

Badanie ewaluacyjne finansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Infrastruktura i Środowisko

Raport Końcowy

Badanie ewaluacyjne:

Ocena zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów (w szczególności kryteriów wyboru projektów) pod kątem wpływu na wybór inwestycji zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ

Warszawa, listopad 2014 r.

Zamawiający:



MINISTERSTWO ZDROWIA
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Wykonawca:



Agrotec Polska Sp. z o.o.
(lider konsorcjum)

ul. Dzika 19/23 lok. 55
00-172 Warszawa

tel.: + 48 22 403-80-26

fax: + 48 22 403-80-25

e-mail: agrotec@agrotec.pl



POLINVEST Sp. z o.o.
(partner konsorcjum)

ul. ul. Jana Brożka 3
30-347 Kraków

tel.: 12/263-70-02 do 05

faks: 12/263-70-01

e-mail: polinvest@polinvest.pl

Wykaz skrótów:

CAWI	Wywiad kwestionariuszowy realizowany przez Internet (ang. Computer Assisted Internet Interview)
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
CU	Centrum Urazowe
DFE	Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
FGI	Focus Group Interview (wywiad grupowy zogniskowany)
IDI	Individual In-Depth Interview (Indywidualny Wywiad Pogłębiony)
IOK	Instytucja Organizująca Konkurs
IP	Instytucja Pośrednicząca
IP II / IW	Instytucja Pośrednicząca II stopnia / Instytucja Wdrażająca
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka Samorządu Terytorialnego
KM	Komitet Monitorujący
LPI	Lista Projektów Indywidualnych
LPR	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MiIR	Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju
NSRO	Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia
OOŚ	Ocena oddziaływania na środowisko
PO IiŚ na lata 2007-2013	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013
PO IiŚ na lata 2014-2020	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020
PZP	Prawo Zamówień Publicznych
SIWZ	Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia
SOPZ	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia

SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
SPSS	Oprogramowanie do statystycznej analizy danych
System PRM	System Państwowego Ratownictwa Medycznego
SzOP	Szczegółowy Opis Priorytetów PO IiŚ 2007-2013
TDI	Telefoniczny Indywidualny Wywiad Pogłębiony
UE	Unia Europejska
UoD	Umowa o dofinansowanie
WoD	Wniosek o dofinansowanie
WoP	Wniosek o płatność
ZOP	Zespół ds. Oceny Projektów
ZOP - F	Zespół ds. Oceny Projektów w oparciu o kryteria formalne
ZOP - M	Zespół ds. Oceny Projektów w oparciu o kryteria merytoryczne
ZOZ	Zakład Opieki Zdrowotnej

Spis treści

Wykaz skrótów:	3
Spis treści	5
Streszczenie w języku polskim	7
Summary in the English language	13
1 Wprowadzenie.....	18
1.1 Cele i zakres ewaluacji	18
1.2 Metodologia i narzędzia badawcze.....	20
1.3 Ograniczenia procesu badawczego	23
2 Ocena stanu wdrażania PO IiŚ na lata 2007-2013.....	24
2.1 Porównanie zakresu wsparcia PO IiŚ na lata 2007-2013 oraz PO IiŚ na lata 2014-2020	24
2.2 Stan wdrażania PO IiŚ na lata 2007-2013	25
2.3 Czynniki wpływające na postęp we wdrażaniu badanych działań XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.....	30
3 Ocena kryteriów wyboru projektów	36
3.1 Wprowadzenie.....	36
3.2 Ocena kryteriów merytorycznych I stopnia.....	41
3.3 Ocena kryteriów formalnych.....	75
3.4 Ocena dodatkowych kryteriów formalnych	83
3.5 Ocena kryteriów merytorycznych II stopnia	84
3.6 Podsumowanie	88
4 Analiza systemowa kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 wraz z oceną możliwości ich wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020	94
4.1 Analiza systemowa kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013	94
4.1.1 Kategoryzacja kryteriów stosowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013	94
4.1.2 Wnioski ogólne z analizy systemowej dotyczące konstrukcji kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020.....	125
4.2 Analiza możliwości wykorzystania kryteriów PO IiŚ na lata 2007-2013 w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020.....	125
4.2.1 Metodyka analizy	125
4.2.2 Wyniki analizy możliwości wykorzystania kryteriów PO IiŚ na lata 2007-2013 w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020	125
4.2.3 Propozycja nowych elementów w ramach procesu oceny i przygotowania projektów	137
4.2.4 Proponowany zestaw kryteriów do oceny poszczególnych typów inwestycji w ramach PO IiŚ 2014-2020	139
5 Ocena rozwiązań wdrożeniowych systemu wyboru projektów PO IiŚ na lata 2007-2013.....	145
5.1 Tryby prowadzenia naboru wniosków o dofinansowanie	145
5.1.1 Wprowadzenie	145

5.1.2	Rozwiązania wdrożeniowe stosowane w ramach trybu konkursowego	147
5.1.3	Tryb indywidualny	151
5.2	Dokumentacja w ramach naboru wniosków	153
5.2.1	Regulamin konkursu/naboru.....	153
5.2.2	Analiza formularza wniosku o dofinansowanie wraz z załącznikami i instrukcji jego wypełniania	154
5.2.3	Listy sprawdzające do oceny wniosków o dofinansowanie.....	168
5.2.4	Ocena przyjętego modelu oceny wniosków o dofinansowanie.....	168
6	Plany inwestycyjne oraz potrzeby informacyjne potencjalnych beneficjentów	172
6.1	Plany inwestycyjne potencjalnych beneficjentów	172
6.2	Potrzeby informacyjne potencjalnych beneficjentów	177
7	Tabela wniosków i rekomendacji.....	187
8	Załączniki (w wersji elektronicznej).....	196
8.1	Raport metodologiczny	196
8.2	Harmonogram realizacji projektu	196
8.3	Zastosowane w ramach badania narzędzia badawcze	196
8.4	Prezentacja multimedialna	196

Streszczenie w języku polskim

1. Cel i zakres badania

Niniejszy raport prezentuje wyniki badania pt. „Ocena zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów (w szczególności kryteriów wyboru projektów) pod kątem wpływu na wybór inwestycji zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ”. Badanie zostało przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w okresie od października do listopada 2014 r. przez konsorcjum firm: Agrotec Polska Sp. z o.o. oraz Polinvest Sp. z o.o.

Realizacja badania wynikała z potrzeby oceny skuteczności zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów pod kątem wpływu wybranych inwestycji na efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.

Ponadto celem badania było wsparcie procesu przygotowywania kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 i tym samym zapewnienie skutecznej i efektywnej realizacji celów tego Programu.

Poniżej wylistowano trzy cele szczegółowe badania:

- identyfikacja elementów oceny i wyboru projektów przyczyniających się do wyboru projektów o największym wpływie na osiągnięcie założonych wartości wskaźników postępu rzeczowego i finansowych;
- ocena wpływu kryteriów na wybór projektów w największym stopniu wpływających na realizację celu głównego XII Priorytetu PO IiŚ oraz celów szczegółowych;
- identyfikacja elementów oceny i wyboru projektów przyczyniających się do wyboru projektów najistotniejszych z punktu widzenia potrzeb sektora zdrowia, a także w największym stopniu wpływających na realizację celu szczegółowego priorytetu oraz poszczególnych działań w kontekście perspektywy finansowej UE 2014-2020.

Badaniem objęto XII Priorytet PO IiŚ na lata 2007-2013 oraz wdrażane w jego ramach działania (12.1 i 12.2).

2. Metodologia

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem szerokiego zestawu metod analitycznych i badawczych, który obejmował:

- Analizę dokumentów i danych zastanych;
- Analizy ilościowe i jakościowe (w tym analizy list rankingowych oraz benchmark wybranych projektów);
- Badanie ilościowe CAWI wśród beneficjentów badanych Działań PO IiŚ na lata 2007-2013 (zebrano 175 ankiet i tym samym osiągnięto bardzo wysoki ponad 49% poziom responsywności);
- Wywiady pogłębione z przedstawicielami IZ, IP i IP II tj. odpowiednio z pracownikami MIiR, DFE MZ oraz CSIOZ.
- Wywiady pogłębione z przedstawicielami Zespołów Oceniających Projekty oraz z przedstawicielami firm konsultingowych (opracowujących dokumentacje aplikacyjne dla wnioskodawców);
- Panel ekspertów;

- Badanie metodą studium przypadku (w zakresie identyfikacji interesujących rozwiązań z zakresu systemów oceny i wyboru projektów w innych niż PO IIŚ programach operacyjnych).
- Warsztat heurystyczny.

3. Wyniki badania

Poniżej w sposób syntetyczny zaprezentowane zostały kluczowe wyniki badania. Zostały one ujęte w następujących obszarach badawczych:

Ocena stanu wdrażania XII Priorytetu PO IIŚ na lata 2007-2013 (dane zgodnie ze stanem aktualnym w momencie rozpoczęcia realizacji badania).

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono, iż stan wdrażania XII Priorytetu uznać należy za bardzo zaawansowany. Z tej perspektywy (oraz w kontekście planowanego osiągnięcia zakładanych wskaźników dla badanych Działań, Priorytetu i tym samym dla Programu) pozytywnie należy ocenić skuteczności zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów. System ten umożliwił wybór takich projektów, które przełożyły się na efektywną realizację XII Priorytetu PO IIŚ na lata 2007-2013.

W ramach XII Priorytetu podpisano 354 umowy o dofinansowanie (272 w Działaniu 12.1 oraz 82 w Działaniu 12.2). Wartość projektów ogółem w obydwu działaniach jest zbliżona (ok. 946 mln zł w Działaniu 12.1 oraz 1 194 mln zł w Działaniu 12.2). Projekty o najwyższej wartości ogółem realizowane są w ramach Działania 12.2 (średnia 14,6 mln zł, w stosunku do 3,5 mln zł w Działaniu 12.1). Poziom kontraktacji (zawarte umowy) w XII Priorytetu jest jednym z najwyższych w całym Programie (101,5 % realizacji zobowiązań).

W trakcie wdrażania badanych Działań PO IIŚ na lata 2007-2013 zmieniane zostały założenia odnośnie planowanych do osiągnięcia wartości wskaźników w roku docelowym. Zmiany te wprowadzane były w ramach:

- PO IIŚ na lata 2007-2013 (pomiędzy wersją zaakceptowaną przez Komisję Europejską decyzją z 7 grudnia 2007 r. a wersją nr 4.0, zaakceptowaną przez Komisję Europejską decyzją z 27 stycznia 2014 r.) oraz
- Szczegółowego Opisu Priorytetów PO IIŚ na lata 2007-2013 (pomiędzy wersją z 25 stycznia 2008 r. a wersją 4.2 z dnia 16 września 2014 r.).

Zmiany te najczęściej polegały na waloryzacji wartości wskaźników „w dół”. Modyfikacje te wprowadzane w obszarze następujących wskaźników produktu:

- Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców) z 79 do 73,4,
- Liczba projektów z 500 do 340,
- Liczba zakupionych ambulansów z 600 do 320,

Dokonywano też zmian wartości wskaźników „w górę”:

- Liczba przebudowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyłączeniem baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum urazowych) z 80 do 100.

Stopień realizacji niektórych wskaźników w momencie prowadzenia niniejszego badania przekroczył wartości określone w dokumentach Programowych. Dla wskaźnika:

- Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców) osiągnięto wartość 78 zamiast 73,4,
- Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu osiągnięto wartość 335 zamiast 320,
- Liczba zmodernizowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej – osiągnięto wartość 225 zamiast 160
- Liczba utworzonych centrów urazowych osiągnięto wartość 10 zamiast 9,

- Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyłączeniem baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum urazowych) osiągnięto wartość 133 zamiast 100,
- Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia działania osiągnięto wartość 62 zamiast 44.

W przypadku wskaźników rezultatu nie stwierdzono większych problemów z ich osiągnięciem. Szczegółowe ustalenia w zakresie wpływu na skuteczność wdrażania PO IIŚ na lata 2007-2013 przyjętego systemu oceny i wyboru projektów w sposób syntetyczny przedstawiono poniżej.

Ocena systemu kryteriów wyboru projektów

System oceny i wyboru projektów powinien umożliwiać udzielanie wsparcia ze środków UE na projekty, które w największym stopniu pozwalają na realizację celów właściwych poszczególnym działaniom i osiom priorytetowym Programu.

Z przeprowadzonego badania ewaluacyjnego wynika, iż przyjęty system oceny i wyboru projektów w sektorze zdrowia PO IIŚ na lata 2007-2013 umożliwiał udzielanie wsparcia na inwestycje, których realizacja w największym stopniu przyczynia się do osiągania wyznaczonych celów Programu. W toku realizowanej ewaluacji zdiagnozowano występowanie obszarów, w których system ten w opinii członków zespołu badawczego powinien ulec pewnym modyfikacjom w celu poprawy jego efektywności.

Wszystkie kryteria (formalne, formalne dodatkowe, merytoryczne I i II stopnia) stosowane w XII Priorytecie PO IIŚ na lata 2007-2013 zostały poddane ocenie pod względem wylistowanych poniżej podkryteriów:

- trafność;
- zrozumiałość / precyzyjność;
- mierzalność / weryfikowalność;
- sprawiedliwość / obiektywność.

W oparciu o powyższe wyniki dokonano oceny antycypowanej użyteczności poszczególnych kryteriów do zastosowania w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.

Z przeprowadzonych analiz wynika, iż niektóre formalne kryteria wyboru projektów w badanych Działaniach PO IIŚ na lata 2007-2013 były zbyt rozbudowane względem potrzeb w tym zakresie. Występowały wśród nich takie kryteria, których tzw. „zero – jedynkowa” ocena bywała utrudniona (z uwagi na ich dość skomplikowany i merytoryczny charakter).

Zdiagnozowano takie przypadki, w których to sposób oceny danego kryterium nie mógł być uznany za odpowiednio precyzyjny (zawierał zapisy, które mogły być interpretowane na wiele sposobów). Wnioskodawcom fakt ten utrudniał precyzyjne zrozumienie warunków, jakie powinni spełnić, aby otrzymać punkty za dane kryterium.

Kluczowymi obszarami wątpliwości wynikającymi z przeprowadzonych analiz są (w przypadku niektórych kryteriów):

- brak precyzyjności definicji (dysfunkcyjna operacjonalizacja kryteriów);
- brak informacji na temat warunków, jakie należy spełnić / przedstawić w celu spełnienia wymogów;
- brak pełnej zasadności stosowania niektórych kryteriów na danym etapie oceny (np. niektóre kryteria merytoryczne I z uwagi na ich sposób oceny są bardziej właściwe dla kryteriów formalnych);
- występowanie kryteriów, które w zbyt niskim stopniu pozwalały na różnicowanie projektów między sobą (kryteria o znamionach dysfunkcyjności).

Kryteria merytoryczne I stopnia (w oparciu o które tworzone są listy rankingowe) mają bardzo ważny wpływ na wybór projektów w ramach badanych Działań. Kryteria te zapewniały efektywność w wydatkowaniu środków publicznych.

Na potrzeby prowadzonych analiz kryteria merytoryczne I stopnia zostały pogrupowane na trzy kategorie dotyczące odpowiednio wymiaru / odpowiedniej specyfiki:

- jakości projektu (tj. jego spójności, efektywność wydatków itp.),
- profilu i typologii beneficjenta (tj. sytuacja finansowa, działalność naukowa, struktura udzielanych świadczeń),
- oczekiwanej „wartości dodanej” projektu (znaczenie projektu w kontekście zdiagnozowanych potrzeb w sektorze ochrony zdrowia).

Z punktu widzenia realizacji celów Programu, kluczowe są kryteria z III grupy (odnoszące się do wymiaru „wartości dodanej” projektu). Jak pokazały poczynione prace badawcze, kryteria merytoryczne I stopnia w zbyt dużym stopniu koncentrowały się na dwóch pierwszych wymiarach projektu (zbyt mało zaś na trzecim tj. na tym, który uznano za kluczowy dla realizacji celów Programu, Priorytetu i poszczególnych Działań).

Nie wszystkie badane kryteria pozwalały na równomierne traktowanie poszczególnych beneficjentów (premiowanie projektów względem wielkości obsługiwanych obszarów, odległości lokalizacji od innych wnioskodawców, zakresu prowadzonej działalności itp.). W raporcie kwestia ta została szczegółowo omówiona. Powyższe wynikało z konieczności określenia priorytetów wspierania określonych typów projektów wynikających z sytuacji panującej w systemie ochrony zdrowia (np. silna potrzeba inwestycji w zakup sprzętu do badań rentgenologicznych).

Analiza systemowa kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 wraz z oceną możliwości ich wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020

Analizy przeprowadzone w tym obszarze skoncentrowane zostały na dwóch głównych zagadnieniach.

Pierwszym obszarem była ocena tego, na ile kryteria wyboru projektów stosowane w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 przyczyniły się do stworzenia spójnego i adekwatnego systemu pozwalającego na wybór optymalnych inwestycji z punktu widzenia realizacji celów Programu.

W drugim obszarze na podstawie powyższej analizy systemowej oraz przy uwzględnieniu analiz przeprowadzonych w ramach rozdziału traktującego o ocenie systemu kryteriów wyboru projektów sformułowano wnioski dotyczące proponowanego kształtu kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Oceniono możliwość wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 kryteriów stosowanych w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013. W wyniku przeprowadzonych analiz zaproponowano ogólny charakter nowych kryteriów merytorycznych I stopnia, jakich zastosowanie w PO IiŚ na lata 2014-2020 w opinii członków Zespołu badawczego byłoby uzasadnione. W prowadzonych analizach uwzględniano to, czy proponowane kryteria będą przyczyniały się do wyboru projektów w największym stopniu wpływających na realizacji celów i wskaźników PO IiŚ na lata 2014-2020.

Ocena rozwiązań wdrożeniowych PO IiŚ na lata 2007-2013

Analizy w ramach oceny rozwiązań wdrożeniowych PO IiŚ na lata 2007-2013 były prowadzone w różnych obszarach. Dotyczyły one m.in.: stosowanych formuł organizacji naboru wniosków, wzorów dokumentów, terminów oceny wniosków itp.

Ustalono, iż brak stosowania generatora wniosków o dofinansowanie w ramach analizowanych działań był źle oceniany przez większość respondentów. Brak generatora utrudniał i wydłużał przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej. Wprowadzenie generatora wniosków umożliwiłoby zmniejszenie obciążeń administracyjnych zarówno dla wnioskodawców, jak i IOK (np. przez automatyczną weryfikację niektórych kryteriów formalnych). Niestety biorąc pod uwagę aktualny stan zaawansowania wdrażania PO IiŚ na lata 2014-2020 wydaje się, iż w chwili obecnej postulowanie rozpoczęcia prac nad przygotowaniem takiego narzędzia wydaje się nie być wykonalna i przez to uzasadnione.

W rozdziale opisującym wyniki badania w obszarze rozwiązań wdrożeniowych przedstawiono także analizy w obszarze konstrukcji formularza wniosku o dofinansowanie projektu. Ustalono, iż stosowany kształt formularza wniosku o dofinansowanie (taki sam dla wszystkich sektorów PO IiŚ) powinien zostać uproszczony oraz w większym stopniu skorelowany ze strukturą Studium Wykonalności (rekomendacja ta dotyczy projektów innych niż „duże” w rozumieniu Rozporządzenia ogólnego, bowiem w przypadku „dużych” projektów uzasadnione jest pełne skorelowanie WoD ze wzorem wniosku stosowanego w ramach postępowania o potwierdzenie wkładu finansowego). Rozwiązania zaprezentowane w rozdziale są w pełni funkcjonalne i mogą usprawnić przygotowanie wniosków podmiotom aplikującym, zaś IOK ułatwić ich ocenę.

Plany inwestycyjne oraz potrzeby informacyjne potencjalnych beneficjentów

Ostatnim obszarem badawczym niniejszej ewaluacji była analiza planów inwestycyjnych wnioskodawców badanych działań oraz ich potrzeb informacyjnych.

Wyniki badania wskazują na wysoką jakość oraz dostępność informacji kluczowych dla potencjalnych beneficjentów PO IiŚ na lata 2007-2013 (także w obszarze systemu oceny i wyboru projektów). Z punktu widzenia skuteczności prowadzonych działań informacyjnych i promocyjnych kluczowe jest przygotowywanie wszystkich ich elementów z odpowiednim wyprzedzeniem (tak aby potencjalni wnioskodawcy mogli się z nimi zdążyć zapoznać i w oparciu o nie przygotować projekty).

Z punktu widzenia konstruowania wniosków i rekomendacji w odniesieniu do PO IiŚ na lata 2014-2020 istotnym była wstępna identyfikacja potrzeb i możliwości realizacji projektów przez potencjalnych beneficjentów. Potrzeby inwestycyjne zostały zbadane za pomocą ankiety CAWI wśród beneficjentów badanych działań. Z odpowiedzi respondentów wynika, iż w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 planowana jest przez te podmioty realizacja 334 projektów o łącznej wartości brutto na poziomie ok. 3,5 mld zł.

Jak wynika z poczynionych ustaleń, odpowiedzi beneficjentów należy traktować jako wstępne z uwagi na (jak sygnalizowali ankietowani) brak ostatecznych rozstrzygnięć w zakresie kształtu systemu wsparcia projektów w nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020.

Podsumowanie

W wyniku przeprowadzonego badania sformułowano rozmaite zalecenia oraz wnioski i rekomendacje (także w zakresie systemu oceny i wyborów projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020). W uzasadnionych przypadkach wskazano na potrzebę modyfikacji poszczególnych kryteriów oraz rozwiązań w obszarze systemu wdrażania (tak by zwiększyć efektywność wdrażania PO IiŚ na lata 2014-2020). Wnioski i rekomendacje zostały zamieszczone w tabeli wniosków i rekomendacji na końcu raportu.

Summary in the English language

1. Goal and scope of the study

This report presents the results of the study titled: "The Assessment of the Solutions Applied In The Area of The Evaluation and Project Selection System (in particular, the project selection criteria) in terms of the influence upon the selection of investment projects ensuring effective and the most efficient implementation of Priority XII of the Operational Programme Infrastructure and Environment." The study was commissioned by the Ministry of Health and lasted from October until November 2014; it was carried out by the consortium of Agrotec Polska Sp. z o.o. [Ltd.] and Polinvest Sp. z o.o. [Ltd.].

The study performance resulted from the need to assess the effectiveness of solutions applied in the area of the evaluation and project selection system in terms of the influence of the selected investment projects upon effective implementation of Priority XII of the Operational Programme Infrastructure and Environment for years 2007-2013.

Furthermore, the study objective was to support the process of preparing project selection criteria under the Operational Programme Infrastructure and Environment for years 2014-2020 and thus ensuring efficient and effective achievement of the Programme goals.

Below, there is a list of three study objectives:

- identification of the elements of evaluation and selection of projects which contribute to the selection of projects with the highest influence upon the achievement of the assumed values of material progress and financial indicators;
- assessment of the influence of the criteria upon the selection of projects affecting, to the highest degree, the achievement of the goal of Priority XII IE OP and its objectives;
- identification of the elements of evaluation and selection of projects which contribute to the selection of the most significant projects from the point of view of health sector needs and also those which affect most the implementation of a priority objective and particular activities in the context of EU financial perspective for years 2014-2020.

The study covered Priority XII IE OP for years 2007-2013 and measures implemented under that priority (12.1 i 12.2).

2. Methodology

The study was performed using a wide set of analytical and research methods, which included the following:

- Analysis of documents and existing data;
- Quantitative and qualitative analyses (including analyses of ranking lists and benchmarking of the selected projects);
- CAWI quantitative study among beneficiaries of the studied Measures under IE OP for years 2007-2013 (175 questionnaires were collected and thus a very high response rate was achieved, i.e. over 49%);
- In-depth interviews with the representatives of the Managing Authority, Intermediate Body and 2nd Level Intermediate Body, i.e. employees of Ministry of Infrastructure and Development, Department of European Funds in the Ministry of Health and IT Systems Centre in Health Care, respectively.
- In-depth interviews with the representatives of the Project Assessment Teams and the representatives of consulting companies (developing application documents for applicants);
- Expert panel;
- Case study method (in the area of identifying interesting solutions within the scope of evaluation systems and project selection in other Operational Programmes than IE OP).

- Heuristic workshop.

3. Study results

Below, in a synthetic way, key study results have been presented. They are included in the following study areas:

The assessment of the implementation status of Priority XII IE OP for years 2007-2013 (data compliant with the existing status at the beginning of the study performance).

As a result of the conducted analyses, it was stated that the status of implementing Priority XII should be regarded as very advanced. From that perspective (and in the context of the planned achievement of the assumed indicators for the studied Measures, Priority and, hence, the Programme itself) the effectiveness of solutions in the area of system evaluation and project selection should be evaluated in a positive way. The system enabled the selection of such projects which translated into the effective implementation of Priority XII IE OP for years 2007-2013.

Under Priority XII, 354 co-financing agreements were signed (272 under Measure 12.1 and 82 under Measure 12.2). The total value of projects under both measures is similar (ca. PLN 946 million in Measure 12.1 and PLN 1 194 million in Measure 12.2). Projects with the highest total value are performed under Measure 12.2 (PLN 14.6 million on average, compared to PLN 3.5 million under Measure 12.1). The contract rate (i.e. the number of concluded contracts) in Priority Axis XII is one of the highest in the whole Programme (101.5% of obligations performance).

During the implementation of the studied Measures within IE OP for years 2007-2013 the assumptions regarding planned indicator values to be achieved in the target year were changed. Those changes were introduced within the frameworks of:

- IE OP for years 2007-2013 (between the version approved by the European Commission in its decision of 7 December 2007 and Version no. 4.0, approved by the European Commission in its decision of 27 January 2014) and
- Detailed Description of Priorities of IE OP for years 2007-2013 (between the version of 25 January 2008 and Version 4.2 of 16 September 2014).

Most frequently, those changes consisted in the indexation of the indicators value "downwards." Such modifications were introduced in the area of the following product indicators:

- Number of persons provided a health service in the place of an accident (per 1 000 residents) from 79 to 73.4,
- Number of projects from 500 to 340,
- Number of purchased ambulances from 600 up to 320,

Changes in indicator values were also changed "upwards":

- Number of reconstructed health care units, provided with additional equipment, relating to medical rescue (excluding ambulance airbases and trauma centres) from 80 to 100.

