sposób przejawia się ten wpływ?

Jak brak realizacji projektów wpłynąłby na stan zdrowia społeczności lokalnej?

Czy planowaniu/projektowaniu nowych projektów tego typu towarzyszy (po stronie wnioskodawców) badanie/analiza zapotrzebowania na interwencje planowane w projekcie?

2.2. Metodologia zastosowana w badaniu.

2.2.1. Narzędzia zaplanowane i wykorzystane w badaniu.

W metodologii badania uzgodnionej między Zlecającym i Wykonawcą ewaluacji przewidziano następujące narzędzia i metody badawcze, których użyto podczas prowadzenia prac ewaluacyjnych:

- a) Analiza danych zastanych;
- b) Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z pracownikami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (Instytucja Pośrednicząca – używany skrót DFE);
- c) Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z pracownikami Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Instytucja Wspomagająca – używany skrót BPZ);
- d) Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z przedstawicielami beneficjentów instytucjonalnych 5 wybranych projektów;
- e) Ankieta internetowa (CAWI) z osobami zaangażowanymi w realizację projektów;
- f) Ankieta telefoniczna (CATI) z beneficjentami ostatecznymi projektów (uczestnikami badań);
- g) Panel ekspertów.

Analiza danych zastanych.

Zgodnie z metodologią przyjętą dla badania, analiza danych zastanych została przeprowadzona w pierwszej kolejności. Wszystkie dokumenty poddane analizie można podzielić ze względu na ich typ, rodzaj i celowość analityczną. Do pierwszej grupy zaliczyliśmy dokumenty, które były podstawą do dogłębnego zapoznania się ze specyfiką funkcjonowania Programu (Priorytet Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego). Analizowane dokumenty służyły zespołowi badawczemu do zapoznania się z regulaminami, wytycznymi, instrukcjami i warunkami funkcjonowania Programu oraz zasadami realizacji projektów w jego ramach. Do tej grupy dokumentów zaliczyliśmy:

- a) Memorandum of Understanding wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG;
- b) Memorandum of Understanding wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego;
- c) Program Operacyjny dla wykorzystania środków finansowych w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego, wersja ostateczna z 22 czerwca 2007r.;
- d) Zasady i procedury wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG 2004-2009, styczeń 2007r.;

Raport z badania ewaluacyjnego pt. *Ocena osiągnięcia rezultatów 5 wybranych projektów w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego*

- e) Zasady i Procedury wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG 2004-2009 przyjęte przez Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych zgodnie z umową dotyczącą Norweskiego Mechanizmu Finansowego z dnia 14.10.2003r. zawartą pomiędzy Królestwem Norwegii a Wspólnotą Europejską (2005r.);
- f) Wzór umowy pomiędzy Instytucją Pośredniczącą a beneficjentem o dofinansowanie projektu ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i/lub Norweskiego Mechanizmu Finansowego – nowa;
- g) Warunki umowy dla pojedynczych projektów dofinansowanych w ramach Mechanizmu Finansowego EOG i/lub Norweskiego Mechanizmu Finansowego wskazanych w Liście z Ofertą Pomocy (GOL – Grant Offer Letter);
- h) System monitorowania Programu Operacyjnego Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego z 25 stycznia 2008r.;
- i) Wytyczne dla Państwa-Beneficjenta w sprawie raportowania i monitorowania - wersja z 10 listopada 2005r.;
- j) Informacja i promocja Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego - wersja z 14 listopada 2005r.;
- k) Przykłady wskaźników dla obszarów priorytetowych;
- l) Szczegółowe warunki dotyczące kwalifikowalności wydatków - wersja z maja 2006r.;
- m) Wytyczne w sprawie wydatkowania - wersja z 14 listopada 2005r.;
- n) Wytyczne w sprawie projektów generujących przychody - wersja z listopada 2005r.;
- o) Analiza kosztów i korzyści projektów inwestycyjnych - Przewodnik (Fundusz Strukturalny - ERDF, Fundusz Spójności oraz ISPA) - opracowany przez Jednostkę Oceny Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej Komisji Europejskiej.

Drugą grupę dokumentów stanowiły materiały bezpośrednio związane z przygotowaniem i realizacją projektów przez beneficjentów. Do tej grupy dokumentów zaliczyliśmy między innymi wnioski aplikacyjne, plany wdrażania projektów, sprawozdania kwartalne i roczne oraz wnioski o płatność 5 projektów poddanych ewaluacji w ramach niniejszego badania. Na podstawie tych materiałów zespół badawczy zapoznawał się szczegółowo z badanymi projektami. Z dokumentów tych czerpaliśmy informacje poddawane analizie w kontekście osiągania wskaźników (celów i rezultatów) przez beneficjentów, zgłaszanych przez nich problemów w trakcie realizacji projektów. Analizie zostały również poddane opisy realizacji projektów powstałe na etapie przygotowania przez beneficjentów wniosków aplikacyjnych w kontekście rzeczywistej realizacji projektów. Do tej grupy dokumentów zaliczyliśmy:

- a) Wzór planu wdrażania Projektu z instrukcją wypełniania oraz aneksem z kwietnia 2008r.;
- b) Procedurę rozliczania zaliczki;
- c) Wzór wniosku o płatność dla pojedynczych projektów (wersja polska) oraz instrukcję wypełniania z aneksem z kwietnia 2008r.;
- d) Wzór sprawozdania kwartalnego i rocznego z realizacji projektu;
- e) Wzór sprawozdania końcowego z instrukcją wypełniania oraz aneksem do instrukcji w języku polskim;
- f) Wnioski aplikacyjne projektów (5 badanych projektów);
- g) Plany wdrażania projektów (5 badanych projektów);
- h) Sprawozdania kwartalne i roczne (5 badanych projektów);
- i) Wnioski o płatność (5 badanych projektów).

Ostatnią grupę dokumentów, którą poddano analizie, były różnego rodzaju opracowania i dane statystyczne z zakresu opieki zdrowotnej. Były to źródła statystyczne związane ze stanem zdrowia społeczeństwa w poszczególnych regionach kraju oraz z innymi programami profilaktycznymi realizowanymi w kraju. W ramach tej grupy dokumentów przeanalizowano:

Strona | 16

- a) Mały Rocznik Statystyczny Polski 2005-2010, Główny Urząd Statystyczny;
- b) Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 roku, Główny Urząd Statystyczny;
- c) Statystyki zachorowalności potwierdzone diagnozą medyczną zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych. Ośrodek Statystyki Zdrowia, Urząd Statystyczny w Krakowie;
- d) Biuletyny statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z lat 2005-2009;
- e) Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015;
- f) Wykazy programów profilaktycznych rekomendowanych przez wojewódzkie kuratoria oświaty;
- g) Programy profilaktyki zdrowotnej rekomendowane przez oddziały regionalne Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analizę danych zastanych zrealizowano w okresie 10 listopada – 23 listopada 2010r.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z pracownikami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (Instytucja Pośrednicząca).

Do wywiadów indywidualnych z pracownikami Instytucji Pośredniczącej wytypowano 5 osób. Rozmówcami były osoby merytorycznie zaangażowane w programowanie i monitoring realizacji celów priorytetu *Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem*. Osoby zostały wskazane przez Zamawiającego z uwagi na ich pośredni i bezpośredni udział w systemie wdrażania wybranych projektów. Osoby te dysponują doświadczeniem i opiniami na temat całego systemu wdrażania priorytetu 5 MF:

- a) Pan Michał Kępowicz – Dyrektor Departamentu w MZ;
- b) Pani Aleksandra Siemianowska – Naczelnik Wydziału Strategii i Programów Pomocowych, Opiekun projektów: nr PL0377 oraz nr PL0381;
- c) Pani Justyna Wajrach – Opiekun projektów nr PL0374 oraz nr PL0492;
- d) Pani Ewelina Wiszniewska – Opiekun projektów nieobjętych badaniem;
- e) Pani Katarzyna Zbrojkiewicz-Zamęcka - Opiekun projektu nr PL0061.

Wywiady przeprowadzono w dniach 29 listopada – 8 grudnia 2010r. Z respondentami przeprowadzono wywiady według scenariusza rozmowy uzgodnionego w raporcie metodologicznym między Wykonawcą a Zamawiającym ewaluację. Scenariusz wywiadu stanowi załącznik do Raportu.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z pracownikami Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Instytucja Wspomagająca).

Do wywiadów indywidualnych z pracownikami Instytucji Wspomagającej wytypowano 7 osób. Rozmówcami w ramach tej grupy byli Prowadzący wybrane projekty oraz kadra kierownicza

instytucji odpowiedzialnej za monitoring i współpracę z beneficjentami. Osoby te zostały wskazane przez Zamawiającego:

- a) Pani Jadwiga Jaszczuk – Dyrektor Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia;
- b) Pani Krystyna Drogoń – koordynator Zespołu do Spraw Mechanizmów Finansowych i Programów Europejskich;
- c) Pani Monika Mazurkiewicz – Prowadząca projekt nr PL0061;
- d) Pani Agnieszka Konieček – Prowadząca projekt nr PL0374;
- e) Pani Alicja Podsiadła – Prowadząca projekt nr PL0381;
- f) Pani Mirosława Chęcińska – Prowadząca projekt nr PL0377;
- g) Pani Justyna Perzanowska – Prowadząca projekt nr PL0492.

Strona | 17

Wywiady przeprowadzono w dniach 30 listopada–2 grudnia 2010r. Z respondentami przeprowadzono wywiady według scenariusza rozmowy uzgodnionego w raporcie metodologicznym między Wykonawcą a Zamawiającym ewaluację. Scenariusz wywiadu stanowi załącznik do Raportu.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z przedstawicielami beneficjentów instytucjonalnych 5 wybranych projektów.

Zgodnie z przyjętą metodologią badania, przeprowadzono łącznie 10 wywiadów z przedstawicielami beneficjentów instytucjonalnych – instytucji realizujących projekty. Osoby do wywiadów dobierano według następującego schematu: z ramienia każdego beneficjenta poproszono o rozmowę z koordynatorem projektu oraz drugą osobą, nazwaną w metodologii „osobą kluczową dla realizacji założeń merytorycznych”. Koordynatorami były osoby, które merytorycznie odpowiadają za realizację projektu – programu profilaktycznego. Ze względu na specyfikę realizowanych projektów w trzech przypadkach były to osoby zawodowo związane z lecnictwem. W jednym przypadku była to osoba na stanowisku kierowniczym reprezentująca jednostkę samorządu terytorialnego. W jednym też przypadku ze względu na zmiany organizacyjne koordynatorem – a właściwie osobą pełniącą obowiązki koordynatora – był pracownik administracyjny beneficjenta (specjalista do spraw promocji). Osobami, z którymi przeprowadzono wywiady, były:

- a) Pan Piotr Zdunek, Dyrektor Beskidzkiego Centrum Onkologii, Projekt nr PL 0061;
- b) Pani Teresa Kamińska, Dyrektor Specjalistycznego ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku, Projekt nr PL0374;
- c) Pan Kamil Chitruszko, p.o. koordynatora projektu; Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Łęborku, Projekt nr PL0377;
- d) Pan Jacek Jeremicz, kierownik projektu, naczelnik Wydziału Integracji Europejskiej w Urzędzie Miasta w Gorzowie Wielkopolskim, Projekt nr PL0381;
- e) Pan Dariusz Placek, z-ca dyrektora SP ZOZ w Wieluniu, Projekt nr PL0492.

Respondenci z grupy osób kluczowych dla realizacji projektów zostali wskazani przez koordynatorów projektów. Zgodnie z instrukcją wysłaną koordynatorom osoby te zostały wytypowane w oparciu o następujące kryteria:

- pełnienie funkcji eksperckiej lub doradczej/konsultacyjnej w projekcie od momentu jego uruchomienia,

- posiadanie doświadczenia w realizacji programów profilaktycznych wynikające z założeń projektów, w których uczestniczą,
- orientacja w diagnozie problemów społeczności lokalnych, na terenie których realizowane są wybrane projekty.

Osobami, z którymi przeprowadzono wywiady, były:

Strona | 18

- a) Pani Justyna Wiselka, zastępca Główniej Księgowej Beskidzkiego Centrum Onkologii, Projekt nr PL 0061;
- b) Pani Elżbieta Mogielnicka, która z ramienia zewnętrznej firmy zarządza realizacją i rozliczaniem projektu Specjalistycznego ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku, Projekt nr PL0374;
- c) Pani Alicja Rojek, kierownik ds. organizacyjnych projektu Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego ZOZ w Łęborku, Projekt nr PL0377;
- d) Pani Ewa Kogucka, kierownik ds. organizacyjnych projektu, pracownik Urzędu Miasta w Gorzowie Wielkopolskim, Projekt nr PL0381;
- e) Pan Aleksander Owczarek ze Starostwa Powiatowego w Wieluniu, Projekt nr PL0492.

Wszystkie powyższe wywiady przeprowadzono w dniach 6 grudnia–10 grudnia 2010r. Z respondentami przeprowadzono wywiady według scenariusza rozmowy uzgodnionego w raporcie metodologicznym między Wykonawcą a Zamawiającym ewaluację. Scenariusz wywiadu stanowi załącznik do Raportu.

Ankieta internetowa (CAWI) z osobami zaangażowanymi w realizację projektów.

Badania metodą CAWI (*Computer Assisted Web Interviews*) to badanie prowadzone za pomocą kwestionariusza udostępnianego on-line lub przesyłanego pocztą elektroniczną do respondentów. W przedmiotowym badaniu wykorzystano narzędzie kwestionariusza wywiadu on-line, stworzonego za pomocą portalu webankieta.pl. Link do ankiety wraz z instrukcją wypełniania został rozesłany respondentom drogą e-mail. Osoby wytypowane do wypełnienia ankiety zostały wskazane przez koordynatorów projektów. Zgodnie z metodologią badania każdy z beneficjentów instytucjonalnych został poproszony o przesłanie kontaktów do 5–7 osób zaangażowanych w realizację programu profilaktycznego. W założeniu mieli być to lekarze, konsultanci medyczni oraz konsultanci techniczni. Na podstawie otrzymanych kontaktów Zamawiający miał wytypować grupę 25 osób do wypełnienia ankiety (proporcjonalnie do każdego z badanych projektów) oraz listę rezerwową na wypadek trudności z otrzymaniem wypełnionej ankiety od osób, do których prośba o wypełnienie została wysłana w pierwszej kolejności. Wypełnienie ankiety było anonimowe.

Beneficjenci instytucjonalni w odpowiedzi na wysłane do nich pismo z prośbą o przesłanie kontaktów przekazali Wykonawcy listy pracowników. Jednakże pojawił się tutaj problem związany z ilością osób zaangażowanych w realizację projektu ze strony beneficjentów. Okazało się, że w większości przypadków liczba osób merytorycznie zaangażowanych w realizację programu profilaktycznego jest mniejsza od zakładanej na etapie planowania badania. W projekcie nr PL 0061 były to 4 osoby, z czego jedną był koordynator, z którym przeprowadzono wywiad indywidualny. Identyczna sytuacja miała miejsce w projekcie nr PL0374 – 4 osoby, z czego jedną był koordynator, z którym przeprowadzono wywiad indywidualny. W projekcie nr PL0492 było 5 osób. Inaczej sytuacja wyglądała w projekcie nr PL0381, skąd Wykonawca otrzymał kontakty do 10 osób. W przypadku projektu nr PL0377, mimo kilkukrotnych monitów, nie otrzymaliśmy listy pracowników. W sumie lista osób, do

których wysłano ankietę, wyniosła 26 kontaktów. Z liczby tej do dnia, w którym potencjalni respondenci mieli wypełnić ankietę, otrzymaliśmy 23 wypełnione wywiady.

Ankieta telefoniczna (CATI) z beneficjentami ostatecznymi projektów.

Strona | 19

Wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo są skuteczną techniką badania sondażowego. Na potrzeby niniejszego badania skonstruowano scenariusz rozmowy, który obejmuje pytania na temat udziału pacjentów w programie profilaktycznym w ramach wybranych projektów. Na etapie opracowywania kwestionariusza CATI uwzględniliśmy analizę wniosków aplikacyjnych wytypowanych projektów, rodzaj działań i grupy docelowe. Kluczowa dla dalszych prac okazała się charakterystyka populacji beneficjentów ostatecznych przygotowana w ramach diagnoz zawartych w programach profilaktycznych i wnioskach aplikacyjnych. Kwestionariusz ankiety znajduje się w załączeniu do raportu.

Zgodnie z założeniami metodologicznymi badania zaplanowano przeprowadzenie 300 ankiet telefonicznych z beneficjentami ostatecznymi programów profilaktycznych objętych ewaluacją. Ze względu na różnorodność populacji beneficjentów ostatecznych przewidziano dwa rodzaje ankiet: jedna dla dorosłych osób uczestniczących w badaniach oraz dla rodziców i opiekunów dzieci objętych badaniami profilaktycznymi.

W założeniu metodologicznym do badania techniką CATI, w porozumieniu z Zamawiającym i realizatorami projektów, planowano wytypowanie grupy 500 osób. Każdy z beneficjentów instytucjonalnych miał przekazać Wykonawcy bazę danych 100 beneficjentów ostatecznych realizowanych programów (zawierających namiary telefoniczne). Z tej grupy, w drodze podziału na warstwy, planowano stworzenie dwóch grup po 250 osób. Z każdej z dwóch wytypowanych warstw miało zostać wylosowanych, na podstawie zestawień alfabetycznych, po 150 osób. Pozostałe, niewylosowane osoby stanowić miały listę rezerwową, po 100 osób dla każdej z warstw.

W trakcie realizacji badania pojawiły się problemy z dotarciem do kontaktów z beneficjentami ostatecznymi projektów. O problemach tych szerzej w pkt. 2.2.2. W konsekwencji Wykonawca badania otrzymał listy jedynie od dwóch beneficjentów ostatecznych (Projekt nr PL0374 – 33 osoby oraz Projekt nr PL0492 – 111 osób/rodziców dzieci objętych projektem). Z listy tej udało się zrealizować 103 ankiety. W czasie przeprowadzania badań zadzwoniono do wszystkich osób wskazanych na listach przekazanych przez realizatorów projektów. Nie zrealizowano ankiety z 41 osobami z następujących przyczyn:

- 9 osób – niepoprawne numery telefoniczne;
- 23 osoby – były nieuchwytnie w czasie przeprowadzania badania;
- 7 osób – nie wiedziało o fakcie, że ich dziecko brało udział w badaniach¹;
- 2 osoby – odmowa udziału w ankiecie.