A degree of achieving some of the indicators at the moment of running this study exceeded values stipulated in Programme-related documents. For the following indicator:

- Number of persons provided a health service in the place of an accident (per 1 000 residents); the achieved value is 78 instead of 73.4,
- Number of ambulances purchased for the needs of medical rescue as a result of Programme interventions; the achieved value is 335 instead of 320,
- Number of modernized health care units provided additional equipment; the achieved value is 225 instead of 160,
- Number of created trauma centres; the achieved value is 10 instead of 9,
- Number of reconstructed health care units, provided with additional equipment, relating to medical rescue (excluding ambulance airbases and trauma centres); the achieved value is 133 instead of 100,
- Number of health care units with acquired direct access of hospital emergency wards to heliports; as a result of support activities, the value 62 was achieved instead of 44.

As regards the delivery-related indicators, no major problems with their achievement were reported. Detailed findings in the area of the influence upon effectiveness of implementing IE OP for years 2007-2013, the adopted evaluation and project selection system has been presented below in a synthetic way.

Assessment of the system for project selection criteria

The evaluation and project selection system should enable providing support from EU funds for projects permitting, to the highest degree, the achievement of objectives corresponding to particular measures and Programme priority axes.

It stems from the conducted study that the adopted evaluation and project selection system in the health sector, IE OP for years 2007-2013, enabled providing support to investment projects the implementation of which contributes, to the highest extent, to the achievement of Programme goals and objectives. During the evaluation, some areas were diagnosed, where the system, in the research team members' opinion, should be modified in order to improve its effectiveness.

All the criteria (formal, additional formal and substantive ones of the 1st and 2nd level) used in Priority XII of IE OP for years 2007-2013 were assessed with regard to sub-criteria listed below:

- accuracy;
- comprehensibility / precision;
- measurability / verifiability;
- fairness / objectivity.

On the basis of the above-mentioned results, the anticipated usefulness of particular criteria to be used under IE OP for years 2014-2020 was assessed.

It stems from the analyses being conducted that some formal project selection criteria in the studied Measures under IE OP for years 2007-2013 were too extensive vis a vis the needs in this scope. They included such criteria, whose so-called "zero – one" evaluation was difficult (due to their quite complex and substantive nature).

Some cases were diagnosed in which the way of assessing a given criterion could not be regarded as sufficiently precise (it included provisions which could be interpreted in many different ways). It made it difficult for the applicants to understand precisely the conditions they were supposed to fulfil to get scope for a given criterion.

Key doubts resulting from the analyses being conducted are as follows (in case of some of the criteria):

- lack of precision in definitions (dysfunctional operationability of criteria);
- lack of information about terms and conditions that should be met / presented to meet the requirements;
- lack of full legitimacy of using some of the criteria at a given assessment stage (e.g. some substantial criteria, and due to the way of assessing them they are more adequate for formal criteria);
- the occurrence of the criteria which allowed differentiation of projects among themselves to a too low extent (criteria with the dysfunctionality features).

The 1st level substantial criteria (based on which ranking lists are created) highly influence the project selection under the Measure being studied. Those criteria ensured effectiveness in spending public funds.

For the needs of the analyses being conducted, the 1st level substantial criteria were grouped into three categories concerning a dimension / adequate specifics of the following, respectively:

- project quality (i.e. its cohesion, effectiveness of spendings etc.),
- beneficiary's profile and typology (i.e. financial standing, scientific activity, structure of services provided),

- expected project "added value" (significance of the project in the context of diagnosed needs in the health care sector).

From the point of view of achieving Programme goals and objectives, criteria belonging to the third group (referring to the project "added value" dimension) are crucial. As shown in the research work, the 1st level substantial criteria focused too much on the first two project dimensions (and too little on the third one, i.e. the one considered crucial for the achievement of the Programme objectives, the Priority and particular Measures).

Not all studied criteria allowed equal treatment of particular beneficiaries (awarding bonuses to projects according to the size of areas served, distances of locations from other applicants, the scope of business activity, etc.). In the report, that issues was discussed in detail. The foregoing resulted from the necessity to determine the priorities of supporting specific kinds of projects stemming from the situation in the health care system (e.g. a strong need for investment projects relating to purchasing of radiological equipment).

System analysis of project selection criteria under IE OP for years 2007-2013, together with the evaluation of possibilities of using them in IE OP for years 2014-2020

Analyses conducted in that area focused on two main issues.

The first area was to assess to what extent the project selection criteria used under IE OP for years 2007-2013 contributed to creating a coherent and adequate system permitting the selection of optimum investment projects from the point of view of the achievement of Programme goals and objectives.

In the other area, on the basis of the above-mentioned system analysis, and taking into account the analyses conducted within the frameworks of the chapter relating to the evaluation of the system regarding project selection criteria, conclusions concerning the proposed shape of project selection criteria under IE OP for years 2014-2020 were formulated. A possibility of using, under IE OP for years 2014-2020, the criteria used under IE OP for years 2007-2013 was assessed. As a result of the conducted analyses, a general character of new 1st level substantial criteria was proposed, the application of which in IE OP for years 2014-2020 would be legitimate in the opinion of the research team members. The said analyses account for, whether the proposed criteria will contribute to the selection of projects affecting, to the highest extent, the achievement of goals and indicators of IE OP for years 2014-2020.

Assessment of implementation solutions of IE OP for years 2007-2013

Analyses relating to the assessment of implementation solutions of IE OP for years 2007-2013 were conducted in different areas. They regarded e.g. applied procedures of the arrangement of application collection, document forms, application evaluation deadlines, etc.

It was established that the lack of using a generator of co-financing applications within the frameworks of the measures being analysed was poorly evaluated by most of the respondents. The lack of the generator made it difficult to prepare application documents and extended the time needed for their preparation. Introduction of the application generator would enable reduction of administrative charges both on the part of applicants and Internet Customer Service (e.g. through an automatic review of some formal criteria). Unfortunately, taking into account the current advancement status of implementation of IE OP for years 2014-2020, it seems that presently the postulate to begin works on the preparation of such a tool seems to be not feasible, and thus it is not justified.

In the chapter describing the study results in the area of implementation solutions, analyses within the scope of constructing a form of an application for project co-financing were presented as well. It was established that the shape of a form of an application for project co-financing (the same for all IE OP sectors) should be simplified and correlated to a higher extent with the structure of the Feasibility Study (this recommendation regards other than "large" projects in the understanding of

a general Regulation, since in case of "large" projects full correlation of an application for project co-financing with the template of an application used in the procedure regarding confirmation of financial contribution is justified. The solutions presented in that chapter are fully functional and they may make the application preparation process easier for applying entities, whereas it would be easier for the Internet Customer Service to assess the applications.

Investment plans and information needs of potential beneficiaries

The last study area of this evaluation was the analysis of investment plans of applicants in the studied measures and their information needs.

The study results show high quality and availability of key information for potential beneficiaries of IE OP for years 2007-2013 (also in the area of the evaluation and project selection system). From the point of view of the effectiveness of conducted information and promotional activities, it is crucial to prepare all of their elements in advance (so that potential applicants may acquaint themselves with them and prepare projects based on them).

From the point of view of constructing applications and recommendations with regard to IE OP for years 2014-2020 the initial identification of needs and possibilities of project performance by potential beneficiaries was essential. The investment needs were checked by means of a CAWI questionnaire distributed among the beneficiaries of the studied measures. It stems from the respondents' responses that under IE OP for years 2014-2020 those entities plan to perform 334 projects with the total gross value at the level of ca. PLN 3.5 billion.

As stems from the findings made, beneficiaries' responses should be treated as preliminary, due to (as signalled by the respondents) the lack of final decisions as to the shape of project support system in the new financial perspective for years 2014-2020.

Summary

As a result of the study conducted, different recommendations and conclusions were formulated (also in the area of the evaluation and project selection system under IE OP for years 2014-2020). In justified cases, the need for modification of particular criteria and solutions in the area of the implementation system was pointed out (in order to increase the effectiveness of implementing IE OP for years 2014-2020). Conclusions and recommendations were included in the table of conclusions and recommendations at the end of the report.

1 Wprowadzenie

1.1 Cele i zakres ewaluacji

Cel główny i cele szczegółowe badania

Celem głównym badania ewaluacyjnego jest ocena skuteczności zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów pod kątem wpływu wybranych inwestycji na efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.

Realizacja niniejszego badania ewaluacyjnego umożliwi dokonanie oceny wpływu zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów (w szczególności kryteriów wyboru projektów) na wybór projektów w największym stopniu wpływających na skuteczną i efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013. Zakłada się, że na podstawie uzyskanych w ramach badania informacji możliwe będzie zidentyfikowanie elementów oceny i wyboru projektów, które w największym stopniu przyczyniają się do wyboru inwestycji o największym wpływie na osiągnięcie założonych dla XII Priorytetu celów, a także wskaźników finansowych. Uzyskane dane posłużą także do przygotowywania systemu oceny i wyboru projektów dla sektora ochrony zdrowia w ramach perspektywy finansowej 2014-2020.

Cel główny badania powinien zostać osiągnięty poprzez realizację niżej wymienionych **celów szczegółowych** oraz udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Cel szczegółowy 1: identyfikacja elementów oceny i wyboru projektów przyczyniających się do wyboru projektów o największym wpływie na osiągnięcie założonych wartości wskaźników postępu rzeczowego i finansowych:

- 1) czy przyjęty w ramach XII Priorytetu PO IiŚ system oceny i wyboru projektów wpływa na wybór inwestycji zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ?
- 2) czy przyjęty system oceny i wyboru projektów (w tym w szczególności kryteria) nie powoduje nadmiernych wymogów wobec projektodawców w odniesieniu do zakresu oczekiwanych informacji i dokumentów?
- 3) czy przyjęte kryteria są określone w sposób pozwalający na ich łatwą ocenę w oparciu o wymaganą w danym przypadku dokumentację?
- 4) czy kryteria wyboru projektów są adekwatne do poszczególnych etapów procedury wyboru?
- 5) czy wszystkie kryteria merytoryczne są niezbędne/istotne dla dokonania wyboru projektów, które służą realizacji założeń poszczególnych działań?
- 6) czy kryteria merytoryczne dostatecznie konkretnie i precyzyjnie odzwierciedlają wymogi dotyczące trafności, skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości ocenianych projektów?
- 7) czy przyjęte kryteria w optymalny sposób mierzą stopień wpływu na osiąganie celów, również mierzonych za pomocą wskaźników?

Cel szczegółowy 2: ocena wpływu kryteriów na wybór projektów w największym stopniu wpływających na realizację celu głównego XII Priorytetu PO IiŚ oraz celów szczegółowych:

- 1) które z kryteriów w największym, a które w najmniejszym stopniu wpływają na wybór projektów zgodnych z celami priorytetu XII PO IiŚ?
- 2) w jakim stopniu przyjęte kryteria wyboru projektów umożliwiają eliminację przypadków kwalifikowania projektów nie wpływających bezpośrednio na realizację celów priorytetu bądź projektów realizujących te cele w ograniczonym zakresie?
- 3) czy przyjęte kryteria służące ocenie merytorycznej pozwalają na wybór projektów, które w optymalny sposób służą realizacji celów:
 - a) priorytetu

- b) programu operacyjnego,
 - c) innych dokumentów (np. strategii sektorowych, właściwych dokumentów szczebla krajowego i europejskiego),
- 4) czy system kryteriów merytorycznych stymuluje w praktyce wybór projektów optymalnie odpowiadających celom programowym i strategicznym?
- 5) czy wagi (punktacja) przypisane poszczególnym kryteriom właściwie oddają ich znaczenie w ocenie trafności, skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości ocenianych projektów?

Cel szczegółowy 3: identyfikacja elementów oceny i wyboru projektów przyczyniających się do wyboru projektów najistotniejszych z punktu widzenia potrzeb sektora zdrowia, a także w największym stopniu wpływających na realizację celu szczegółowego osi priorytetowej oraz poszczególnych działań w kontekście perspektywy finansowej UE 2014-2020:

- czy przyjęty obecnie w ramach XII Priorytetu PO IiŚ system oceny i wyboru projektów powinien być kontynuowany także w perspektywie finansowej 2014-2020?
- jeżeli nie, to co ewentualnie należałoby zmienić w stosunku do obecnych rozwiązań?
- czy, a jeżeli tak to jakie działania należy podjąć w celu uproszczenia procesu oceny projektów oraz zmniejszenia obciążeń dla wnioskodawców?
- na czym powinny opierać się główne kryteria wyboru projektów w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?
- jakie dobre praktyki (przykłady kryteriów) należałoby wprowadzić w nowej perspektywie finansowej?
- jakich aspektów projektu powinny dotyczyć kryteria i jak powinny być formułowane, aby prowadziły do wyboru projektów najwyższej jakości, realizujących w największym stopniu cele interwencji?

Kryteria ewaluacyjne

Podczas przeprowadzania badania Wykonawca powinien uwzględnić następujące kryteria ewaluacyjne:

- **skuteczność** (rozumiana jako zdolność systemu do zapewnienia selekcji i realizacji tych projektów, które w sposób efektywny i trwały wpływają na realizację celów XII Priorytetu PO IiŚ - w ramach niniejszego badania kryterium to powinno umożliwić ocenę, w jakim stopniu zastosowane rozwiązania w obszarze systemu oceny i wyboru projektów (w szczególności kryteriów wyboru projektów) przyczyniają się do wyboru projektów o największym wpływie na osiągnięcie założonych dla XII Priorytetu celów, a także wskaźników finansowych;
- **użyteczność** (rozumiana jako przydatność przyjętych rozwiązań dla skutecznej i efektywnej realizacji celów XII Priorytetu PO IiŚ) – w ramach niniejszego badania kryterium to powinno pozwolić na identyfikację, które elementy obecnego systemu oceny i wyboru projektów (w tym w szczególności kryteria wyboru projektów) i w jakim stopniu mają największy wpływ na wybór projektów zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ.

Główni odbiorcy wyników badania

Głównymi odbiorcami wyników badania będą:

- Instytucja Pośrednicząca dla Priorytetu XII PO IiŚ na lata 2007-2013 – Ministerstwo Zdrowia - Departament Funduszy Europejskich (IP),
- Instytucja Pośrednicząca II stopnia dla Priorytetu XII PO IiŚ na lata 2007-2013 – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (IP II / IW),

- Instytucja Zarządzająca PO IIŚ (IZ-Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju),
- Komitet Monitorujący PO IIŚ na lata 2007-2013 (KM).

Pozostałymi odbiorcami są:

- Krajowa Jednostka Oceny (MIIR DKS),
- Grupa Sterująca Ewaluacją PO IIŚ na lata 2007-2013.

1.2 Metodologia i narzędzia badawcze

Poniżej wylistowano zastosowane w trakcie realizacji badania metody badawcze.

A. Analiza danych zastanych

Poniżej przedstawiono dokumenty, które poddano analizie.

1. Dokumenty programowe:
 - a. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013,
 - b. Szczegółowy Opis Priorytetów PO IIŚ na lata 2007-2013,
 - c. właściwe wytyczne / zalecenia Instytucji Zarządzającej.
2. Dokumenty legislacyjne – rozporządzenia Rady (WE),
3. Dokumenty wdrożeniowe/wykonawcze - Instrukcje Wykonawcze właściwych Instytucji,
4. Dane sprawozdawcze i monitoringowe
5. Protokoły z posiedzenia Komitetu Monitorującego, którego obrady dotyczyły przyjęcia kryteriów wyboru projektów,
6. Dokumentacje konkursowe (dla badanych działań i ogłaszanych w nich konkursów):
 - a. kryteria wyboru projektów,
 - b. regulaminy konkursów,
 - c. wzory ogłoszeń o planowanych naborach wniosków,
 - d. wzory wniosków o dofinansowanie dla danego priorytetu/działania,
 - e. wymagane załączniki do WoD,
 - f. regulaminy prac zespołów ds. oceny projektów,
 - g. instrukcje wypełniania wniosku o dofinansowanie,
 - h. wzory list sprawdzających służących do oceny wniosku o dofinansowanie na wszystkich etapach oceny oraz załączników wskazanych przez instytucję prowadzącą nabór projektów,
 - i. inne załączniki wskazane przez instytucję organizującą konkurs,
 - j. inne dokumenty o charakterze wewnętrznym / dane „nie ogólnodostępne” (dokumenty wewnętrzne przekazywane ekspertom itp.),
 - k. zbiorcze (dla konkursów) protokoły z oceny formalnej, merytorycznej i merytorycznej II stopnia,
 - l. listy rankingowe dla przeprowadzonych konkursów.
7. Dokumenty strategiczne, w tym:

- a. Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu,
 - b. Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”,
 - c. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju,
 - d. Strategia Rozwoju Kraju 2020 (SRK 2020),
 - e. Strategia Sprawne Państwo 2020 (SSP 2020),
 - f. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie (KSRR 2020),
8. Dokumenty oraz projekty programowe PO IIŚ 2007-2014 i PO IIŚ 2014-2020 związane z przyszłą perspektywą finansową , w tym:
- a. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko, Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007 – 2013,
 - b. Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013, , Warszawa, czerwiec 2014
 - c. Załącznik nr 2 do „Szczegółowego opisu priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko” - Organizacja systemu oceny i wyboru projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, czerwiec 2014
 - d. Lista projektów indywidualnych dla Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013, aktualizacja czerwiec 2014,
 - e. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014 – 2020, projekt, Warszawa, 8 stycznia 2014 r.,
 - f. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne.
9. Dostępne raporty ewaluacyjne, ekspertyzy – zbliżone z zakresem badania, dostępne na www.ewaluacja.gov.pl:
- a. Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014-2020”, Warszawa, grudzień 2012,
 - b. Raport do badania ewaluacyjnego: „Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IIŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia” 2011 r.,
 - c. Metaewaluacja badań dotyczących oceny kryteriów wyboru projektów w programach operacyjnych współfinansowanych z funduszy europejskich w Polsce w perspektywie 2007-2013. Raport końcowy. Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, kwiecień 2011 r.,
 - d. Ocena systemu wyboru projektów (finansowanych operacji) zaprojektowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2007-2013 (RPO WL), 2009,
 - e. Ocena pozakonkursowej ścieżki wyboru projektów: Indykatory Wykaz Indywidualnych Projektów Kluczowych Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2007-2013, 2013 r.,
 - f. Analiza systemu wskaźników monitorowania w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007-2013, 2011 r.,
 - g. Ewaluacja systemu oceny i wyboru projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, 2010 r.
10. Akty prawne, w tym:

- a. Ustawa o działalności leczniczej,
- b. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- c. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego,
- d. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W trakcie prowadzenia analiz danych zostały zastosowane narzędzia o charakterze eksperckim: matryce, tabele, zestawienia.

B. Badanie ankietowe CAWI

Badanie CAWI zostało zrealizowane wśród beneficjentów XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013. Zebranie opinii (175 ankiet) od beneficjentów PO IiŚ było zasadne, biorąc pod uwagę zakres badania (m.in. pytanie badawcze o to, czy system oceny i wyboru projektów badanych Osi PO IiŚ na lata 2007-2013 spełnił oczekiwania itp.) oraz zasadę triangulacji źródeł danych.

Warto w tym miejscu podkreślić duże zaangażowanie beneficjentów w realizację badania (w tym w szczególności bardzo wysoki poziom zwrotu wypełnionych ankiet).

C. Indywidualne wywiady pogłębione

Indywidualne wywiady pogłębione zostały przeprowadzone z przedstawicielami IP i IP II tj. pracownikami DFE MZ oraz CSIOZ. Wywiady przeprowadzono również z przedstawicielem IZ (MIiR) oraz ekspertami oceniającymi wnioski / członkami ZOP.

D. Studium przypadku

Metoda została zastosowana do pogłębionego zbadania zagadnień z systemów oceny i wyboru projektów stosowanych w innych niż PO IiŚ programach operacyjnych.

E. Panel ekspertów

Metoda została zastosowana do pogłębionego zbadania zagadnień z zakresu systemu kryteriów oceny projektów.

Panel ekspertów był spotkaniem specjalistów z branży ochrony zdrowia powoływanych do przedyskutowania i skomentowania kluczowych ustaleń prezentowanych przez Zespół badawczy. Praca ekspertów odbyła się zespołowo podczas zorganizowanego spotkania. Głównym celem realizacji panelu była analiza i podsumowanie informacji zebranych w trakcie realizacji badania.

F. Warsztat podsumowujący

Warsztat podsumowujący był metodą porządkującą wnioski i rekomendacje z badania w kierunku opracowania operacyjnych rekomendacji. Warsztat miał za zadanie zagregować wnioski płynące z pozostałych metod zbierania i analizy danych. Warsztat został zorganizowany w końcowym etapie realizacji badania.

1.3 Ograniczenia procesu badawczego

Poniżej zaprezentowano napotkane ograniczenia procesu badawczego. Część z niżej wymienionych ograniczeń była podniesiona przez Wykonawcę na etapie opracowywania Raportu metodologicznego. Poniżej wylistowane zostały kluczowe ograniczenia procesu badawczego:

- Krótki czas przeznaczony na realizację przedmiotowego badania przy jednocześnie jego skomplikowanej tematyce i dużym zakresie danych niezbędnych do analizy,
- Trwająca obecnie dyskusja nad ostatecznym kształtem dokumentów warunkujących wdrażanie projektów dla sektora ochrony zdrowia,
- Długi okres, jaki upłynął od momentu wdrażania niektórych działań (niektórzy interesariusze nie pamiętali uwarunkowań konkursów ogłaszanych w 2008 i 2010 r., a zatem trudno im było się odnieść do pewnych kwestii).

2 Ocena stanu wdrażania PO IiŚ na lata 2007-2013

W rozdziale zamieszczono odpowiedzi na pytania badawcze:

- czy przyjęty w ramach XII Priorytetu PO IiŚ system oceny i wyboru projektów wpływa na wybór inwestycji zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ?

Niniejszy rozdział zawiera informacje prezentujące stan wdrażania PO IiŚ na lata 2007-2013. Poniżej przedstawiono także informacje na temat obszarów wsparcia, które w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 będą stanowiły kontynuację interwencji wspieranych w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013. W rozdziale przedstawiono dane na temat zaawansowania stopnia wdrażania, kontraktowania i wydatkowania środków w ramach XII Priorytetu PO IiŚ. Informacje te zostały przygotowane na podstawie sprawozdań (rocznych i półrocznych) z realizacji Programu.

2.1 Porównanie zakresu wsparcia PO IiŚ na lata 2007-2013 oraz PO IiŚ na lata 2014-2020

Zakres wsparcia projektów z sektora ochrony zdrowia, jakie będą mogły uzyskać wsparcie w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 będzie kontynuacją zakresu wsparcia w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013, z naciskiem na uzupełnienie luk w systemie i uwzględnienie obecnej sytuacji demograficzno-epidemiologiczną oraz dostosowanie do obowiązujących przepisów prawa.

W ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 wspierano projektów z zakresu następujących działań:

1. Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego, w zakresie:
 - a. Zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego – konkurs 1/2008 (zwany dalej **konkurs 1/2008 ambulance**),
 - b. Rozbudowy, remontów i wyposażenia centrów urazowych – projekty indywidualne (zwany dalej **LPI – CU**),
 - c. 1. przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (szpitalnych oddziałów ratunkowych istniejących lub planowanych do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w zakresie ratownictwa medycznego w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa; 2. zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów; 3. budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych – konkurs 2/2008 (zwany dalej **konkurs 2/2008 SOR, lądowiska i wyroby medyczne służące do diagnostyki**)
 - d. Budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych – konkurs 1/2010 (zwany dalej **konkurs 1/2010 lądowiska**)
 - e. Budowy i remontów oraz wyposażenia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – projekty indywidualne (zwany dalej **LPI – LPR**)
2. Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym – projekty indywidualne i konkurs 3/2008 (zwany dalej **działanie 12.2**)

W ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 nastąpiło uszczegółowienie powyższych działań z wyłączeniem dofinansowania na zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów).

Przewiduje się wsparcie następujących typów projektów:

1. z zakresu ratownictwa medycznego
 - a. wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie);
 - b. modernizacja istniejących oraz utworzenie nowych centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie);
 - c. wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców – przy SOR oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie);
 - d. wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych baz lotniczego pogotowia ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy;
2. z zakresu infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych
 - e. wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom układu krążenia, nowotworowym, układu kostno – stawowo – mięśniowego, układu oddechowego, psychicznym (roboty budowlane, doposażenie);
 - f. wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie);
 - g. wsparcie pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z jednostkami wymienionymi powyżej.

2.2 Stan wdrażania PO IiŚ na lata 2007-2013

W ramach badanego XII Priorytetu ponad trzykrotnie więcej projektów realizowanych jest w ramach Działania 12.1. Jednakże biorąc pod uwagę wartości poszczególnych projektów zauważono, iż projekty o najwyższej wartości realizowane są w ramach Działania 12.2.

Podobnie wygląda sytuacja związana ze średnią wartością dofinansowania ze środków UE – kwota ta jest znacznie wyższa w przypadku Działania 12.2.

W poniższej tabeli zaprezentowane zostały szczegółowe informacje w opisywanym zakresie.

Tabela 1 Zbiorcze zestawienie podpisanych umów, wartości projektów oraz poziomu dofinansowania w poszczególnych działaniach XII priorytetu PO IiŚ.

Działanie	liczba projektów	Wartość projektów ogółem (mln zł)				% dofinansowania		
		min	max	średnia	suma	minimum	maximum	średnia
Działanie 12.1	272	0,23	44,2	3,5	946,23	59,56	85	85
Działanie 12.2	82	1,2	107,3	14,6	1 194,35	59,14	85	85

Źródło: KSI (SIMIK 07-13), stan na 31.08. 2014 r.

Jak wynika z informacji zawartych w sprawozdaniu z realizacji PO IiŚ na lata 2007-2013 za rok 2013 Działaniem w którym poziom wydatkowania alokacji jest najbardziej zaawansowany jest Działanie 12.1.

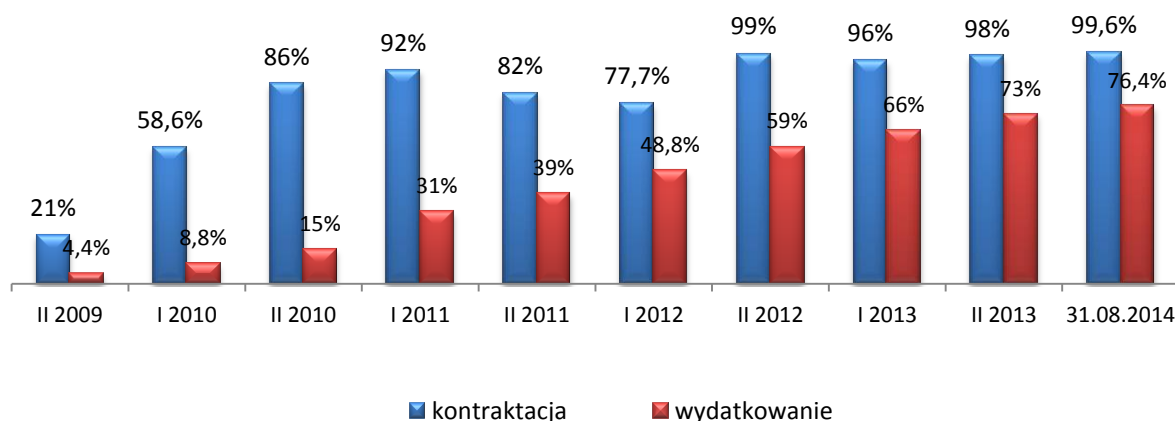
Warto zwrócić uwagę na fakt, że Priorytet XII jest jednym z najbardziej zaawansowanych pod kątem efektywności wydatkowania środków. Według danych z września 2014 r. bardziej zaawansowanymi Priorytetami PO IIŚ w zakresie kontraktacji były Priorytet: XIV (107,8 %), VI (106,3 %) i XV (101,9 %). Z kolei pod kątem wydatkowania środków lepiej prezentują się tylko Priorytety: VI (94 %) i VIII (79,6 %).

Poniżej zaprezentowane zostały informacje na temat poziomu kontraktowania i wydatkowania alokacji w XII Priorytecie w poszczególnych półroczach. W przypadku kontraktacji kluczowy był 2010 r. (najwięcej podpisanych umów), co wprost wynika z faktu przeprowadzenia w 2008 r. aż 3 konkursów (z czterech w całym okresie programowania). W przypadku wydatkowania środków największy skok nastąpił w I półroczu 2011 r.

Widoczne w przypadku kontraktacji znaczne spadki w II połowie 2011 r. i I połowie 2012 r. to wynik przede wszystkim 2 czynników:

- rozwiązania umów z beneficjentami¹;
- zwiększeniem dostępnej alokacji w ramach całego Priorytetu².

Wykres 1 Poziom zakontraktowania i wydatkowania alokacji Priorytetu XII (w poszczególnych półroczach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy danych zastanych (sprawozdania półroczne z realizacji PO IIŚ na lata 2007-2013, dane z 31.08.2014 pochodzą z bazy KSI (SIMIK 07-13)).

W poniższych tabelach zamieszczone zostały informacje na temat zakładanych, na etapie opracowywania poszczególnych wersji Programu, wartości wskaźników produktu i rezultatu. Informacje dotyczące wartości wskaźników produktu i rezultatu, zawarte w poniższych tabelach pochodzą z:

- dwóch wersji PO IIŚ na lata 2007-2013:
 - aktualnie dostępnej wersji Programu (wersja 4.0, zaakceptowana przez Komisję Europejską decyzją z 27 stycznia 2014 r.);
 - najstarszej pierwszej wersji Programu (wersja zaakceptowana przez Komisję Europejską decyzją z 5 grudnia 2007 r.);
- danych udostępnionych przez Zamawiającego (wartości szacowane do realizacji na koniec wdrażania PO IIŚ na lata 2007-2013).

¹ Zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniach rozwiązanie umów było spowodowane utratą przez beneficjentów kontraktów z NFZ

² W roku 2011 nastąpiła Realokacja z XIV priorytetu (30 mln euro) oraz przesunięto środki z krajowej rezerwy wykonania (prawie 16 mln euro)

Tabela 2 Wskaźniki produktu.

Nazwa wskaźnika	Wartość w roku bazowym	Zakładana w PO IIŚ wartość w roku docelowym		Realizacja wg stanu z 30.06.2014	Szacowana realizacja na koniec wdrażania PO IIŚ
		5 grudnia 2007 r.	30 czerwca 2014 r.		
Horyzontalne					
Liczba osób leczonych, w ciągu roku, w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej i MSW	1 274,5 (w 2005 r.)	1 460,3	1 460,3	1 312,96 ³	b.d.
Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców)	79,1 (w 2005 r.)	79	73,4	78,0	b.d.
Zawarte w Programie					
Liczba projektów	0	500	340	312	352
Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu	0	600	320	335	335
Liczba zmodernizowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej	0	160	160	225	278
Produktu - zawarte w SzOP (Działanie 12.1)					
Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu	0	600	320	335	335
Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego	0	16	wskaźnik usunięty z Programu		
Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej	0	wskaźnik był jeden "liczba wyremontowanych i wyposażonych ZOZ" - 120	-	58	65
Liczba wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej	0		-	91	102
Liczba utworzonych centrów urazowych	0	9	9	10	13

³ Dane dotyczą tylko leczonych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez MZ (brak danych GUS za 2013 rok w zakresie MON i MSW)

Nazwa wskaźnika	Wartość w roku bazowym	Zakładana w PO IIŚ wartość w roku docelowym		Realizacja wg stanu z 30.06.2014	Szacowana realizacja na koniec wdrażania PO IIŚ
		5 grudnia 2007 r.	30 czerwca 2014 r.		
Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wył. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum urazowych)	0	80	100	133	147
Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego	0	9	9	0	11
Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia działania	0	44	44	62	74
Produktu - zawarte w SzOP (Działanie 12.2)					
Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej	0	wskaźnik był jeden "liczba zmodernizowanych i doposażonych ZOZ" - 160	-	21	35
Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej	0		-	55	76
Inne					
Liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy	0	-	-	118,7	118,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy danych zastanych (poszczególne wersje PO IIŚ na lata 2007-2013, dane nt. szacunkowej realizacji wartości wskaźnika pochodzą z bazy KSI (SIMIK 07-13) dostęp: 30.06.2014).

Według stanu z 30.06.2014 r. zdecydowana większość wskaźników została zrealizowana na poziomie przekraczającym 100%. Do wskaźników, które nie zostały jeszcze zrealizowane należą:

- Liczba osób leczonych, w ciągu roku, w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej oraz MSW – wskaźnik osiągnięty na poziomie 90%, niestety brak danych co do szacowanego poziomu jego realizacji. Należy jednak zaznaczyć, że obecny stan nie objął danych GUS za 2012 i 2013 r. w zakresie jednostek podległych MON i MSW – dane te mają być przekazane do IZ w kolejnych sprawozdaniach, co pozwala zakładać, że wartość docelowa zostanie osiągnięta;
- Liczba projektów (poziom realizacji wg stanu z 30.06.2014 – 92%) – wskaźnik według szacunków zostanie osiągnięty na poziomie minimum 100%, na koniec okresu programowania. W przypadku tego wskaźnika, na wniosek IP, miało już miejsce obniżenie jego wartości docelowej, w przeciwnym razie poziom realizacji wyniósłby w granicach 60%;
- Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego – według obecnych zapisów wskaźnik osiągnięty na poziomie 0%. Poziom realizacji wskaźnika nie odzwierciedla jednak zaawansowania projektu dotyczącego baz LPR, rzeczowa realizacja projektu została już bowiem zakończona. Z uwagi jednak, iż wnioski o płatność końcową nie zostały zatwierdzone wartość wskaźnika pozostaje na poziomie 0.

Dwa z obecnych wskaźników produktu zarówno z Działania 12.1 jak i 12.2 (liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej, liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej) w pierwotnej wersji

Programu (z 05.12.2007 r.) wchodziły w zakres jednego tylko wskaźnika - liczba wyremontowanych/zmodernizowanych i doposażonych ZOZ.

Wedle szacunków, na koniec realizacji Programu, znacznie większa, od zakładanej, będzie wartość realizacji wskaźników dotyczących liczby zmodernizowanych i doposażonych ZOZ, zakładów wyposażonych w lądowiska dla helikopterów, czy też liczba powstałych centrów urazowych. W tym miejscu warto zaznaczyć, że w opinii niektórych beneficjentów lądowiska powstawały przy placówkach, które tego typu rozwiązań nie muszą posiadać⁴, a realizowały ten zakres, tylko i wyłącznie w celu otrzymania/utrzymania kontraktu na SOR. Zwracano uwagę na fakt, że pacjenci transportowani helikopterem są zazwyczaj w bardzo ciężkim stanie i z tego powodu muszą być przewożeni do placówek wysokospecjalistycznych (podczas gdy większość szpitali powiatowych tych wymogów nie spełnia - nie posiada specjalistycznej kadry, która mogłaby zaopatrzyć pacjenta w stanie ciężkim, z wielonarządowymi urazami). Z pewnością ciężko określić dokładną skalę zjawiska, jednak trzeba mieć na uwadze, że nie są to przypadki pojedyncze.

Tabela 3 Wskaźniki rezultatu.

Nazwa wskaźnika	Wartość w roku bazowym	Zakładana w PO IIŚ wartość w roku docelowym		Realizacja wg stanu z 31.12.2013	Szacowana realizacja na koniec wdrażania PO IIŚ
		5 grudnia 2007 r.	30 czerwca 2014 r.		
Zawarte w Programie					
Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej	16	10	10	7,49	b.d.
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców	6	8	8	6,41	b.d.
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców	14	15	15	13,1	b.d.
Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych	85,3	89,6	89,6	109,4	b.d.
Zawarte w SzOP (Działanie 12.1)					
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca. - w mieście powyżej 10 tys. Mieszkańców	6	8	8	6,41	b.d.
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca poza miastem powyżej 10 tys.	14	15	15	13,1	b.d.

⁴ Wykonawca pisząc o tym, że dane ZOZy nie muszą posiadać lądowisk kierował się oceną w zakresie potencjalnie niskiej przydatności/stopnia wykorzystywania tych lądowisk z uwagi na profil jednostek powiatowych. Trzeba jednak mieć na uwadze, że każdy SOR musi posiadać lądowisko – reguluje to właściwe rozporządzenie nt SOR

Nazwa wskaźnika	Wartość w roku bazowym	Zakładana w PO IIŚ wartość w roku docelowym		Realizacja wg stanu z 31.12.2013	Szacowana realizacja na koniec wdrażania PO IIŚ
		5 grudnia 2007 r.	30 czerwca 2014 r.		
mieszkańców					
Zawarte w SzOP (Działanie 12.2)					
Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej	16	10	10	7,49	b.d.
Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych	85,3	89,6	89,6	109,4	b.d.
Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem	b.d.	-	-	280 378; 891 836 - stan na 30.06.2014	1 115 923
Inne					
Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy	0	-	-	131,62; 361,89 (stan na 30.06.2014)	524,82

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy danych zastanych (poszczególne wersje PO IIŚ na lata 2007-2013, dane nt. szacunkowej realizacji wartości wskaźnika pochodzą z bazy KSI (SIMIK 07-13) dostęp: 30.06.2014).

W przypadku wskaźników rezultatu, nie było większych problemów z ich osiągnięciem. Pozytywnie należy ocenić fakt, że w przypadku wskaźników dotyczących mediany czasu dotarcia, wartości faktycznie osiągane są na poziomie wyższym od zakładanego. W trakcie wywiadów jakościowych zwracano jednak uwagę na to, iż nie będzie możliwości dalszego skracania czasu dojazdów. Wpływa na to wiele czynników niezależnych od beneficjentów, a same wyjazdy nie rzadko są realizowane na dłuższych/większych odległościach niż pierwotnie zakładano.

Wskaźnikiem rezultatu, który okazał się być problematycznym dla beneficjentów, na etapie tworzenia WoD, był wskaźnik dotyczący liczby bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy. Problem polegał na niewłaściwym zinterpretowaniu opisu wskaźnika, czego efektem była deklaracja utworzenia zbyt wysokiej liczby miejsc pracy⁵. Zaistniała sytuacja może wskazywać na konieczność bardziej precyzyjnego/szczegółowego opisu w przyszłości zakresu tego wskaźnika, dodatkowo zasadnym wydaje się doprecyzowanie czy utworzenie nowych miejsc pracy dotyczy etatów, czy osób, czy należy tutaj uwzględniać kontrakty, które są obecnie bardzo popularną formą angażowania lekarzy.

Mając na uwadze powyższe informacje można stwierdzić, że przyjęty system oceny i wyboru projektów zapewnił i zapewnia skuteczną realizację Priorytetu XII.

2.3 Czynniki wpływające na postęp we wdrażaniu badanych działań XII Priorytetu PO IIŚ na lata 2007-2013

Poniżej określone zostały kluczowe czynniki wpływające na stan wdrażania badanych działań XII Priorytetu PO IIŚ na lata 2007-2013. Jak wynika z informacji przedstawionych poniżej, można wskazać na wpływu zastosowania kryteriów oceny i wyboru projektów na stan wdrażania XII

⁵ W tym przypadku Beneficjent potraktował pracowników Wykonawcy robót jako tworzone w ramach projektu etaty (miejsc pracy)

Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013. W trakcie realizacji badanych działań, instytucje uczestniczące w procesie wdrażania podejmowały stosowne modyfikacje w obszarze kryteriów oceny i wyboru projektów (w ramach posiedzeń Komitetu Monitorującego).

Poniżej przedstawione zostały zidentyfikowane **czynniki o charakterze osłabiającym i wzmacniającym wdrażanie** badanych działań PO IiŚ na lata 2007-2013. Informacje na ich temat powinny zostać wykorzystane w procesie przygotowywania wdrażania PO IiŚ na lata 2014-2020.

Czynniki osłabiające wdrażanie badanych działań PO IiŚ na lata 2007-2013

PO IiŚ na lata 2007-2013 został zaakceptowany przez Komisję Europejską decyzją z 7 grudnia 2007 r. Z tego względu **przez większość 2008 r.**, prowadzone były prace nad zakończeniem przygotowywania i zatwierdzeniem kryteriów wyboru projektów oraz sporządzeniem dokumentów niezbędnych do uruchamiania procedur konkursowych w badanym Priorytecie. Już w pierwszej połowie 2008 r. w sprawozdaniach z realizacji Programu zwracano uwagę na ryzyko powstania opóźnień we wdrażaniu, a w konsekwencji pojawienia się problemów z wykorzystaniem przyznanej alokacji. Istotnym etapem w procesie wdrażania badanych działań Programu było zatwierdzenie kryteriów wyboru projektów podczas II posiedzenia Komitetu Monitorującego (tj. 6 marca 2008 r.).

Pierwsze nabory wniosków **ogłoszone zostały** w II półroczu 2008, czyli de facto **prawie 2 lata po rozpoczęciu perspektywy** finansowej na lata 2007-2013.

W przypadku projektów realizowanych w trybie konkursowym wydłużeniu uległ proces oceny WoD. Jak pokazała praktyka podpisywanie UoD następowało nawet do kilkunastu miesięcy po ogłoszeniu naboru w ramach danego konkursu. Terminy takie wynikały m.in. z **konieczności wielokrotnego i pracochłonnego wyjaśniania, poprawiania i uzupełniania** treści dokumentacji aplikacyjnej na linii IOK – wnioskodawca (w zakresie jej kompletności, spójności itp.). Kompletny proces poprawy wniosków jest czasochłonny. Na fakt ten składa się czas dotarcia pisma z zastrzeżeniami IOK do dokumentacji wnioskodawcy (ok. kilka dni), czas przewidziany na jej poprawę i uzupełnienie WoD (kolejne kilka dni) i poddanie ponownej ocenie przez ZOP. Sytuacja powyższa w praktyce prowadziła do istotnego wydłużenia procesu oceny. Przedłużony proces postępowań konkursowych wynikał także z niedostatecznej liczby ekspertów dokonujących oceny WoD w początkowym okresie wdrażania. Powodem tej sytuacji były głównie kwestie kompetencyjne (konieczność spełnienia przez nich skomplikowanych wymogów stawianych ekspertom w trakcie ich naboru), a także brak możliwości pełnego (tj. wyłącznego) zaangażowania tych ekspertów w prace związane z wdrażaniem XII Priorytetu (eksperci często traktowali zadania z zakresu oceny WoD jako dodatkowe i oprócz nich byli zaangażowani także w swoje codzienne obowiązki służbowe).

Kluczowym problemem była jednak niedostateczna **jakość dokumentów składanych przez wnioskodawców**. Dotyczyło to przede wszystkim załączników do UoD oraz WoP (gdy projekty wchodziły w fazę wdrażania i rozliczania). W znacznej ilości przypadków niska jakość dokumentów powodowała konieczność **wzywania wnioskodawców i beneficjentów do uzupełniania, poprawy bądź złożenia wyjaśnień**, co w znacznym stopniu wydłużało procedurę weryfikacji dokumentów, a w przypadku WoP skutkowało obniżeniem dynamiki wydatkowania środków finansowych. W odniesieniu do etapu aplikacyjnego, wyjaśnienia te często skutkowały zmianami zapisów we WoD, przesuwaniem pierwotnych terminów oceny dla poszczególnych projektów i tym samym opóźnieniami na etapie oceny formalnej i merytorycznej. Opisane powyżej czynniki mogły powodować dezaktualizację niektórych dokumentów złożonych przez projektodawców w konkursie (np. decyzji administracyjnych jak pozwolenie na budowę). Ponadto, opóźnienia w stosunku do pierwotnie zakładanych harmonogramów realizacji konkursów dotyczyły także terminów ogłoszenia list rankingowych i ostatecznego ich rozstrzygnięcia.

Najczęstsze błędy popełniane przez Beneficjentów na etapie opracowywania WoP to **nieterminowe składanie wniosków, nieumiejętność skompletowania załączników, braku właściwego wypełnienia pól wniosku**. Wydłuża to procedurę weryfikacji dokumentów, a tym samym powoduje **obniżenie dynamiki wydatkowania środków finansowych**.

W **odpowiedzi na te wyzwania** IOK przeprowadziła szereg szkoleń tematycznych, podczas których poruszane były kluczowe zagadnienia związane m.in. z warunkami i zasadami podpisania

UoD, kwalifikowalnością wydatków, przygotowania WoP czy udzielaniem i kontrolą zamówień publicznych. W celu wyeliminowania błędów w składanej dokumentacji CSIOZ zamieściło na stronie internetowej **listę najczęściej popełnianych przez Beneficjentów błędów** wraz z opisem właściwego sposobu wypełniania dokumentów. Ponadto, opiekunowie projektów poprzez **udzielanie wyjaśnień w drodze kontaktów telefonicznych**, pomagali i pomagają Beneficjentom we właściwym wypełnieniu wniosków oraz skompletowaniu i opisanu dokumentów stanowiących załączniki do WoP. W celu dotrzymania właściwej daty złożenia WoP przez Beneficjentów, opiekunowie zobligowani zostali do przypominania im o obowiązku terminowego przekazywania wniosków o płatność jak i przesyłania uzupełnień do wniosków.

Zalecenie: dobrą praktyką jest zamieszczanie przez IOK na swoich stronach internetowych np. listy najczęściej popełnianych błędów wraz z opisami sugerowanego sposobu wypełniania poszczególnych dokumentów.

Innym czynnikiem, który utrudniał prowadzenie procesu oceny WoD, były problemy natury technicznej / logistycznej. Dotyczyły konieczności zbierania przez IOK potwierdzenia daty wpłynięcia do wnioskodawcy pisma w sprawie konieczności poprawy, uzupełnienia i/lub złożenia wyjaśnień. Weryfikacja tego, czy poprawiony WoD wpłynął w wymaganym terminie (tj. 7 dni od daty otrzymania wezwania), dokonywana była przez IOK na podstawie „potwierdzenia odbioru” odsyłanego do IOK przez operatora usług pocztowych. Warto w tym obszarze podkreślić, iż bardzo często poprawione przez wnioskodawców WoD nadpływały do IOK dużo wcześniej niż tzw. „zwrotka” dostarczana przez operatora usług pocztowych. Na skutek powyższego pomimo dokonanej ponownie weryfikacji WoD pracownicy IOK nie mogli z przyczyn formalnych zakończyć danego etapu oceny, z uwagi na brak dokumentu, który umożliwiałby weryfikację dotrzymania przez wnioskodawcę terminu na złożenie poprawionej dokumentacji aplikacyjnej. Starając się przyspieszyć proces oceny (tj. zminimalizować wpływ opisanego powyżej utrudnienia) pracownicy IOK bezpośrednio kontaktowali się z wnioskodawcami, w celu uzyskania od nich informacji potwierdzających datę otrzymania pisma z CSIOZ (np. na podstawie posiadanej przez wnioskodawcę książki korespondencyjnej i rejestru wpływających pism). Powyższe w opinii członków zespołu badawczego powodowało nadmierne obciążenie pracą przedstawicieli IOK.

Zalecenie: wykorzystywanie nowatorskich usług powiadamiania o dostarczeniu / odbiorze przesyłki oferowanych przez operatorów usług pocztowych (np. elektroniczne **potwierdzenia dostarczenia lub zwrotu przesyłki poleconej**). IOK mogła by w PO IIŚ na lata 2014-2020 utworzyć dedykowany adres e-mail do obsługi informacji zwrotnych / rejestrowania zagadnień z zakresu obiegu dokumentów).

Innym czynnikiem wpływającym na opóźnienia w procesie wdrażania była konieczność zdobycia odpowiedniego doświadczenia, zbudowania potencjału instytucjonalnego oraz wypracowana metodologii oceny projektów z zakresu ochrony zdrowia. W tym obszarze w skutek uzasadnionej decyzji IZ, dotyczącej konieczności złożenia dodatkowego oświadczenia co do bezstronności członków ZOP biorących bezpośredni udział w procesie oceny WoD, konieczna była rezygnacja znacznej grupy ekspertów. Konsekwencją powyższego była wspomniana już w niniejszym podrozdziale ograniczona liczba ekspertów dedykowanych do prowadzenia oceny złożonych WoD (szczególnie z dziedziny ratownictwa medycznego). Powyższe skutkowało wydłużeniem czasu potrzebnego do przeprowadzenia pełnego procesu oceny merytorycznej wszystkich WoD (szczególnie dla konkursu nr 1/2008).

Pozostając w obszarze ekspertów ZOP, w początkowej fazie współpracy IOK z nimi stwierdzono problem dotyczący jakości ich współpracy. Pracownicy IOK wskazywali na niską niekiedy sumiennność ekspertów powołanych w skład ZOP. Problem wynikał z zaniedbywania wymogu systematycznego przystępowania do oceny przydzielonych WoD oraz bieżącego przeprowadzania oceny po wezwaniu wnioskodawców do złożenia uzupełnień/wyjaśnień. Rozwiązaniem tej sytuacji był bieżący monitoring ekspertów przez pracowników IOK oraz położenie szczególnego nacisku na politykę informacyjną i uświadamianie ekspertom odpowiedzialności, jaka na nich spoczywa, w związku z koniecznością dotrzymania przez instytucje uczestniczące w procesie wdrażania XII Priorytetu, w tym terminów wynikających z zatwierdzonych harmonogramów.

Pewnym problemem okazał się także brak możliwości dokonywania przez Przewodniczącego ZOP poprawek na Listach sprawdzających, sporządzonych przez ekspertów oceniających w przypadkach w których błąd popełniony przez eksperta ma charakter rachunkowy i dotyczy „twardego” kryterium. Stwierdzono, iż czasem trudno jest wyegzekwować pilne stawienie się w instytucji Eksperta, który popełnił błąd w celu dokonania korekty. Ekspersi brak możliwości tłumaczą odległością miejsca zamieszkania.

W związku ze specyfiką finansowania publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, w trakcie realizacji projektów występowały pojedyncze sytuacje **utraty kontraktów z publicznym płatnikiem** przez beneficjentów udzielających świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego z wykorzystaniem zespołów ratownictwa medycznego (projekty dotyczące zakupu specjalistycznych i podstawowych ambulansów ratowniczych). Analizując skalę zjawiska utraty kontraktów z publicznym płatnikiem w ramach środków unijnych zarządzanych przez MZ stwierdzono, że skala tego zjawiska jest niewielka i nie zagraża w jakikolwiek sposób osiągnięciu celów wyznaczonych w Programie

Kolejna kwestia związana była z **dużym zainteresowaniem wnioskodawców** ogłoszonymi konkursami. Po części miało ono **wpływ na wydłużanie terminów** zakończenia kolejnych etapów oceny projektów. Opracowywana przez wnioskodawców dokumentacja bardzo często była **odsyłana** przez pracowników CSIOZ do **poprawy (z uwagi na błędy czy braki)**. Warto także w tym miejscu podnieść zasadność stosowania przez IOK rotacji kadrowych wewnątrz instytucji w zależności od potrzeb w danym departamencie / wydziale w celu np. oceny składanych WoD, gdy następuje spiętrzenie prac w tym obszarze.

Zalecenie: W tym zakresie w nowej perspektywie finansowej istotnym zagadnieniem jest **przyjmowanie przez IOK odpowiednich harmonogramów naboru wniosków** (zakładających odpowiednie bufony czasowe na wystąpienie ewentualnych opóźnień) tak, by uniknąć kumulowania się prac związanych z oceną wniosków z różnych konkursów.

W związku ze specyfiką finansowania publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, w trakcie realizacji projektów nadal występują pojedyncze sytuacje utraty kontraktów z publicznym płatnikiem przez beneficjentów udzielających świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego z wykorzystaniem zespołów ratownictwa medycznego (projekty dotyczące zakupu specjalistycznych i podstawowych ambulansów ratowniczych). Zjawiska tego nie można jednak uznać za nadzwyczajne lub niewłaściwe, gdyż wynika z otwarcia rynku na wszystkich świadczeniodawców bez względu na ich status organizacyjno-prawny.

Czynniki wzmacniające wdrażanie badanych działań PO IIŚ na lata 2007-2013

Instytucje uczestniczące w procesie wdrażania podejmowały różne działania zaradcze. Przykładowo by ograniczyć liczbę błędów IOK prowadziła szkolenia dla wnioskodawców z zakresu sporządzania WoD (na etapie aplikowania o wsparcie). Kluczowe było to, iż Instytucje zaangażowane w proces wyłaniania projektów konkursowych na bieżąco analizowały i wyjaśniały różnego typu wątpliwości dotyczące systemu wyboru projektów.

Bardzo istotnym czynnikiem wzmacniającym wdrażanie badanych działań było zastosowane przez CSIOZ rozwiązanie wspierające wnioskodawców projektów indywidualnych przygotowujących WoD. IOK w celu polepszenia jakości dokumentacji przesyłanej przez wnioskodawców wprowadziła rozwiązanie zgodnie z którym opiekunowie poszczególnych projektów w drodze kontaktów roboczych zwracali się do beneficjentów z prośbą o przekazanie w drodze elektronicznej przygotowanych załączników do UoD w celu ich weryfikacji i ewentualnej poprawy, przez oficjalnym wysłaniem do IOK.