¹ Zostało to zweryfikowane u Beneficjenta, który potwierdził, że dzieci wskazanych osób zostały objęte badaniem. Weryfikacja na podstawie listy obecności na badaniu.

Panel ekspertów.

Na zakończenie badania ewaluacyjnego przeprowadzono – zgodnie z założoną metodologią – panel ekspercki, który miał charakter podsumowujący dla całego zadania. Kluczowym elementem panelu było ustosunkowanie się do wniosków wynikających z analizy zgromadzonego w toku badań materiału źródłowego oraz odpowiadających im rekomendacji. Eksperci, uczestnicy panelu w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie, udzielali w trakcie prac warsztatowych informacji zwrotnej na wstępie sformułowane wnioski i rekomendacje badawcze.

Strona | 20

Panel ekspertów przeprowadzony został według zmodyfikowanej metody Delphi. Program panelu zakładał prace warsztatowe podzielone na 3 sesje robocze. Uczestnicy panelu zostali podzieleni na dwie grupy. Pierwsza grupa ekspercko-urzędnicza składała się z:

- a) Pani Aleksandry Siemianowskiej - Naczelnik Wydziału Strategii i Programów Pomocowych (Przedstawiciel Instytucji Pośredniczącej);
- b) Pani Krystyny Drogoń - koordynator Zespołu do Spraw Mechanizmów Finansowych i Programów Europejskich w Biurze ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Przedstawiciel Instytucji Wspomagającej);
- c) Pana Jacka Piechy, pracownika naukowego Uniwersytetu Warszawskiego - eksperta zawodowo zajmującego się tematyką zdrowia publicznego;
- d) Pana dr Łukasza Łotockiego, pracownika naukowego Uniwersytetu Warszawskiego – eksperta zawodowo zajmującego się tematyką ewaluacji polityk publicznych;
- e) Pana Artura Gluzińskiego – eksperta krajowego Ministerstwa Rozwoju Regionalnego w tematyce wdrażania funduszy europejskich.

Osoby te zostały zaproponowane Zamawiającemu i po jego akceptacji zaproszone do udziału w panelu ekspertów przez Wykonawcę badania.

W drugiej grupie znaleźli się przedstawiciele poszczególnych projektów poddanych ewaluacji. Były to osoby wskazane przez koordynatorów projektów, którzy zostali poproszeni przez Wykonawcę badania o wytypowanie osób dobrze zorientowanych w przebiegu realizacji projektu. Planowano, iż w tej grupie będzie pracowało 5 osób, jednak jeden z beneficjentów instytucjonalnych nie odpowiedział na zaproszenie do udziału w panelu ekspertów. Ostatecznie grupa ta składała się z następujących osób:

- a) Pana Aleksandra Owczarka ze Starostwa Powiatowego w Wieluniu, Projekt nr PL0492;
- b) Pani Jolanty Mierzejewskiej, która z ramienia zewnętrznej firmy zarządza realizacją i rozliczaniem projektu Specjalistycznego ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku, Projekt nr PL0374;
- c) Pani Justyny Wiselki, zastępcy Głównej Księgowej Beskidzkiego Centrum Onkologii Projekt nr PL 0061;
- d) Pani Ewy Koguckiej, kierownik ds. organizacyjnych projektu, pracownika Urzędu Miasta w Gorzowie Wielkopolskim. Projekt nr PL0381.

W pierwszej sesji grupy pracowały oddzielnie. Uczestnicy panelu otrzymali identyczny zestaw wstępnych wyników badania i wydawali o nich swoją opinię. W drugiej sesji obie grupy zapoznały się ze swoimi opiniami i ponownie przedyskutowały je w tym samym składzie osobowym. Trzecia sesja

natomiast polegała na bezpośrednim połączeniu obu grup i wypracowywaniu wspólnego stanowiska (wniosków i rekomendacji). Panel ekspertów przeprowadzono w dniu 20 grudnia 2010r. w siedzibie Wykonawcy badania (Warszawa, al. Ujazdowskie 47/7).

2.2.2. Główne wyzwania w trakcie realizacji badań – uwagi metodologiczne.

Strona | 21

Badanie CATI

Największym wyzwaniem w czasie realizacji badania było zrealizowanie wywiadów ankietowych CATI (telefonicznych) z beneficjentami ostatecznymi projektów – uczestnikami projektów profilaktycznych. Tak jak zostało to opisane we wcześniejszym punkcie, metodologia przewidywała przeprowadzenie 300 ankiet CATI. Do każdego z 5 Beneficjentów zostało wysłane z Ministerstwa Zdrowia pismo z prośbą o przekazanie zespołowi badawczemu listy 100 beneficjentów ostatecznych projektów. Następnie przedstawiciel Wykonawcy kontaktował się telefonicznie z osobami wyznaczonymi do kontaktu z każdego z 5 projektów. Wówczas tylko jeden z beneficjentów (Beskidzkie Centrum Onkologiczne) zgłosił, że nie będzie w stanie przygotować takiej bazy danych ze względu na uwarunkowania ochrony danych osobowych. Pozostali beneficjenci nie zgłaszali takich zastrzeżeń, aczkolwiek wyrażali opinię, że przygotowanie bazy danych beneficjentów ostatecznych będzie dla nich dużym wyzwaniem, ponieważ regulamin realizacji projektu nie nakładał na nich obowiązku gromadzenia danych kontaktowych do uczestników badań. W konsekwencji jednak żaden z 5 beneficjentów – realizatorów projektów nie był w stanie w terminie przygotować bazy danych beneficjentów ostatecznych. Dwóch kolejnych beneficjentów (Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku oraz Urząd Miasta Gorzowa Wlkp.) przekazało informację, że ze względu na ograniczenia prawne związane z Ustawą o ochronie danych osobowych, nie będzie w stanie w tak krótkim czasie przygotować bazy danych uczestników swoich programów profilaktycznych. Dwóm pozostałym Beneficjentom (Starostwo Powiatowe w Wieluniu oraz Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruzlicy i Chorób Płuc w Białymstoku) udało się przygotować bazy danych zgodnie z procedurami Ustawy o ochronie danych osobowych. SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Białymstoku zbierał oświadczenia o zgodzie na przetwarzanie danych od pacjentów wraz z numerami telefonów, którzy na bieżąco byli poddawani badaniom. W ten sposób w drugim terminie wyznaczonym przez Wykonawcę ewaluacji, beneficjent zgromadził bazę danych składającą się z 32 rekordów. Dzięki temu możliwe okazało się dotarcie do części beneficjentów ostatecznych projektu z Białegostoku. Wystąpił tutaj jednak problem metodologiczny polegający na tym, że osoby, do których dzwoniono w sprawie ankiety, nie miały jeszcze wyników badań i niemożliwe okazało się zebranie informacji na temat efektów ich udziału w badaniach. Realizacja ankiet CATI z beneficjentami ostatecznymi rozpoczęła się w 7 dni od dnia wysłania pisma do rodziców. W tym czasie rodzice mieli możliwość usunięcia ich numeru kontaktowego z listy. Dzięki tak przeprowadzonej akcji informacyjnej osiągnięto bardzo wysoki wskaźnik zrealizowanych ankiet (jedynie 2 osoby nie wyraziły zgody na przeprowadzenie ankiety).

W wyniku podjętych działań przeprowadzono badanie CATI z uczestnikami 2 projektów.

Wniosek

Bardzo ważne z punktu widzenia monitorowania realizowanych projektów, oceny osiągania założonych wskaźników czy też oceny jakości świadczonych usług jest pozyskiwanie informacji od beneficjentów ostatecznych. Dzięki temu pozyskać można unikalną wiedzę na temat zasadności realizowanych działań, ich funkcjonalności i rzeczywistych potrzeb.

Rekomendacja

Wprowadzenie zalecenia gromadzenia baz danych beneficjentów ostatecznych przez realizatorów projektów. Bazy danych uczestników programów profilaktycznych powinny być tworzone na bieżąco, tzn. uzupełnianie bazy powinno następować w momencie udziału beneficjenta w projekcie. Inspiracją może być tutaj system PEFS, który funkcjonuje w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki. Wraz z tworzeniem bazy wskazane jest podpisywanie przez uczestników badań zgody na przetwarzanie danych osobowych. Od tej reguły powinno się stworzyć możliwość odstępstwa, np. w przypadku niewyrażenia przez beneficjenta zgody na przetwarzanie danych osobowych. Dzięki temu narzędziu pozyska się bazy danych, które będzie można wykorzystać przy ewentualnych badaniach ewaluacyjnych, jak również do monitoringu deklarowanych przez Beneficjentów instytucjonalnych wskaźników.

Strona | 22

Badanie CAWI

Innym wyzwaniem badawczym było przeprowadzenie ankiet CAWI. Metodologia zakładała stworzenie listy 25–35 rekordów składających się z namiarów do osób pracujących przy realizacji projektów (lekarzy, konsultantów medycznych, pracowników obsługi technicznej przy badaniach profilaktycznych). Tak jak to zostało już opisane we wcześniejszym rozdziale, na podstawie informacji otrzymanych od koordynatorów projektów, ostateczna lista składała się z 26 kontaktów. Finalnie uzyskano 23 wywiady.

Analiza danych zebranych za pośrednictwem tego narzędzia pokazuje, że metoda ta ma swoje ograniczenia w przypadku badanej grupy zawodowej lekarzy i pracowników sektora ochrony zdrowia. Część respondentów traktowała wypełnienie ankiety jako uciążliwy obowiązek, udzielała lakonicznych odpowiedzi.

3. Opis wyników badania.

3.1. Ocena postępów osiągnięcia wskaźników celów i rezultatów w realizowanych projektach.

3.1.1. Stosowanie wskaźników do mierzenia zakładanych celów i rezultatów w Mechanizmie Finansowym EOG i Norweskim Mechanizmie Finansowym.

Strona | 23

Realizacja Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego miała na celu poprawę warunków zdrowotnych społeczeństwa. Poprawa tychże warunków miała nastąpić w wyniku zastosowania różnego rodzaju interwencji przewidzianych w dokumentach programowych. Tymi interwencjami miały być m.in. programy promocji zdrowia i profilaktyki, poprawa jakości usług w jednostkach ochrony zdrowia, usprawnienie podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej. Realizacja celu głównego Priorytetu miała nastąpić poprzez realizację celów poszczególnych projektów. Do mierzenia osiągnięcia celów projektów stworzono wskaźniki, które najpierw Wnioskodawcy deklarowali oraz szacowali ich wartości do osiągnięcia, a następnie już jako Beneficjenci mieli realizować. Instrukcja wypełnienia wniosku aplikacyjnego Programu zakładała określenie przez Wnioskodawców celów i odpowiadających im wskaźników na trzech poziomach: cel ogólny, cel bezpośredni oraz rezultaty.

Przedmiotowe badanie ewaluacyjne dotyczy przede wszystkim oceny osiągnięcia rezultatów. Jakkolwiek na potrzeby lepszego zrozumienia problematyki osiągnięcia przez beneficjentów zakładanych wartości wskaźników rezultatów, należy przyjrzeć się i dokonać próby ogólnej oceny wykorzystywania wskaźników w projektach. W instrukcji wypełniania wniosku aplikacyjnego w odniesieniu do celów znajdują się następujące informacje:

- **Cel ogólny** jest następstwem projektu wykraczającym poza natychmiastowe skutki dla jego bezpośrednich beneficjentów. Cel ogólny może być zazwyczaj zmierzony po upływie pewnego okresu, zwykle od 2 do 5 lat po zakończeniu projektu. Cel ogólny powinien być powiązany z projektem w sposób jak najbardziej bezpośredni. Do celu ogólnego powinien być podany wskaźnik oraz wartość wskaźnika (bazowa i docelowa), przy czym w przypadku celu ogólnego istniała możliwość niepodawania wartości wskaźnika w przypadku, kiedy skwantyfikowanie wskaźnika jest niemożliwe.

- **Cel bezpośredni** to planowany rezultat projektu (...). Cel bezpośredni jest powodem, dla którego działania zostały podjęte i jest zazwyczaj kombinacją rezultatów, które go wyznaczają. Na przykład, rezultat projektu - tj. łączna powierzchnia w m² ścian i podłóg - będzie zdefiniowany na poziomie celu bezpośredniego, w momencie zakończenia realizacji projektu, jako przedszkole dla 45 dzieci. Osiągnięcie celu bezpośredniego powinno być możliwe do zmierzenia i zidentyfikowania po zakończeniu realizacji projektu.

- **Rezultaty** stanowią bezpośredni wynik projektu, taki jak wyremontowane metry kwadratowe budynku, liczba utworzonych miejsc szkoleniowych, liczba firm, które skorzystały z doradztwa, itp. Rezultaty mogą być zazwyczaj zmierzone podczas wdrażania projektu i dlatego służą jako wskaźniki postępu realizacji. Każdy rezultat może być przypisany do działania, opisanego w punkcie 4.2. Wszystkie rezultaty muszą być mierzalne i osiągnięte najpóźniej do końca realizacji projektu.

Analiza opisu celów w przypadku 5 badanych projektów pokazuje, że właściwy dobór wskaźników oraz ich wartości był dla Wnioskodawców dużym wyzwaniem. Wybierane przez nich cele i dobierane

do nich wskaźniki często były nieadekwatne, niepowiązane z zakładanym celem. Kilka przykładów poniżej:

Tabela 3 Przykłady celów i wskaźników w analizowanych projektach

Poziom celu	Opis celu	Wskaźnik	Uwaga
Cel główny	Zmniejszenie śmiertelności spowodowanej chorobami nowotworowymi	55 000 kobiet powiadomionych o metodach samobadania	Wskaźnik nie jest adekwatny do celu. Powiadomienie czy też nawet poinstruowanie o metodach samobadania nie świadczy o zmniejszeniu śmiertelności spowodowanej chorobami nowotworowymi
Cel bezpośredni	Podniesienie efektywności oraz szybkości diagnostycznych procedur medycznych, poprawa zaplecza dla personelu oraz poprawa warunków pracy personelu.	Zwiększenie wykrywalności wad u płodów w wyniku podniesienia kwalifikacji personelu oraz posiadaniu odpowiedniej aparatury diagnostyczno-monitorującej (na tysiąc kobiet)	Wskaźnik nie koresponduje z celem. Sam opis wskaźnika brzmi jak opis celu
Cel ogólny	Poprawa stanu uzębienia dzieci i młodzieży z terenu Gorzowa Wlkp.	Zwiększenie wykrywalności próchnicy. Przypisano wartość wskaźnikowi – 50%	Zwiększenie wykrywalności próchnicy nie ma bezpośredniego przełożenia na poprawę stanu uzębienia dzieci i młodzieży, jeżeli nie pójdą za tym działania związane z leczeniem. Niezrozumiała jest też wartość wskaźnika. Czy 50% to wzrost w stosunku do wartości bazowej? Czy też poziom, który Wnioskodawca chce osiągnąć w wyniku realizacji projektu? Jeżeli to drugie, to 50%-owa skuteczność, czy wykrycie próchnicy w przypadku 50% badanej populacji?

Jeżeli chodzi o zrozumienie przez Wnioskodawców opisów dotyczących celów i przypasowanych im wskaźników najlepiej sytuacja wygląda z rezultatami. Przy czym ze względu na dosyć ogólne i mało ostre zapisy w instrukcji, Beneficjenci poddani ewaluacji w niniejszym badaniu różnie interpretowali np. liczbę osób objętych projektem (programem profilaktycznym). Część beneficjentów liczbę uczestników uwzględniała jako wskaźnik dla celu bezpośredniego, część natomiast jako wskaźnik rezultatu. Jest to o tyle istotne, że zgodnie z obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi sprawozdawczości, Beneficjenci nie podają na bieżąco osiąganych wartości wskaźników celów bezpośrednich. Podawane są one dopiero na zakończenie projektu, co oznacza, że w przypadku wpisania wskaźnika celu bezpośredniego w postaci liczby osób objętych badaniem, trudno monitorować w trakcie projektu osiągnięcie tego wskaźnika.

Wniosek

W badanych projektach zidentyfikowano problem ze zrozumieniem logiki projektowej, czego przejawem jest nieadekwatny dobór wskaźników do poszczególnych rodzajów celów projektów. Przejawem braku doświadczeń w formułowaniu wskaźników oraz wiedzy o logice projektowej jest ich mało realny dobór.

Rekomendacja

- wprowadzić formy szkoleniowe dla projektodawców zamierzających składać wnioski, które w formie warsztatowej nauczą ich logiki projektowej i odpowiedniego doboru wskaźników,
- wprowadzić do poszczególnych rodzajów celów listę wskaźników obligatoryjnych, spośród których beneficjent musi wskazać swoje wskaźniki, przy pozostawieniu możliwości zdefiniowania innych wskaźników samodzielnie przez beneficjenta,
- położyć większy nacisk na ocenę logiki doboru wskaźników oraz ich realności podczas procesu oceny eksperckiej,
- należałoby umożliwić negocjowanie wskaźnika po ocenie merytorycznej (projekt co do logiki jest dobry, jednakże są zastrzeżenia co do możliwości osiągnięcia wskaźników w ramach tego projektu).

Wniosek

W wyniku doboru wskaźnika przez beneficjenta, może okazać się, że istotny wskaźnik wykonania badań profilaktycznych nie będzie monitorowany – zostanie sprawozdany na koniec realizacji projektu, co utrudnia skuteczny monitoring projektu przez IW oraz IP.

Rekomendacja

Należy obligatoryjnie ze wskaźnika dotyczącego ilości wykonywanych badań profilaktycznych uczynić wskaźnik, który jest monitorowany z większą częstotliwością – np. w okresach kwartalnych.