Ponadto na podstawie wniosków wyciągniętych z przeprowadzonych konkursów w wyniku posiedzeń KM **wprowadzane były stosowne zmiany w systemie kryteriów oceny i wyboru projektów** (zostały one poniżej wylistowane). Zmiany te miały różny charakter, od zmian polegających na uszczegóławianiu istniejących kryteriów po wprowadzanie całkowicie nowych kryteriów mających usprawnić proces wdrażania projektów (wprowadzenie kryterium gotowości realizacyjnej). Przykładowo dla kryterium:

- **Wniosek złożony w terminie** wprowadzono stosowne doprecyzowanie w opisie kryterium, zgodnie z którym datę złożenia wniosku dla projektów indywidualnych określa IP/IW indywidualnie dla każdego projektu mając na względzie zapisy pre-umowy oraz dotrzymanie zasady $n+3/n+2$. Niewielkie opóźnienia w złożeniu WoD przez beneficjenta projektu indywidualnego w stosunku do daty "gotowości do złożenia wniosku" umieszczonej w pre-umowie, uniemożliwiałyby w dotychczasowym brzmieniu opisu, pozytywną ocenę w zakresie tego kryterium (konieczne byłoby wszczynanie procedury zawierania aneksu do pre-umowy).
- **Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu** wprowadzono stosowne doprecyzowanie w opisie kryterium. Doprecyzowanie w zakresie definicji tego, iż niezbędność wydatków z punktu widzenia celów projektu jest elementem weryfikacji ich kwalifikowalności, na etapie oceny merytorycznej I stopnia analizuje się natomiast ich uzasadnienie z punktu widzenia celów projektu.
- **Racjonalność i kompletność harmonogramu działań** wprowadzono stosowne doprecyzowanie co rozumiane jest przez pojęcie kompletności harmonogramu oraz doprecyzowano i uzupełniono opisy kryterium w wariantach drugim i trzecim, tak by zachować konsekwencję w stosunku do wariantu pierwszego.

Wprowadzono dwa dodatkowe kryteria analizujące sytuację finansową ZOZ. Miało to na celu umożliwienie oceny wyżej wymienionej sytuacji z punktu widzenia różnych aspektów.

Generalnie kluczowym efektem wprowadzanych zmian było to, iż ograniczały one możliwości występowania wątpliwości interpretacyjnych po stronie wnioskodawców (co jak wynika z przeprowadzonego badania jest sprawą kluczową). W skutek tego ograniczona może zostać częstotliwość wystąpień kierowanych przez IOK do wnioskodawców w sprawie konieczności poprawy/uzupełnienia WoD. Ponadto ocena WoD przez członków ZOP jest bardziej sprawna.

Wprowadzano zmiany w zakresie **ujednolicenia nazw w opisie oceny kryteriów** i dostosowania ich do faktycznych treści obowiązujących podstaw prawnych.

W CSIOZ powołano większą liczbę ekspertów do oceny wniosków i przeprowadzono szczegółowe szkolenia. Ponadto IW wyjaśniała również na bieżąco wszelkie wątpliwości ekspertów powstałe podczas oceny WoD. Warto także odnotować, iż listy sprawdzające z oceny wniosków przygotowywane przez ekspertów były na bieżąco weryfikowane przez pracowników IW pod kątem ich kompleksowego wypełnienia. Powyższe działania pozwoliły „uszczelnić” sito oceny złożonych WoD oraz podnieść jakość prowadzonej oceny.

Zalecenie: W celu usprawnienia procedur konkursowych i tym samym przyspieszenia przeprowadzania poszczególnych etapów oceny projektów i podpisywania UoD, jak również uproszczenia wymagań w odniesieniu do wnioskodawców IOK mogłaby rozważyć zmianę regulaminów konkursów. Sugerowane zmiany: **rozważenie zasadności rezygnacji z wymogu stosowania techniki „dwóch par oczu”** w ocenie projektów oraz **ograniczenie** (do jednego) **liczby egzemplarzy papierowej wersji WoD.**

Podsumowanie

Aktualny stan wdrażania Programu w badanych działaniach pozwala antycypować, iż w wymaganym okresie kwalifikowalności **możliwe będzie wydatkowanie wszystkich środków UE** przeznaczonych na współfinansowanie projektów realizowanych w ramach XII Priorytetu.

W obszarze stopnia osiągnięcia zakładanych wartości wskaźników produktu i rezultatu można wskazać, iż w przypadku większości z nich będzie **możliwa ich realizacja** na poziomie zgodnym z aktualnymi założeniami Programu (w przypadku niektórych wskaźników możliwe będzie osiągnięcie nawet wyższych niż zaplanowano wartości).

Jak wynika z przedstawionych powyżej informacji, **na stan wdrażania** badanych działań PO IIŚ na lata 2007-2013 wpływ miał cały **szereg różnych czynników**. Czynniki te zostały podzielone przez zespół badawczy na te o charakterze „wzmacniającym” oraz „osłabiającym” stan wdrażania. Kluczowym czynnikiem, który w największym stopniu determinował to, które inwestycje oraz na

jakich warunkach otrzymają wsparcie ze środków UE były kryteria oceny i wyboru projektów (w szczególności kryteria merytoryczne I stopnia).

Naturalnym jest, iż co do zasady realizacja projektów powinna wynikać z potrzeb beneficjentów w określonych obszarach (projekt o który wnioskuje podmiot powinien przyczynić się do rozwiązania określonych problemów / wyzwań). Wnioskodawca powinien we WoD przedstawić dane umożliwiające kompleksową ocenę danego projektu, tak by IOK mogła w oparciu o przyjęte kryteria dokonać jego weryfikacji i porównania z innym projektami innych wnioskodawców. To w głównej mierze IOK przyjmuje szczegółowe założenia odnośnie tego, jaki typ projektów będzie „premiować” i w oparciu o jakie konkretnie kryteria. Niemniej jednak nie możliwe jest uniknięcie sytuacji, w której to wnioskodawcy „piszą projekty pod istniejące kryteria oceny”. W ten sposób podmioty te w naturalny sposób starają się zwiększyć swoją szansę na pozyskanie środków finansowych. Dlatego też to w dużej mierze od przyjętych definicji kryteriów zależy to, czy wnioskodawcy w sposób odpowiedni i zgodnie z oczekiwaniami i wymogami IOK przygotowują dokumentację aplikacyjną. W przypadku, gdy kryteria są nieprecyzyjne, wnioskodawcy mylnie mogą interpretować zapisy odnośnie pożądanego sposobu ich oceny przez IOK (dobre projekty z faktycznymi potrzebami mogą w sposób nie do końca trafny przygotować swoje dokumenty aplikacyjne i tym samym ograniczyć swoje szanse na pozyskanie środków).

Taki stan rzeczy przekłada się na błędnie przygotowaną dokumentację aplikacyjną, do której IOK w ramach procesu oceny zgłasza uzasadnione zastrzeżenia z jednoczesnym wskazaniem, które obszary dokumentacji aplikacyjnej wymagają poprawy. Taka sytuacja, gdy nieprecyzyjne kryteria skutkują popełnianiem błędów jest niekorzystna, gdyż wydłuża ona czas oceny dokumentacji aplikacyjnej. Dodatkowo wskazać należy, iż w takim przypadku niezbędne staje się poniesienie dużych nakładów pracy zarówno po stronie przedstawicieli IOK, jak i wnioskodawców (wzrastają obciążenia administracyjne i obniżona zostaje ogólna efektywność systemu oceny i wyboru projektów).

Z punktu widzenia stanu wdrażania Programu kluczowe są dwa czynniki: odpowiednie tempo wdrażania oraz efektywność. **Kryteria oceny i wyboru projektów** stosowane w XII Prioryecie PO IiŚ na lata 2007-2013 **uwzględniały najważniejsze** z perspektywy wdrażania Programu **aspekty**, tj. **celowość** wydatkowania środków oraz **możliwość ich rozliczenia** w okresie kwalifikowalności wydatków Programu.

Przekrojowa ocena systemu kryteriów oceny i wyboru projektów została zaprezentowana w kolejnym rozdziale.

3 Ocena kryteriów wyboru projektów

W rozdziale zamieszczono odpowiedzi na pytania badawcze:

- czy przyjęte kryteria są określone w sposób pozwalający na ich łatwą ocenę w oparciu o wymaganą w danym przypadku dokumentację?

Analizy pod kątem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie badawcze zostały przeprowadzone dla każdego z kryterium (formalne, merytoryczne I i II stopnia). W sytuacji, gdy stwierdzono, iż przyjęte kryteria nie pozwalały na ich łatwą ocenę w oparciu o wymaganą dokumentację w sposób uszczegółowiony opisywano taki przypadek wraz z uzasadnieniem.

- czy przyjęty system oceny i wyboru projektów (w tym w szczególności kryteria) nie powoduje nadmiernych wymogów wobec projektodawców w odniesieniu do zakresu oczekiwanych informacji i dokumentów?

Analizy pod kątem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie badawcze zostały przeprowadzone dla każdego z kryterium (formalne, merytoryczne I i II stopnia). Przeanalizowano zakres informacji wymaganych do przedłożenia przez wnioskodawców do oceny danego kryterium oraz dokumenty programowe zawierające wytyczne w obszarze ich opracowania.

- czy kryteria wyboru projektów są adekwatne do poszczególnych etapów procedury wyboru?

Analizy pod kątem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie badawcze zostały przeprowadzone dla każdego z kryterium (formalne, merytoryczne I i II stopnia). Przeanalizowano „przystawalność” poszczególnych kryteriów do różnych etapów procedury oceny i wyboru WoD. W przypadku stwierdzenia braku adekwatności ocenianego kryterium do etapu oceny w sposób uszczegółowiony opisywano taki przypadek wraz z uzasadnieniem.

Niniejszy rozdział zawiera szczegółową ocenę poszczególnych kryteriów formalnych i merytorycznych, stosowanych w ramach systemu oceny i wyboru projektów XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013. Analizie poddano kryteria formalne (podstawowe i dodatkowe) oraz kryteria merytoryczne I i II stopnia. Kryteria te zostały poddane ocenie pod kątem spełniania następujących aspektów:

- trafność;
- zrozumiałość / precyzyjność;
- mierzalność / weryfikowalność;
- sprawiedliwość / obiektywność.

Przedstawiona w niniejszym rozdziale analiza umożliwiła zidentyfikowanie takich kryteriów oceny i wyboru projektów, które uznane zostały jako niezrozumiałe, uciążliwe bądź niezasadne z punktu widzenia wyboru projektów najlepiej wpisujących się w cele Działania 12.1 i Działania 12.2. Dzięki tym analizom, możliwe było odpowiednie sformułowanie wniosków i rekomendacji dotyczących zasadności wykorzystania kryteriów PO IiŚ na lata 2007-2013 w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020.

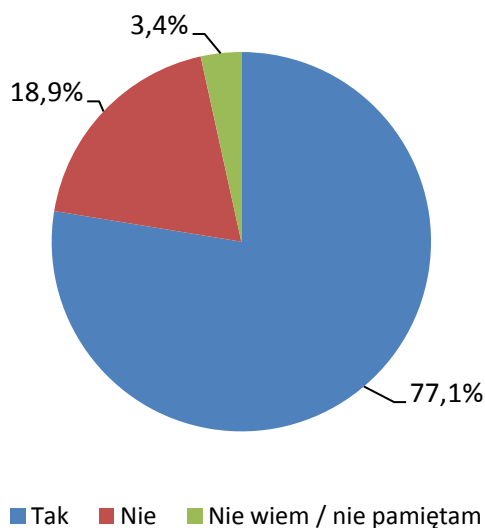
Konstrukcja metodologii oceny kryteriów opisana w poniższych podrozdziałach w największej mierze skoncentrowana została na kryteriach merytorycznych I stopnia (z uwagi na ich kluczowy wpływ na wybór projektów do dofinansowania). W dalszej części niniejszego rozdziału omówione zostały kryteria formalne, formalne dodatkowe oraz merytoryczne II stopnia.

3.1 Wprowadzenie

W celu dokonania bardziej trafnej oceny poszczególnych kryteriów w niniejszym podrozdziale przedstawiono wybrane informacje pozyskane w wyniku przeprowadzonego wśród beneficjentów badania ilościowego CAWI.

Kwestią istotną w kontekście dokonania oceny poszczególnych kryteriów było ustalenie, kto po stronie beneficjenta odpowiedzialny był za przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej.

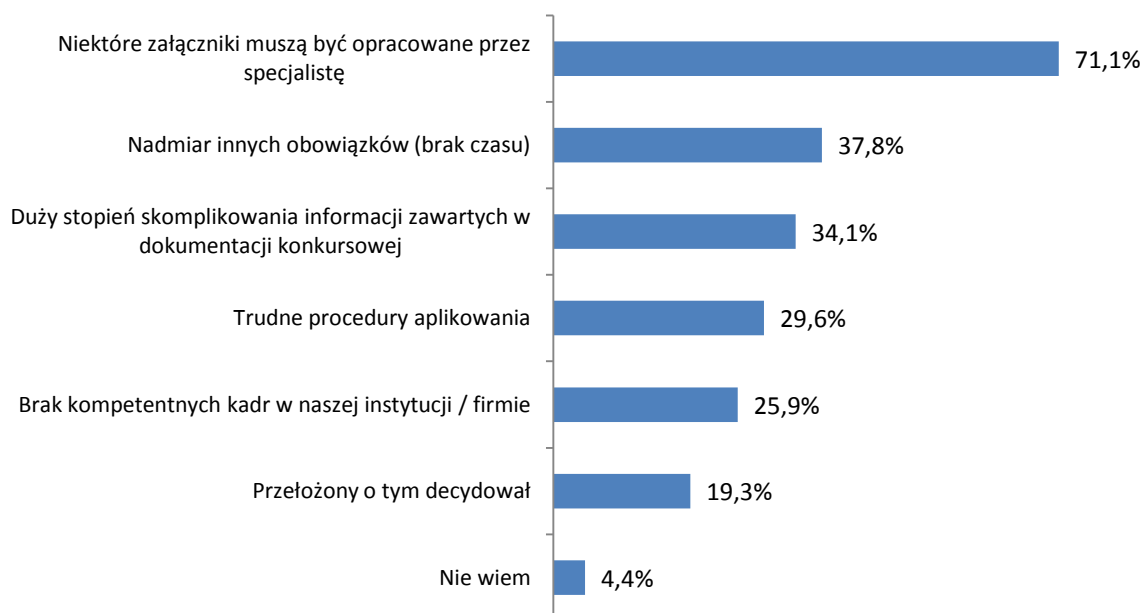
Wykres 2 Proszę wskazać, czy w trakcie przygotowywania dokumentacji aplikacyjnej do XII Priorytetu PO IiŚ 2007-2013 korzystali Państwo z usług firmy zewnętrznej / eksperta (np. do opracowania wniosku o dofinansowanie / załączników)?



Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=175)

Z zaprezentowanych na wykresie powyżej informacji wynika, iż ponad 77 % ankietowanych skorzystało z usług firmy zewnętrznej. Poniższy wykres natomiast obrazuje przyczyny takiego stanu rzeczy (respondenci mieli możliwość udzielenia odpowiedzi wielokrotnego wyboru).

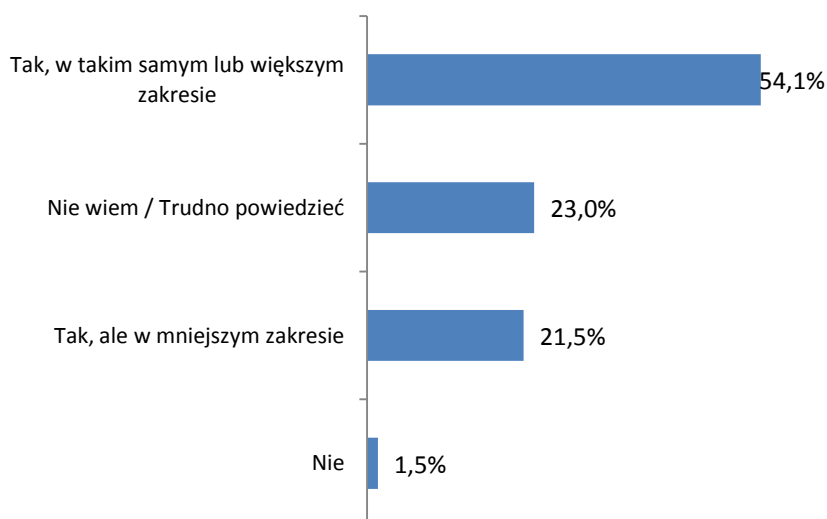
Wykres 3 Dlaczego zdecydowali się Państwo na skorzystanie z usług firmy zewnętrznej/eksperta?



Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=135).

Jak ustalono, przed powierzeniem opracowania dokumentacji aplikacyjnej firmie zewnętrznej część ankietowanych starała się ją opracować samodzielnie (własnymi zasobami). 5,9% ankietowanych wskazało, iż podjęło taką próbę, ale przygotowanie dokumentacji okazało się zbyt trudne. Dla 18,5% ankietowanych jej przygotowanie okazało się zbyt czasochłonne.

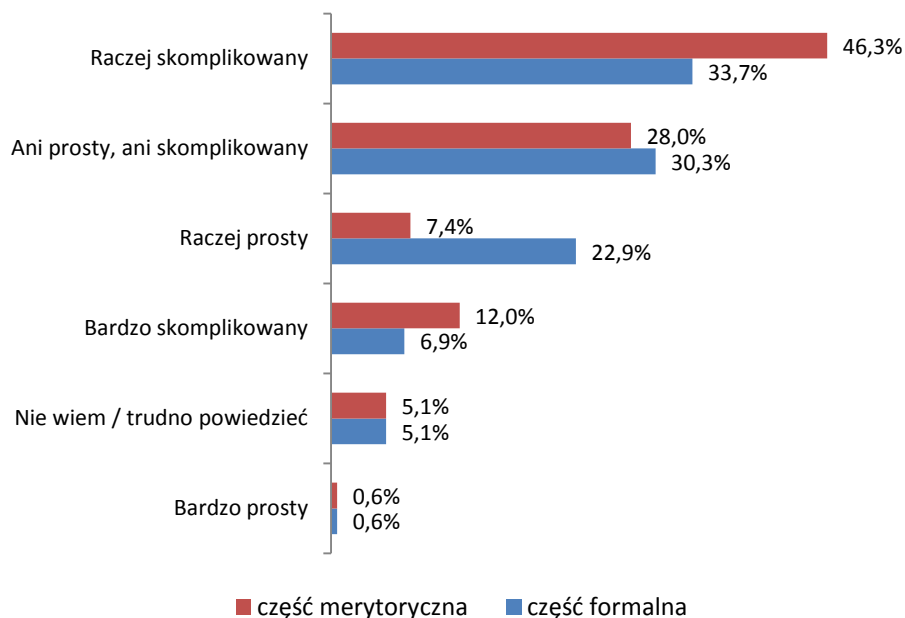
Wykres 4 Czy w przyszłości, gdyby zdecydowali się Państwo na aplikowanie o dofinansowanie ze środków PO IiŚ 2014-2020 na realizację projektów z zakresu ochrony zdrowia korzystaliby Państwo z usług firmy zewnętrznej/eksperta?



Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=135).

W ankiecie CAWI zapytano również beneficjentów o to jak skomplikowany jest ich zdaniem zakres zagadnień wymaganych w procesie przygotowania WoD.

Wykres 5 Jak oceniają Państwo złożoność zagadnień z zakresu przygotowania wniosku o dofinansowanie w części formalnej i merytorycznej?

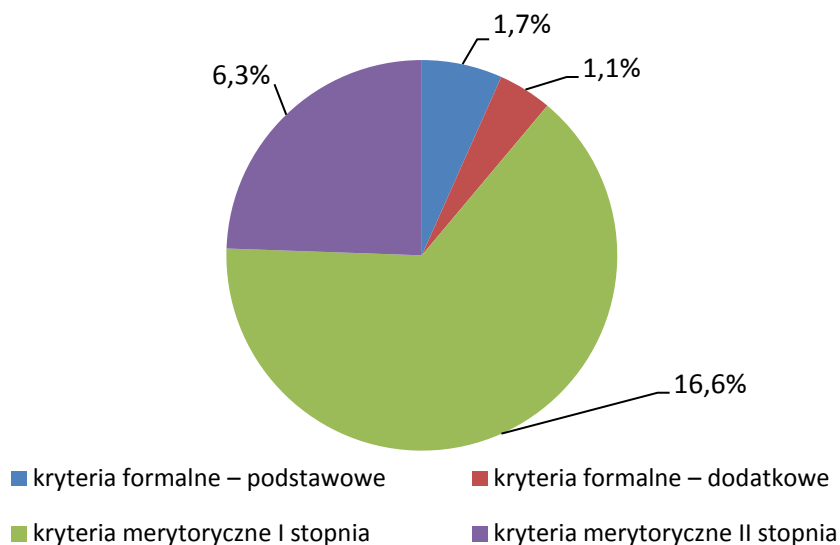


Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=175).

Z perspektywy większości ankietowanych, nawet obiektywnie łatwiejsza część formalna oceny (tj. przygotowanie dokumentacji zgodnie ze wzorami, wypełnienie załączników, podpisanie, załączenie odpowiedniej ilości kopii itp.) uznawana została za „raczej skomplikowaną”. Zdecydowanie najwięcej problemów przysparzała wnioskodawcom część merytoryczna (przez część merytoryczną rozumieć należy wszelkie informacje, dane finansowe załączniki, itp., które musieli przygotować beneficjenci w celu uzyskania pozytywnej decyzji o dofinansowaniu projektu, na etapie oceny merytorycznej wniosku).

Większość ankietowanych (80%) wskazała, iż z ich perspektywy zastosowane kryteria oceny i wyboru projektów były trafne (nie nastroczały wnioskodawcom problemów ze zrozumieniem, w jaki sposób należy je spełnić itp.).

Wykres 6 Z którymi kryteriami stosowanymi w procesie oceny Państwa wniosku/wniosków mieli Państwo szczególne trudności (w zakresie zrozumiałości, adekwatności, uciążliwości, niesprawiedliwości itp.)?



Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=175).

Jak wynika z prezentowanych na powyższym wykresie informacji, najwięcej wątpliwości beneficjenci zgłosili do kryteriów merytorycznych I stopnia. Jest to zrozumiałe z uwagi na fakt, iż de facto to właśnie ta grupa kryteriów decydowała o miejscu projektu na liście rankingowej.

W kolejnych podrozdziałach poddano analizie kryteria oceny i wyboru projektów stosowane w XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.

3.2 Ocena kryteriów merytorycznych I stopnia

W rozdziale zamieszczono odpowiedzi na pytania badawcze:

- czy wszystkie kryteria merytoryczne są niezbędne/istotne dla dokonania wyboru projektów, które służą realizacji założeń poszczególnych działań?
- które z kryteriów w największym, a które w najmniejszym stopniu wpływają na wybór projektów zgodnych z celami priorytetu XII PO IiŚ?
- w jakim stopniu przyjęte kryteria wyboru projektów umożliwiają eliminację przypadków kwalifikowania projektów nie wpływających bezpośrednio na realizację celów priorytetu bądź projektów realizujących te cele w ograniczonym zakresie?
- czy przyjęte kryteria służące ocenie merytorycznej pozwalają na wybór projektów, które w optymalny sposób służą realizacji celów:
 - priorytetu
 - programu operacyjnego,
 - innych dokumentów (np. strategii sektorowych, właściwych dokumentów szczebla krajowego i europejskiego),
- czy system kryteriów merytorycznych stymuluje w praktyce wybór projektów optymalnie odpowiadających celom programowym i strategicznym?
- czy przyjęte kryteria w optymalny sposób mierzą stopień wpływu na osiąganie celów, również mierzonych za pomocą wskaźników?

Analizy pod kątem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania badawcze zostały przeprowadzone dla każdego z kryterium merytorycznego. W sytuacji, gdy stwierdzono, iż przyjęte kryterium uznać można za: zbędne, nie wpływające na wybór projektów realizujących cele priorytetu / programu operacyjnego w sposób uszczegółowiony opisywano taki przypadek wraz z uzasadnieniem.

- czy kryteria merytoryczne dostatecznie konkretnie i precyzyjnie odzwierciedlają wymogi dotyczące trafności, skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości ocenianych projektów?

Wszystkie kryteria merytoryczne oceniane były przez pryzmat opisanych powyżej „pod kryteriów”. W sytuacji, gdy członkowie zespołu badawczego stwierdzali zasadność

- czy wagi (punktacja) przypisane poszczególnym kryteriom właściwie oddają ich znaczenie w ocenie trafności, skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości ocenianych projektów?

Analizy pod kątem udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie badawcze zostały przeprowadzone dla każdego z kryterium merytorycznego. Przywołano wagę / zakres punktów oraz maksymalną punktację jaką mogły uzyskać projekty za dane kryterium oraz w dalszej kolejności oceniono trafność przyjętych założeń.

Niniejszy podrozdział przedstawia wyniki analiz stosowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013 kryteriów merytorycznych I stopnia.

Uwzględniając charakter kryteriów merytorycznych I stopnia oraz cel i zakres niniejszego badania ewaluacyjnego przedmiotowe kryteria zostały objęte pogłębioną analizą w pierwszej kolejności. Kryteria te mają kluczowy wpływ na wybór projektów spełniających cele wyznaczone, w ramach badanych działań.

Kryteria merytoryczne I stopnia oceniane były w oparciu o określoną skalę punktów i wag. Łączna suma uzyskanych w wyniku oceny merytorycznej I stopnia punktów dla danego WoD decydowała o miejscu projektu na liście rankingowej, ustalonej w końcowym etapie preselekcji.

Część kryteriów merytorycznych I stopnia oceniania była jakościowo na podstawie dokumentacji przedkładanej przez wnioskodawców (np. kryterium gotowości do realizacji). Inne kryteria oceniane były wprost na podstawie wartości deklarowanych przez wnioskodawców.

Analizę kryteriów stosowany w poszczególnych naborach projektów przeprowadzono w oparciu o ich wpływ na realizację celów zamierzonych w poszczególnych działaniach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013. W celu pełniejszego przybliżenia przeprowadzonych analiz, przytoczono cele badanych działań. Celem działania 12.1 jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, natomiast celem działania 12.2 jest zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

W poniższej macierzy zawarta została szczegółowa ocena kryteriów merytorycznych I stopnia, które były stosowane w badanych działaniach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.

	Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008
1.	Nazwa kryterium: <u>Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu</u> • Trafność: <u>wysoka</u> W ramach przedmiotowego kryterium oceniany jest stopień zgodności elementów planowanej inwestycji z celem, który ma zostać osiągnięty w wyniku jej realizacji. Na bazie analizy eksperckiej, zakres rzeczowy przedsięwzięcia konfrontowany jest z deklarowanym przez wnioskodawcę planem wykorzystania powstałej infrastruktury. Kryterium odnosi się do problematyki prawidłowego planowania inwestycji, przez które należy rozumieć: • wybór rozwiązań w sposób bezpośredni zmierzających do zaradzenia stwierdzonym potrzebom; • brak lokowania w ramach projektu działań lub zakupów o charakterze niepriorytetowym lub wręcz zbędnym. O ocenie „adekwatności inwestycji do założonego celu projektu” powinien decydować zakres rzeczowy projektu, który określony został w regulaminie konkursu (regulamin w oparciu o dokumenty programowe wskazuje typy projektów o jakie można aplikować). Kryterium zatem łączy się w pewnym stopniu z kryterium formalnym „Zgodność z Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko oraz «Szczegółowym opisem priorytetów PO IiŚ»”. W ramach oceny zgodności projektu z Programem oraz SzOP dokonuje się eliminacji inwestycji, które z uwagi na przyjęty zakres rzeczowy <i>ex definitione</i> nie przystają do wymogów w zakresie finansowania. Należy przy tym stwierdzić, iż kryterium formalne odnosi się w tym zakresie jedynie do „brzęgowej” zgodności, tj. do umiejscowienia inwestycji pośród typów projektów przewidzianych co do zasady do dofinansowania. Natomiast rolą kryterium merytorycznego jest głębsze zrewidowanie zakresu rzeczowego pod kątem adekwatności nie tylko do celu Programu, lecz i do celu skonkretyzowanego projektu. Z powyższego punktu widzenia, kryterium można ocenić jako trafne w swoim założeniu (z uwzględnieniem ograniczeń wskazanych poniżej). Kryterium w sposób pośredni odnosi się celów działania / Programu (adekwatność wspieranych typów projektu będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Dobór odpowiedniego (adekwatnego) typu inwestycji pośrednio wpływa na trwałość projektu. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w odpowiedni sposób przygotował zakres inwestycji do potrzeb i celu projektu oraz czy projekt nie został „przewymiarowany”). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 2, 4) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Jak wykazały prace zrealizowane przez zespół badawczy, zrozumiałość przedmiotowego kryterium okazała się przeciętna zarówno dla wnioskodawców przygotowujących dokumentację aplikacyjną, jak i dla ekspertów dokonujących ich oceny. Wynika to z faktu, iż w ramach dokumentu „Kryteria wyboru projektów” odwołano się jedynie do potocznego rozumienia adekwatności realizowanych inwestycji (nie sformułowano przykładów lub szerszego opisu wyjaśniającego pożądany sposób wykazywania adekwatności np. w postaci macierzy logicznej, nie określono w sposób wystarczająco precyzyjny, które inwestycje i w oparciu o jakie kryteria mogą być określone za nieadekwatne do założonego celu projektu, np. przebudowa obiektu czy zakup aparatury).

	• Mierzalność / weryfikowalność: <i>niska</i> Nawiązując do powyższej oceny przedmiotowego kryterium, należy wskazać, iż jednocześnie nie zostało wystarczająco jasno określone, w jaki sposób należy rozumieć gradację przyjętą w ramach oceny kryterium. Zgodnie z opisem sposobu oceny, maksymalna ilość punktów przysługiwała w przypadku, gdy wszystkie inwestycje (działania) zaplanowane w ramach projektu były uzasadnione z punktu widzenia celów projektu i w sposób bezpośredni przyczyniały się do ich osiągnięcia. W przypadku, gdyby choćby jedna z inwestycji (działań) w ramach projektu nie została uznana za posiadającą walor adekwatności, wnioskodawca powinien był uzyskać mniejszą liczbę punktów. Większość lub wszystkie działania w ramach projektu uznane za nieadekwatne skutkowały przyznaniem zerowej liczby punktów. Trudność w dokonaniu tego stopniowania wyraża się w zrealizowanych przez zespół badawczy pracach analitycznych, z których wynika, iż powszechne było przyznawanie maksymalnej ilości punktów, bez rzeczywistego różnicowania inwestycji pod względem adekwatności zakresu rzeczowego do przyjętych celów. Z tego względu mierzalność przedmiotowego kryterium należy uznać za niską. Do niskiej mierzalności przyczynił się prawdopodobnie brak ustandaryzowanego opisu narzuconego wnioskodawcom jako podmiotom zobowiązanym do wykazania adekwatności swojego projektu (ekspert oceniający nie dysponował przez to odpowiednimi przesłankami do dokonywania zróżnicowania). Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. W konsekwencji wnioskodawcy nie zawsze otrzymywali uzasadnienie decyzji członka ZOP pozwalające uzyskać informację na temat tego, które konkretnie inwestycje / działania zostały uznane za adekwatne (a które nie). Ponadto kryterium bardzo często okazało się być oceniane w maksymalnym wymiarze punktów przez członków ZOP, w związku z tym nie wpływało na rzeczywiste różnicowanie projektów. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>niska</i> W kontekście oceny sprawiedliwości przedmiotowego kryterium, należy wskazać, iż z samej swej natury mogło ono prowadzić do preferencji dla inwestycji o mniejszym zakresie rzeczowym, skoncentrowanych bezpośrednio na <i>stricte</i> określonym, jednostkowym celu. W przypadku projektów o charakterze rozległym, odwołujących się do wielu pomniejszych celów, istniało większe prawdopodobieństwo uznania danych elementów projektu za mniej adekwatne. Ponadto, przyjęte w ramach stopniowania punktacji założenie, iż ilość 2 punktów należy się za choćby jeden nieadekwatny element, skutkowało sytuacją, w której wykazanie we wniosku przykładowej inwestycji zakładającej np. realizację 10 działań prowadziłoby do uzyskania tej samej ilości punktów zarówno w przypadku przyjęcia 9, jak i 5 adekwatnych elementów w ramach projektu (niesymetryczny wymiar sprawiedliwości pomiaru i oceny kryterium).
2.	Nazwa kryterium: Racjonalność i kompletność harmonogramu działań • Trafność: <i>niska</i> Przedmiotowe kryterium odnosi się do jednego z kluczowych aspektów dotyczących realizacji projektów inwestycyjnych, tj. do poprawności harmonogramu. Racjonalność założeń w tym zakresie, do której należy zaliczyć np. prawidłowe założenia odnośnie terminów pozyskania stosownych dokumentów formalnych oraz realizacji rzeczowej przedsięwzięcia, wskazuje na wiarygodność danego zamierzenia inwestycyjnego. W związku z powyższym automatycznie niesie za sobą istotną wartość z punktu widzenia Programu, jaką jest możliwość rzetelnej oceny wykonalności realizacji inwestycji w założonym okresie programowania. Zagadnienie oceny racjonalności przyjętego harmonogramu posiada niewątpliwie istotne znaczenie z punktu widzenia weryfikacji dokumentacji aplikacyjnej. Jednakże wątpliwość budzi jego ujęcie w ramach oceny merytorycznej I stopnia. Jak wynika z praktyki realizacji projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013, obiektywne czynniki decydują o konieczności wprowadzania w trakcie wdrażania projektów częstych aktualizacji w harmonogramach względem założeń przyjmowanych we WoD. Stąd też, ocena racjonalności harmonogramu na etapie aplikowania o wsparcie ma w praktyce znaczenie jedynie w kontekście ram czasowych kwalifikowalności wydatków, tak aby nie zaistniało ryzyko braku możliwości realizacji projektu w okresie programowania. Z tej perspektywy ocena racjonalności harmonogramu nie powinna podlegać ocenie merytorycznej I stopnia. W praktyce bowiem ocena tego kryterium sprowadza się do dążenia wnioskodawcy do poprawnego (tj. formalnego) opisanie racjonalności i kompletności. Co istotne, zasadniczo opisywane kryterium podlega ocenie w ramach kryterium formalnego „Zgodność z Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko oraz «Szczegółowym opisem priorytetów PO IiŚ»”, jako że jednym z wymogów zapisanych w przedmiotowych dokumentach jest konieczność zrealizowania projektu w okresie kwalifikowalności wydatków. W instrukcji do wypełniania WoD nie zawarto wystarczająco szczegółowych wskazówek w odniesieniu do konkretnego sposobu opracowywania harmonogramu. W związku z powyższym ocena trafności kryterium jest obniżona (pomimo, iż zasadniczo jego istnienie uznać należy za zasadne z punktu widzenia oceny wykonalności w założonym czasie oraz z uwzględnieniem aktualnego stanu przygotowania projektu). Kryterium w sposób pośredni odnosi się celów działania / Programu (racjonalność i kompletność realizowanych działań w projekcie będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Opracowanie

	racjonalnego i kompletnego harmonogramu pośrednio wpływa na trwałość projektu. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania na etapie oceny formalnej (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w odpowiedni sposób zaplanował realizację poszczególnych zadań w ramach projektu). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. <u>Zalecenie:</u> ułatwieniem dla Wnioskodawców byłoby przygotowanie formularza / wzoru harmonogramu, jaki należy załączyć do WoD wraz z instrukcją jego wypełnienia (w taki sposób, by były one u różnych wnioskodawców łatwiej porównywalne między sobą dla członków ZOP oceniających projekty). • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Treść zasady oceny kryterium nie jest wystarczająco precyzyjna. Zrozumiałość kryterium należy uznać za wątpliwą w kontekście faktu, iż założenia harmonogramowe z natury rzeczy posiadają charakter umowny (cechuje je przyjmowanie różnych założeń, które de facto w praktyce realizacji projektu są często modyfikowane). Nie określono w sposób wystarczająco precyzyjny jak wnioskodawca powinien podejść do sporządzenia harmonogramu (na jakie elementy harmonogramu będzie zwracana szczególna uwaga podczas ocen np. racjonalność czasu przeznaczanego na procedury przetargowe itp.). Nie jest możliwe bezwarunkowe przyjęcie, iż dana inwestycja zostanie zrealizowana w z góry założonym harmonogramie, choćby z uwagi na: • niewiadome w obszarze uzyskiwania decyzji administracyjnych (ryzyko dłuższego od zakładanego okresu trwania procedury administracyjnej, ryzyko odwołań, ryzyko zaistnienia przesłanek skutkujących możliwością wznowienia postępowania, stwierdzenia nieważności itp.); • charakterystykę procesu przetargowego (ryzyko wniesienia odwołań od czynności zamawiającego, ryzyko braku zawarcia umowy przez wybranego wykonawcę, ryzyko braku ofert, przesunięcia terminu składania ofert, konieczność unieważnienia postępowania itp.); • ryzyka po stronie wykonawców, w szczególności w zakresie robót budowlanych (ryzyko upadłości wykonawcy, ryzyko odstąpienia przez wykonawcę od realizacji umowy, roboty dodatkowe, roboty zamienne, niezinventaryzowana infrastruktura podziemna, błędy projektowe, ryzyko wad skutkujących koniecznością powtórzenia robót, niesprzyjające warunki atmosferyczne, czy też inne czynniki obiektywne, których nie można było na etapie podpisywania umowy z wykonawcą przewidzieć). Z uwagi na powyższe należy przyjąć, iż brak racjonalności harmonogramu był możliwy do zarzucenia wnioskodawcy jedynie w przypadku rażącej niezgodności przyjętych założeń z doświadczeniami płynącymi z praktyki realizacji inwestycji oraz z regulacjami prawnymi (np. założenie uzyskania ostatecznej decyzji administracyjnej w terminie krótszym, niż czas na złożenie od niej odwołania). • Mierzalność / weryfikowalność: <u>przeciętna</u> Sposób oceny przedmiotowego kryterium odwołuje się do pojęć nieostrych (takich jak „harmonogram nie jest w pełni kompletny”) Należy zatem uznać, iż w związku z powyższym posiada istotnie umiarkowaną mierzalność. Jednocześnie, trudno wskazać, jakimi przesłankami powinien kierować się oceniający, decydując o przyznaniu 0 zamiast 1 punktu (zgodnie z dokumentem „Kryteria wyboru projektów” dla zerowej liczby punktów decydujący jest brak możliwości oceny projektu wywołany brakiem kompletności harmonogramu). Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Sprawiedliwość niniejszego kryterium należy uznać za niską, z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu jego oceny.
3.	Nazwa kryterium: <u>Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych</u> • Trafność: <u>przeciętna</u> Zamierzeniem stosowania kryterium było premiowanie wnioskodawców, którzy posiadają doświadczenie w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych. Jak ustalono w wyniku przeprowadzonych badań terenowych istotnym z punktu widzenia oceny trafności przedmiotowego kryterium jest fakt, iż beneficjenci – w toku przygotowania dokumentacji aplikacyjnej oraz na etapie wdrażania projektów – często korzystają z usług firm konsultingowych. Stąd badanie doświadczenia w zarządzaniu projektami może niekiedy prowadzić do nieuprawnionych wniosków (w zależności od tego, czy dany wnioskodawca posiada wewnętrzne struktury i samodzielnie, własnymi zasobami zarządzał/realizował projekt, bądź też czy realizacja projektu była <i>de facto</i> prowadzona przez podmiot zewnętrzny). Generalnie wnioskiem jakościowym płynącym z przeprowadzonych badań jest to, iż doświadczenie beneficjenta nie jest czynnikiem bezpośrednio związanym z obserwowaną sprawnością

realizacji projektu. Jednocześnie, należy przyznać, iż ewentualne przyznanie finansowania beneficjentowi rzeczywiście dysponującemu doświadczenia w omawianym zakresie pośrednio wpływa na trwałość projektu. Dobrze ocenić należy wyszczególnienie w ocenie projektów inwestycyjnych i nie inwestycyjnych oraz wprowadzenie gradacji kryterium punktowego po „liczbie projektów” (im więcej projektów tym więcej punktów do rankingu). Należy przy tym wskazać, iż kluczowe z punktu widzenia faktycznej realizacji projektu są odpowiednio przygotowane i rygorystycznie egzekwowane procedury związane z realizacją inwestycji objętych dofinansowaniem (przede wszystkim procedury w zakresie udzielania zamówień, odzwierciedlające wymogi wynikające z Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013, Wytycznych w zakresie kontroli realizacji PO IiŚ na lata 2007-2013, Wytycznych Komisji Europejskiej dotyczących określania korekt finansowych w odniesieniu do wydatków z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności w przypadku naruszeń przepisów w zakresie zamówień publicznych oraz okresowych audytów Komisji Europejskiej). Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami w założeniu powinno mieć pozytywny wpływ na bardziej skuteczną realizację zamierzonych celów). Ewentualne przyznanie finansowania beneficjentowi posiadającemu doświadczenie w omawianym zakresie pośrednio wpływa na trwałość projektu. Co do zasady kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w wstępny sposób jakościowo ocenić, czy wnioskodawca posiada odpowiedni potencjał w zarządzaniu projektami). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 3 (waga 1, zakres 0, 1, 2, 3) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. <u>Zalecenie:</u> warto byłoby doprecyzować termin „zarządzania projektami”. Bardziej trafna wydaje się być definicja „realizacji projektu”. Ponadto nazwa kryterium ze sposobem jego oceny w chwili obecnej nie jest spójna. Należy ujednolicić stosowaną terminologię. <u>Zalecenie:</u> doprecyzowanie zapisów odnośnie realizacji projektów inwestycyjnych - w jakim stadium znajdują się „zarządzane/realizowane” projekty na dzień składania WoD - (czy są w trakcie realizacji? Czy zostały zakończone? Czy zostały rozliczone? itp.). <u>Zalecenie:</u> doprecyzowanie zapisu i ocenianie projektów zakończonych i rozliczonych, czyli po złożeniu końcowego wniosku o płatność. Dobrze należy ocenić zwiększenie wartości przedziałów punktowych, za które IOK przyznawała punkty za to kryterium (między konkursami z 2008 a tym z 2010 r.). <u>Zalecenie:</u> W przypadku chęci zastosowania tego kryterium w PO IiŚ na lata 2014-2020 koniecznym będzie zwiększenie poziomu wartości referencyjnych, za które wnioskodawcy mogą otrzymać punkty za doświadczenie. Powyższe motywowane jest tym, iż w ramach perspektywy finansowej na lata 2007-2013 beneficjenci realizowali projekty ze środków UE („rynek” uprawnionych wnioskodawców w momencie realizacji PO IiŚ na lata 2014-2020 będzie bardziej doświadczony, zatem skalę oceny należy urealnić do istniejących okoliczności). • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Sposób oceny kryterium należy uznać za umiarkowanie precyzyjny. Wątpliwości w zakresie rozumienia kryterium wzbudzało to, czy intencją jego autora było punktowanie jedynie realizacji projektów ze środków unijnych, czy też dopuszczalne jest wskazywanie w tym zakresie projektów finansowanych z innych źródeł. Ponadto, finansowanie projektów jest zagadnieniem szerokim i obejmuje zarówno dofinansowanie (tj. formę preferencji dla odbiorcy), jak i finansowanie komercyjne. Z tego względu wątpliwe było, jak np. kwalifikować pożyczkę z Europejskiego Banku Inwestycyjnego. <u>Zalecenie:</u> w przypadku utrzymania przedmiotowego kryterium warto rozważyć wprowadzenie jednoznacznej definicji wymogu realizacji projektów współfinansowanych np. ze środków UE. Dodatkowo można wskazać źródła funduszy europejskich (EFRR, FS, EFS) / Programów Operacyjnych / funduszy EOG. <u>Zalecenie:</u> doprecyzowanie definicji (przez wskazanie przykładów) projektów „inwestycyjnych” (czy np. niewielka inwestycja w zakresie termomodernizacji małego budynku ZOZ powinna być tożsama z np. budową od podstaw nowego oddziału SOR?). W trakcie prowadzonych prac badawczych eksperci sugerowali, aby w ramach kryterium bardziej szczegółowo oceniać wartość zrealizowanych projektów przy współudziale środków zagranicznych. Niektórzy beneficjenci negowali ten postulat, wskazując na argument, iż „zasadniczo o 200 tys. dofinansowania aplikuje się w sposób bardzo zbliżony, jak o 200 milionów”. W opinii członków zespołu

	badawczego, wymóg liczby zrealizowanych projektów może być uznany za wystarczający. W trakcie prowadzonych badań terenowych wnioskodawcy zwracali uwagę Ewaluatorowi na brak „premiowania” w kryteriach oceny doświadczenia w realizacji projektów z innych źródeł niż „środki zagraniczne” (np. środki NFOŚiGW / WFOŚiGW, dotacje celowe MZ). Specyfika realizacji projektów ze środków zagranicznych wydaje się być nierzadko równie skomplikowana, jak charakterystyka krajowego finansowania preferencyjnego, stąd stanowisko to wydaje się uzasadnione. • Mierzalność / weryfikowalność: <i>bardzo wysoka</i> W WoD wnioskodawca był zobligowany do wskazania wymaganych informacji, toteż ocena tego kryterium nie powodowała trudności. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>przeciętna</i> Z uwagi na sposób oceny danego kryterium nie może ono zostać uznane za sprawiedliwe, gdyż w uprzywilejowanej sytuacji stało wnioskodawców „doświadczonych”. Kryterium odwołuje się do zagadnienia co do zasady słusznego, tj. do preferowania wnioskodawców, którzy gwarantują prawidłowe wydatkowanie środków oraz sprawną realizację projektów (a te elementy mają w rozumieniu kryterium zapewniać wnioskodawcy z odpowiednim doświadczeniem). Jednocześnie, z uwagi na wskazane powyżej wątpliwości, trudno przyjąć, aby obecny kształt tego kryterium pozwalał na faktyczne osiągnięcie tego celu. Stąd sprawiedliwość kryterium należy uznać za umiarkowaną. Wynika to z faktu, iż nie zaimplementowano mechanizmów, które w sposób rzetelny pozwalałyby ocenić przedmiotowe kryterium w pełnym wymiarze. Kryterium w istniejącym jedno wątkowym spektrum oceny (tj. badanie potencjału stricte instytucjonalnego) w żadnym zakresie nie pozwalało sprawiedliwie ocenić doświadczenia wnioskodawców w kontekście potencjału kadrowego (osób zaangażowanych w realizację projektów). Kryterium nie pozwalało ocenić czy dany beneficjent rzeczywiście dysponuje niezbędnym doświadczeniem (tj. czy jego służby administracyjne rzeczywiście były zaangażowane w realizację projektów, czy osoby realizujące projekty po stronie beneficjenta nadal pozostają pracownikami wnioskodawcy). Możliwym jest zatem występowanie sytuacji, w której to wnioskodawca we WoD wykazywał doświadczenie w realizacji kilku projektów (i otrzymywał za to punkty do rankingu), zaś w swoich strukturach nie posiadał już osób, które były w realizacji tych projektów zaangażowane. Zatem taka hipotetyczna sytuacja przemawia za sugestią odstąpienia stosowania kryterium badania „doświadczenia wnioskodawcy” w kształcie dotychczasowym. Warto też w tym miejscu przypomnieć wyniki badania ilościowego CAWI, zgodnie z którymi 77 % ankietowanych beneficjentów skorzystało z usług firmy zewnętrznej (firmy te często są także angażowane na potrzeby wspierania beneficjentów w realizacji projektów). W takich sytuacjach także trudno uznać, iż doświadczenie takich beneficjentów będzie porównywalne z tymi podmiotami, które projekt wdrażały wyłącznie własnymi zasobami (bez angażowania firm zewnętrznych). <u>Zalecenie:</u> w kontekście przedmiotowego kryterium zaleca się rozważenie zasadności wprowadzenia subkryterium „potencjału kadrowego” – biura projektu wnioskodawcy odpowiedzialnego za realizację danej inwestycji. Warto określić kilka kluczowych funkcji, dla których wnioskodawcy aplikując powinni wykazać doświadczenie osób, które mają być zaangażowane w realizację projektu (np. kierownik projektu, główny księgowy, specjalista ds. zamówień publicznych, specjalista ds. promocji, osoba odpowiedzialna za kwestie administracyjne). Pewnym mankamentem stosowania tego kryterium mogą być trudne do przewidzenia zmiany kadrowe w strukturze wnioskodawcy, które mogą zaistnieć np. po etapie złożenia WoD (i tym samym po dokonaniu jego oceny).
4.	Nazwa kryterium: <u>Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej</u> • Trafność: <i>przeciętna</i> Należy przyjąć, iż przy podjęciu decyzji o stosowaniu przedmiotowego kryterium leżało założenie, że dobra sytuacja finansowa podmiotu ubiegającego się o dofinansowanie gwarantuje trwałość przedsięwzięcia, jak również uprawdopodobnia zdolność do pokrycia wkładu własnego. Trafność tego założenia ocenić można jako umiarkowaną, z uwagi na specyficzne warunki, w jakich funkcjonują podmioty lecznicze. Źródłem tych uwarunkowań są m.in.: • określony w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych system kontraktowania usług z zakresu ochrony zdrowia, którego wady prezentuje poniższy schemat opracowany przez Najwyższą Izbę Kontroli (opublikowany 19.03.2014 r.)⁶;

⁶ <http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie/nik-o-kontraktach-nfz.html>



- funkcjonowanie przez większość podmiotów leczniczych w specyficznej formie prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (pozbawionych zdolności upadłościowej na podstawie art. 6 pkt 3 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze, co osłabia oddziaływanie impulsów proefektywnościowych);
- ograniczenia dotyczące możliwości dokonywania cesji wierzytelności obciążających samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, „Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Podmiot tworzący wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni. Zgodę wydaje się po zasięgnięciu opinii kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”. Obowiązywanie przedmiotowej regulacji ogranicza swobodę w zakresie restrukturyzacji zadłużenia podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ);
- specyficzna funkcja podmiotu leczniczego podkreślona w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”. Z przepisem tym skorelowane są uregulowania zawarte w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obowiązek udzielania świadczeń niezwłocznie w stanach nagłych, również w przypadku braku kontraktacji danego typu usług) oraz w art. 160 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (konstruującym odpowiedzialność karną lekarza w przypadku, w którym jako gwarant braku wystąpienia skutku w postaci powstania niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dopuszcza on do sytuacji powodującej taki skutek).

Jak wynika z powyższego, podmioty lecznicze funkcjonują w uwarunkowaniach generujących brak stabilności w zakresie ich sytuacji finansowej w dłuższej perspektywie czasu. Stąd też za wątpliwe należy uznać prawdopodobieństwo wyboru na bazie omawianego kryterium podmiotów, w stosunku do których nie wystąpią ryzyka dotyczące warunków ich funkcjonowania w obszarze finansowym. Jednocześnie, przyjęty model oceny sytuacji finansowej wnioskodawcy skoncentrowany jest na ocenie wyrywkowych wskaźników, występujących na dany dzień. Należy stwierdzić, iż uwarunkowania finansowe nie powinny być rozpatrywane w oderwaniu od szerszego kontekstu, który wpływa na wartość przyjętych wskaźników. Z punktu widzenia weryfikowania możliwości zapewnienia trwałości projektu istotniejsze mogą okazywać

się bowiem trendy dotyczące sytuacji ekonomicznej danego podmiotu (np. roczne zmniejszanie kosztów w badanym okresie, połączone ze stopniowym zwiększaniem przychodów w związku z korzystną kontraktacją usług), niż jednostkowe wskaźniki.

Respondenci w badaniach terenowych podkreślali, iż wnioskodawcy (publiczni) za cel funkcjonowania mają postawioną ochronę zdrowia i życia ludzi (nie zaś generowanie zysku jak np. przedsiębiorcy). Zatem ocena kondycji ekonomicznej podmiotów w tym kontekście nie jest do końca zasadna. Jednakże z drugiej strony jak już nadmieniono we wstępie środki z UE powinny trafiać do takich podmiotów, które dobrze będą nimi zarządzać i nie narażą się na utratę wsparcia finansowanego ze środków UE zakresu projektu (przez np. za zajęcie komornicze) oraz które będą w stanie pokryć koszty niekwalifikowalne projektu i utrzymać jego trwałość.

Zalecenie: Stosowany sposób punktacji w odniesieniu do oceny sytuacji finansowej pozwalał różnicować w ograniczonym zakresie (występował szereg innych kryteriów, które determinowały kolejność wnioskodawców na listach rankingowych). Zatem należy zauważyć, iż możliwa była taka sytuacja, w której podmiot o bardzo niekorzystnych wskaźnikach w obszarze sytuacji finansowej i tak mógłby otrzymać dofinansowanie na realizację projektu (gdyż, mógł zdobyć wystarczająco dużą liczbę punktów w pozostałych kryteriach, nie odnoszących się do sytuacji finansowej). Zaleca się zatem badanie sytuacji finansowej wnioskodawców pod kątem prawdopodobieństwa tego, czy po otrzymaniu środków z UE podmiot ten zrealizuje projekt i utrzyma trwałość w okresie minimum wymaganym przez Program. Z perspektywy niektórych wnioskodawców generalnie stosowanie kryteriów z zakresu sytuacji finansowej „nie jest trafne, gdyż jest to swoiste tworzenie fikcji, które nie jest potrzebne. Wiadomo jak słaba jest kondycja większości podmiotów ochrony zdrowia”.