Pomimo informacji w instrukcji wypełniania wniosku aplikacyjnego, że cele ogólne projektu mogą być mierzone po upływie pewnego czasu (zwykle 2–5 lat), to w formularzu wniosku nie było możliwości wskazania okresu, w jakim Wnioskodawca deklaruje osiągnięcie wskaźnika celu. Formularz wniosku nie ma też rubryki dotyczącej źródła, na podstawie którego określa się osiągnięcie wskaźników. Informacja o podaniu źródła informacji o wskaźnikach nie znalazła się również w instrukcji wypełniania wniosków aplikacyjnych. Problem ten doskonale widać na przykładzie wskaźnika

rezultatu jednego z ewaluowanych projektów: *Ograniczenie współczynnika dzieci dotkniętych próchnicą*. Wskaźnikowi została nadana wartość 70% (przy deklarowanej wartości bazowej – 87%). Beneficjent we wniosku nie podał, na podstawie jakich danych deklaruje wartość bazową. We wniosku nie ma również informacji, na podstawie jakich dokumentów, statystyk czy badań zostanie oparte sprawozdanie z osiągnięcia wskaźnika. W trakcie badania ewaluacyjnego Beneficjent przedstawił metodologię wyliczenia zarówno wartości bazowej, jak i wartości docelowej², ale wyliczenia te nie spełniają wymogu osiągnięcia wartości wskaźnika najpóźniej na dzień zakończenia realizacji projektu. Tak więc w tym przypadku mamy do czynienia z zastosowaniem typowego wskaźnika celu ogólnego, przyporządkowanego rezultatowi projektu.

Wniosek

Wnioskodawcy na etapie pisania wniosków nie mieli obowiązku wskazywania źródeł monitorowania osiągnięcia wskaźników. W większości przypadków sposób pozyskiwania tych informacji wydaje się być logiczny: np. *liczba zakupionego sprzętu; liczba osób objętych projektem (poddanych określonemu badaniu profilaktycznemu); liczba wykonanych zabiegów*. Zdarzały się jednak wskaźniki wymagające zastosowania specyficznej metodologii wyliczenia osiągnięcia założonej wartości docelowej.

Rekomendacja

Przy tworzeniu instrukcji wypełniania wniosku należy wprowadzić konieczność podawania przez Wnioskodawcę sposobu mierzenia wskaźnika (na podstawie jakich: materiałów, źródeł danych, statystyk). Dzięki temu monitoring osiągnięć wskaźników stanie się bardziej czytelny i rzetelny. Zapis taki będzie również posiadał wartość edukacyjną dla Wnioskodawców, ponieważ już na etapie planowania projektu będą musieli zastanowić się nad koniecznością rzetelnego monitorowania zaproponowanych przez siebie wskaźników. Tym samym będą niejako zmuszeni do oceny możliwości zastosowania takiego monitoringu osiągnięcia wskaźników.

W naszej opinii, dalsza część niniejszego rozdziału, która skupia się na analizie osiągnięcia przez Beneficjentów wskaźników rezultatów, powinna być czytana przez pryzmat niezrozumienia przez beneficjentów logiki doboru wskaźników, co w wielu przypadkach utrudnia ich osiągnięcie. Co również ważne podkreślenia w tym miejscu – wskaźniki nie zawsze w sposób logiczny zadeklarowane przez Wnioskodawców zostały zaakceptowane przez ekspertów na etapie sprawdzania i oceny wniosków.

3.1.2. Poziom osiągnięcia wskaźników rezultatów – stan na grudzień 2010r.

Pytania badawcze postawione przez Zamawiającego obejmowały analizę osiągnięcia wartości wskaźników założonych przez Beneficjentów. Na początku należy zaznaczyć, że zgodnie z procedurą realizacji projektów, Beneficjenci nie sprawozdają poziomu osiągnięcia wskaźników celu głównego (lub celów głównych). Zgodnie z instrukcją wypełniania wniosków w przypadku celu głównego Beneficjenci mieli możliwość niepodawania wartości wskaźnika w przypadku, kiedy skwantyfikowanie wskaźnika jest niemożliwe. Dlatego też przedmiotem niniejszego badania nie jest ocena osiągnięcia wskaźników celu głównego. Nie ma bowiem narzędzi do weryfikacji tych osiągnięć. Jest to o tyle istotne, że zgodnie z ideą realizacji projektów w ramach Priorytetu 5, cele główne miały przyczyniać

² Beneficjent przedstawiał to wyjaśnienie również Ministerstwu Zdrowia.

się do osiągnięcia celów ogólnych Programu. Problematyka ta zostanie szerzej poruszona w rozdziałach 3.2. i 3.3.

Zgodnie z procedurą realizacji i rozliczania wniosków, Beneficjenci nie sprawozdawali na bieżąco wartości wskaźników celów bezpośrednich. Wskaźniki te miały zostać osiągnięte do zakończenia realizacji projektów. Tak więc Beneficjenci mieli obowiązek monitorowania i rejestrowania wartości wskaźników, aczkolwiek w dokumentach projektowych (wnioski o płatność, sprawozdania) nie prezentują postępu osiągania tych wskaźników. Tak więc informacje na ich temat pozyskiwano w badaniu bezpośrednio od przedstawicieli Beneficjentów, z którymi przeprowadzono indywidualne wywiady pogłębione. Jako że Wykonawca badania nie miał możliwości weryfikowania informacji udzielanych przez Beneficjentów (ewaluatorzy nie mieli umocowania kontrolnego), zebrane dane oparte są na deklaracjach respondentów.

Strona | 27

W przypadku wskaźników rezultatów, Beneficjenci są zobowiązani do sprawozdawania ich na bieżąco (we wnioskach o płatność), dlatego jest to materiał, który najlepiej nadaje się do ewaluacji na tym etapie realizacji projektów. Przy czym pojawia się tutaj inny problem. Materiały, na których pracował zespół badawczy i które były pewnego rodzaju bazą do ewaluacji osiągnięć wskaźników rezultatów – czyli wnioski o płatność – Beneficjenci z zasady przygotowują co kwartał. Nie jest to jednak regułą. W niektórych badanych przypadkach najbardziej aktualnym wnioskiem o płatność był wniosek np. z kwietnia 2010r. - dane tam zawarte w momencie przeprowadzania ewaluacji są mocno nieaktualne. Dlatego też, poniższe tabelaryczne zestawienia osiągnięć wartości wskaźników rezultatów poszczególnych projektów zostały opatrzone komentarzem uwzględniającym stan na dzień, w którym przeprowadzono wywiady z przedstawicielami Beneficjentów. Podobnie jednak jak w przypadku wskaźników celu bezpośredniego – są to wartości deklarowane i często niekonkretne.

Projekt Beskidzkiego Centrum Onkologii

Tabela 4. Projekt PL0061. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.06.09.2010.

Opis rezultatu	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość w dniu złożenia ostatniego wniosku o płatność
Zakup sprzętu potrzebnego do badań profilaktycznych	Radiografia cyfrowa	0	1	1
	Mammograf i USG	0	2	1
	Strzykawka automatyczna do tomografu komputerowego	0	1	0
Powiększone zdolności wytwórcze w zakresie wykrywania przerzutów	Zatrudnienie dodatkowego personelu	0	5	5
Badanie profilaktyczne grupy docelowej „kobiety w wieku 50 - 60 lat (w latach 2007 -2011)”	Ilość wysłanych zaproszeń do uczestnictwa w zabiegach wykrywania przerzutów	0	55 000	38 047

Strona | 28

Nieosiągnięcie wskaźników w rezultacie *Zakup sprzętu potrzebnego do badań profilaktycznych* wynika ze zmian, które nastąpiły u Beneficjenta od momentu złożenia wniosku do momentu podpisania umowy o dofinansowanie. W tym czasie Beneficjent pozyskał z innego źródła aparat do badań USG. Nie było więc potrzeby zakupu do ośrodka kolejnego tego typu aparatu. Strzykawka automatyczna miała być z kolei uzupełnieniem do posiadanego tomografu komputerowego. Maszyna ta została w międzyczasie wycofana z użycia w ośrodku, tak więc stwierdzono, że zakupienie strzykawki w tym momencie jest bezcelowe. Powstałe w ten sposób oszczędności w budżecie projektu zostały przeznaczone (po uprzedniej zgodzie BMF) na zakupienie nieplanowanej na wcześniejszym etapie przystawki do biopsji stereotaktycznej. Tak więc nieosiągnięcie powyższych wskaźników w zakresie rzeczowym nie ma w przypadku tego projektu wpływu na osiągnięcie rezultatu.

Beneficjent nie osiągnął zakładanej przez siebie wartości wskaźnika *Ilość wysłanych zaproszeń do uczestnictwa w zabiegach wykrywania przerzutów*. Grupą docelową w przedmiotowym badaniu były kobiety powyżej 40 roku życia z terenów objętych projektem. Beneficjent planował wysłać 55 000 imiennych zaproszeń. Aby przygotować listę kobiet, do których należy takie zaproszenie wysłać, potrzebował baz danych mieszkańców. Takimi bazami danych dysponują urzędy gminy. Pojawił się jednak tutaj problem związany z ustawą o ochronie danych osobowych. Część urzędów gminnych nie zdecydowała się na przekazanie tych baz danych Beneficjentowi. Stąd też problem Beneficjenta z

osiągnięciem zakładanej wartości wskaźnika. Beneficjent deklaruje, że wartość tego wskaźnika do czasu zakończenia projektu nieco się zwiększy, jakkolwiek wartość docelowa nie zostanie osiągnięta. Nieosiągnięcie wskaźnika nie zagrozi jednak nieosiągnięciu rezultatu jakim jest *Badanie profilaktyczne grypy docelowej*, ponieważ badanie de facto zostało zrealizowane. Mamy tutaj do czynienia z nieadekwatnym doborem wskaźnika do rezultatu. Samo wysłanie zaproszeń nie może być wskaźnikiem dla zrealizowania badania profilaktycznego.

Projekt Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku

Tabela 5. Projekt PL0374. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.01.09.2010.

Opis rezultatu	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość w dniu złożenia ostatniego wniosku o płatność
Pozyskanie specjalistycznego wyposażenia medycznego	Liczba zakupionych ambulansów rentgenowskich	0	1	1
	Liczba zakupionych spirometrów	0	1	1
Program profilaktyczny	Liczba badań rentgenowskich wykonanych w zakupionym ambulansie	0	12 600	361
	Liczba badań spirometrycznych wykonanych w ramach programu profilaktycznego zakupionym spirometrem	0	4 200	148
	Liczba ulotek informacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia gruźlicy i innych chorób płuc	0	30 000	30 000
Akcja promocyjna	Liczba wydrukowanych plakatów	0	300	300
	Liczba wydrukowanych ulotek	0	10 000	10 000
	Liczba tablic	0	1	1

	informacyjnych ambulansie rentgenowskim	w			
--	---	---	--	--	--

Na podstawie najbardziej aktualnego wniosku o płatność, wskaźniki dotyczące wykonanych badań i liczby osób objętych projektem były na bardzo niskim poziomie: *Liczba badań rentgenowskich wykonanych w zakupionym ambulansie – 2,8%; Liczba badań spirometrycznych w ramach programu profilaktycznego zakupionym spirometrem – 3,5%.* Na dzień przeprowadzania wywiadów przedstawiciele Beneficjenta deklarowali jednak, że poziom wskaźników jest w zasadzie osiągnięty. Zaawansowanie osiągnięcia wskaźników i brak obaw, że zostaną one zrealizowane w zakładanym terminie został też potwierdzony przez pracowników opiekujących się projektem z IW i IP. Wynika z tego, że Beneficjent w okresie I września – 10 grudnia 2010r. wykonał około 12 000 badań rentgenowskich oraz około 4 000 badań spirometrycznych.

Strona | 30

Projekt Szpitala Powiatowego w Lęborku

Tabela 6. Projekt PL0377. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.29.04.2010

Opis rezultatu	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość w dniu złożenia ostatniego wniosku o płatność
Poprawa bazy lokalowej oraz sprzętowej Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii oraz Oddziału Neonatologicznego SPS ZOZ w Lęborku	Powierzchnia zmodernizowanego Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii (m3)	0	489	489
	Liczba zakupionego i zainstalowanego sprzętu	0	40	1
Poprawa kwalifikacji personelu średniego oraz lekarskiego	Liczba szkoleń przeprowadzonych dla personelu Oddziału Neonatologii oraz Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii	0	12	0
	Liczba personelu Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii	0	20	0

	uczestniczących w szkoleniach wewnętrznych			
	Liczba personelu uczestniczącego w szkoleniach zewnętrznych trwających krócej niż 2 miesiące	0	71	62
Zdiagnozowanie kobiet w ciąży i noworodków oraz poprawa wykrywalności wad wrodzonych	Liczba badań przesiewowych dla noworodków	0	1	0,74
	Liczba programów przesiewowych dla kobiet ciężarnych poniżej 35 roku życia	0	1	0,56

W powyższym przypadku mamy do czynienia z najbardziej nieaktualnym wnioskiem o płatność spośród ewaluowanych projektów. Dane pochodzą bowiem z 29 kwietnia 2010r. Wskaźnik *Liczba zakupionego i zainstalowanego sprzętu* wynosił 1 przy wartości docelowej 40. W czasie rozmowy przedstawiciele Beneficjenta zadeklarowali, że w chwili obecnej wskaźnik ten jest osiągnięty na poziomie 39 jednostek zakupionego i zainstalowanego sprzętu medycznego. Beneficjent planuje jeszcze zakupienie urządzenia do USG. Opóźnienie to wynika z tego, że urządzenie to nie było planowane na wcześniejszym etapie. Aparat do USG ma zostać zakupiony w zastępstwie bilirubinometru, który został zakupiony ze środków własnych przed rozpoczęciem projektu. Beneficjent zadeklarował, że nie widzi zagrożenia dla osiągnięcia tego wskaźnika, a opóźnienie związane jest z czasem, w którym oczekiwano na wyrażenie zgody przez BMF na dokonanie zmiany.

Jeżeli chodzi o wskaźniki dotyczące liczby badań profilaktycznych, wartości osiągnięte są na poziomie 74% (noworodki) i 56% (kobiety w ciąży). Dane te pochodzą z wniosku o płatność z 29 kwietnia 2010r., według deklaracji przedstawicieli Beneficjenta wskaźniki te w chwili obecnej są już osiągnięte. Jedynymi nieosiągniętymi wskaźnikami w chwili obecnej są szkolenia dla personelu szpitala. Według Beneficjenta wynika to z harmonogramu realizacji projektu. Szkolenia bowiem zostały zaplanowane w ostatniej fazie realizacji projektu. Beneficjent deklaruje, że nie będzie problemu z osiągnięciem wskaźników związanych ze szkoleniami do końca marca 2011r. – do czasu zakończenia projektu. Przekonanie to podzielają opiekunowie projektu z ramienia IP i IW.

Projekt Urzędu Miasta w Gorzowie Wielkopolskim

Tabela 7. Projekt PL0381. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.17.06.2010

Opis rezultatu	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość w dniu złożenia ostatniego wniosku o płatność
Opracowanie programu profilaktyki chorób jamy ustnej.	Liczba projektów wdrożonych w ramach programu profilaktyki jamy ustnej.	0	1	0
	Liczba uczestników biorących udział we wstępnym szkoleniu w zakresie próchnicy.	0	80	80
	Prezentacja informacji naukowych (w postaci artykułu w prasie o zasięgu krajowym)	0	1	0
Poprawa zdrowia uzębienia dzieci i młodzieży.	Ograniczenie współczynnika dzieci dotkniętych próchnicą.	87%	70%	Brak danych

Strona | 32

Beneficjent w analizowanym przypadku nie sprawozdał osiągnięcia wskaźnika *Liczba projektów wdrożonych w ramach programu profilaktyki jamy ustnej*. Wskaźnik ten jest rozumiany przez Beneficjenta jako zrealizowanie pełnego programu profilaktycznego i osiągnięcie jego jest dla Beneficjenta tożsame z zakończeniem projektu. Jako, że projekt został przedłużony i realizacja działań profilaktycznych jest nadal kontynuowana, jego osiągnięcie zostanie sprawozdane wraz z zakończeniem projektu. Od momentu złożenia ostatniego wniosku o płatność do chwili obecnej Beneficjent zrealizował wskaźnik dotyczący opublikowania artykułu w prasie na temat projektu.

Beneficjent deklaruje również osiągnięcie wskaźnika *Ograniczenie współczynnika dzieci dotkniętych próchnicą*. Analiza tego rezultatu i przyporządkowanego mu wskaźnika wydaje się być jednak wyjątkowo trudna. Wskaźnikowi została nadana wartość 70% (przy deklarowanej wartości bazowej – 87%) - obydwie wartości podano w liczbach względnych. We wniosku nie ma informacji, na podstawie jakich danych Wnioskodawca deklaruje wartość bazową wskaźnika. Podobnie jest z wartością docelową – brak informacji, na podstawie jakich dokumentów, statystyk czy badań, zostanie oparte sprawozdanie z osiągnięcia wskaźnika. W trakcie badania ewaluacyjnego Beneficjent przedstawił metodologię wyliczenia zarówno wartości bazowej, jak i wartości docelowej. Wartość bazową Beneficjent zaczerpnął ze źródeł naukowych, w których podaje się wartość 87% jako średnie występowanie próchnicy u dzieci i młodzieży. Brak jednak informacji, jakiego dokładnie przedziału

wiekowego dotyczy to uśrednienie oraz jakiego obszaru terytorialnego. Wartość docelowa została z kolei wyliczona na podstawie zebranych w czasie projektu diagramów stanu uzębienia beneficjentów ostatecznych, na podstawie którego ustalono, jakiej procentowo części badanej populacji dotyczy problem próchnicy. Następnie zastosowano algorytm, który pozwala na oszacowanie wskaźnika występowania próchnicy w przyszłości wśród beneficjentów objętych projektem, u których zastosowano zabiegi lakowania i lakierowania zębów. Na podstawie diagramów ustalono występowanie próchnicy na poziomie 83,82% i zgodnie z zastosowaną metodologią wyliczono, że w przyszłości wskaźnik ten w badanej grupie będzie wynosił 68,33%. Wyliczenie to nie spełnia jednak wymagań osiągnięcia wartości wskaźnika najpóźniej na dzień zakończenia realizacji projektu. Przedstawiona analiza pokazuje bowiem wartości, które mają zostać osiągnięte w przyszłości. Ponadto są to wyniki szacunkowe. Tak więc w tym przypadku mamy do czynienia z zastosowaniem typowego wskaźnika celu ogólnego, przyporządkowanego rezultatowi projektu. W konsekwencji wskaźnik jest trudno weryfikowalny.

Projekt Starostwa Powiatowego w Wieluniu

Tabela 8. Projekt PL0492. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn. 27.10.2010.

Opis rezultatu	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość w dniu złożenia ostatniego wniosku o płatność
Modernizacja Oddziału Chirurgii Dziecięcej	"Rodzinne" sale chorych	0	7	7
	Modernizacja dotychczasowej powierzchni oddziału (m2)	0	495,6	495,60
	Zwiększenie liczby sal chorych	3	9	9
Badania profilaktyczne dysplazji stawu biodrowego u noworodków i niemowląt	Liczba badań USG noworodków i niemowląt	0	3 260	3 195
	Liczba przebadanych noworodków i niemowląt.	0	2 100	1 510
	Liczba badań lekarskich ogółem	0	6 000	Brak danych
Badania profilaktyczne wad postawy u dzieci.	Liczba przebadanych dzieci z I klasy szkoły podstawowej	0	770	395
	Liczba przebadanych	0	770	633

	dzieci z I klas gimnazjum			
	Liczba wykonanych badań RTG	0	650	24

W powyższym przykładzie dane dotyczące osiągnięcia wskaźników rezultatu zostały zaczerpnięte z wniosku o płatność z dnia 27 października 2010r., tak więc są to dane najbardziej aktualne spośród wszystkich badanych projektów. Nieosiągnięte dotąd wskaźniki dotyczące ilości przebadanych dzieci wynikają z tego, że projekt cały czas trwa. Tak więc nieosiągnięcie wskaźników wynika z harmonogramu projektu. Według przedstawiciela Beneficjenta wskaźnik *Liczba przebadanych noworodków i niemowląt* jest obecnie na poziomie 72% (we wniosku o płatność za III kwartał 2010r. – 71%). Jeżeli chodzi o *Liczbę przebadanych dzieci w wieku szkolnym w zakresie wad postawy* to według słów przedstawiciela Beneficjenta obecnie jest to wynik na poziomie 82% (we wniosku o płatność za III kwartał 2010r. – 66,5%). Jako, że projekt będzie realizowany do kwietnia 2011r. nie ma podstaw sądzić, że do zakończenia realizacji projektu powyższe wskaźniki nie zostaną osiągnięte.

Inaczej sytuacja przedstawia się ze wskaźnikiem *Liczba wykonanych badań RTG* (we wniosku o płatność za III kwartał 2010r. – niecałe 4%). Koordynator projektu w trakcie wywiadu przyznał, że wartość tego wskaźnika została znacznie przeszacowana na etapie przygotowywania wniosku. Wskaźnik ten dotyczy badań RTG, których wykonywanie jest wskazane tylko i wyłącznie w sytuacji, kiedy istnieje taka konieczność. Zwłaszcza w przypadku małych dzieci, które były w omawianym przypadku beneficjentami ostatecznymi. Żadna więc intensyfikacja osiągnięcia tego wskaźnika nie wchodzi w tym przypadku w grę. Tak więc wskaźnik na pewno nie zostanie osiągnięty do zakończenia projektu. Z punktu widzenia logiki realizowanego programu profilaktycznego nie ma takiej konieczności. Oszczędności wynikające z wykonania mniejszej ilości badań RTG – w stosunku do zaplanowanej – zostaną przeznaczone na wykonanie większej ilości badań USG bioder niemowląt, co zostało uzgodnione z IW.

3.1.3. Poziom osiągnięcia wskaźników celów bezpośrednich – stan na grudzień 2010r.

Beneficjenci zgodnie z procedurą realizacji i rozliczania wniosków nie sprawozdawali na bieżąco wskaźników celów bezpośrednich. Ich wartości mają być osiągnięte na dzień zakończenia projektu. Informacje pozyskiwane w tym zakresie od przedstawicieli Beneficjentów były więc deklaracjami, których respondenci nie musieli udokumentować. W zdecydowanej większości przypadków wskaźnikami do celów bezpośrednich była *liczba osób objętych badaniem*, *liczba zabiegów wykonanych w ramach projektu* lub *liczba jednostek chorobowych zdiagnozowanych w efekcie przeprowadzenia zabiegów profilaktycznych*. W przypadku dwóch pierwszych rodzajów wskaźnika, Beneficjenci byli w stanie podać jego wartość w oparciu o prowadzone ewidencje i statystyki. Dużo gorzej sytuacja wyglądała w przypadku wskaźników typu: *liczba wykrytych schorzeń*. Beneficjenci podkreślali wówczas, że dane te wynikają z dokumentacji medycznej, aczkolwiek monitoring taki nie jest prowadzony na bieżąco. Tak więc wartości podawane przez Beneficjentów w tych przypadkach były wartościami mocno nieprecyzyjnymi.

Projekt Beskidzkiego Centrum Onkologii

Tabela 9. Projekt PL006 I. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.

Opis celu bezpośredniego	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość deklarowana przez Beneficjenta – stan na grudzień 2010r.
Wykrywanie nowotworów najwcześniej jak to możliwe	24 000 kobiet poddanych procedurze diagnostycznej	0	24 000	Ok. 12 000

Strona | 35

Wskaźnik nie został do chwili obecnej osiągnięty. Według opinii Beneficjenta spowodowane jest to następującymi czynnikami:

- na etapie planowania projektu profilaktyczne badania mammograficzne były mało powszechne w Polsce. W międzyczasie Ministerstwo Zdrowia uruchomiło ogólnopolski program profilaktyczny, który jest realizowany przez różne jednostki opieki zdrowotnej. Przez to duża część potencjalnych beneficjentek ostatecznych skorzystała z badań mammograficznych wykonywanych przez „konkurencyjne” ośrodki.
- beneficjent miał większe niż przewidywał problemy z dotarciem do potencjalnych beneficjentek ostatecznych. W projekcie założono, że do kobiet będą wysyłane imienne zaproszenia na badania. Pojawił się tutaj opisywany wcześniej problem z pozyskaniem baz danych kobiet w konkretnym przedziale wiekowym.
- beneficjent podkreślał również, że mimo ogólnego nagłośnienia w kraju akcji profilaktycznej w zakresie mammografii, ciągle jest duża nieświadomość potrzeby wykonywania tego typu badań. Dotyczy to przede wszystkim kobiet z terenów wiejskich i miejscowości oddalonych od większych ośrodków miejskich.

W wyniku programu profilaktycznego Ministerstwa Zdrowia oraz ogólnopolskich akcji informacyjnych, duża liczba kobiet skorzystała z badania mammograficznego na sprzęcie zakupionym przez Beneficjenta w projekcie (mammograf cyfrowy). Były to więc kobiety, które nie trafiły do Beskidzkiego Centrum Onkologii w wyniku bezpośrednich działań projektowych, aczkolwiek ich przebadanie realizowało osiągnięcie celu bezpośredniego (*Wykrywanie nowotworów najwcześniej jak to możliwe*). Według słów koordynatora projektu, w czasie trwania projektu na zakupionym sprzęcie wykonano ok. 25 000 badań mammograficznych. W chwili obecnej trwają starania o to, żeby do ogólnej liczby przedmiotowego wskaźnika zaliczyć również kobiety, które skorzystały z badań w BCO w wyniku działań pozaprojektowych.

Projekt Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku

Tabela 10. Projekt PL0374. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.

Opis celu bezpośredniego	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość deklarowana przez Beneficjenta – stan na grudzień 2010r.
Zwiększenie wykrywalności gruźlicy i innych chorób płuc, takich jak nowotwór, czy przewlekła choroba obturacyjna oraz ograniczenie zachorowalności na w/w choroby poprzez wczesną profilaktykę oraz edukację zdrowotną	Liczba osób objętych Programem Profilaktycznym, u których wykryto gruźlicę i inne choroby płuc - (w os.)	0	1 263	Brak danych
	Liczba osób objętych Programem Profilaktycznym - (w os.)	0	12 600	Ok. 12 330

Strona | 36

W przypadku wskaźnika dotyczącego wykrywalności, wystąpił tutaj problem opisany na początku rozdziału. Beneficjent nie prowadzi na bieżąco statystyk wykrywalności jednostek chorobowych. W przypadku liczby osób objętych badaniem, Beneficjent deklarował, że wskaźnik ten został już praktycznie osiągnięty. Koordynator badania powiedziała w czasie rozmowy, że na chwilę obecną pozostało do przebadania ok. 270 osób. Należy w tym momencie podkreślić, że wskaźnik dotyczący liczby przebadanych osób jest w tym przypadku powtórzeniem jednego ze wskaźników rezultatu, który tam został zdefiniowany jak liczba przeprowadzonych badań.

Projekt Szpitala Powiatowego w Lęborku

Tabela 11. Projekt PL0377. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.

Opis celu bezpośredniego	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość deklarowana przez Beneficjenta – stan na grudzień 2010r.
Podniesienie efektywności oraz szybkości diagnostycznych procedur medycznych, poprawa zaplecza dla personelu oraz poprawa warunków pracy personelu	Zwiększenie wykrywalności wad u płodów w wyniku podniesienia kwalifikacji personelu oraz posiadaniu odpowiedniej aparatury diagnostyczno-monitorującej (na tysiąc kobiet)	0	50	Brak danych
	Zwiększenie wykrywalności wad u noworodków w wyniku podniesienia kwalifikacji personelu oraz posiadaniu odpowiedniej aparatury diagnostyczno-monitorującej (na tysiąc noworodków)	0	10	Brak danych
	Poziom satysfakcji pacjentek Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży oraz Ginekologii (ocena-stopień max.5)	3	4	Brak danych

Beneficjent nie prowadzi na bieżąco statystyk dotyczących wykrywalności jednostek chorobowych wśród beneficjentów ostatecznych swojego projektu. Wartość wskaźnika będzie można zweryfikować na podstawie gromadzonej w szpitalu dokumentacji medycznej. Stanie się to wraz z zakończeniem realizacji projektu. Beneficjent założył również dla celu bezpośredniego wskaźnik *Poziom satysfakcji pacjentek Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży oraz Ginekologii (ocena-stopień max.5)*. Również w tym przypadku Beneficjent nie prowadzi na bieżąco monitoringu osiągania wskaźnika. Do jego weryfikacji potrzebne będzie przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej i zbadanie np. na

Raport z badania ewaluacyjnego pt. *Ocena osiągnięcia rezultatów 5 wybranych projektów w obszarze profilaktyki, realizowanych w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego*

zakończenie realizacji projektu – jak oceniany jest poziom satysfakcji pacjentek oddziału. Dopiero wówczas będzie możliwa ocena tego czy wskaźnik zostanie osiągnięty.

Projekt Urzędu Miasta w Gorzowie Wielkopolskim

Strona | 38

Tabela 12. Projekt PL0381. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.

Opis celu bezpośredniego	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość deklarowana przez Beneficjenta – stan na grudzień 2010r.
Wzrost ilości dzieci i młodzieży przychodzących do stomatologa	Liczba osób objętych badaniem	0	19 459	Ok. 15 141
	Liczba osób biorących udział w spotkaniach poświęconych profilaktyce chorób zębów	0	19 459	Ok. 15 141

Wskaźnik nie został do chwili obecnej osiągnięty. Pomimo deklarowanego przez Beneficjenta zwiększenia wartości osiągniętego wskaźnika do czasu zakończenia realizacji projektu, nie ma możliwości pełnego jego osiągnięcia. Wynika to z następujących przyczyn:

- wartość docelowa wskaźnika została niewłaściwie oszacowana. Już od początku zawierała błąd metodologiczny. Wartość wskaźnika była bowiem określona na podstawie liczby dzieci w szkołach (oraz w klasach) objętych projektem. Od momentu złożenia wniosku o dofinansowanie do momentu rozpoczęcia projektu minęło 19 miesięcy. W tym czasie liczba dzieci w gorzowskich szkołach zmniejszyła się. Dlatego też pojawił się problem z osiągnięciem wskaźnika (pomimo, że Beneficjent w trakcie trwania projektu poszerzył grupę wiekową beneficjentów ostatecznych).
- dodatkowo Beneficjent założył objęcie badaniami profilaktycznymi 100% dzieci, co z metodologicznego punktu widzenia jest mało prawdopodobne. W trakcie realizacji projektu część rodziców nie wyraziła zgody na objęcie badaniami swojego dziecka. Część dzieci – zwłaszcza w starszych rocznikach – sama nie wyraziła zgody na udział w badaniach. Związane było to z tym, że w wyniku zabiegu lakierowania na zębach powstawał widoczny do kilku dni żółty osad.

Projekt Starostwa Powiatowego w Wieluniu

Tabela 13. Projekt PL0492. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.

Opis celu bezpośredniego	Wskaźnik	Wartość bazowa (na etapie przygotowania wniosku)	Wartość docelowa	Wartość deklarowana przez Beneficjenta – stan na grudzień 2010r.
Celem bezpośrednim planowanego projektu jest podwyższenie standardów leczenia dzieci i pobytu matki i dziecka w Szpitalu w Wieluniu oraz wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych w zakresie dysplazji stawów biodrowych u niemowląt oraz wad postawy u dzieci	Zmodernizowana powierzchnia Oddziału Chirurgii Dziecięcej (m2)	0	495,60	495,60
	Liczba noworodków objęta diagnozowaniem dysplazji stawu biodrowego	0	2 100	Ok. 1 512
	Liczba dzieci objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania wad postawy	0	1 540	Ok. 1 262

Strona | 39

W powyższym przypadku wskaźniki celów bezpośrednich są powtórzeniem wskaźników rezultatów. Wskaźnik dotyczący zmodernizowanej powierzchni szpitala został zrealizowany. Jeżeli chodzi o liczbę beneficjentów ostatecznych objętych badaniami profilaktycznymi w ramach projektu, przedstawiciel Beneficjenta podał wartości osiągnięcia wskaźników na poziomie: 72% (1 512 noworodków) oraz 82% (1 262 dzieci szkolnych). Projekt jest w trakcie realizacji i według słów przedstawicieli Beneficjenta, jak i przedstawicieli IW i IP, nie zachodzą tutaj obawy, że powyższe wskaźniki nie zostaną osiągnięte do czasu zakończenia projektu.

3.1.4. Problemy i bariery w osiągnięciu założonych wskaźników.

Poniższe zestawienia pokazują globalnie stan osiągania wskaźników w badanych projektach wraz z zasygnalizowanym powodem nieosiągnięcia wskaźnika. Powody nieosiągnięcia wskaźnika są zdefiniowane wówczas, gdy beneficjent deklaruje, że wskaźnika nie osiągnie do końca realizacji projektu. Podkreślamy, że deklaracje co do osiągnięcia bądź nieosiągnięcia wskaźnika na koniec projektu są deklaracjami beneficjentów, które trudno było nam weryfikować ze względu na naszą funkcję ewaluacyjną, a nie kontrolną.

Tabela 14. Zestawienie poziomu osiągnięcia wskaźników oraz problemy w osiągnięciu założonych wskaźników rezultatu w 5 badanych projektach.

Lp.	Nr projektu	Wskaźnik rezultatu	Wskaźnik osiągnięty /nieosiągnięty	Wskaźnik zostanie osiągnięty / nie zostanie osiągnięty do czasu zakończenia projektu	Powody nieosiągnięcia wskaźnika
I	PL006I Projekt Beskidzkiego Centrum Onkologii	Radiografia cyfrowa	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Mammograf i USG	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Strzykawka automatyczna do tomografu komputerowego	Nieosiągnięty	Nie	Nie ma potrzeby osiągnięcia wskaźnika. Zakup przedmiotowego urządzenia jest nieuzasadniony z punktu widzenia realizacji programu profilaktycznego Beneficjenta.
		Zatrudnienie dodatkowego personelu	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy

		Ilość wysłanych zaproszeń do uczestnictwa w zabiegach wykrywania przerzutów	Nieosiągnięty	Nie	Problem z dostępem do bazy danych beneficjentów ostatecznych w kontekście regulacji związanych z ochroną danych osobowych.
2	PL0374	Liczba zakupionych ambulansów rentgenowskich	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
	Projekt Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruzlicy i Chorób Płuc w Białymstoku	Liczba zakupionych spirometrów	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Liczba badań rentgenowskich wykonanych w zakupionym ambulansie	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba badań spirometrycznych wykonanych w ramach programu profilaktycznego zakupionym spirometrem	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba ulotek informacyjnych dotyczących profilaktyki i leczenia gruźlicy i innych chorób płuc	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Liczba wydrukowanych plakatów	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Liczba wydrukowanych ulotek	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Liczba tablic informacyjnych w ambulansie rentgenowskim	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
3	PL0377	Powierzchnia	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy

	Projekt Szpitala Powiatowego w Lęborku	zmodernizowanego Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii (m3)			
		Liczba zakupionego i zainstalowanego sprzętu	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba szkoleń przeprowadzonych dla personelu Oddziału Neonatologii oraz Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba personelu Oddziału Położniczego, Patologii Ciąży i Ginekologii uczestniczących w szkoleniach wewnętrznych	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba personelu uczestniczącego w szkoleniach zewnętrznych trwających krócej niż 2 miesiące	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba badań przesiewowych dla noworodków	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba programów przesiewowych dla kobiet ciężarnych poniżej 35 roku życia	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
4	PL038I	Liczba projektów	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy

	Projekt Urzędu Miasta w Gorzowie Wielkopolskim	wdrożonych w ramach programu profilaktyki jamy ustnej.			
		Liczba uczestników biorących udział we wstępnym szkoleniu w zakresie próchnicy.	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Prezentacja informacji naukowych (w postaci artykułu w prasie o zasięgu krajowym)	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Ograniczenie współczynnika dzieci dotkniętych próchnicą.	Nieosiągnięty	Nie	Niewłaściwie dobrany wskaźnik. Weryfikacja wskaźnika nie jest możliwa do czasu zakończenia realizacji projektu.
5	PL0492 Projekt Starostwa Powiatowego w Wieluniu	"Rodzinne" sale chorych	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Modernizacja dotychczasowej powierzchni oddziału (m2)	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Zwiększenie liczby sal chorych	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Liczba badań USG noworodków i niemowląt	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba przebadanych noworodków i niemowląt.	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba badań lekarskich ogółem	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy

	Liczba przebadanych dzieci z I klas szkoły podstawowej	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
	Liczba przebadanych dzieci z I klas gimnazjum	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
	Liczba wykonanych badań RTG	Nieosiągnięty	Nie	Niewłaściwie oszacowana wartość wskaźnika.

Tabela 15. Zestawienie poziomu osiągnięcia wskaźników oraz problemy w osiągnięciu założonych wskaźników celu bezpośredniego w 5 badanych projektach

Lp.	Nr projektu	Wskaźnik celu bezpośredniego	Wskaźnik osiągnięty /nieosiągnięty	Wskaźnik zostanie osiągnięty / nie zostanie osiągnięty do czasu zakończenia projektu	Powody nieosiągnięcia wskaźnika
1	PL0061 Projekt Beskidzkiego Centrum Onkologii	24 000 kobiet poddanych procedurze diagnostycznej	Nieosiągnięty	Nie. Wskaźnik zostanie osiągnięty, jeżeli Beneficjent uzyska zgodę BMF na inny sposób liczenia beneficjentów	- realizacja tego typu badań profilaktycznych przez inne ośrodki zdrowia; - mała świadomość części potencjalnych beneficjentek ostatecznych dotycząca potrzeby poddawania się badaniom (tereny wiejskie i mieszkańcy małych miejscowości) - po części jest to również efekt niezrealizowania w zakładanym zakresie akcji promocyjnej (wysyłanie imiennych zaproszeń) z powodów opisanych we wcześniejszej części raportu
2	PL0374 Projekt Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Gruzlicy i	Liczba osób objętych Programem Profilaktycznym, u których wykryto gruźlicę i inne choroby płuc (w osobach)	Brak danych	Brak danych	Nieprzewodzenie na bieżąco statystyk
		Liczba osób objętych Programem Profilaktycznym	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy

	Chorób Płuc w Białymstoku	- (w osobach)			
3	PL0377	Zwiększenie wykrywalności wad u płodów w wyniku podniesienia kwalifikacji personelu oraz posiadaniu odpowiedniej aparatury diagnostyczno-monitorującej (na tysiąc kobiet)	Brak danych	Brak danych	Nieprowadzenie na bieżąco statystyk
	Projekt Szpitala Powiatowego w Lęborku	Zwiększenie wykrywalności wad u noworodków w wyniku podniesienia kwalifikacji personelu oraz posiadaniu odpowiedniej aparatury diagnostyczno-monitorującej (na tysiąc noworodków)	Brak danych	Brak danych	Nieprowadzenie na bieżąco statystyk
		Zwiększenie wykrywalności wad u płodów w wyniku podniesienia kwalifikacji personelu oraz posiadaniu odpowiedniej aparatury diagnostyczno-monitorującej (na tysiąc kobiet)	Brak danych	Brak danych	Nieprowadzenie na bieżąco statystyk
4	PL038I	Liczba osób objętych	Nieosiągnięty	Nie	Niewłaściwie oszacowana wartość

		badaniem			wskaźnika
	Projekt Urzędu Miasta w Gorzowie Wielkopolskim	Liczba osób biorących udział w spotkaniach poświęconych profilaktyce chorób zębów	Nieosiągnięty	Nie	Niewłaściwie oszacowana wartość wskaźnika
5	PL0492 Projekt Starostwa Powiatowego w Wieluniu	Zmodernizowana powierzchnia Oddziału Chirurgii Dziecięcej (m2)	Osiągnięty	Nie dotyczy	Nie dotyczy
		Liczba noworodków objęta diagnozowaniem dysplazji stawu biodrowego	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy
		Liczba dzieci objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania wad postawy	Nieosiągnięty	Tak	Nie dotyczy

Najczęstszym powodem nieosiągnięcia zakładanych wskaźników w badanych projektach było niewłaściwe oszacowanie lub zastosowanie wskaźników (4 przypadki). Część wniosków i rekomendacji poświęconych temu problemowi zostało zaprezentowanych we wcześniejszej części raportu. Innymi problemami, które pojawiały się w poszczególnych projektach, są:

- problem z dostępem do bazy danych potencjalnych beneficjentów ostatecznych;
- dublowanie się programu profilaktycznego z innym programem prowadzonym na tym samym obszarze;
- niska świadomość społeczeństwa o konieczności poddawania się badaniom profilaktycznym i w związku z tym niedostatecznie duże zainteresowanie badaniami.

Strona | 48

Ostatni punkt znajduje potwierdzenie wśród osób zaangażowanych w realizację projektu. Na podstawie informacji zebranych w wyniku zastosowania ankiety on-line (CAWI), 28,5% osób, które wypełniły ankietę, zaznaczyło odpowiedź wskazującą na to, że w czasie realizacji projektu wystąpiły problemy. Wszystkie osoby, które zaznaczyły tę odpowiedź wskazały, że tym problemem była niechęć ludzi do poddawania się badaniom.

Respondenci z tej samej grupy wśród powodów opóźnienia w realizacji wskaźników również najczęściej wskazywali na brak zainteresowania badaniami wśród potencjalnych beneficjentów (40%). Na drugim miejscu wśród najczęściej udzielanych odpowiedzi były opóźnienia w harmonogramie projektu (30%). Głębsza analiza tego problemu zostanie dokonana w części dotyczącej czynników wpływających na efektywność zaplanowanych działań.

Wniosek

Nieosiągnięcie zakładanych wskaźników dotyczących liczby osób objętych projektem nie zawsze równa się źle przeprowadzonemu programowi profilaktycznemu. Nieosiągnięcie wskaźnika może wynikać np. ze zbyt pochopnego oszacowania wartości tego wskaźnika na etapie planowania projektu (wynika to np. ze niewłaściwej analizy problemu). Pojawiały się również powody niezależne od Beneficjenta, które wpłynęły na niemożność osiągnięcia wartości jakiegoś wskaźnika w czasie realizacji. W dwóch przypadkach badanych projektów nie osiągnięto zakładanego wskaźnika odnoszącego się do liczby osób objętych projektem, a mimo tego wartości osiągnięte w projekcie były dużym osiągnięciem w skali kraju.

Rekomendacja

- szacowanie wartości wskaźników powinno być przedmiotem szczegółowej oceny na etapie oceny wniosków przez gremia dokonujące wyboru projektów. Zdarzały się przypadki, kiedy w ogóle nie podawano źródła deklarowanej wartości bazowej i metody wyliczenia wartości docelowej. Sposób wyliczenia wartości wskaźników osiągnięć powinien być jednym z kryteriów oceny wniosków, w procesie weryfikacji wniosku powinno poddawać się ocenie realność osiągnięcia wskaźnika.
- należałoby wprowadzić kategorię oceny, która skupiałaby się na ocenie logiki projektowej, rozumianej jako powiązanie diagnozy problemu z celem, celów z rezultatami, rezultatów z budżetem i harmonogramem. Jeśli projekt nie osiągnąłby w tej kategorii określonego minimum, nie kwalifikowałby się do dalszej oceny. Dzięki temu projekty nielogiczne, nierealne nie miałyby szansy na finansowe poprzez wysoką punktację w innych obszarach oceny.
- warto, aby wśród ekspertów oceniających projekt znalazły się osoby, które są ekspertami w sferze

zarządzania projektami, logiki projektowej.

Wniosek

Zmiana wskaźników w trakcie realizacji projektów nie miała odzwierciedlenia w dokumentacji wniosku. Beneficjenci informują o zmianach wskaźnika oraz uzasadniają konieczność tej zmiany. BMF zazwyczaj wykazywał się dużą elastycznością w sytuacjach, w których Beneficjenci wychodzili z propozycją zmian w zakresie realizacji swoich projektów. Stosuje wówczas nieformalną zasadę „przyjęcia do wiadomości informacji Beneficjenta”, o niemożliwości na przykład osiągnięcia wskaźnika. Zmiany te jednak nie znajdowały odzwierciedlenia w formularzach projektów, umowie czy też PWP. Z punktu widzenia logiki realizacji projektu nie ma to co prawda większego znaczenia. Jednak stan taki komplikuje proces monitorowania realizacji programu, ponieważ część wskaźników oficjalnie jest niezrealizowanych, a funkcjonują we wniosku, który jest załącznikiem do umowy.

Brak usankcjonowania zmiany wskaźników stwarza też Beneficjentom poczucie niepewności co do swojej sytuacji prawnej.

Strona | 49

Rekomendacja

- wprowadzenie do procedury realizacji projektów możliwości zmiany wskaźnika „rzecowego” lub korekty wartości wskaźników w sytuacji, w której Beneficjent jest w stanie przedstawić wiarygodne i merytorycznie uzasadnione powody, z formalnym odzwierciedleniem tej zmiany w dokumentacji. Warunkiem wprowadzenia takiej korekty byłoby uzasadnienie, że korekta nie wpłynie negatywnie na osiągnięcie celów projektu. Dzięki temu bardziej przejrzysty będzie monitoring realizacji całego Programu i jego ewaluacja.
- zmiana wskaźnika powinna znaleźć odzwierciedlenie w dokumentach formalnych (np. PWP, umowa o dofinansowanie).

Wniosek

Bardzo ważne z punktu widzenia monitorowania realizowanych projektów, oceny osiągania założonych wskaźników czy też oceny jakości świadczonych usług jest pozyskiwanie informacji od beneficjentów ostatecznych. Dzięki temu pozyskać można unikalną wiedzę na temat zasadności realizowanych działań, ich funkcjonalności i rzeczywistych potrzeb. Przy realizacji projektów nie zbierano bazy danych beneficjentów w sposób, który pozwalałby na wykonanie rozmów ewaluacyjnych, np. w formie CATI, wobec braku takich wymogów umownych.

Rekomendacja

- wprowadzenie zalecenia gromadzenia baz danych beneficjentów ostatecznych przez realizatorów projektów. Bazy danych uczestników programów profilaktycznych powinny być tworzone na bieżąco, tzn. uzupełnianie bazy powinno następować w momencie udziału beneficjenta w projekcie. Inspiracją może być tutaj system PEFS, który funkcjonuje w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki.
- należy zbierać zgody uczestników badania na przetwarzanie danych w sposób, który umożliwiałby prowadzenie rozmów ewaluacyjnych,
- w przypadku odmowy udzielania zgody przez uczestnika badania na przetwarzanie danych, nie może to mieć oczywiście wpływu na jego udział w badaniu,
- w przypadku rund konkursowych w kolejnych perspektywach należy opisać kontekst prawny, w

formie wytycznych dla Beneficjentów, wskazujący procedury, których należy używać, aby projekt był realizowany zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych.

Wniosek

W większości projektów problemy, które pojawiły się w czasie realizacji i wpłynęły na brak możliwości osiągnięcia zakładanych wskaźników, nie zostały przewidziane w analizie ryzyk (jest to część wniosku aplikacyjnego). Można odnieść wrażenie, że ten punkt wniosków był zazwyczaj przez Wnioskodawców bagatelizowany. Np. w żadnym z badanych projektów nie uwzględniono ryzyka związanego z awarią sprzętu medycznego używanego do badań. Awaria sprzętu wystąpiła natomiast w jednym z projektów, co wpłynęło na opóźnienia w harmonogramie. Ryzyko związane z niższym niż założono zainteresowaniem badaniami profilaktycznymi często uzasadniano np. w sposób: „Większa mobilizacja zespołu realizującego projekt w działania promocyjne”, co trudno uznać za rzetelne narzędzie naprawcze.

Rekomendacja

Analiza ryzyka powinna być przedmiotem szczególnej uwagi na etapie oceny wniosków. W formularzach aplikacyjnych powinno się wprowadzić obowiązkowe odniesienie się do np. kilku najczęściej występujących potencjalnych ryzyk. Przykładowe typy ryzyk:

- opóźnienie realizacji projektu w związku z procedurą PZP;
- awaria sprzętu przeznaczonego do realizacji badań profilaktycznych;
- problem z dotarciem do beneficjentów ostatecznych;
- zmiany demograficzne mogące wpłynąć na zmniejszenie się populacji mającej być objętą projektem.

Strona | 50

Odrębnym problemem, który należy poddać analizie, jest brak danych pozwalających na monitorowanie osiągania wskaźników związanych z wykrywaniem i diagnozowaniem jednostek chorobowych u beneficjentów ostatecznych. Procedura realizacji projektów nie nakładała na Beneficjentów obowiązku bieżącego monitoringu osiągania wskaźników celów bezpośrednich. Natomiast praktycznie w każdym z badanych projektów wskaźniki te (związane z wykrywalnością jednostek chorobowych) zostały przyporządkowane właśnie do celu bezpośredniego projektu. Beneficjenci będą sprawozdawać ten rodzaj wskaźnika dopiero na zakończenie realizacji projektu. Powstaje więc pytanie, czy procedura realizacji projektu nie powinna nakładać obowiązku wykazywania postępu w osiąganiu tych wskaźników również w trakcie trwania projektu. Jest to ważne źródło informacji o zasadności realizacji takiego czy innego programu profilaktycznego. Pozwala dokonywać ocenę, wśród których grup społecznych, wiekowych oraz terytorialnych należy realizować poszczególne programy profilaktyczne. Nasuwa się tutaj jednak pytanie, czy tego typu wskaźniki powinny być w projektach traktowane jako warunek pozytywnej oceny przeprowadzonego projektu. Nieosiągnięcie zakładanego wskaźnika dotyczącego np. zdiagnozowania danej jednostki chorobowej nie jest przecież oznaką nieefektywności zastosowanych narzędzi. Nie powinno się uzależniać pozytywnego rozliczenia projektu od jak największej wartości wskaźników diagnozowania jednostek chorobowych.

Wniosek
Z punktu widzenia monitorowania zasadności realizacji poszczególnych programów profilaktycznych ważne jest rzetelne i pozwalające na weryfikację gromadzenie danych na temat wykrywalności jednostek chorobowych.
Rekomendacja
Wprowadzenie zasady monitorowania wskaźników dotyczących wykrywalności jednostek chorobowych przez Beneficjentów, ale jako odrębnego typu wskaźnika. Jego osiągnięcie w zakładanej wartości nie powinno być podstawą do pozytywnej oceny całego projektu i jego końcowego rozliczenia. Gromadzone w ten sposób dane powinny służyć jedynie do oceny zasadności stosowania danego programu profilaktycznego w przyszłości.

3.1.5. Czynniki wpływające na efektywność zaplanowanych działań.

Na podstawie rozmów z przedstawicielami Beneficjentów oraz pracownikami IW oraz IP zidentyfikowano następujące kluczowe czynniki wpływające na efektywność zaplanowanych działań:

- Szeroka współpraca przy realizacji programu profilaktycznego różnych instytucji. Najlepsze możliwości realizacji projektów mają jednostki samorządu terytorialnego, które są w stanie dotrzeć do stosunkowo największej grupy potencjalnych beneficjentów ostatecznych. Urzędy miasta, gminy i starostwa powiatowego mogą bezpośrednio angażować do współpracy podległe sobie instytucje, w tym np. szkoły, ale również jednostki systemu opieki zdrowotnej. Dysponują relatywnie najlepiej przygotowaną kadrą do zarządzania projektem i działań promocyjnych. Wśród badanych 5 projektów, 2 realizowane tylko i wyłącznie przez jednostki systemu opieki zdrowotnej miały duże problemy z dotarciem do beneficjentów ostatecznych. W jednym przypadku związane było to z problemem w przekazywaniu przez urzędy gminy baz danych ludności. W drugim wystąpił poważny problem ze współpracą z lokalnymi samorządami, które według słów przedstawicieli Beneficjenta, czasami wręcz sabotowały przeprowadzenie badań profilaktycznych.
- Właściwie przeprowadzona akcja informacyjno-edukacyjna. Jednym z największych problemów decydujących o efektywności programów profilaktycznych jest ciągle niska świadomość społeczeństwa w kontekście badań profilaktycznych. Dotyczy to przede wszystkim społeczności wiejskiej, społeczności mieszkającej w małych miasteczkach oraz gorzej wykształconej. Odpowiednio przygotowana i przeprowadzona akcja promocyjno-informacyjna zwiększa znacznie efektywność i skuteczność prowadzonych działań.
- Odpowiednia organizacja programu uwzględniająca dobrze przygotowaną kadrę oraz właściwe zaplanowanie działań z rzetelnie przygotowanym harmonogramem. Harmonogram działań musi uwzględniać możliwości wystąpienia zaburzeń w cyklu projektowym oraz zastosowanie narzędzi naprawczych w sytuacji opóźnień. Koncepcja projektu musi wziąć pod uwagę zaistniałe ryzyka.
- Właściwy dobór wskaźników i realne oszacowanie ich wartości. Realny dobór wartości wskaźnika dotyczy zarówno sytuacji, w której ktoś zaniża wskaźniki, po to, żeby łatwiej zrealizować projekt (wtedy projekt jest wysoce nieefektywny), jak i sytuacji, gdy ktoś zawyża wysokość wartości wskaźnika, zwiększając dzięki temu efektywność projektu, ale zmniejszając realność jego osiągnięcia. Realność polega na znalezieniu złotego środka pomiędzy tymi skrajnymi sytuacjami.

3.1.6. Ocena trwałości osiągniętych celów i rezultatów w projektach.

Trwałość wypracowanych w projektach rozwiązań wiąże się głównie z ich inwestycyjną częścią. Trudno mówić o trwałości wypracowanych rozwiązań profilaktycznych czy też organizacyjnych w sytuacji, w której projekty były realizowane na zasadzie „akcyjnej”. Wraz z zakończeniem realizacji projektów zakończą się realizowane w ich ramach programy profilaktyczne. Usługi zdrowotne, w tym profilaktyczne w polskim systemie opieki zdrowotnej w dużym stopniu uzależnione są od kontraktów podpisywanych przez jednostki z NFZ. Korzystanie ze środków grantowych czy też ze środków jednostek samorządu terytorialnego obarczone jest ryzykiem dużej niepewności ich otrzymania. W 4 spośród 5 badanych projektów przewidziana była część inwestycyjna. Zakupiony w jej ramach sprzęt medyczny (często o najlepszym dostępnym standardzie) lub modernizacja oddziałów szpitalnych będzie przez kilka czy nawet kilkanaście lat bezpośrednio wpływać na dostępność usług zdrowotnych i ich wysoką jakość dla lokalnej społeczności.

Strona | 52

W przypadku Beskidzkiego Centrum Onkologii, zakupiony mammograf cyfrowy i zestaw do radiografii cyfrowej pozwala na prowadzenie badań onkologicznych i ich diagnostykę na najwyższym poziomie. Efekty tego widoczne są już w tym momencie. Ze względu na posiadaną aparaturę medyczną do BCO trafia bardzo dużo kobiet skierowanych z innych ośrodków opieki zdrowotnej. Ucyfrowienie mammografii pozwala na przechowywanie w wersji elektronicznej dużej ilości wyników badań. Dzięki temu między innymi u kobiet, u których w przyszłości będą przeprowadzane zabiegi mammografii, łatwiej będzie wykryć jakiegokolwiek zmiany, ponieważ lekarz będzie dysponował łatwo dostępnym, wcześniej zrobionym zdjęciem.

W przypadku projektu z Wielunia gruntownej renowacji i modernizacji poddano oddział chirurgii dziecięcej w tamtejszym szpitalu. Wcześniej dyrekcja szpitala ze względu na bardzo złe warunki panujące na oddziale zastanawiała się nad zamknięciem tego oddziału. Podobnie sytuacja wygląda w projekcie realizowanym przez szpital w Lęborku, gdzie gruntownej modernizacji poddany został oddział położniczy i patologii ciąży. Tam również zakupiono 40 jednostek sprzętu medycznego wykorzystywanego zarówno na oddziale położniczym, jak i oddziale neonatologii. W projekcie realizowanym przez szpital w Białymstoku zakupiono ambulans do prześwietleń RTG, który po zakończeniu realizacji projektu będzie wykorzystywany do mobilnych form badań profilaktycznych.

Najgorzej w tym aspekcie prezentuje się projekt realizowany przez Urząd Miasta Gorzowa Wlkp. W projekcie tym – ze względu na jego specyfikę – nie zakupiono żadnego sprzętu medycznego, ani też nie zmodernizowano infrastruktury służącej opiece zdrowotnej. Program profilaktyki stomatologicznej u dzieci i młodzieży szkolnej zakończy się wraz z zakończeniem projektu. Dofinansowanie nie nakładało obowiązku kontynuowania programu w przyszłości ze środków własnych Beneficjenta. Trudno więc mówić tutaj o trwałości efektów projektu.

3.2. Wpływ realizowanych interwencji na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych.

3.2.1. Realizowane projekty profilaktyczne w opinii beneficjentów ostatecznych.

Tak jak zostało to opisane w rozdziałach 2.2.1. oraz 2.2.2, ankiety telefoniczne CATI udało się przeprowadzić z beneficjentami ostatecznymi zaledwie dwóch projektów (nr PL0374 oraz nr PL0492).

Strona | 53

W ramach projektu nr PL0374 (SPZOZ Gruzlicy i Chorób Płuc w Białymstoku) przeprowadzono ankiety z 24 osobami. Beneficjentami w tym projekcie byli kobiety i mężczyźni w różnym wieku, z terenu województwa podlaskiego. Badania kierowane były głównie do osób ze środowisk narażonych na większe ryzyko chorób płuc (ze względu na gorszy dostęp do ośrodków opieki zdrowotnej – mieszkańcy gmin miejsko-wiejskich i wiejskich; osoby pochodzące ze środowisk patologicznych i zaniedbanych, o gorszym statusie ekonomicznym). Poniżej prezentujemy wybrane wyniki ankiety z beneficjentami ostatecznymi projektu nr PL0374. Szczegółowe zestawienia udzielanych odpowiedzi znajduje się w aneksie do Raportu.

Czy w Pan/i opinii badania, którymi został Pan/i objęty/a, były Panu/i potrzebne?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	95,84 %
Nie	4,17 %

Czy gdyby nie udział w projekcie, poddałby się Pan/i takim badaniom profilaktycznym	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	38,1 %
Nie	61,91 %

Jakiego typu badanie profilaktyczne byłoby Pan/i najbardziej potrzebne?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w wartościach witych)
Mammografia	5
Badania okulistyczne	4
Badania USG	3
Badania słuchu	3
EKG	4
RTG	2
Badania tarczycy	1
Badanie krwi	1
Badanie gęstości kości	1
Badanie profilaktyczne układu krążenia	1

Czy ma Pan/i jakieś zastrzeżenia do sposobu informowania o badaniach profilaktycznych?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	4,17 %
Nie	95,84 %

Czy ma Pan/i jakieś zastrzeżenia do organizacji tych badań?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	12,50 %
Nie	87,50 %

Respondenci, którzy zgłaszali zastrzeżenia co do organizacji badań wymieniali: problemy techniczne związane z działaniem aparatu RTG; niedogodne warunki przeprowadzania badań (badania były prowadzone w mobilnym ambulansie); brak dostępnego badania spirometrycznego.

Powyższe wybrane odpowiedzi mówią o generalnie dobrej ocenie zaproponowanych badań - szczególnie dobrym wskaźnikiem jest duży odsetek osób zadowolonych z badania (ponad 95 %). Dobrym wskaźnikiem jest procent osób, które nie wzięłyby udziału w badaniu, gdyby nie projekt profilaktyczny – ponad 60%. Wskaźnik osób, które deklarowały niezadowolenie związane z organizacją badania (12,5 %), nie powinien stanowić podstaw do niepokoju. W metodologii badań przyjmuje się, że grupa 10-15% respondentów jest z natury rzeczy niezadowolona i ma zastrzeżenia, niezależnie od sytuacji.

W ramach projektu nr PL0492 (Starostwo Powiatowe w Wieluniu) przeprowadzono 80 ankiet. W ramach projektu realizowane były 2 programy profilaktyczne. W pierwszym z nich grupą docelową były niemowlęta, a program polegał na profilaktyce dysplazji stawów biodrowych. Drugi program dotyczył wczesnego wykrywania wad postaw u dzieci w wieku przedszkolnym, szkoły podstawowej oraz gimnazjum. Wszyscy beneficjenci ostateczni projektu pochodzili z terenu powiatu wieluńskiego. Ankiety telefoniczne były przeprowadzane z rodzicami dzieci, które zastały poddane badaniom. Poniżej prezentujemy wybrane wyniki ankiety z beneficjentami ostatecznymi projektu nr PL0374. Szczegółowe zestawienia udzielanych odpowiedzi znajduje się w aneksie do Raportu.

Czy w Pan/i opinii badania, którymi zostało objęty/a Pan/i dziecko, były Panu/i dziecku potrzebne?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	94,94 %
Nie	5,06 %

Czy gdyby nie udział w projekcie, poddałby Pan/i swoje dziecko takim badaniom profilaktycznym?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	83,55 %
Nie	16,45 %

Jakiego typu badanie profilaktyczne byłoby Pan/i dziecku najbardziej potrzebne?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w wartościach witych)
Badania okulistyczne	19
Badania słuchu	12
Badania wad postawy (badanie kręgosłupa)	6
Badania stomatologiczne	4
Badania alergologiczne	3
Badania kardiologiczne	3
Badania logopedyczne	3
Badania laryngologiczne	2
Badania ortopedyczne	2
Badanie profilaktyczne chorób genetycznych	1
USG jamy brzusznej	1

Czy ma Pan/i jakieś zastrzeżenia do sposobu informowania o badaniach profilaktycznych?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	12,83 %
Nie	87,17 %

Czy ma Pan/i jakieś zastrzeżenia do organizacji tych badań?	
Odpowiedzi	Liczba odpowiedzi (w %)
Tak	12,83 %
Nie	87,17 %

Respondenci, którzy zgłaszali zastrzeżenia co do organizacji badań, najczęściej wymieniali złą logistykę badania. Według tych opinii na jedną godzinę zaproszenie otrzymywało kilka a nawet kilkanaście osób, przez co wydłużał się czas spędzony w kolejce. Było to tym bardziej uciążliwe, że badania dotyczyły niemowląt. Ponadto pojawiały się opinie (2), że rodzice nie dostali informacji o wynikach badania swojego dziecka.

Wyniki badania również są zadowalające dla realizatorów projektu. Osoby zadowolone z badania stanowią prawie 95% wszystkich respondentów. Prawie 84% badanych osób twierdzi, że niezależnie od projektu skorzystałaby z badań – prawdopodobnie jest to warunkowane tym, że badania te

zaleca się noworodkom i niemowlętom jako obowiązkowe, co znaczy, że byłyby i tak zainicjowane przez rodziców. Organizacja badań oceniona została w sposób niesugerujący zaniedbań w tej sferze.

3.2.2. Efekty udziału w programach beneficjentów ostatecznych.

Realizacja projektów miała bezpośredni wpływ na osoby objęte badanymi programami profilaktycznym. Wynika to z analizy poszczególnych projektów. Każdy z nich objął różnego typu działaniami grupy docelowe, do których projekty były kierowane. W przypadku 4 projektów w związku z problemami w osiągnięciu zakładanych wskaźników, grupy docelowe zostały poszerzone. Sposoby weryfikacji wpływu projektów na beneficjentów ostatecznych są różnorakie, aczkolwiek na obecnym etapie nie można zmierzyć siły tego wpływu. Osoby objęte programami profilaktycznymi otrzymały wyniki badań. Dla osób, u których zdiagnozowano problem zdrowotny, ma to bezpośredni wpływ na podjęcie leczenia. W wyniku realizacji projektów w 4 przypadkach zakupiony został sprzęt medyczny, a w 2 przypadkach zmodernizowano oddziały szpitalne. Dzięki temu zarówno osoby objęte projektem, jak i pozostała część społeczności lokalnej uzyskała większą i lepszą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych. Nie można jednak w tym momencie zweryfikować, jak konkretnie wyraża się ten wpływ. Badania profilaktyczne z definicji polegają na przeciwdziałaniu chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. Tak więc efekty przeprowadzonych działań możliwe będą do zbadania dopiero w przyszłości.

Strona | 56

3.2.3. Ocena wpływu projektów na beneficjentów projektów w opinii realizatorów projektów.

Na podstawie zebranych opinii i analizy dokumentów należy przypuszczać, że w przypadku braku opisywanych programów profilaktycznych, beneficjenci ostateczni w zdecydowanej większości nie zgłosiliby się na podobne badania. Jedynym przypadkiem niepasującym do tej reguły mogą być uczestniczki programu realizowanego przez Beskidzkie Centrum Onkologiczne. W związku z trwającym ogólnopolskim programem profilaktycznym raka piersi, zapewne część kobiet skorzystałaby z podobnych badań. Jako że Beneficjent poszerzył grupę docelową o kobiety w wieku 40 – 49 lat (które nie są objęte projektem NFZ), również w tym przypadku należy stwierdzić, że duża część kobiet nie zgłosiłaby się na podobne badania. Ważne podkreślenia w tym miejscu jest również to, że zdecydowana większość realizowanych programów profilaktycznych w badanych projektach, nie jest finansowana przez NFZ. Tak więc poddanie się tego typu zabiegom wiąże się z poniesieniem kosztów. Zazwyczaj są to relatywnie drogie badania. Jest to więc kolejny dowód na potwierdzenie tezy, że beneficjenci nie zgłosiliby się na badania poza projektami. Odrębną kwestią jest to, o czym już kilkakrotnie w niniejszym raporcie wspomniano – ciągle niska świadomość polskiego społeczeństwa dotycząca potrzeby poddawania się badaniom profilaktycznym. Jak pokazują przykłady z badanych projektów, największa świadomość i chęć poddawania się badaniom profilaktycznym występuje u kobiet w ciąży oraz młodych rodziców, którzy kierują niemowlęta na badania (przykład projektów z Lęborka i Wielunia). Wysoka świadomość – według opinii realizatorów projektów – występuje też wśród grup z wyższym wykształceniem i lepiej sytuowanych finansowo (koordynator projektu BCO mówił, że zdecydowana większość kobiet, które zgłosiły się na badania, pochodziła z większych miast regionu). Największe problemy z tym związane występują wśród mieszkańców obszarów wiejskich i małych miasteczek. Znajduje to również potwierdzenie w opiniach beneficjentów ostatecznych projektu z Białegostoku. Na pytanie

zadane w ankiecie telefonicznej *Czy gdyby nie udział w projekcie, poddałby się Pan/li takim badaniom profilaktycznym?* – 61,91% respondentów odpowiedziało *Nie*. Jest to bardzo wysoki wskaźnik, biorąc pod uwagę, że generalnie w badaniach społecznych respondenci wykazują tendencję do udzielania odpowiedzi wyrażających postawy pozytywne. W tym przypadku taką postawą pozytywną jest deklaracja udziału w badaniach profilaktycznych. Dla porównania jedynie 16,46% beneficjentów ostatecznych projektu z Wielunia (rodzice dzieci, które badano) udzieliło odpowiedzi *Nie* na pytanie *Czy gdyby nie udział w projekcie, poddałby Pan/li swoje dziecko takim badaniom profilaktycznym?*.

Z pełną odpowiedzialnością należy stwierdzić, że realizacja badanych projektów wynikała i była odpowiedzią na wcześniej diagnozowane stany chorobowe. W przypadku projektów BCO oraz projektu z Białegostoku, realizatorami projektów były specjalistyczne ośrodki zajmujące się na co dzień problematyką, której dotyczył projekt. Beneficjenci ci posiadają wiedzę, którą czerpią z własnego doświadczenia. Przykład projektu z Białegostoku jest tutaj bardzo adekwatny, ponieważ w województwie podlaskim obserwuje się największe zagrożenie zachorowalnością na gruźlicę (m.in. ze względu na duży ruch transgraniczny z sąsiadującą Białorusią, gdzie problem ten jest szczególnie natężony). W przypadku projektu z Wielunia, podobny program profilaktyczny (w części dotyczącej badania wad postawy u dzieci) realizowany był przez urzędy gminy z terenu powiatu wieluńskiego w 2002r. Wówczas zebrane dane pokazały, jak dużym i powszechnym problemem są np. wady kręgosłupa u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Zdecydowana większość tych chorób nie jest leczona, a konsekwencją tego są poważne problemy, które najbardziej uaktywniają się w późniejszym etapie życia. Wówczas jest już często za późno na skuteczne leczenie. Podobnie jest z próchnicą zębów, która jest problemem powszechnym w polskim społeczeństwie. Pokazują to wszelkie dostępne dane. Tak więc i w przypadku projektu realizowanego przez Urząd Miasta Gorzowa Wlkp. należy stwierdzić, że realizacja projektu była odpowiedzią na wcześniej zdiagnozowany stan chorobowy.

Trudno jest jednak powiedzieć, w jaki sposób realizacja wszystkich badanych projektów wpłynęła na wyżej opisaną sytuację. Na pewno bezpośrednim wpływem jest to, że osoby objęte projektami zostały przebadane, a w konsekwencji część z nich podjęcie leczenie. Skala i siła tego wpływu będą mogły być zmierzone dopiero w przyszłości.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów z przedstawicielami Beneficjentów należy stwierdzić, że realizatorzy badanych projektów nie używają narzędzi do badania wpływu programów profilaktycznych na odbiorców swoich działań. Jedynym dostępnym źródłem badania jakichkolwiek efektów prowadzonych badań jest dokumentacja medyczna i robione na jej podstawie statystyki. Żaden z badanych Beneficjentów nie był jednak w stanie przedstawić, jak gromadzone przez niego dane i statystyki pokazują wpływ projektu na pacjentów. Nawet prowadzenie statystyk nie jest poddawane ocenie z zastosowaniem narzędzi do badań jakościowych i ilościowych. Wynika to przede wszystkim z tego, że jednostki systemu opieki zdrowotnej, ani tym bardziej jednostki samorządu terytorialnego, nie mają takiego obowiązku. Takiego obowiązku nie nakłada też na nich procedura realizacji projektów.

3.3. Wpływ realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej.

3.3.1. Ocena wpływu realizowanych projektów na stan zdrowia społeczności lokalnej.

Strona | 58

W opinii realizatorów projektów udzielone wsparcie w ramach badanych projektów, odpowiada potrzebom grup docelowych. Potwierdzenie tej tezy zostało zaprezentowane we wcześniejszych rozdziałach raportu. W tym momencie możemy jedynie podsumować opinie zgłaszane przez przedstawicieli Beneficjentów:

- wszystkie realizowane programy profilaktyczne odpowiadają wcześniej diagnozowanym problemom zdrowotnym występującym w społecznościach lokalnych;

- zdecydowana większość programów profilaktycznych realizowanych w projektach nie jest finansowana przez NFZ.

Opinie realizatorów projektów znajdują potwierdzenie wśród beneficjentów ostatecznych, z którymi zostały przeprowadzone ankiety telefoniczne (CATI). W przypadku beneficjentów ostatecznych projektu z Wielunia na pytanie *Czy w Pan/i opinii badania, którymi zostało objęte Pana/i dziecko, było potrzebne?* - 94,94% respondentów odpowiedziało twierdząco. Wśród beneficjentów ostatecznych projektu z Białegostoku na to samo pytanie pozytywnej odpowiedzi udzieliło 95,84% respondentów.

Według danych pozyskanych w wyniku ankiety on-line wypełnianej przez realizatorów projektów, najlepszą formą działań profilaktycznych są szeroko rozumiane akcje informacyjno-edukacyjne skierowane do społeczeństwa. Takiej odpowiedzi udzieliło 13 respondentów z grupy 20, którzy odpowiedzieli na to pytanie. Drugą co do częstotliwości udzielania odpowiedzi było Zwiększenie dostępności do bezpłatnych badań profilaktycznych (6 odpowiedzi).

Na obecnym etapie nie ma obiektywnej możliwości sprawdzenia, jak realizacja projektu wpłynęła na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej. W programach profilaktycznych niezbędne jest badanie wpływu programu na zdrowie danej populacji w perspektywie czasowej. Tymczasem większość badanych projektów realizowana była przede wszystkim w 2010r. Tak więc w tym momencie jest jeszcze na to za wcześnie. Należy też przypuszczać, że ocena tego wpływu będzie trudna do zweryfikowania również w przyszłości. Ma to bezpośredni związek z tym, o czym pisano wcześniej – realizatorzy projektów nie stosują narzędzi monitorujących wpływ projektu na pacjentów. Niezależnie od tego wszyscy przedstawiciele Beneficjentów wyrażali opinię, że realizacja projektu pozytywnie wpłynęła na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej. Większość wniosków, które były formułowane przez Beneficjentów, wynika z logiki i praktyki lekarskiej. Zakłada ona, że stworzenie społeczeństwu warunków do łatwo dostępnej opieki zdrowotnej na wysokim poziomie przekłada się na większą skłonność pacjentów do poddawania się również badaniom profilaktycznym. Należy więc domniemywać, że tak się będzie działo w przypadku analizowanych przykładów. Można też domniemywać, że dzięki działaniom inwestycyjnym w projektach dokonana się pozytywna zmiana w społecznościach lokalnych – pacjenci otrzymali możliwość lepszej opieki zdrowotnej. Nie ma jednak w chwili obecnej mechanizmów i narzędzi, żeby to monitorować.

Trudno na podstawie dostępnych danych oceniać, jak brak realizacji wpłynąłby na stan zdrowia społeczności lokalnej. Można na ten problem spojrzeć z perspektywy poszczególnych beneficjentów ostatecznych. Tak jak to zostało pokazane wcześniej, zdecydowana większość nie zgłosiłaby się na podobne badania, gdyby nie przeprowadzono ich w ramach projektu. Tak więc osoby, u których zdiagnozowano jakiegoś rodzaju jednostki chorobowe, nie podjęłyby leczenia w tym zakresie lub podjęłyby leczenie, ale dopiero w wyniku wystąpienia wyraźnych objawów.

3.3.2. Czynniki wpływające na skuteczną realizację programów profilaktycznych.

Żaden z 5 badanych projektów nie był realizowany w sformalizowanym partnerstwie. Jakkolwiek w przypadku 2 projektów można mówić o partnerstwie nieformalnym. W projekcie realizowanym przez Urząd Miasta Gorzowa Wlkp. projekt był realizowany w ścisłej współpracy z gorzowskimi szkołami. Dzięki bezpośredniemu przełożeniu Urzędu Miasta na szkoły można było sprawnie realizować podejmowane działania. Na początku akcja profilaktyczna została poprzedzona akcją informacyjną dla dzieci, młodzieży oraz ich rodziców na temat profilaktyki stanu jamy ustnej. Następnie zabiegi profilaktyczne były prowadzone w ramach poszczególnych szkół i roczników objętych projektem. Zabiegi były realizowane w czasie zajęć szkolnych, tak więc miało to bezpośredni wpływ na objęcie dużej liczby uczniów. Projekt realizowany w innej formie – bez wsparcia szkół – nie zostałby przeprowadzony w takim zakresie.

Drugi projekt, w którym zastosowano nieformalne partnerstwo, był projektem realizowanym przez Urząd Starostwa Powiatowego w Wieluniu. Tutaj również zastosowano przełożenie Urzędu na Urzędy Gminy, a za ich pośrednictwem na szkoły z powiatu wieluńskiego. Również tutaj, tak jak w Gorzowie Wlkp., objęto projektem dużą liczbę beneficjentów pochodzących z grupy docelowej. W Wieluniu realizatorem badań profilaktycznych był wieluński szpital, którego jednostką prowadzącą jest Starostwo Powiatowe.

W 2 innych badanych projektach realizowanych przez jednostki systemu opieki zdrowotnej pojawiły się problemy z dotarciem do beneficjentów ostatecznych. W obu przypadkach problemy te wynikały w dużym stopniu z braku bliskiej współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego.

Należy więc stwierdzić, że współpraca – zwłaszcza z jednostkami samorządu terytorialnego – wpływa na efektywność realizowanych programów profilaktycznych, a tym samym przyczynia się do poprawy zdrowia społeczności lokalnej.

3.4. Wnioski badawcze związane z systemem zarządzania i wdrażania Programu.

Wnioski badawcze związane z systemem zarządzania i wdrażania Programu stanowią wątek poboczny prowadzonego badania. W związku z tym, że opinie, diagnozy oraz wnioski dotyczące tego obszaru pojawiały się w czasie realizacji niniejszej ewaluacji, zamieściliśmy je w raporcie podsumowującym całe badanie.

3.4.1. Perspektywa beneficjentów

Beneficjenci realizujący projekty nie zgłaszali zbyt wielu rekomendacji związanych z systemem wdrażania Programu. Było to niewątpliwie związane również z tym, że przygotowane narzędzia

badawcze, zawierały bardzo mało wątków dotyczących tej problematyki. Jakkolwiek, opinie na temat systemu wdrażania Programu, pojawiały się w kontekście odpowiedzi dotyczących głównych problemów badawczych. Najważniejsze obszary tematyczne, które się pojawiały, dotyczyły wątków: zbyt restrykcyjnych wymagań związanych z dokumentacją projektu oraz długotrwałości procesów związanych z obsługą projektu.

Bardzo dobrze oceniono współpracę z BPZ-em. W żadnym z projektów nie pojawiły się negatywne oceny co do stylu tej współpracy. Beneficjenci w wywiadach podkreślali zarówno odpowiednią dostępność Prowadzących projekty, jak i pomocną postawę wobec problemów, z którymi spotykali się Beneficjenci. W zebranych opiniach, powtarza się pozytywna ocena tej współpracy. Beneficjenci podkreślali to, że mogli liczyć na wsparcie i aktywną pomoc pracowników BPZ w rozwiązywaniu wszelkich problemów pojawiających się w czasie realizacji projektów. Nie zdarzały się opinie, w których respondenci wskazywaliby na jakąkolwiek złą wolę pracowników Instytucji Wspierającej. Uwaga ta jest ważna podkreślenia, ponieważ sytuacja taka nie zdarza się zbyt często w przypadku wdrażania projektów finansowanych ze środków europejskich. Beneficjenci zazwyczaj mają wiele uwag dotyczących współpracy z instytucjami wdrażającymi projekty. Bardzo wysoko oceniana była przez Beneficjentów współpraca z Prowadzącymi projekty, którzy nie tylko odpowiadali na bieżące potrzeby realizatorów projektów, ale również wykazywali postawę aktywną i sami wychodzili z propozycjami różnego rodzaju ulepszeń w zarządzaniu projektami (np. jednoosobowe szkolenie związane z wypełnianiem wniosku o płatność).

Przy bardzo pozytywnej opinii co do współpracy z BPZ, Beneficjenci w większości krytycznie odnosili się do restrykcyjnych form związanych z prowadzeniem koniecznej dokumentacji projektu. Pojawiały się tutaj typowe w takich sytuacjach określenia jak: „papirologia”, „biurokracja”, „nadmierne przywiązanie do kwestii formalnych”, etc. Na podstawie tych opinii nie można oczywiście wyciągać daleko idących wniosków w kontekście systemu wdrażania Projektu. Beneficjenci różnego rodzaju Programów grantowych, zazwyczaj mają krytyczne zdanie na temat konieczności rzetelnie prowadzonej sprawozdawczości. Spośród tego typu opinii, wymienić należy jednak kilka uwag, które mogą stać się tematem do zastanowienia w kontekście realizacji programu w przyszłości. Ogólną uwagą jest tutaj na pewno kwestia niezgodności niektórych procedur darczyńców z polskim kontekstem prawnym. Sytuacja taka nie zdarzyła się w żadnym z ewaluowanych projektów, ale pracownicy BPZ oraz DFE MZ wspominali w czasie wywiadów o przypadkach, w których pomimo zmiany sytuacji prawnej w Polsce, która wpłynęła na realizowany projekt, BMF w Brukseli, nie wyrażało zgody na wprowadzenie zmian w projekcie. Ponadto wskazywano na następujące uciążliwości:

- konieczność przechowywania wersji papierowych dokumentów, które mogłyby być przechowywane w wersji elektronicznej,
- konieczność tłumaczenia zbyt dużej ilości dokumentów na język angielski,
- konieczność rozpoczęcia projektu w oparciu o list intencyjny a nie umowę o dofinansowaniu (dla niektórych podmiotów nie był to dokument, który pozwalał na rozpoczęcie działań związanych z wydatkowaniem środków).

Beneficjenci wyrażali zrozumienie dla większości restrykcji związanych z tym, że wydatkowano pieniądze publiczne, jednakże zwracali uwagę na przerost formy nad treścią.

Trzecim wątkiem najczęściej sygnalizowanym była kwestia bardzo długiej procedury oceny wniosków, podpisywania umów oraz akceptacji zmian w projekcie. Ponieważ jest to aspekt, który ma bezpośredni i duży wpływ na osiąganie wskaźników projektowych, szerzej został omówiony w części 3.1.

3.4.2. Perspektywa pracowników Instytucji Pośredniczącej oraz Instytucji Wspomagającej

Strona | 61

W trakcie wywiadów pogłębionych prowadzonych z pracownikami BPZ (Instytucji Wspomagającej) oraz DFE Ministerstwa Zdrowia (Instytucji Pośredniczącej), zadawano pytania o rekomendacje związane z systemem wdrażania i zarządzania programem, jak również komunikacją wewnętrzną pomiędzy instytucjami zaangażowanymi we wdrażanie. Poniżej zestawienie wniosków i rekomendacji, które powtarzały się najczęściej w podziale na instytucje, z których rekomendacje pochodziły.

Instytucja Wspomagająca - Biuro do spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (BPZ):

- Priorytety konkursów o dofinansowanie związane z ochroną zdrowia powinny być węższe tematycznie – zbyt duża różnorodność tematyczna, powoduje trudności w ocenie projektów (brak możliwości rzetelnego porównania projektów).
- W opinii pracowników BPZ, należy jak najwięcej kompetencji związanych z decyzjami odnośnie zmian w projekcie przekazywać na szczebel krajowy. Bardzo długi czas procedowania zmian w projekcie w ramach BMF wydłuża realizację projektu i stwarza dodatkowe ryzyka dla Beneficjentów. Z informacji przekazanych przez respondentów wynika, że proces przekazywania uprawnień decyzyjnych w pewnym zakresie już się rozpoczął. Jest to więc dobry trend, który należy podtrzymać.
- W momencie wydłużenia projektu, nie ma możliwości zwiększenia kwoty związanej z zarządzaniem projektem. W opinii pracowników BPZ należałoby wprowadzić możliwość dodatkowego wynagrodzenia za czynności związane z zarządzaniem w przypadku przedłużenia projektu.
- Pracownicy rekomendują wynagradzanie osób, które zajmują się koordynacją i rozliczaniem projektu. W dużej części Beneficjenci, z różnych względów, nie przewidzieli w budżecie projektu takiej pozycji. W praktyce czynności związane z zarządzaniem projektem zostają włączone do zakresu obowiązków etatowych pracowników Beneficjenta. W konsekwencji traktowane są często przez takich pracowników jako zło konieczne. Osoby zajmujące się zarządzaniem czy rozliczaniem projektu nie przywiązują do tego należytej wagi. Często nie poczuwają się do odpowiedzialności za sprawne zarządzanie projektem. Wszystko to w sposób znaczny wpływa na jakość i skuteczność współpracy.

Instytucja Pośrednicząca - Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia:

- Pojawiły się głosy, że nie ma uzasadnienia dla odrębnego (oprócz wniosku o płatność) sprawozdania kwartalnego. Wystarczy wniosek o płatność z częścią sprawozdawczą, który w chwili obecnej funkcjonuje. Wniosek taki powinien być składany raz na kwartał niezależnie od harmonogramu finansowego. Jeśli Beneficjent nie wnioskowałby o środki w danym kwartale, składa wniosek tylko w części sprawozdawczej. W obecnej formie sprawozdania nie ma miejsca na wskaźniki, dlatego też nie spełnia ono zamierzonej funkcji monitoringowej.

- Pojawiła się ponownie rekomendacja związana z decentralizacją systemu, tzn. przekazywaniem jak największych kompetencji związanych z decyzjami odnośnie zmian w projekcie na szczebel krajowy – bardzo długi czas procedowania zmian w projekcie w ramach BMF wydłuża realizację projektu i stwarza ryzyko dla beneficjentów. Proces przekazywania uprawnień decyzyjnych już się rozpoczął i jest to dobry trend, który należy podtrzymać.

4. Wnioski i rekomendacje.

Poniżej prezentujemy zestawienie wszystkich wniosków i rekomendacji sformułowanych w trakcie badania. Nie jest to proste zestawienie elementów, które pojawiają się jako wnioski i rekomendacje w poszczególnych częściach raportu. Niektóre z prezentowanych poniżej zostały sformułowane w wyniku analizy całości materiału badawczego, powstały w wyniku analizy rekomendacji sformułowanych w poprzednich częściach raportu. W zestawieniu tym nie wzięto pod uwagę wniosków i rekomendacji dotyczących zarządzania Programem, nie dotyczących wprost wskaźników i rekomendacji. Są one opisane w rozdziale 3.4

Lp.	Obszar badawczy	Wnioski	Rekomendacje	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia
I.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	W badanych projektach zidentyfikowano problem ze zrozumieniem logiki projektowej, czego przejawem jest nieadekwatny dobór wskaźników do poszczególnych rodzajów celów projektów. Przejawem braku doświadczeń w formułowaniu	- wprowadzić formy szkoleniowe dla projektodawców zamierzających składać projekty, które w formie warsztatowej nauczą ich logiki projektowej i odpowiedniego doboru wskaźników,	Instytucja Wspomagająca dla Priorytetu <i>Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem</i> – Biuro do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia	Organizacja szkoleń dla potencjalnych Beneficjentów.
			- wprowadzić do poszczególnych poziomów celów listę wskaźników obligatoryjnych, spośród których beneficjent musi wskazać swoje wskaźniki, przy pozostawieniu możliwości zdefiniowania innych wskaźników samodzielnie	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zmiany w regulaminie konkursu. Wprowadzenie opisu w instrukcji

		wskaźników oraz wiedzy o logice projektowej jest ich mało realny dobór.	przez beneficjenta,		wypełniania wniosku aplikacyjnego. Dostosowanie wniosku aplikacyjnego.
			- położyć większy nacisk na ocenę logiki doboru wskaźników oraz ich realności, podczas procesu oceny eksperckiej,	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Wytoczne dla ekspertów oceniających wnioski.
			- należałoby umożliwić negocjowanie wskaźnika po ocenie merytorycznej (projekt co do logiki jest dobry, jednakże są zastrzeżenia co do możliwości osiągnięcia wskaźników w ramach tego projektu),	Biuro Mechanizmów Finansowych (BMF)	Odpowiednia zmiany w regulaminie realizacji projektu. Wprowadzenie odpowiednich zapisów do umowy o dofinansowanie.
2.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych	W wyniku doboru wskaźnika przez beneficjenta, może okazać się, że istotny wskaźnik wykonania badań	- należy obligatoryjnie ze wskaźnika dotyczącego ilości wykonywanych badań profilaktycznych uczynić wskaźnik, który jest monitorowany z większą częstotliwością – np. w okresach kwartalnych.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zmiany w regulaminie realizacji projektu. Wprowadzenie odpowiednich zapisów do umowy o

	wskaźników i rezultatów działań	profilaktycznych nie będzie monitorowany – zostanie sprawozdany na koniec realizacji projektu, co utrudnia skuteczny monitoring projektu przez IW oraz IP.			dofinansowanie.
3.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	Wnioskodawcy na etapie pisania wniosków nie mieli obowiązku wskazywania źródeł monitorowania osiągniętych wskaźników. W większości przypadków sposób pozyskiwania tych informacji wydaje się być logiczny. Np. <i>liczba zakupionego sprzętu; liczba osób objętych projektem</i>	- wprowadzić konieczność podawania przez Wnioskodawcę sposobu mierzenia wskaźnika (na podstawie jakich: materiałów, źródeł danych, statystyk). Dzięki temu monitoring osiągniętych wskaźników stanie się bardziej czytelny i rzetelny. Zapis taki będzie również posiadał wartość edukacyjną dla Wnioskodawców, ponieważ już na etapie planowania projektu będą musieli zastanowić się nad koniecznością rzetelnego monitorowania zaproponowanych przez siebie wskaźników, a tym samym oceny, czy będą w stanie taki monitoring stosować.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zmiany w regulaminie konkursu. Ułatwieniem dla Wnioskodawców będzie zasugerowanie (w formie np. wytycznych) źródeł weryfikacji wskaźników.

		(poddanych określone badaniu profilaktycznemu); liczba wykonanych zabiegów. Jednak nie we wszystkich przypadkach zmierzenia wskaźnika operacja ta była oczywista.			
4.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiąganych wskaźników i rezultatów działań	Nieosiągnięcie zakładanych wskaźników dotyczących liczby osób objętych projektem nie zawsze równa się złe przeprowadzonemu programowi profilaktycznemu. Nieosiągnięcie wskaźnika może wynikać albo ze zbyt pochopnego oszacowania wartości tego wskaźnika na etapie	- szacowanie wartości wskaźników powinno być przedmiotem szczegółowej oceny na etapie oceny wniosków przez gremia dokonujące wyboru projektów. Zdarzały się przypadki, kiedy w ogóle nie podawano źródła deklarowanej wartości bazowej i metody wyliczenia wartości docelowej. Sposób wyliczenia wartości wskaźników osiągnięć powinien być jednym z kryteriów oceny wniosków, w procesie weryfikacji wniosku powinno poddawać się ocenie realność osiągnięcia wskaźnika.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zmiany w regulaminie konkursu. Stworzenie jednego z kryterium oceny wniosku odnoszącego się do metodologii oszacowania wartości wskaźników.
			- należałoby wprowadzić kategorię oceny, która skupiałaby się na ocenie logiki projektowej, rozumianej jako powiązanie diagnozy problemu z celem, celów z rezultatami, rezultatów z	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo	Odpowiednie zmiany w regulaminie konkursu. Stworzenie jednego

		planowania projektu (wynika to np. ze niewłaściwej analizy problemu) albo z przyczyn, obiektywnych, które wpłynęły na niemożność jego osiągnięcia w czasie realizacji. W dwóch przypadkach badanych projektów nie osiągnięto zakładanego wskaźnika odnoszącego się do liczby osób objętych projektem, a mimo tego wartości osiągnięte w projekcie były dużym osiągnięciem w skali kraju.	budżetem i harmonogramem. Jeśli projekt nie osiągnąłby w tej kategorii określonego minimum, nie kwalifikowałby się do dalszej oceny. Dzięki temu projekty nielogiczne, nierealne nie miałyby szansy na finansowe poprzecz wysoką punktację w innych obszarach oceny.	Rozwoju Regionalnego	z kryterium oceny wniosku odnoszącego się do metodologii oszacowania wartości wskaźników.
			- warto, aby wśród ekspertów oceniających projekt znalazły się osoby, które są ekspertami w sferze zarządzania projektami, logiki projektowej.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Wytyczne dla ekspertów oceniających projekty.
5.	Ocena postępów w realizowanych	Zmiana wskaźników w trakcie realizacji	- wprowadzenie do procedury realizacji projektów możliwości zmiany wskaźnika „rzecowego” lub korekty wartości wskaźników	Biuro Mechanizmów Finansowych (BMF)	Odpowiednie zmiany w regulaminie realizacji projektu.

	projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	projektów nie miała odzwierciedlenia w dokumentacji wniosku. Beneficjenci informują o zmianach wskaźnika oraz uzasadniają konieczność tej zmiany. BMF zazwyczaj wykazywał się dużą elastycznością w sytuacjach, w których Beneficjenci wychodzili z propozycją zmian w zakresie realizacji swoich projektów. Stosuje wówczas nieformalną zasadę „przyjęcia do wiadomości informacji Beneficjenta”, o niemożliwości na przykład osiągnięcia wskaźnika. Zmiany te jednak nie	w sytuacji, w której Beneficjent jest w stanie przedstawić wiarygodne i merytorycznie uzasadnione powody, z formalnym odzwierciedleniem tej zmiany w dokumentacji. Warunkiem wprowadzenia takiej korekty byłoby uzasadnienie, że korekta nie wpłynie negatywnie na osiągnięcie celów projektu. Dzięki temu bardziej przejrzysty będzie monitoring realizacji całego Programu i jego ewaluacja.		Wprowadzenie odpowiednich zapisów do umowy o dofinansowanie. Zmiana wskaźnika powinna znaleźć odzwierciedlenie w dokumentach formalnych (PWP, umowa o dofinansowanie).
--	---	---	---	--	--

		znajdowały odzwierciedlenia w formularzach projektów, umowie czy też PWP. Z punktu widzenia logiki realizacji projektu nie ma to co prawda większego znaczenia. Jednak stan taki komplikuje proces monitorowania realizacji programu, ponieważ część wskaźników oficjalnie jest nie zrealizowanych, a funkcjonują we wniosku, który jest załącznikiem do umowy. Brak usankcjonowania zmiany wskaźników stwarza beneficjentom poczucie niepewności co do			
--	--	---	--	--	--

		swojej sytuacji prawnej,			
6.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	Z punktu widzenia monitorowania zasadności realizacji poszczególnych programów profilaktycznych ważne jest rzetelne i pozwalające na weryfikację gromadzenie danych na temat wykrywalności jednostek chorobowych.	Wprowadzenie zasady monitorowania wskaźników dotyczących wykrywalności jednostek chorobowych przez Beneficjentów, ale jako odrębnego typu wskaźnika. Jego osiągnięcie w zakładanej wartości nie powinno być podstawą do pozytywnej oceny całego projektu i jego końcowego rozliczenia. Gromadzone w ten sposób dane powinny służyć jedynie do oceny zasadności stosowania danego programu profilaktycznego w przyszłości.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zapisy w instrukcji przygotowywania wniosków.
7.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	Przedłużająca się procedura oceny wniosków doprowadziła w wielu przypadkach do zakłócenia początkowych planów dotyczących projektów. W	Instytucje wdrażające Program powinny na etapie planowania konkursów w przyszłości podjąć wszelkie możliwe działania zmierzające do maksymalnego skrócenia czasu wyboru wniosków, co zdecydowanie może wpłynąć na osiąganie zaplanowanych przez projektodawców wskaźników.	Biuro Mechanizmów Finansowych (BMF) Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Przedmiotowa ewaluacja nie koncentruje się na procedurze naboru wniosków i ich oceny, dlatego nie ma możliwości zaprezentowania tutaj bardziej szczegółowych

		konsekwencji Beneficjenci często w momencie realizacji wniosku mieli do czynienia z okolicznościami, których nie byli w stanie przewidzieć na etapie planowania projektu (np. zmiana systemu płac w systemie ochrony zdrowia; uruchomienia podobnych programów przez inne podmioty – dublowanie się wsparcia; zmieniające się przepisy mówiące o parametrach technicznych stosowanych urządzeń medycznych). Przedłużająca się procedura wyboru wniosków a co za			rekomendacji i sposobu wdrożenia.
			- należy wziąć pod uwagę kontekst prawny działania samorządu terytorialnego, który uniemożliwia finansowe rozpoczęcie projektu bez podpisania oficjalnej umowy z darczyńcą.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zapisy w regulaminie konkursu i procedurach realizacji projektów.

		tym idzie podpisywania umów negatywnie wpływa na osiągnięcie założonych wartości wskaźników.			
8.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	Problemem, który pojawiał się w badanych projektach, w których zaplanowano zakup specjalistycznego sprzętu medycznego, były opóźnienia w harmonogramie ze względu na przedłużającą się procedurę przetargową. Związane było to przede wszystkim ze składanymi protestami oferentów, którzy	- przy następnych potencjalnych konkursach wskazać w dokumentach informacyjnych dla projektodawców ryzyko wydłużenia procedury PZP jako istotne ryzyko projektowe wpływające na możliwość osiągnięcia wskaźników w zakładanym pierwotnie czasie.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zapisy w instrukcji przygotowywania wniosków o dofinansowanie (np. w formie wytycznych dla Wnioskodawców)

		nie zostali wybrani. Ostatnia nowelizacja ustawy PZP ogranicza możliwości składania protestów, tak więc w przyszłości problemy z tym związane powinny być mniejsze.			
9.	Ocena postępów w realizowanych projektach w zakresie osiągniętych wskaźników i rezultatów działań	W większości projektów problemy, które pojawiły się w czasie realizacji i wpłynęły na możliwość osiągnięcia zakładanych wskaźników nie zostały przewidziane w analizie ryzyk (jest to część wniosku aplikacyjnego). Można odnieść	Analiza ryzyka powinna być przedmiotem szczególnej uwagi na etapie oceny wniosków. W formularzach aplikacyjnych powinno się wprowadzić obowiązkowe odniesienie się do np. kilku najczęściej występujących potencjalnych ryzyk. Przykładowe typy ryzyk: - opóźnienie realizacji projektu w związku z procedurą PZP; - awaria sprzętu przeznaczonego do realizacji badań profilaktycznych; - problem z dotarciem do beneficjentów ostatecznych; - zmiany demograficzne mogące wpłynąć na zmniejszenie się populacji mającej być objętej	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zapisy w instrukcji przygotowywania wniosków o dofinansowanie. Wprowadzenie odpowiednich funkcjonalności do dokumentów aplikacyjnych.

		wrażenie, że ten punkt wniosków był zazwyczaj przez Wnioskodawców bagatelizowany. Np. w żadnym z badanych projektów nie uwzględniono ryzyka związanego z awarią sprzętu medycznego używanego do badań. Awaria sprzętu wystąpiła natomiast w jednym z projektów, co wpłynęło na opóźnienia w harmonogramie. Ryzyko związane z niższym niż założono zainteresowaniem badaniami profilaktycznymi często uzasadniano np. w sposób: „Większa	projektem.		
--	--	--	-------------------	--	--

		mobilizacja zespołu realizującego projekt w działania promocyjne”, co trudno uznać za rzetelne narzędzie naprawcze.			
10.	Określenie i ocena wpływu realizowanych działań na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych	W jednym z projektów doszło do sytuacji, w której część potencjalnych beneficjentów skorzystała z „konkurencyjnego” programu dotyczącego tego samego problemu profilaktycznego, ponieważ pacjenci poza samym badaniem mieli możliwość konsultacji wyników z lekarzem. „Konkurencyjny” program utrudniał	- uwzględnić w ryzyku projektowym czynnik programów profilaktycznych o podobnym profilu, które mogą być lokalnie uruchamiane.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Odpowiednie zapisy w instrukcji przygotowywania wniosków aplikacyjnych.
			- wskazać w dokumentach informacyjnych dobrą praktykę polegającą na konsultacji swoich planów profilaktycznych z takim podmiotami jak NFZ czy też JST,	Instytucja Pośrednicząca dla Priorytetu <i>Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem</i> – Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia	Wydanie broszury / folderu informacyjnego, który mógłby być kolportowany w czasie szkoleń dla potencjalnych Beneficjentów.

		wykonanie zaplanowanych badań, dlatego też zmieniono założenia projektu dotyczące grupy docelowej.			
II.	Określenie i ocena wpływu realizowanych działań na beneficjentów ostatecznych – uczestników programów profilaktycznych	Bardzo ważne z punktu widzenia monitorowania realizowanych projektów, oceny osiągnięcia założonych wskaźników czy też oceny jakości świadczonych usług jest pozyskiwanie informacji od beneficjentów ostatecznych. Dzięki temu pozyskać można unikalną wiedzę na temat zasadności realizowanych działań, ich	- wprowadzenie zalecenia gromadzenia baz danych beneficjentów ostatecznych przez realizatorów projektów. Bazy danych uczestników programów profilaktycznych powinny być tworzone na bieżąco, tzn. uzupełnianie bazy powinno następować w momencie udziału beneficjenta w projekcie.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Stworzenie narzędzia do gromadzenia baz danych beneficjentów ostatecznych. Inspiracją może być tutaj system PEFS, który funkcjonuje w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki.
			- należy zbierać zgody uczestników badania na przetwarzanie danych w sposób, który umożliwiłby prowadzenie rozmów ewaluacyjnych, - w przypadku odmowy wyrażenia zgody przez uczestnika badania na przetwarzanie danych, nie	Realizatorzy projektów/KPK/DFE	Odpowiednie zmiany w regulaminie realizacji projektu.

		funkcjonalności i rzeczywistych potrzeb. Przy realizacji projektów nie zbierano bazy danych beneficjentów w sposób, który pozwalałby na wykonanie rozmów ewaluacyjnych, np. w formie CATI, wobec braku takich wymogów umownych.	może to mieć wpływu na jego udział w badaniu,		
			- w przypadku rund konkursowych w kolejnej perspektywie należy opisać kontekst prawny, który pozwoli realizującym projekty na powyższe działanie.	Krajowy Punkt Kontaktowy MF EOG i NMF – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego	Zlecenie ekspertyzy dotyczącej możliwości Beneficjentów docierania do potencjalnych beneficjentów ostatecznych projektów, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Stworzenie na podstawie ekspertyzy wytycznych dla Beneficjentów.
12.	Ocena wpływu realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych, w których prowadzony	Ewaluacja pokazała, że sprawniej organizacyjnie, elastyczniej oraz skuteczniej realizowane są projekty, w których realizatorem są jednostki	- formalna współpraca z partnerami ułatwia znacznie dotarcie do beneficjentów badań poprzez struktury partnera, z tego względu warto zawiązywać realne partnerstwa dla zwiększenia skali dotarcia projektu, warto to opisać jako dobrą praktykę i inspirację w dokumentacji przyszłych, potencjalnych konkursów.	Instytucja Pośrednicząca dla Priorytetu <i>Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem</i> – Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia	Wydanie broszury / folderu informacyjnego, który mógłby być kolportowany w czasie szkoleń dla potencjalnych Beneficjentów.

	jest projekt	samorządu terytorialnego (jst). Działo się tak z co najmniej dwóch powodów: - jst mają większe możliwości kadrowe, które można wykorzystać do zarządzania projektem (np. do przeprowadzania akcji informacyjnych) oraz mają większe doświadczenie w realizacji projektów grantowych; - jst mają większe możliwości dotarcia do beneficjentów ostatecznych (poprzez szkoły, urzędy gminy, działające w nich biura edukacji, etc.). Za politykę zdrowotną na danym terenie			
--	--------------	--	--	--	--

		odpowiada jst, a nie np. pojedynczy szpital. Daje to większe możliwości efektywnej realizacji programów profilaktycznych.			
13.	Ocena wpływu realizowanych interwencji na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych, w których prowadzony jest projekt	W opinii osób merytorycznie zaangażowanych w realizację programów profilaktycznych (lekarzy, techników medycznych) największym problemem, który pojawiał się w czasie realizacji projektów związany był z niechęcią ludzi do poddania się badaniom profilaktycznym. Z drugiej strony ta sama grupa respondentów wśród czynników,	Realizacja projektów profilaktycznych powinna odbywać się przy większym wykorzystaniu działań informacyjno-edukacyjnych. Projekty kierowane do dzieci i młodzieży powinny być poprzedzone akcjami informacyjnymi dla rodziców. Na podstawie wypowiedzi respondentów należy rekomendować większe zaangażowanie w akcje informacyjne instytucji kościelnych (lokalne parafie, księży), które cieszą się dużym autorytetem wśród społeczeństwa. Jest to szczególnie wskazane w przypadku społeczności wiejskiej i małych miasteczek. Są to bowiem grupy społeczeństwa najmniej otwarte na poddawanie się badaniom profilaktycznym, a co za tym idzie zachodzi tam prawdopodobieństwo późnego diagnozowania schorzeń. Z poziomu skuteczności programu kierowanie badań do tych grup jest jak najbardziej uzasadnione, ale wymaga innowacyjnych, skutecznych form dotarcia.	Instytucja Pośrednicząca dla Priorytetu <i>Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem</i> – Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia	Wydanie broszury / folderu informacyjnego, który mógłby być kolportowany w czasie szkoleń dla potencjalnych Beneficjentów.

		które najbardziej przyczyniają się do powodzenia programu profilaktycznego najczęściej wymieniała „dobrą kampanię informacyjno-edukacyjną”.	- warto uczynić z takich form promocji dobrą praktykę i opisać to przy okazji przyszłych konkursów w dokumentacji dla beneficjentów. - warto uwrażliwić oceniających na ocenę punktu związanego z promocją projektu – czy zawsze opisana forma promocji jest gwarancją skuteczności? Zwracano uwagę na fakt, że długofalowość i systematyczność działań edukacyjnych oraz ich umocowanie w konkretnych działaniach prozdrowotnych daje największe efekty. Należy zatem wiązać formy promocji z konkretnymi działaniami profilaktycznymi		
14.	Ocena wpływu realizowanych interwencji na poprawę stanu	Projekty, które były skierowane do grup docelowych zamieszkujących	W przypadku projektów ukierunkowanych na mieszkańców obszarów wiejskich i małych miast należy wprowadzać ułatwienia techniczne w dostępie do badań, takie jak prowadzenie badań	Instytucja Pośrednicząca dla Priorytetu <i>Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem</i> –	Wydanie broszury / folderu informacyjnego, który mógłby być

	zdrowia społeczności lokalnych, w których prowadzony jest projekt	tereny wiejskie i małe miasta, zwiększały znacznie swoją skuteczność, gdy poza akcją informacyjną korzystano z takich metod ułatwiających dostęp jak dowożenie na badania, prowadzenie diagnostyki wyjazdowej, bliżej klienta.	bliżej klienta (jeśli pozwalają na to możliwości techniczne) lub transport osób na badania.	Departament Europejskich Funduszy Ministerstwa Zdrowia	kolportowany w czasie szkoleń dla potencjalnych Beneficjentów.
--	---	--	---	--	--

5. Wykaz skrótów stosowanych w Raporcie

- BMF – Biuro Mechanizmów Finansowych w Brukseli;
- BPZ - Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia;
- DFE MZ – Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia;
- IP – Instytucja Pośrednicząca dla Priorytetu *Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem* (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia);
- IW – Instytucja Wspomagająca dla Priorytetu *Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem* (Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia);
- PWP – Plan Wdrażania Projektu.

6. Spis tabel

Tabela 1. Projekty profilaktyczne realizowane w ramach Priorytetu Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego objęte badaniem.	11
Tabela 2. Zestawienie pytań i kryteriów badawczych.	13
Tabela 3 Przykłady celów i wskaźników w analizowanych projektach.	24
Tabela 4. Projekt PL0061. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.06.09.2010.	28
Tabela 5. Projekt PL0374. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.01.09.2010.	29
Tabela 6. Projekt PL0377. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.29.04.2010.	30
Tabela 7. Projekt PL0381. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn.17.06.2010.	32
Tabela 8. Projekt PL0492. Rodzaje wskaźników i wartość rezultatów z ostatniego wniosku o płatność tj. z dn. 27.10.2010.	33
Tabela 9. Projekt PL0061. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.	35
Tabela 10. Projekt PL0374. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.	36
Tabela 11. Projekt PL0377. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.	37
Tabela 12. Projekt PL0381. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.	38
Tabela 13. Projekt PL0492. Rodzaje wskaźników i wartość celu bezpośredniego.	39
Tabela 14. Zestawienie poziomu osiągnięcia wskaźników oraz problemy w osiągnięciu założonych wskaźników rezultatu w 5 badanych projektach.	40
Tabela 15. Zestawienie poziomu osiągnięcia wskaźników oraz problemy w osiągnięciu założonych wskaźników celu bezpośredniego w 5 badanych projektach.	45

7. Aneksy

- Scenariusz wywiadu IDI z przedstawicielem Instytucji Pośredniczącej.
- Scenariusz wywiadu IDI z przedstawicielem Instytucji Wspomagającej.
- Scenariusz wywiadu IDI z koordynatorem projektu.
- Scenariusz wywiadu IDI z osobą kluczową dla realizacji projektu.
- Kwestionariusz ankiety telefonicznej do badania CATI beneficjentów ostatecznych.
- Kwestionariusz ankiety elektronicznej do badania CAWI członków zespołów projektowych.
- Wyniki ankiety telefonicznej CATI.
- Wyniki ankiety elektronicznej CAWI.