Co istotne z punktu widzenia racjonalności stosowania przedmiotowego kryterium, w jego przypadku oceniano sytuację finansową podmiotu na koniec roku poprzedzającego rok składania WoD. W sytuacji, gdy termin naboru kończył się np. w IV kwartale 2008 r., wnioskodawca zobowiązany był do przedłożenia dokumentacji w zakresie sytuacji finansowej dotyczącej 2007 r., natomiast ocena merytoryczna projektu prowadzona była *de facto* w 2009 r. Takie podejście nie uwzględniało nieuchronnych fluktuacji w zakresie sytuacji ekonomicznej badanej jednostki w tym okresie czasu.

Zalecenie: w przypadku utrzymania przedmiotowego kryterium, sytuacja finansowa powinna być badana w sposób bardziej kompleksowy (np. poprzez analizowanie, jakie elementy składają się na stan zobowiązań). Uzasadnione byłoby także rozpatrywanie sytuacji finansowej podmiotu w dłuższym horyzoncie czasowym. Pozwalałoby to w bardziej merytoryczny sposób śledzić trendy kondycji ekonomicznej po stronie danego wnioskodawcy. Kompleksowe zalecenia w tym zakresie zamieszczone zostały w rozdziale 4.2.3 niniejszego raportu.

Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (wybór podmiotu o w miarę bezpiecznej sytuacji ekonomicznej wpływa na realizację zamierzonych celów).

Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w przybliżeniu i w jakościowy sposób ocenić, czy wnioskodawca posiada odpowiedni potencjał finansowy do realizacji projektu).

Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania.

Maksymalna punktacja: 10 w tym: poziom zobowiązań wymagalnych 6 (waga 2, zakres 0, 1, 3) oraz rentowność 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium w dużym stopniu oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania, niemniej jednak ilość punktów możliwa do zdobycia za to kryterium w kontekście celów świadczenia usług przez wnioskodawców wydaje się być zbyt wysoka (zasadnym wydaje się większe uwzględnienie potrzeb społecznych, a nie finansowych i ekonomicznych).

- **Zrozumiałość / precyzyjność:** bardzo wysoka

Z uwagi na zastosowanie wskaźników liczbowych, sposób oceny kryterium należy uznać za precyzyjny.

- **Mierzalność / weryfikowalność:** bardzo wysoka

Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń w zakresie mierzalności kryterium (ocena w oparciu o ściśle określone przedziały wartościowe).

- **Sprawiedliwość / obiektywność:** przeciętna

Różnorodna charakterystyka podmiotów, jakie mogły ubiegać się o wsparcie powoduje, iż sprawiedliwość oceny tego kryterium należy uznać za jedynie umiarkowaną. SPZOZ, instytuty oraz NZOZ z uwagi na różny profil / specyfikę i zakres wykonywanej działalności cechuje różna sytuacja finansowa. Mogło to wpływać na ocenę w ramach konkursów, w przypadku których dopuszczono do ubiegania się o dofinansowanie podmioty niepubliczne (np. konkurs 2/2008). Sytuacja finansowa takich podmiotów bywa diametralnie różna od sytuacji podmiotów publicznych (z uwagi na funkcjonowanie w formie prawnej wymuszającej dbałość o wynik finansowy placówki). Poszczególne typy podmiotów cechuje zróżnicowany system ich funkcjonowania (np. podmioty kliniczne względem podmiotów, dla których organem założycielskim jest samorząd).

	Zalecenie: oddzielne ocenianie sytuacji finansowej podmiotów aplikujących w zależności od ich typologii (tak by dane typy beneficjentów miały porównywaną i ocenianą sytuację finansową w „swojej grupie” wnioskodawców).
5.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)</u> • Trafność: <u>przeciętna</u> Ideą przedmiotowego kryterium było badanie, czy wnioskodawca posługuje się w ramach aplikacji aktualnymi, niezawyżonymi / niezaniżonymi szacunkami cenowymi, zapewniającymi jednocześnie odpowiednią jakość zaplanowanych inwestycji (najlepsze efekty przy możliwie najniższych cenach). Kryterium to było szeroko wskazywane przez beneficjentów jako nieuzasadnione z uwagi na niemożliwość do uniknięcia dezaktualizację przygotowanych na etapie wnioskowania kosztorysów (z uwagi na fluktuację cen rynkowych oraz postęp techniczny). Jako że pomiędzy dokonywaniem szacunków na potrzeby składania aplikacji a momentem udzielania zamówień występował istotny niekiedy odstęp czasowy, pierwotne szacunki w dużej mierze nie posiadały waloru precyzyjnego rozeznania cenowego na potrzeby docelowego postępowania przetargowego (ponadto na mocy przepisów ustawy – Prawo zamówień publicznych, szacowanie wartości zamówienia powinno odbywać się w ściśle określonym okresie przed wszczęciem postępowania, co prowadziło do prowadzenia powtórnego rozeznania cenowego). Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (efektywność wydatków będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Efektywne określenie wymaganych wydatków wpływać będzie na wnioskowanie o adekwatną kwotę, zatem dostępność środków dla innych wnioskodawców zostanie zwiększona (przez co realizacja celów działania / Programu będzie „wzmocniana”). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w odpowiedni sposób przygotował projekt do realizacji). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Sposób oceny kryterium nie może być uznany za wystarczająco precyzyjny. Nie wskazano bowiem, jak należało rozumieć termin „niezawyżone szacunki” i w jaki sposób miała przebiegać ocena tego zagadnienia. Jako zagadnienie szczegółowe należy wskazać, iż w kontekście faktu, że pewna część nabywanych przez wnioskodawców środków trwałych pochodzi z importu, potencjalne negatywne oddziaływanie mogło mieć to, iż konstrukcja kryterium nie pozwalała w odpowiedni sposób uwzględnić i tym samym ocenić kwestii ryzyk kursowych. Na etapie oceny dany ekspert mógł interpretować cenę określonego środka trwałego jako zawyżoną, zaś faktycznie w skutek zmiany kursu walut cena ta mogła okazywać się bardziej korzystna. W kontekście zakupywanych środków trwałych nie bez znaczenia jest fakt pojawiania się nowych rozwiązań / nowych możliwości technologicznych, które w pewnym stopniu mogą powodować dezaktualizację informacji zawieranych w kosztorysach. Trudno sobie wyobrazić jak różni eksperci mogą podejść do przykładowo dwóch projektów w których jeden przedkłada kosztorys sprzed 3 miesięcy, zaś drugi sprzed 9 miesięcy. W tego typu przypadku dla jednego eksperta obydwa kosztorysy mogą być uznane za aktualne, zaś drugi ekspert uzna, iż aktualny jest tylko ten pierwszy. Trudno jest także porównywać funkcjonalności różnych urządzeń planowanych do zakupu przez różnych wnioskodawców. Ponadto trudnym w interpretacji wydaje się być zapis: <i>„Kosztorys jest nie w pełni oparty na aktualnych, niezawyżonych i niezaniżonych cenach rynkowych lub nie wszystkie wydatki są racjonalne i niezbędne z punktu widzenia realizacji projektu. Kosztorys nie w pełni zapewnia osiągnięcie najlepszych efektów przy możliwie najniższych cenach”</i>. Powyższe kryterium ocenia aktualność kosztorysu, trafność wartości kosztorysu (brak zawyżenia / zaniżenia) lub racjonalność i niezbędność wydatków. Zalecenie: Wydaje się, iż bardziej trafnym byłoby zastosowanie podkryteriów oceniających wybrane elementy (np. oddzielna ocena na aktualność kosztorysu, oddzielna na trafność wartości kosztorysu i oddzielna na racjonalność wydatków ujętych w kosztorysie). • Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> Kryterium uznać należy za niemierzalne z uwagi na fakt, iż członkowie ZOP nie dysponowali brzegowymi wartościami, na podstawie których mogliby dokonywać oceny. W ramach dokonywania oceny opierali się oni na indywidualnych doświadczeniach, co z natury rzeczy mogło powodować rozbieżność stanowisk (z uwagi na różnorodne doświadczenia poszczególnych osób). Należy ponadto wskazać, iż ocena przedmiotowego kryterium jest dodatkowo trudna do „zmierzenia”, ponieważ różni eksperci w odmienny sposób podchodzą do rozumienia efektywności (dla danego eksperta zakup tańszego urządzenia może być bardziej zasadny od zakupu sprzętu droższego, jednak ocena ta może nie uwzględniać szczegółowych uwarunkowań, np. wynikających z okresu gwarancji, jakości serwisu itp.).

	Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu oceny przedmiotowego kryterium, jest ono bardzo subiektywne. Jednocześnie, ze względu na charakter i specyfikę projektów z zakresu ochrony zdrowia, nie powinno się wprowadzać sztywnych przedziałów cenowych dla zamawianych dostaw/usług/robót budowlanych w celu oceny ich efektywności kosztowej.
6.	Nazwa kryterium: <u>Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)</u> Trafność: <u>przeciętna</u> Przedmiotowe kryterium stosowane w ramach oceny merytorycznej I stopnia cechuje walor <i>stricte</i> formalny. Można bowiem uznać, iż brak spójności i analizy problemów powinien stanowić aspekt wykluczający projekt z oceny i tym samym możliwości ubiegania się o środki (a przynajmniej do momentu, aż po poprawkach wnioskodawcy opis będzie na tyle wyczerpujący, iż kryterium będzie spełnione). Można ponadto wskazać, iż kryterium stanowi swoiste uszczegółowienie / pochodną kryterium „Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu” oraz „Racjonalność i kompletność harmonogramu działań”. Z pewnością zabrakło szczegółowych wskazówek, w jaki konkretnie sposób spójność powinna być określona i oceniana / weryfikowana. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (spójność projektu będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Opracowanie spójnej koncepcji projektu oraz odpowiednie zaadresowanie problemów wynikających z analizy wpływa na trwałość projektu. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w sposób spójny przewidział realizację poszczególnych zadań w ramach projektu). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Sposób oceny kryterium nie może zostać uznany za zrozumiały. Zasady weryfikowania spójności informacji zawartych we wniosku i pozostałych dokumentach oraz zawarcia wyczerpującej analizy problemów budzą wątpliwości zarówno dla wnioskodawców, jak i oceniających aplikacje. Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> Niedostatecznie precyzyjnie określono, które konkretnie obszary spójności będą weryfikowane. Zabrakło przynajmniej podstawowego wykazu obszarów spójności, które będą weryfikowane. Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. Efektem niejasności kryterium mogło być pośrednio umieszczanie przez wnioskodawców szeregu zbędnych informacji. W tym kontekście konieczne jest doprecyzowanie zakresu niezbędnych informacji, a zwłaszcza ograniczenie ilości informacji wtórnych wymaganych do prezentowania w ramach WoD w oparciu o zapisy z innych dokumentów / załączników. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu oceny niniejszego kryterium, należy je uznać za charakteryzujące się niską obiektywnością.
7.	Nazwa kryterium: <u>Kompleksowość projektu</u> Trafność: <u>niska</u> Zgodnie z zapisami dokumentu „Kryteria wyboru projektów”, założeniem przedmiotowego kryterium była ocena „stopnia zrównoważenia jakości poszczególnych elementów infrastruktury zakładu opieki zdrowotnej, w kontekście potrzeby osiągnięcia jej pełnej funkcjonalności”. Założenie to nie zostało w praktyce osiągnięte, z uwagi na fakt, iż bardzo niska zrozumiałość niniejszego kryterium skłaniała oceniających do przyznawania aplikacjom maksymalnej ilości punktów (prawdopodobnie z uwagi na potencjalne trudności w zakresie motywowania swojego stanowiska w toku procedury odwoławczej). Jednocześnie, w ramach badań terenowych stwierdzono, iż wnioskodawcy nie czuli się wyposażeni w odpowiednią wiedzę, jaki efekt w zakresie kompleksowości projektu jest od nich oczekiwany do wykazania na poziomie dokumentacji aplikacyjnej. Uwidocznilo się to zwłaszcza w ramach projektu, w przypadku którego wnioskodawca świadomie uzupełniał pierwotne zakres rzeczowy z obawy o uznanie, iż jego projekt nie jest wystarczająco kompleksowy. Można przyjąć, iż nieprecyzyjne sformułowanie kryterium mogło prowadzić do „sztucznego” rozszerzania zakresów rzeczowych wnioskowanych inwestycji, czego efektem mogło być zjawisko „przeinwestowania” w przypadku niektórych beneficjentów (rozumiane jako ujmowanie w ramach projektu elementów wykraczających poza rzeczywiste potrzeby). Opisywane kryterium kompleksowości jest zbliżone do kryterium „spójności projektu”, jak i kryterium „adekwatności inwestycji do założonego celu projektu”. Zasadniczo kryterium powinno promować takie

	projekty, których zakres rzeczowy został odpowiednio dobrany i uzasadniony (tj. taki, którego realizacja umożliwi osiągnięcie pełnej funkcjonalności projektu). Przykładowo w sytuacji, w której wnioskodawca wskazał, iż projekt ma być ukierunkowany na realizację świadczeń dla dzieci, a w zakresie sprzętu np. nie ujęto specjalnych przystawek do nowo zakupionych aparatów USG kompleksowość nie występuje. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (kompleksowość realizowanych działań w ramach projektu będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Opracowanie racjonalnego i kompletnego zakresu projektu pośrednio wpływa na jego trwałość. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w kompleksowy sposób zaplanował realizację zakresu rzeczowego projektu i czy nie pominął kluczowych elementów mogących obniżyć jego pełną funkcjonalność). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> Sposób oceny kryterium nie jest wystarczająco precyzyjny. Nie jest w sposób wystarczająco ostro określone, jak wnioskodawca powinien podejść do opisanie kompleksowości projektu (na jakie elementy będzie zwracana szczególna uwaga podczas oceny). Opis kryterium (<i>Oceniana będzie kompleksowość projektu w ujęciu zaspokojenia uzasadnionych potrzeb beneficjenta</i>) i zasady jego oceny (<i>projekt zapewnia zrównoważoną jakość poszczególnych elementów infrastruktury, w celu osiągnięcia jej pełnej funkcjonalności</i>) nie wydają się być odpowiednio zrozumiałe (przez to należy je uznać za uciążliwe). W jednym miejscu jest mowa o ocenie kompleksowości projektu w kontekście potrzeb (czyli <i>de facto</i> ocenie zagadnienia, które stanowiło przedmiot oceny w ramach kryterium <i>Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów</i>), w drugim zaś oceniane jest to, czy zakres projektu umożliwi „pełną funkcjonalność” usług świadczonych przez beneficjenta. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> Niedostatecznie precyzyjnie określono, w jaki sposób kompleksowość projektu powinna być wykazana przez wnioskodawcę. Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. W instrukcji do wypełniania WoD w polu B.4.1 (opis projektu) zawarto jedynie następujący zapis odnoszący się do kompleksowości projektu: „<i>W tej części wniosku należy każdorazowo w zwięzły i wyczerpujący sposób opisać zakres przedmiotowy projektu, tj. kompleksowość projektu w ujęciu zaspokojenia uzasadnionych potrzeb, tj. wynikające z projektu roboty, dostawy, usługi oraz inne niezbędne działania towarzyszące związane z realizacją projektu (np. nabycie gruntu). Opis przedmiotowy projektu powinien wykazać, że realizacja projektu zapewni zrównoważoną jakość poszczególnych elementów infrastruktury w celu osiągnięcia jej pełnej funkcjonalności</i>”. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu oceny danego kryterium, przedmiotowego kryterium nie można uznać za obiektywne.
8.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność techniczna i/technologiczna</u> • Trafność: <u>niska</u> Kryterium w istniejącym kształcie ocenić należy za nietrafne. Beneficjenci każdorazowo są zobligowani do zakupu nowego i nowoczesnego technologicznie sprzętu, co wyklucza w praktyce przyznanie oceny 0 punktów w przedmiotowym zakresie. W tym kontekście, przyjęte kryterium efektywności technicznej i technologicznej nie pozwalało odpowiednio różnicować projektów, gdyż brakowało twardych przesłanek do ich oceny. Założyć trzeba, iż zakres projektu o jaki wnioskuje wnioskodawca zawsze będzie pozwalał na szybszą i bardziej precyzyjną diagnostykę. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (efektywność techniczna działań w projekcie będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium nie wydaje się być zasadne do stosowania w istniejącym kształcie. Należałoby się zastanowić nad opisem funkcjonalności zakupionego sprzętu (np. infrastruktura sieciowa i informatyczna, telemedycyna itp. – takie rozwiązania mogłyby zostać uznane za faktycznie efektywne i innowacyjne technicznie / technologicznie). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 6 (waga 3, zakres 0, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> Sposób oceny kryterium nie jest wystarczająco precyzyjny. Nie zostało określone, jak wnioskodawca

	powinien podejść do opisu efektywności technicznej (na jakie elementy będzie zwracana szczególna uwaga podczas oceny). Ponadto nazwa kryterium (ocena efektywności) nie przystaje do aspektu ocenianego w ramach kryterium. Oceniana jest mianowicie nie efektywność rozwiązań, lecz sam fakt stosowania nowoczesnych rozwiązań. Przy tym brak jest precyzyjnej definicji nowoczesności technicznej / technologicznej. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> Niedostatecznie precyzyjne określenie w jaki sposób racjonalność i kompletność harmonogramu powinna być wykazana przez wnioskodawcę (np. w Instrukcji do wypełnienia WoD). Zatem przedmiotowemu kryterium nie można przypisać waloru mierzalności, jako że nie zostało ono odniesione do żadnych zobiektywizowanych wskaźników/miar. Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu oceny danego kryterium, przedmiotowe kryterium nie może zostać uznane za obiektywne.
9.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność energetyczna projektu</u> • Trafność: <u>niska</u> Należy przyjąć, iż intencją przyjęcia kryterium była chęć premiowania projektów, które będą wdrażać rozwiązania sprzyjające racjonalnemu / zrównoważonemu wykorzystywaniu energii. Z tej perspektywy kryterium uznać należy za trafne, gdyż aspekt ten jest istotny w przypadku ogółu projektów realizowanych w ramach PO IIŚ na lata 2007-2013 (zwłaszcza w kontekście wymogów pakietu energetyczno-klimatycznego). Za wątpliwe należy jednakże uznać, czy aspekt ten powinien stanowić podstawę rankingowania projektów. Przy zakupie nowego sprzętu (wymianie zużytego sprzętu na nowy) co do zasady zawsze występuje efekt w postaci zwiększenia efektywności energetycznej (podobnie w przypadku budowy / rozbudowy / modernizacji budynków, w ramach których stosuje się nowoczesne rozwiązania, np. w zakresie automatyki budynkowej). W celu uzyskania punktów w ramach przedmiotowego kryterium, wnioskodawcy umieszczali w WoD szerokie opisy dotyczące omawianej kwestii. Mimo nieuniknionej nierównomierności przyjmowanych rozwiązań w zakresie efektywności energetycznej, w praktyce w ramach tego kryterium przyznawane były wyłącznie maksymalne ilości punktów. Warto nadmienić, iż w odniesieniu do zagadnienia stosowania rozwiązań efektywnych pod względem wykorzystania energii, istnieją przypadki, w których wnioskodawca znajduje się w utrudnionej sytuacji. Takim przykładem są np. podmioty lecznicze zlokalizowane w zabytkowych budynkach (objętych opieką konserwatorską). W tego typu podmiotach katalog możliwych działań z zakresu zwiększania efektywności energetycznej jest w sposób obiektywny ograniczony. Są to czynniki niezależne od beneficjenta. Zabrakło precyzyjnego wskazania (instrukcji), jakie obszary w zakresie efektywności powinny zostać „wykazane” (np. wykazanie w zakupowanym sprzęcie wyższych klas efektywności energetycznej urządzeń, termomodernizacji, wymiany stolarki okiennej). Kryterium zasadniczo nie odnosi się wprost do celów działania / Programu. Kryterium wydaje się być zasadne do uwzględniania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w odpowiedni sposób zaplanował realizację poszczególnych zadań w ramach projektu, tak aby zadbać także o efektywność energetyczną projektu). Kryterium nie przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium wydaje się być zbyt wysoka z punktu widzenia celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> Sposób oceny kryterium nie jest wystarczająco precyzyjny. Kryterium w żaden sposób nie mierzy stosowanych rozwiązań w obszarze efektywności energetycznej. Ponadto bardzo nie precyzyjnie określono sposób oceny kryterium (w brzmieniu: „projekt zapewnia zrównoważoną jakość poszczególnych elementów infrastruktury, w celu osiągnięcia jej pełnej funkcjonalności”). Jest to analogiczny sposób oceny jaki został zastosowany do kryterium „kompleksowość projektu”. Nie jest w sposób wystarczająco ostro określone jak wnioskodawca powinien podejść do sporządzenia opisu (oraz co najważniejsze w którym miejscu dokumentacji aplikacyjnej powinien to uczynić) uwzględnienia tego kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo niska</u> Niedostatecznie precyzyjne określenie, w jaki sposób efektywność energetyczna powinna być wykazana przez wnioskodawcę (np. w wskazówki w Instrukcji do wypełnienia WoD). Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo niska</u>

	Z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu oceny danego kryterium, przedmiotowe kryterium nie może zostać uznane za obiektywne. Beneficjent zawsze mógł wykazać odpowiednimi opisami, że dane rozwiązanie jest energooszczędne.
10.	Nazwa kryterium: <u>Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej</u> • Trafność: <u>wysoka</u> Przedmiotowe kryterium odnosi się do potencjału kadrowego danego podmiotu leczniczego, tworząc preferencje dla jednostek dysponujących kadrą medyczną wywodzącą się z kręgów akademickich. Należy przyjąć, iż kryterium pozwala uzyskać „pełniejszy” obraz struktury kadrowej wnioskodawcy oraz jej adekwatność w stosunku do potrzeb. Wydaje się jednak, iż kryterium powinno być w większym stopniu powiązane z zagadnieniem wykorzystywania aparatury zakupowanej w ramach projektu. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (realizacja projektu przez beneficjenta z odpowiednim potencjałem kadrowym będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Powyższe ponadto pozytywnie wpływa na trwałość projektu. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca posiada odpowiedni potencjał do realizacji poszczególnych zadań w ramach projektu). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 6 (waga 2, zakres 0, 1, 2, 3) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Sposób oceny kryterium należy uznać za precyzyjny. Wynika to z faktu odwołania się do terminologii akademickiej (stopień, tytuł naukowy). • Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Mierzalność została zapewniona przez precyzyjne określenie punktacji w ramach poszczególnych przedziałów wartościowych. <u>Zalecenie:</u> warto zastanowić się nad zwiększeniem mierzalności kryterium przez wskazanie punktu odniesienia tj. wskazanie na jaki konkretnie dzień / datę wnioskodawcy mają przedstawić ten stan zasobów kadrowych (np. na dzień składania WoD, datę zakończenia naboru w ramach procedury konkursowej). • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Z uwagi na przedmiot kryterium, uprzywilejowane są podmioty z odpowiednio rozbudowaną strukturą kadrową, charakteryzującą się określonym wykształceniem. Jest to uzasadnione charakterem realizowanych projektów i nie wzbudza wątpliwości w obszarze obiektywności. Jednocześnie, w celu dalszej obiektywizacji kryterium, należy rozważyć wprowadzenie korelacji pomiędzy ilością pracowników dysponujących stopniami lub tytułem naukowym względem całości kadry medycznej lub kadry wymaganej do uczestnictwa w ramach projektu.
11.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy</u> • Trafność: <u>wysoka</u> Przedmiotowe kryterium odwołuje się w pierwszym rzędzie do profilu beneficjenta na dzień składania wniosku (w zakresie działalności dydaktycznej). Wydaje się jednocześnie, iż pośrednio jego założeniem jest wzmocnienie wartości dodanej (tj. wzmocnienie pozytywnego oddziaływania zrealizowanego projektu, usprawnienie transferu wiedzy oraz jej jakość) wynikającej z realizacji projektu, jaką jest możliwość rozwinięcia dydaktyki np. w oparciu o zakupioną aparaturę. W tym kontekście kryterium uznać należy za uzasadnione i trafne. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (możliwość szerokiego wykorzystania produktów projektu do realizowania działań w projekcie będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 1, 4) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i przez to punktacja kryterium wydaje się być wysoka (w sposób nadmierny zwiększa znaczenie kryterium). • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Sposób oceny kryterium należy uznać za precyzyjny. Warto jednak doprecyzować jaki charakter ma mieć działalność dydaktyczna (czy musi wynikać z obowiązującego statutu beneficjenta, aktualnych przepisów prawa do prowadzenia kształcenia specjalizacyjnego lekarzy).

	• Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń w zakresie mierzalności kryterium (w ramach WoD przewidziano pole przeznaczone do opisanie tego elementu). Warto jednak w instrukcji do wypełnienia WoD zamieścić bardziej precyzyjne wskazówki do opisu spełniania tego kryterium (tak by naprowadzić wnioskodawcę na zamieszczenie odpowiednio adekwatnych opisów: tj. nie tylko wykazać, że taka działalność dydaktyczna jest prowadzona, ale także w jakich obszarach, ile kursów jest prowadzonych rocznie? Ilu lekarzy rocznie z niej korzysta?). • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Przedmiotowe kryterium niewątpliwie prowadzi do preferencji określonej grupy podmiotów (tj. prowadzących działalność dydaktyczną). Nie można jednakże uznać, by wypaczało to w jakikolwiek sposób wyniki oceny. Uzasadnionym jest bowiem oczekiwanie, iż podmioty lecznicze (zwłaszcza realizujące zaawansowane projekty inwestycyjne finansowa ze środków unijnych) będą prowadziły tego rodzaju działalność.
12.	Nazwa kryterium: <u>Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej</u> • Trafność: <u>wysoka</u> Przedmiotowe kryterium łączy się w założeniach z kryterium poprzednim. Odwołuje się ono do potencjału wnioskodawcy i ma za zadanie promować podmioty aktywne na polu naukowo-badawczym. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (możliwość szerokiego wykorzystania produktów projektu w celu prowadzenie działalności badawczo-naukowej do realizowania działań w projekcie będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 6 (waga 3, zakres 0, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i przez to punktacja kryterium wydaje się być wysoka (w sposób nadmierny zwiększa znaczenie kryterium). • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Sposób oceny kryterium należy uznać za precyzyjny. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń w zakresie mierzalności kryterium (w ramach WoD przewidziano pole przeznaczone do opisanie tego elementu). <u>Zalecenie:</u> warto rozważyć wprowadzenie kryterium, które pozwalałoby różnicować takie projekty (takich beneficjentów), którzy uczestniczą w prowadzeniu prac B+R (np. jako partner projektu). • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Kryterium nie budzi zastrzeżeń pod względem jego sprawiedliwości. Przedmiotowe kryterium niewątpliwie prowadzi do preferencji określonej grupy podmiotów (tj. prowadzących działalność badawczo-naukową). Nie można jednakże uznać, by wypaczało to w jakikolwiek sposób wyniki oceny. Uzasadnionym jest bowiem oczekiwanie, iż podmioty lecznicze (zwłaszcza realizujące zaawansowane projekty inwestycyjne finansowa ze środków unijnych) będą prowadziły tego rodzaju działalność.
13.	Nazwa kryterium: <u>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium niesie za sobą dużą wartość merytoryczną, wskazując priorytetowe do wsparcia dziedziny medycyny. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (udzielanie świadczeń we wskazanych dziedzinach medycyny w projekcie będzie wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w odpowiedni sposób zaplanował realizację poszczególnych zadań w ramach projektu). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 9 (waga 3, zakres 0, 1, 2, 3) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u>

	Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących sprawiedliwości kryterium.
14.	Nazwa kryterium: <u>Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej</u> Trafność: <u>przeciętna</u> Założeniem przedmiotowego kryterium była konieczność preferowania projektów, w ramach których następowała wymiana zdekapitalizowanej aparatury na nowoczesny sprzęt medyczny. Kryterium to posiadało szczególnie różnicujący charakter, z uwagi na fakt, iż wnioskodawcy z natury rzeczy znajdują się w zróżnicowanej sytuacji pod względem posiadanej aparatury. Wśród krytycznych opinii dotyczących przedmiotowego kryterium wskazać należy na tę, według której „kryterium to preferuje podmioty, które przez lata prowadziły nieracjonalną gospodarkę sprzętową”. Jednocześnie, jak wynika z przeprowadzonych badań, kryterium to stanowiło motywację do włączania w zakres projektu wymiany sprzętu, nawet jeżeli nie była ona uzasadniona celem projektu. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (zakup nowego sprzętu będzie wpływał na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w przybliżony sposób ocenić skalę potrzeb na modernizację aparatury wśród wnioskodawców). Kryterium w sposób bezpośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 9 lub 18 (waga 3, zakres 0, 1, 2, 3) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). W przypadku, kiedy wymiana dotyczy aparatury radiologicznej, uzyskane punkty były mnożone przez 2. Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. <u>Zalecenie:</u> dyskusyjnym wydaje się być fakt aż dwukrotnego przemnażania liczby punktów za opisane kryterium w momencie, kiedy wymiana dotyczy aparatury radiologicznej. Fakt ten mógł w nieuzasadniony sposób zachęcać niektórych wnioskodawców do zwiększania zakresu rzeczowego projektu o wymianę aparatury radiologicznej. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Kryterium zasadniczo nie budzi istotnych zastrzeżeń pod względem zrozumiałości. Dyskusyjnym może wydawać się kwestia oceny tego, czy wiek aparatury jest odpowiednim miernikiem jej stanu technicznego. Można byłoby przeanalizować np. liczbę badań przeprowadzonych przy wykorzystaniu danego sprzętu w okresie czasu. Wówczas można byłoby (analogicznie jak miało to miejsce w przypadku zakupu ambulansów) badać stopień wyeksploatowania aparatury medycznej. Kryterium nie pozwalało także na ocenę tego czy i ew. jakie prace konserwacyjne na aparaturze były prowadzone (możliwym jest, iż wymieniono wybrane moduły aparatury i jej stan techniczny pomimo dużego wieku może być uznany za satysfakcjonujący). Wiek aparatury nie zawsze będzie w stanie precyzyjnie odzwierciedlić jej stan techniczny. <u>Zalecenie:</u> w przypadku utrzymania przedmiotowego kryterium uzasadniona byłaby zmiana jego nazwy, gdyż aktualne jego brzmienie (stan techniczny) jest mylące (<i>de facto</i> chodzi o wiek aparatury). W przypadku niektórych typów aparatury medycznej przyjęte kryterium punktowania w najwyższym stopniu wymiany aparatury o wieku powyżej 10 lat wydaje się być dyskusyjny. 10 lat to w przypadku dużej grupy sprzętów stan całkowitego wyeksploatowania. <u>Zalecenie:</u> z tej perspektywy warto byłoby wprowadzić możliwość oceny w ramach kryteriów różnych typów aparatury w oparciu o różne przedziały punktowe (dostosowane do specyfiki poszczególnych urządzeń). Nie jest w sposób wystarczająco precyzyjnie określone jak wnioskodawca powinien podejść do wymienianej aparatury (tj. co konkretnie powinno być zrobione ze starym sprzętem, czy może być dalej wykorzystywany np. w innym oddziale / budynku nie objętych Projektem? Czy też ma zostać całkowicie wycofany z eksploatacji). <u>Zalecenie:</u> wymaganie od wnioskodawców przedłożenia dowodów zakupu wymienianej aparatury (informacji z „paszportów technicznych”). Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Określone przedziały punktowe powodują, iż mierzalność kryterium jest odpowiednia. Utrudnieniem może być udokumentowanie wieku aparatury. Istotnym elementem oceny kryterium powinno być wymaganie od wnioskodawców zadeklarowania nie wieku aparatury, zaś daty jego zakupu / daty rozpoczęcia eksploatacji (lub np. liczby przeprowadzonych badań / czasu eksploatacji). Możliwym jest występowanie takiej sytuacji, iż w trakcie trwania oceny WoD (od zamknięcia konkursu) upłynie np. 1 rok. W takim okresie czasu <i>de facto</i> wiek aparatury ulega zwiększeniu i możliwym są zmiany przyporządkowania projektów do określonych przedziałów punktowych. Ekspert oceniający dane kryterium we WoD mógłby przeliczać wiek sprzętu, by najbardziej aktualnie i adekwatnie móc ocenić to kryterium.

	Zalecenie: Ważne jest określenie punktu odniesienia, do którego odnoszony będzie wiek wymienianej aparatury. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Należy podkreślić, iż aktualny kształt kryterium w gorszej sytuacji stawia podmioty, które starają się na bieżąco modernizować stan swojej aparatury, zaś faworyzuje beneficjentów, którzy takich starań nie podejmują.
15.	Nazwa kryterium: <u>Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych</u> Trafność: <u>przeciętna</u> Przedmiotowe kryterium dotyczy bezpośrednio celu Działania 12.2, jakim jest wspieranie jednostek działających w skali ponadregionalnej. Za dyskusyjne należy uznać, iż preferuje ono jedynie wartość procentową udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom spoza województwa, w którym dany wnioskodawca prowadzi swoją działalność, bez uwzględnienia specyfiki poszczególnych województw oraz lokalizacji danego podmiotu leczniczego. Kryterium niesie ze sobą wysoką wagę merytoryczną w kontekście ponadregionalności udzielanych świadczeń zdrowotnych. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych będzie przekładał się na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc wspierać beneficjentów, którzy realizują świadczenia zdrowotne na szczeblu ponadregionalnym). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 16 (waga 4, zakres 0, 1, 2, 3, 4) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Sposób oceny kryterium jest wystarczająco precyzyjny (ściśle określone przedziały punktowe). Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium nie budzi zastrzeżeń z punktu widzenia mierzalności (ściśle określone przedziały punktowe). Sprawiedliwość / obiektywność: <u>przeciętna</u> Dla oceny sprawiedliwości kryterium należy wskazać, iż stopień ponadregionalności danego zakładu opieki zdrowotnej, rozumiany według wytycznych przedmiotowego kryterium, zależy od szeregu uwarunkowań, wśród których należy wskazać zwłaszcza m.in. zaludnienie województwa, w ramach którego wnioskodawca prowadzi działalność (wpływa ono bezpośrednio na stopień dostępności usług dla pacjentów spoza województwa), jak również lokalizację podmiotu na terenie województwa (podmiot zlokalizowany blisko granicy województwa jest z natury rzeczy uprzywilejowany).
16.	Nazwa kryterium: <u>Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)</u> Trafność: <u>przeciętna</u> W opinii Ewaluatora oraz beneficjentów uczestniczącym w badaniach terenowych, trudno wskazać jednoznaczną przesłankę, jak stała za utworzeniem przedmiotowego kryterium. Odnosi się ono bowiem do swoiście rozumianej efektywności, ograniczając perspektywę jej oceny jedynie do stopnia wykorzystania łóżek. Jak wskazywali beneficjenci, w niektórych przypadkach wysoki stopień wykorzystania łóżek świadczy nie pozytywnie, a negatywnie o jakości zarządzania danym podmiotem (może być bowiem odczytywany jako sygnał nadmiernego „przetrzymywania” pacjentów na oddziałach, a im bardziej zbliża się do 100%, wzrasta ryzyko braku niezbędnych rezerw w zakresie zdolności przyjmowania kolejnych pacjentów). Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (wysoki współczynnik wykorzystania łóżek będzie przekładał się na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc wspierać beneficjentów, którzy efektywnie wykorzystują posiadane zasoby tj. łóżka). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 4, zakres 0, 1, 2, 3) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Sposób oceny przedmiotowego kryterium należy uznać za umiarkowanie precyzyjny. Uzasadnione byłoby doprecyzowanie, czy kryterium dotyczy łóżek zgłoszonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, czy też łóżek fizycznie znajdujące się w placówce. Jednocześnie należy uwzględnić,

	iz w szpitalach na niektórych oddziałach zawsze zarezerwowana jest pula łóżek, która musi być utrzymywana w stanie pustym na wypadek szczególnych sytuacji np. wypadków itp. <u>Zalecenie:</u> należałoby analogicznie jak ma to miejsce w przypadku instrukcji do wypełniania WoD dla działania 12.1 doprecyzować po pierwsze, w jakich oddziałach / ośrodkach współczynnik ma być określony, a ponadto określić, czy współczynnik odnosi się do całego podmiotu, czy tylko oddziałów, na terenie których prowadzony ma być projekt. W dalszej kolejności procent obłożenia powinien być odpowiednio dostosowany do oceny (brak bowiem informacji, czy wartości dla różnych oddziałów mają być uśredniane, a jeśli tak, to w jaki sposób). • Mierzalność / weryfikowalność: <u>przeciętna</u> Z uwagi na brak precyzji w sformułowaniu kryterium wątpliwe jest, które łóżka powinny być zaliczane do wskaźnika. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Na niską sprawiedliwość przedmiotowego kryterium wpływa fakt, iż w zależności od typu prowadzonej przez wnioskodawcę placówki występują zróżnicowane uwarunkowania, które niekiedy eliminują możliwość uzyskania wysokiej punktacji. W szczególności, wykorzystanie łóżek powyżej 85% nie zawsze jest zasadne, ponieważ niektóre dziedziny medycyny wymagają gotowości do przyjęcia pacjenta i zbyt wysoki poziom może oznaczać, że ta gotowość nie jest utrzymywana. Obłożenie łóżek nie zawsze przekłada się na efektywność placówki i jej wyniki finansowe. Wiąże się to z dziedzinami medycyny, w jakich dany podmiot funkcjonuje. Eksperti wskazywali tutaj zwłaszcza na dziedzinę pediatrii, w ramach której wycena świadczeń może być uznana za zaniżoną (wycena świadczeń jest na niskim poziomie w kontekście kosztów realizacji świadczeń). W takich przypadkach pomimo wysokiego obłożenia łóżek (wysoki wskaźnik), efektywność finansowa będzie słabo widoczna.
17.	Nazwa kryterium: <u>Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych</u> • Trafność: <u>niska</u> Należy przyjąć, iż intencją przedmiotowego kryterium był zamiar premiowania projektów, które będą wdrażać rozwiązania wychodzące naprzeciw potrzebom pacjentów, a w szczególności osób niepełnosprawnych. Z tej perspektywy kryterium uznać należy za trafne, gdyż aspekt ten jest istotny z punktu widzenia celów PO IiS na lata 2007-2013. Wątpliwości wzbudza jednak fakt, czy przedmiotowe kryterium może wpływać na rankingowanie projektów, biorąc pod uwagę, iż realizacja każdej inwestycji z zakresu ochrony zdrowia w pewnym stopniu odwołuje się do potrzeb pacjentów. Odzwierciedleniem problemów w rankingowaniu według tego kryterium był fakt, iż w ramach badanej grupy projektów wszystkie (również nie uzyskujące dofinansowania) zostały uznane za spełniające to kryterium. Jednocześnie w kontekście określenia w ramach kryterium potrzeb osób niepełnosprawnych, zabrakło precyzyjnego wskazania (instrukcji), jakie obszary w zakresie kryterium powinny zostać przez wnioskodawcę „wykazane” (np. prace na zewnątrz czy wewnątrz budynku, budowa podjazdu dla osób niepełnosprawnych, zakup windy, dostosowanie łazienek / pokoi, wymalowanie pasów / stosowne oznaczenia w projekcie, informacja głosowa). Kryterium zasadniczo nie odnosi się wprost do celów działania / Programu. Kryterium wydaje się być zasadne do uwzględniania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w odpowiedni sposób zaplanował realizację poszczególnych zadań w ramach projektu, tak aby zadbać także o potrzeby pacjentów w tym w szczególności osoby niepełnosprawne). Kryterium nie przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 1, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> Sposób oceny przedmiotowego kryterium nie jest wystarczająco precyzyjnie określony, ponieważ nie jest jasne, jakie konkretne rozwiązania techniczne powinny być uwzględniane. Niewystarczająco precyzyjnie określono sposób oceny kryterium (ile rozwiązań i jakiego typu muszą zostać wykazane by spełnić wymóg). • Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> W odniesieniu do opisu przedmiotowego kryterium zarzucić można niedostatecznie precyzyjne określenie, w jaki sposób znaczenie projektu powinno być wykazane przez wnioskodawcę. Fakt ten utrudniał opracowanie WoD wnioskodawcom, zaś członkom ZOP ocenę projektu. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo niska</u> Z uwagi na dużą swobodę interpretacyjną oraz brak jednolitych wskazówek odnośnie sposobu oceny przedmiotowego kryterium, należy je uznać za cechujące się niskim stopniem obiektywności.

	Działanie 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego” w zakresie zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego Konkurs 1/2008
1.	Nazwa kryterium: <u>Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 2, 4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
2.	Nazwa kryterium: <u>Racjonalność i kompletność harmonogramu działań</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
3.	Nazwa kryterium: <u>Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 3 (waga 1, zakres 0, 1, 2, 3) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
4.	Nazwa kryterium: <u>Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 10 w tym: poziom zobowiązań wymagalnych 6 (waga 2, zakres 0, 1, 3) oraz rentowność 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2) na 112 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów).
5.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
6.	Nazwa kryterium: <u>Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
7.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność energetyczna projektu</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 2, zakres 0, 1) na 103 możliwych do zdobycia.
8.	Nazwa kryterium: <u>Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie</u> Trafność: <i>bardzo wysoka</i> Konstrukcja przedmiotowego kryterium wynika z przyjętego w ramach XII Priorytetu założenia, iż należy promować projekty pozwalające na poprawę infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę standardu wyposażenia w sprzęt medyczny⁷. Użycie terminu „poprawa” sugeruje konieczność odnoszenia się do stanu zastanego (np. w zakresie wyposażenia posiadanego przez podmioty lecznicze). Najwyższy stopień poprawy można przy tym uzyskać poprzez wymianę sprzętu/wyposażenia najbardziej wyeksploatowanego. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (zakup nowych ambulansów

⁷ SzOP PO IiŚ 2007-2013, str. 198.

	będzie wpływał na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w przybliżony sposób ocenić skalę potrzeb wnioskodawcy na doposażenie ambulansu/ów). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 1, 2, 3,4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. <u>Zalecenie:</u> dobrym rozwiązaniem weryfikującym pośrednio stopień eksploatacji pojazdu na przestrzeni lat byłoby uwzględnienie w kryterium oceniającym „wiek” ambulansu informacji na temat średniego przebiegu ambulansu w tym okresie. Taka „hybryda” wskaźnika pozwoliłaby wstępnie szacować, którzy beneficjenci w największym stopniu wykorzystują najstarszy tabor. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Dyskusyjnym może wydawać się kwestia oceny tego, czy wiek ambulansu/ów jest odpowiednim miernikiem „skali potrzeb modernizacji taboru”. Trudno jednak wskazać kryterium bardziej przystające. Wiek ambulansu na potrzeby oceny kryterium był liczony od daty produkcji pojazdu. Można by rozważyć trafność stosowania kryterium „daty pierwszej rejestracji pojazdu” (<i>de facto</i> do momentu pierwszej rejestracji pojazdu, nie może on być formalnie wykorzystywany). W praktyce wiek ambulansu od daty produkcji do momentu jego pierwszego wykorzystania przez wnioskodawcę mógł być zróżnicowany (przez co prowadzący do potencjalnego wypaczenia oceny). Nie jest w sposób wystarczająco precyzyjny określone, jak wnioskodawca powinien rozumieć wymianę pojazdów (tj. co świadczy o zamiarze / dokonania wymiany – czy mogą być dalej wykorzystywane przez wnioskodawcę? Czy też mają zostać całkowicie wycofane z eksploatacji np. przez złomowanie?). • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Określone przedziały punktowe powodują, iż mierzalność kryterium jest należyta. Zgodnie z treścią regulaminu, miernikiem wieku ambulansu miała być poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dowodu rejestracyjnego pojazdu/pojazdów. Brakowało jednakże w Instrukcji do wypełniania WoD informacji na temat sposobu prezentowania danych (np. w formie tabelarycznej), tak aby ułatwić ocenę ekspertom ZOP (ponumerować ambulanse / dowody rejestracyjne). Bardzo dobrze należy ocenić szczegółowe wskazanie punktu, do którego odnoszony będzie wiek wymienianych pojazdów (wiek pojazdu ma być udokumentowany „według stanu na dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po złożeniu wniosku o dofinansowanie lub według stanu na dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu”). • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium nie jest wystarczająco sprawiedliwe z punktu widzenia podmiotów, które nie wymieniają pojazdów, a nabywały je w ramach konkursu (po raz pierwszy do danej jednostki). W takim układzie wnioskodawca nie otrzyma żadnego punktu, mimo iż ambulans/e w jego jednostce mogą być bardzo potrzebne. W rozwinięciu powyższego przedmiotowy kształt kryterium w gorszej sytuacji stawia podmioty, które starają się na bieżąco modernizować stan swoich pojazdów, zaś faworyzują beneficjentów, którzy takich starań nie podejmują. Aspekt ten jest dodatkowo pogłębiany przez kryterium: „Średni wiek wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta”. W ramach tego kryterium wnioskodawcy, którzy poczynili starania i zakupili nowe ambulanse ponownie otrzymają mniej punktów, niż wnioskodawcy którzy tego nie robią.
9.	Nazwa kryterium: <u>Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium niesie ze sobą istotną wartość merytoryczną i znacząco różnicuje projekty. Określenie aktualnego przebiegu ambulansów jest ważnym elementem służącym możliwości skierowania strumienia wsparcia środkami UE do beneficjentów, którzy dysponują najbardziej wyeksploatowanym taboru. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (zakup nowych ambulansów będzie wpływał na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w przybliżony sposób ocenić skalę potrzeb wnioskodawcy na doposażenie ambulansu/ów). Kryterium w sposób bezpośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 1, 2, 3,4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów

	działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Dyskusyjnym może wydawać się kwestia oceny tego, czy przebieg ambulansu/ów jest odpowiednim miernikiem „skali potrzeb modernizacji taboru”. Możliwym bowiem jest, iż część ambulansów przechodziła np. gruntowne naprawy (np. remont silnika). W takim przypadku przebieg samochodów będzie trudno porównywalny. Trudno jednak wskazać kryterium bardziej adekwatne. Przebieg ambulansu na potrzeby oceny kryterium był liczony od daty produkcji pojazdu. Nie jest w sposób wystarczająco precyzyjnie określone, jak wnioskodawca powinien rozumieć wymianę pojazdów (kwestię omówiono w ramach oceny powyższego kryterium). Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Określone przedziały punktowe powodują, iż mierzalność kryterium jest należyta. W trakcie badań terenowych respondenci zwracali uwagę na fakt, iż bardzo łatwym jest w dobie aktualnie istniejących technicznych możliwości nieuczciwe ingerowanie w wartość przebiegu pojazdu. Trudno jednakże w tym aspekcie znaleźć rozwiązanie umożliwiające wiarygodne zweryfikowanie przebiegu pojazdu. Zgodnie z treścią regulaminu konkursu, miernikiem średniego przebiegu ambulansu miała być poświadczona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu potwierdzającego systematyczny wzrost przebiegu pojazdu/pojazdów (dane za 12 miesięcy). W przypadku, gdy wnioskodawca nie prowadził takiego rejestru, wartości musiały być w pewien sposób „odtworzane” wstecz. Nie zostało określone, jak taki dokument powinien zostać opracowany / jak powinien wyglądać (utrudniało to ekspertom ZOP weryfikację dokumentacji aplikacyjnej przedkładanej przez wnioskodawców). Bardzo dobrze należy ocenić szczegółowe wskazanie punktu, do którego odnoszony będzie średni przebieg wymienianych pojazdów (przebieg pojazdu ma być udokumentowany „według stanu na dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po złożeniu wniosku o dofinansowanie lub według stanu na dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu”). Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium nie jest wystarczająco sprawiedliwe z punktu widzenia podmiotów, które nie wymieniają pojazdów, a je nabywały w ramach konkursu (po raz pierwszy do danej jednostki). W takim układzie wnioskodawca nie otrzyma żadnego punktu, mimo iż ambulans/e w jego jednostce mogą być bardzo potrzebne. W rozwinięciu powyższego przedmiotowy kształt kryterium w gorszej sytuacji stawia podmioty, które starają się na bieżąco modernizować stan swoich pojazdów, zaś faworyzują beneficjentów, którzy takich starań nie podejmują (ten pierwszy typ wnioskodawcy będzie miał „niższe rejestrowane wartości przebiegu swoich ambulansów”). Aspekt ten jest dodatkowo pogłębiany przez kryterium: „Średni przebieg wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta”. W ramach tego kryterium wnioskodawcy, którzy poczynili starania i zakupili nowe ambulanse ponownie otrzymają mniej punktów, niż wnioskodawcy którzy tego nie robią.
10.	Nazwa kryterium: <u>Średni wiek wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta</u> Ocena dokonana została w ramach opisu dla kryterium: <u>Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie</u> Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 1, 2, 3,4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
11.	Nazwa kryterium: <u>Średni przebieg wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta</u> Ocena dokonana została w ramach opisu dla kryterium: <u>Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie</u> Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 1, 2, 3,4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów

	działania.
12.	Nazwa kryterium: <u>Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (12 miesięcy)</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia analizowanego działania. Określenie czasu dotarcia ambulansu na miejsce wezwania jest ważnym elementem służącym możliwości skierowania strumienia wsparcia środkami UE do beneficjentów, którzy mają w tym zakresie najgorsze wartości wskaźnika. Zasadniczo jednak o czasie dotarcia na miejsce interwencji decydują także inne czynniki, takie jak problem kongestii na terenie miasta itp. Można jednakże przyjąć, iż odpowiednia ilość ambulansów będzie sprzyjała temu, że obserwowana będzie poprawa wartości wskaźnika. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (skrócenie czasu dotarcia na miejsce interwencji wpływać będzie na poprawę dostępności usług medycznych dla społeczeństwa). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w przybliżony sposób ocenić skalę potrzeb wnioskodawcy na doposażenie ambulansu/ów). Kryterium w sposób bezpośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 1, 2, 3,4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje istotnych zastrzeżeń odnośnie zrozumiałości kryterium. Alternatywnie do określenia mediany czasu dotarcia ambulansów na miejsce interwencji ocenie mogła podlegać średnia czasu na dotarcie ambulansów na miejsce zdarzenia. Wydaje się, iż byłaby bardziej trafnym założeniem, gdyż odzwierciedlałaby faktycznie obserwowaną średnią ilość minut, jaka upływa na dotarcie ambulansu do miejsca zdarzenia. Przykładowo w innych kryteriach (np. w ramach konkursu 2/2008) oceniana była „średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy”, nie zaś mediana. Takie założenie wydaje się być bardziej trafne / lepiej odzwierciedlające stan faktyczny. Mediana będzie w pewnym innym ujęciu prezentowała czas dotarcia ambulansów, jednakże będzie to „wartość środkowa” w zbiorze danych (wartość cechy w szeregu uporządkowanym, powyżej i poniżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji). Bardziej praktyczna byłaby średnia liczba minut na czas dotarcia ambulansu. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń odnośnie mierzalności kryterium. Drobne zastrzeżenie budzi natomiast fakt, iż w ramach dokumentacji konkursowej nie określono aktualnego odnośnik do właściwej publikacji GUS, w której to liczebność mieszkańców zostałaaby wskazana (tak by nie było żadnych wątpliwości interpretacyjnych). • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących sprawiedliwości kryterium.
13.	Nazwa kryterium: <u>Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium niesie ze sobą istotną wartość merytoryczną. Oceniana była racjonalność realizacji inwestycji objętej projektem w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego, na podstawie wskaźnika liczby ambulansów do liczby zespołów ratownictwa medycznego (po zrealizowaniu projektu). Określenie powyższego pozwala na skierowanie strumienia wsparcia środków UE do beneficjentów, którzy mają najmniej korzystny stosunek liczby ambulansów do liczby zespołów ratownictwa medycznego. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (zakup nowych ambulansów przez wnioskodawców, którzy mają najmniej korzystną wartość wskaźnika będzie wpływał na realizację zamierzonych celów). Ocena wskaźnika liczby ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w stosunku do liczby zespołów ratownictwa medycznego pozwalała premiować beneficjentów z faktycznym deficytem liczby ambulansów. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w przybliżony sposób ocenić skalę potrzeb wnioskodawcy na doposażenie ambulansu/ów). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 0, 4) na 103 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich

	kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących sprawiedliwości kryterium.
--	--

	Działanie 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych Konkurs 2/2008
1.	Nazwa kryterium: <u>Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 2, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
2.	Nazwa kryterium: <u>Racjonalność i kompletność harmonogramu działań</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
3.	Nazwa kryterium: <u>Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 3 (waga 1, zakres 0, 1, 2, 3) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
4.	Nazwa kryterium: <u>Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 10 w tym: poziom zobowiązań wymagalnych 6 (waga 2, zakres 0, 1, 3) oraz rentowność 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów).
5.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
6.	Nazwa kryterium: <u>Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
7.	Nazwa kryterium: <u>Kompleksowość projektu</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów).

	kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
8.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność energetyczna projektu</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 2, zakres 0, 1) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
9.	Nazwa kryterium: <u>Struktura ZOZ</u> Trafność: <u>wysoka</u> Kryterium niesie ze sobą istotną wartość merytoryczną. Oceniana była struktura ZOZ w zakresie kompleksowości oferty medycznej placówki. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (kompleksowość oferty medycznej placówki wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, który wnioskodawca prowadzi najbardziej kompleksową ofertę i udzielone wsparcie będzie mogło mieć najszerszą skalę oddziaływania przez wsparcie wielu oddziałów / ośrodków referencyjnych). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 34 na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów), w tym: za posiadanie w swej strukturze oddziału anestezjologii i intensywnej terapii 16 (waga 4, zakres 0, 4) oraz 18 (waga 1, zakres 3) za każdy z sześciu oddziałów / ośrodków referencyjnych (1. ośrodek leczenia udarów, 2. ośrodek leczenia ostrych zespołów wieńcowych, 3. oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, 4. oddział oparzeń, 5. oddział chirurgii ręki, 6. oddział toksykologiczny). Waga i punktacja kryterium (w tym podkryteriów) w sposób nieznacznie nadmierny umożliwiały pozyskanie punktów do listy rankingowej (punktacja/wagi noszą znamiona nadmiernie przeszacowanych i zawyżających ich znaczenie z perspektywy celów działania). Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń do przedmiotowego kryterium w zakresie jego zrozumiałości. W ramach podkryterium pierwszego oceniano, czy: „zakład, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy posiada w swej strukturze oddział anestezjologii i intensywnej terapii”, natomiast w drugim, czy: „szpitalny oddział ratunkowy posiada w swej strukturze oddział lub ośrodek referencyjny: 1. ośrodek leczenia udarów, 2. ośrodek leczenia ostrych zespołów wieńcowych, 3. oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, 4. oddział oparzeń, 5. oddział chirurgii ręki, 6. oddział toksykologiczny”. <u>Zalecenie:</u> Proponuje się odstępianie od oceny elementów wynikających wprost z przepisów prawa (nie jest bowiem możliwe, aby w ramach SOR nie było przykładowo oddziału anestezjologii i intensywnej terapii). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, SOR organizowane są w szpitalach, w których znajdują się co najmniej: - oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział chirurgii dziecięcej; - oddział chorób wewnętrznych, a w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci – oddział pediatrii; - oddział anestezjologii i intensywnej terapii; - pracownia diagnostyki obrazowej. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało większych beneficjentów, posiadających w swoich strukturach największą liczbę oddziałów / ośrodków referencyjnych (co do zasady szpitale powiatowe były defaworyzowane).
10.	Nazwa kryterium: <u>Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy</u> Trafność: <u>wysoka</u> Oceniana była liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez SOR. Kryterium należy uznać za trafne w kontekście planu wspierania beneficjentów, którzy świadczą usługi medyczne na rzecz znaczącej liczby pacjentów (większe ośrodki, w większych miastach). Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (liczba pacjentów którym udzielono pomocy medycznej wpływała na realizację zamierzonych celów).

	Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, który wnioskodawca udziela wsparcia największej grupie ludzi i tym samym dzięki czemu udzielone wsparcie będzie mogło mieć najszerszą skalę oddziaływania). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 4, zakres 0, 2, 3) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało wnioskodawców z większych miast (szpitale powiatowe były defaworyzowane). Należałoby się zastanowić nad wprowadzeniem odniesienia kryterium do np. specyfiki regionu, na terenie którego funkcjonuje (np. wielkości gminy / powiatu). W takim przypadku trudno mówić o wyrównywaniu szans w dostępie do środków finansowych. W wyniku stosowania tego kryterium szanse na pozyskanie dofinansowania przez wnioskodawcę determinowała nie rzeczywista skala potrzeb inwestycyjnych w danej jednostce, lecz pośrednio wielkość prowadzonej placówki.
11.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność zakładu opieki zdrowotnej</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 0, 2, 3, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
12.	Nazwa kryterium: <u>Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału ratunkowego wynosi (po drogach publicznych).</u> • Trafność: <u>wysoka</u> Przedmiotowe kryterium odwołuje się do zagadnienia szeroko pojętych potrzeb systemowych w ujęciu regionalnym. Ma ono znaczenie w kontekście konieczności uzupełniania luk w istniejącym systemie ochrony zdrowia. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (liczba pacjentów którym udzielono pomocy medycznej wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, którzy wnioskodawcy znajdują się w odpowiedniej lokalizacji od sąsiedniego SOR. W ten sposób większą szansę na pozyskanie finansowania miały podmioty, które znajdowały się w jak największej odległości od sąsiedniego SOR). Kryterium nie uwzględniało tego, iż w ramach przedmiotowego konkursu inny wnioskodawca mógł aplikować o utworzenie SOR, w skutek czego w niedługiej perspektywie czasu odległość od sąsiedniego SOR ulegnie diametralnej zmianie. Uwzględnienie tego aspektu wydaje się być bardzo trudne w procedurze konkursowej, gdyż niemożliwe jest w niej określenie, który wnioskodawca ostatecznie pozyska finansowanie na realizację swojego projektu. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: w miastach powyżej 200 000 mieszkańców 4 (waga 1, zakres 1, 2, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów), w miastach poniżej 200 000 mieszkańców 16 (waga 4, zakres 2, 3, 4). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania (wspieranie SOR na obszarach o mniejszej liczbie mieszkańców oraz większej odległości od innych SOR). • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało beneficjentów z miejscowości o liczbie mieszkańców poniżej 200 tys.
13.	Nazwa kryterium: <u>Dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze</u> • Trafność: <u>niska</u> Kryterium merytorycznie zbliżone do opisywanego powyżej (odległość od sąsiedniego SOR). W ramach

	kryterium oceniana była liczba SOR w mieście. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego sprzyja wyrównywaniu szans ludzi w dostępie do służby zdrowia). Kryterium nie wydaje się być zasadne do stosowania. Kryterium należy uznać za powielające kryterium „odległość od sąsiedniego SOR”. W ocenie ewaluatora trafność z tej perspektywy należy uznać za niską. Większa liczba SOR w mieście dotyczyć może dużych miast, takich jak Warszawa, Kraków itp. (miast powyżej 200 tys. mieszkańców). Wnioskodawcy z tych obszarów już w ramach poprzedniego kryterium mieli utrudnioną szansę na pozyskanie punktów do rankingu za bardzo zbliżony obszar merytoryczny. Ponadto nie wydaje się zasadne „piętnowanie” wnioskodawców z dużych miast, gdyż gęstość zaludnienia tych obszarów jest tak duża, iż naturalną konsekwencją tego jest funkcjonowanie większej liczby SOR w mieście. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 8 (waga 2, zakres 0, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało beneficjentów z miast o liczbie SOR nie większej niż 1.
14.	Nazwa kryterium: <u>Lokalizacja inwestycji</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium niesie ze sobą istotną wartość merytoryczną. Oceniany był charakter i kierunek planowanego do realizacji projektu (w kluczowych dla IOK obszarach). Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (kompleksowość oferty medycznej oraz jej ukierunkowanie w kluczowych dla ratownictwa medycznego obszarach wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ukierunkować wsparcie w kluczowych dla ratownictwa medycznego obszarach). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 22 (waga 1, zakres od 1 do 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> W trakcie prowadzonych badań terenowych wnioskodawcy zgłaszali, iż napotykali na trudności z zakwalifikowaniem „lokalizacji swojej inwestycji” do wykazanych w kryterium obszarów: 1. segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; 2. resuscytacyjno-zabiegowy; 3. wstępnej intensywnej terapii; 4. terapii natychmiastowej; 5. obserwacji; 6. konsultacyjnego; 7. laboratoryjno-diagnostyczny; 8. stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego. <u>Zalecenie:</u> sugerowanym byłoby uszczegółowienie opisów funkcjonalności wykazanych obszarów, tak by wnioskodawcy mogli łatwo zakwalifikować swój projekt do odpowiedniej kategorii. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje istotnych zastrzeżeń dotyczących obiektywności kryterium. Potrzeby inwestycyjne wnioskodawców mogły być różnorodne. Zasadniczo największe szanse na pozyskanie dofinansowania miały podmioty, których „lokalizacja inwestycji” dotyczyła obszarów: resuscytacyjno-zabiegowego; wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej.
15.	Nazwa kryterium: <u>Lokalizacja szpitalnego oddziału ratunkowego względem przebiegu tras A</u> • Trafność: <u>niska</u> Kryterium miało na celu oceniać położenie SOR przy określonym rodzaju dróg i w oparciu o ten czynnik przyznawać punktację na etapie oceny merytorycznej I stopnia. Projektom położonym przy drogach wyższego rzędu przyznawana była większa liczba punktów. Należy stwierdzić, iż stosowanie tego kryterium nie było uzasadnione z merytorycznego punktu widzenia.

	O ile aspekt dostępności SOR uznać należy za istotny, o tyle nie powinien on stanowić o różnicowaniu projektów. Premiowanie lepszego położenia SOR względem dróg określonej kategorii w żaden sposób nie przekładało się na ocenę trafności zakresu projektu w kontekście istniejących w regionie potrzeb ratownictwa medycznego. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby oceniać negatywnie dostępność SOR tylko dlatego, iż znajduje się przy drodze niższej kategorii (choć de facto może to być np. nowoczesna droga gminna czy powiatowa, która w danej lokalizacji przy danym natężeniu ruchu zapewnia zdecydowanie wyższą dostępność transportową, niż np. droga wyższej kategorii w dotkniętym problemem kongestii dużym mieście). Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (dostępność oferty medycznej wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się nie być zasadne do stosowania. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 8 (waga 2, zakres od 1 do 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium jest zbyt wysoka z perspektywy charakteru kryterium oraz jego „wpisywania się” w cele działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> Kryterium nie posiada waloru zrozumiałości z uwagi na fakt, iż nie określono precyzyjnie, jak należy rozumieć lokalizację SOR przy określonym typie dróg. Można wyobrazić sobie sytuację, w której np. SOR znajduje się na skrzyżowaniu dwóch typów dróg. Powstawać wówczas mogły uzasadnione wątpliwości w zakresie tego, do którego typu drogi należy przyporządkować lokalizację SOR. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>przeciętna</u> Brak precyzyjnych objaśnień niezbędnych do uzyskania weryfikowalności przez przedmiotowe kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium premiowało SOR położone przy drogach wyższej kategorii.
16.	Nazwa kryterium: <u>Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego</u> • Trafność: <u>wysoka</u> Kryterium miało na celu ocenić lokalizację inwestycji z punktu widzenia dostępności SOR dla LPR. Kryterium co do zasady uznać należy za trafne z punktu widzenia „wzmacniania” dostosowywania SOR do spełniania przez nie warunków prawnych, do poprawy dostępności SOR oraz odpowiednio szybkiej możliwości transportu osób znajdujących się w stanie zagrożenia zdrowia / życia. Negatywnie należy ocenić brak różnicowania charakteru planowanych typów inwestycji (brak różnicowania na poziomie kryterium tego, czy projekt dotyczy robót budowlanych w zakresie lądowiska dziennego czy nocnego lub robót budowlanych mających na celu przystosowanie lądowiska dziennego do lądowania w warunkach nocnych). Dodatkowo, nie wydaje się być zasadne, aby SOR który posiada lądowisko w takiej odległości, że możliwe jest przyjęcie osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego, miał otrzymać dwukrotnie mniej punktów w ramach oceny merytorycznej, niż projekt, który będzie dotyczył budowy lub remontu lądowiska dla helikopterów służącego dostępności do SOR. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (dostępność oferty medycznej wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ukierunkować wsparcie na kluczowe dla ratownictwa medycznego obszary oraz poprawić jakość i dostępność świadczonych usług). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 8 (waga 2, zakres 0, 1, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium premiowało takich wnioskodawców, którzy planowali budowę lub remont lądowiska dla helikopterów służącego dostępności do SOR (zaś w gorszym położeniu stawiało wnioskodawców posiadających lądowiska).

17.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
18.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego</u> Szczegółowa ocena adekwatna analogicznie w stosunku do opisu dla kryterium: „Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy” dokonanej w ramach Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 6 (waga 2, zakres 0, 1, 3) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
19.	Nazwa kryterium: <u>Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 16 (waga 4, zakres 0, 2, 3, 4) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
20.	Nazwa kryterium: <u>Działalność badawczo-naukowa beneficjenta</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 4, zakres 0, 1) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
21.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność techniczna i/technologiczna</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 6 (waga 3, zakres 0, 2) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
22.	Nazwa kryterium: <u>Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych</u> Szczegółowa ocena została dokonana w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 2, zakres 0, 1) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
23.	Nazwa kryterium: <u>Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk (dotyczy projektów przewidujących roboty budowlane w zakresie lądowisk dla helikopterów)</u> Trafność: <i>wysoka</i> Kryterium zasadniczo stanowi powielenie zagadnień z zakresu kryterium „Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego”. Kryterium miało ocenić zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk w odniesieniu do możliwości nocnego lądowania. Należałoby rozważyć, czy wszystkie inwestycje wspierane w ramach tego konkursu nie powinny zapewniać możliwości nocnego lądowania. Z punktu widzenia przydatności istnienia takiego lądowiska w perspektywie czasu, pozbawienie nowej inwestycji możliwości pełnej funkcjonalności w skali całego dnia (tj. także w porze nocnej) nie wydaje się być zasadne. Kryterium co do zasady uznać należy za trafne z punktu widzenia „wzmocnienia” dostosowywania SOR do spełniania przez nie warunków prawnych, do poprawy dostępności SOR oraz odpowiednio szybkiej możliwości transportu osób znajdujących się w stanie zagrożenia zdrowia / życia (możliwość nocnego lądowania). Zasadniczo kryterium to powinno być zagregowane z kryterium „Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego”, w ramach którego aspekt możliwości nocnego lądowania powinien zostać wyszczególniony. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (dostępność oferty medycznej

	wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ukierunkować wsparcie na kluczowe dla ratownictwa medycznego obszary oraz poprawić jakość i dostępność świadczonych usług). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 2, zakres 0, 2) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących sprawiedliwości kryterium.
24.	Nazwa kryterium: <u>Lokalizacja lądowiska</u> • Trafność: <i>niska</i> Kryterium miało na celu ocenić lokalizację lądowiska w zakresie spełnienia wymogów określonych w obowiązujących przepisach. Kryterium merytorycznie było bardzo zbliżone do kryterium „lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego”. Fakt ten należy ocenić negatywnie (powielanie się wybranych elementów jakościowych projektu w różnych kryteriach oceny i wyboru projektów). W opinii ewaluatora projekt, którego lądowisko objęte zakresem rzeczowym nie spełnia i nie będzie spełniać w wyniku realizacji inwestycji wymogu przyjęcia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego nie powinien otrzymać dofinansowania. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (dostępność oferty medycznej wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium nie wydaje się być zasadne do stosowania. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 8 (waga 4, zakres 0, 2) na 201 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>niska</i> Kryterium premiowało takich wnioskodawców, którzy planowali budowę lub remont lądowiska dla helikopterów służącego dostępności do szpitalnego oddziału ratunkowego (zaś w gorszym położeniu stawiało wnioskodawców posiadających lądowiska).
	Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych Konkurs 1/2010
1.	Nazwa kryterium: <u>Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działanie 12.1 - Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego - Konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 2, 4) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Uzupełniająca ocena: • Zrozumiałość / precyzyjność: Pozytywnie należy ocenić przededefiniowanie opisu kryterium (względem konkursów z 2008 r.). Pierwotnie oceniane było: czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są niezbędne z punktu widzenia zakładanych celów projektu. Bardziej precyzyjne jest ocenianie zasadności (inwestycje niezbędne warunkować by mogły powodzenie realizacji projektu).

2.	Nazwa kryterium: <u>Racjonalność i kompletność harmonogramu działań</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Uzupełniająca ocena: • Zrozumiałość / precyzyjność: Pozytywnie należy ocenić uszczegółowienie zasad oceny kryterium (względem konkursów z 2008 r.). Pierwotnie oceniane było: czy harmonogram jest kompletny i racjonalny. Nie określono jednak miary kompletności. Uszczegółowienie polegało na ocenie tego czy harmonogram zawiera wyszczególnienie elementów projektu oraz kwot wydatków kwalifikowanych.
3.	Nazwa kryterium: <u>Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 3 (waga 1, zakres 0, 1, 2, 3) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
4.	Nazwa kryterium: <u>Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 16 w tym: <u>poziom zobowiązań wymagalnych</u> 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2), <u>rentowność</u> 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2), <u>stosunek kosztów do przychodów</u> 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2), <u>płynność finansowa</u> 4 (waga 2, zakres 0, 1, 2) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium w bardzo dużym stopniu oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania, niemniej jednak ilość punktów możliwa do zdobycia za to kryterium w kontekście celów świadczenia usług przez wnioskodawców wydaje się być zbyt wysoka (zasadnym wydaje się większe uwzględnienie potrzeb społecznych, a nie finansowych i ekonomicznych). Uzupełniająca ocena: • Trafność: Pozytywnie należy ocenić przededefiniowanie zasad oceny podkryterium „poziom zobowiązań wymagalnych” (względem konkursów z 2008 r.). Pierwotnie oceniany był: Udział zobowiązań wymagalnych w stosunku do wartości kontraktowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na dany rok. Zapis ten zmieniono na ocenę: Stosunek zobowiązań wymagalnych do przychodów netto ze sprzedaży produktów na dany rok (wartość zobowiązań wymagalnych na koniec roku ubiegłego/przychody netto ze sprzedaży produktów w roku ubiegłym). Zaktualizowany zapis w pełniejszym stopniu uwzględnia kondycję finansową ocenianego podmiotu. Wprowadzono dwa nowe podkryteria dotyczące oceny sytuacji finansowej: 1) stosunek kosztów do przychodów zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie oraz 2) płynność finansową zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie. Powyższe skutkowało tym, iż znaczenie kryterium sytuacji finansowej nabrało dużego znaczenia dla kształtu list rankingowych.
5.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Uzupełniająca ocena: • Trafność: Pozytywnie należy ocenić wprowadzanie do oceny kryterium oprócz kosztorysu kalkulacji kosztów dla projektu. Kalkulacja kosztów jest dokumentem mniej formalnym od kosztorysu. Przy przedkładaniu kalkulacji kosztów należało podać metodologię według której obliczono w niej poszczególne pozycje kosztowe.

6.	Nazwa kryterium: <u>Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 4) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
7.	Nazwa kryterium: <u>Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: 12 (waga 1, zakres 0, 1, 2, 3) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
8.	Nazwa kryterium: <u>Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: w miastach powyżej 200 000 mieszkańców 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów), w miastach poniżej 200 000 mieszkańców 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania (wspieranie SOR na obszarach o mniejszej liczbie mieszkańców oraz większej odległości od innych SOR).
9.	Nazwa kryterium: <u>Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniana była możliwość transportu pacjenta pomiędzy poszczególnymi oddziałami ZOZ (neurochirurgia, chirurgia klatki piersiowej, kardiologia interwencyjna, chirurgia naczyniowa, kardiologia interwencyjna) oraz miejscem udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki tomografii komputerowej bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Kryterium należy uznać za trafne w kontekście planu wspierania beneficjentów, którzy świadczą określone w kryteriach „kompleksowe” i priorytetowe dla zdrowia i życia ludzi usługi medyczne w jednym miejscu. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (dostępność do podstawowej działalności opieki zdrowotnej dla pacjentów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, którzy wnioskodawcy dysponują możliwością realizacji priorytetowych świadczeń dla pacjentów). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 3 (waga 3, zakres 0, 1) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało beneficjentów udzielających określonych świadczeń w sposób kompleksowy w jednym miejscu działalności (preferowanie wnioskodawców świadczących usługi z zakresu tomografii oraz wybranych dziedzin medycyny).

10.	Nazwa kryterium: <u>Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej</u> Trafność: <u>wysoka</u> Kryterium niesie ze sobą istotną wartość merytoryczną. Oceniana była struktura ZOZ w zakresie kompleksowości oferty medycznej placówki: 1) zakres udzielanych przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej w określonych dziedzinach medycyny oraz udzielanie przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki tomografii komputerowej. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu (kompleksowość oferty medycznej placówki wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, który wnioskodawca prowadzi najbardziej kompleksową ofertę i udzielone wsparcie będzie mogło mieć najszerzą skalę oddziaływania przez wsparcie wielu oddziałów / ośrodków referencyjnych). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 13 na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów), w tym: za posiadanie w swej strukturze określonych dziedzin medycyny 10 (waga 2, zakres 0, 1) oraz za udzielanie świadczeń w zakresie diagnostyki tomografii komputerowej 3 (waga 3, zakres 1). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało beneficjentów udzielających określonych świadczeń (preferowanie wnioskodawców świadczących usługi z zakresu tomografii oraz wybranych dziedzin medycyny).
11.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: 1 (waga 1, zakres 0, 1) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
12.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1, 2) 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
13.	Nazwa kryterium: <u>Działalność badawczo-naukowa wynikająca z jego statutu</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: 1 (waga 1, zakres 0, 1) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich

	kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Uzupełniająca ocena: Zrozumiałość / precyzyjność: Pozytywnie należy ocenić uszczegółowienie kryterium (względem konkursów z 2008 r.). Pierwotnie niezbyt precyzyjnie określone było w oparciu o jakie kryterium oceniane będzie prowadzenie działalności badawczo-naukowej. W konkursie 1/2010 doprecyzowano, iż ocena ta będzie prowadzona w oparciu o statut ZOZ. Zwiększyło to precyzyjność opisu kryterium oraz jego oceny.
14.	Nazwa kryterium: <u>Efektywność techniczna i/lub technologiczna</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 6 (waga 3, zakres 0, 2) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
15.	Nazwa kryterium: <u>Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego</u> Szczegółowa ocena omówiona w ramach Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: 6 (waga 3, zakres 0, 2) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.
16.	Nazwa kryterium: <u>Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium miało na celu ocenić liczbę zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko. Projektom których lądowisko będzie obsługiwało więcej niż 1 ZOZ przyznawana była wyższa wartość punktów. Trafność kryterium należy ocenić jako wysoką (umożliwiała objęcie oddziaływaniem realizowanego projektu większej liczby SOR, a przez to podnieść dostępność oraz jakość świadczonych usług medycznych). Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (poprawa dostępności oferty medycznej wpływała na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania. Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 2 (waga 1, zakres 0, 1) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Kryterium preferowało wnioskodawców, którzy z uwagi na istnienie oraz lokalizację przestrzenną innych SOR są w stanie przy pomocy realizacji swojego projektu (budowa lądowiska) objąć je oddziaływaniem tej inwestycji.
17.	Nazwa kryterium: <u>Stopień gotowości projektu do realizacji</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium miało na celu ocenić poziom zaawansowania przygotowań wnioskodawcy do realizacji projektu. Największą liczbę punktów wnioskodawca mógł otrzymać za dysponowanie projektem budowlanym lub remontowym w zakresie lądowiska, kosztorysem inwestorskim oraz pozwoleniem na budowę (na dzień składania WoD). Kryterium należy uznać za trafne. Stanowi ono w pewnym stopniu odzwierciedlenie dużych potrzeb oraz determinacji wnioskodawcy do realizacji projektu (poniesione zostały nakłady na przygotowanie dokumentacji, koncepcja projektu jest dobrze zdefiniowana). Po uzyskaniu dofinansowania taki projekt ma szansę być szybko zrealizowany. Z perspektywy IOK jest to bardzo pozytywna informacja (stwarza możliwość szybszej kontraktacji środków oraz ich rozdysponowania i rozliczenia).

	Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (wysoki stopień gotowości projektu do realizacji będzie sprzyjać szybszemu wdrożeniu projektów i tym samym poprawie dostępności oferty medycznej, która przełoży się na realizację zamierzonych celów). Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby poprawić jakość i dostępność świadczonych usług przez ukierunkowywanie wsparcia na projekty znajdujące się w zaawansowanym stadium konceptualizacji). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 4 (waga 1, zakres 0, 2, 4) na 83 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Pewne wątpliwości budzi sformułowanie „dysponowania pozwoleniem na budowę”. Nie określono wystarczająco precyzyjnie, czy pozwolenie ma być uprawomocnione. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Kryterium premiowało takich wnioskodawców, którzy podjęli starania na rzecz pozyskania dokumentów takich jak: projekt budowlany, kosztorys inwestorski czy pozwolenie na budowę. Pośrednio tego typu przygotowania mogą realizować podmioty z odpowiednią sytuacją finansową (opracowanie projektu budowlanego często stanowi istotne obciążenie budżetu dla wnioskodawców / podmiotów świadczących usługi w sektorze ochrony zdrowia).
--	--

Poniżej omówione zostały wybrane kryteria merytoryczne I stopnia różnicujące projekty indywidualne w zakresie:

- Budowy i remontu baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,
- Rozbudowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych,
- Budowy i wyposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Działanie 12.1 „Budowa i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego” (projekty indywidualne)	
1.	Nazwa kryterium: <u>Ważność projektu z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> W ramach przedmiotowego kryterium ocenie podlega, czy cel realizacji projektu jest spójny z założeniami polityki zdrowotnej państwa oraz czy ma znaczenie z punktu widzenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce. Kluczową kwestią kryteriów merytorycznych I stopnia powinna być jakościowa ocena wymiaru projektu oraz wpisywania się tego projektu w potrzeby określone w dokumentach strategicznych. Z tej perspektywy trafność stosowanie tego kryterium należy szczególnie uzasadnić. Kryterium w sposób bezpośredni odnosi się do celów działania / Programu. Jego stosowanie wydaje się być w pełni uzasadnione (aby móc w sposób jakościowy ocenić czy projekt wpisuje się w politykę zdrowotną Państwa). Kryterium w sposób bezpośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 0, 2, 4). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> W sposób niewystarczająco precyzyjny opisano w jakie konkretnie kluczowe elementy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego projekt powinien się wpisywać. Nie dość precyzyjnie określono jak należy rozumieć posiadanie przez projekt cech „charakteru priorytetowego”. Fakt ten utrudniał przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej wnioskodawcom, a także późniejszą jej ocenę przez CSIOZ. Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy mierzalność kryterium powinna zostać uznana za niską. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy obiektywność kryterium powinna zostać uznana za niską.
2.	Nazwa kryterium: <u>Ważność projektu z punktu widzenia organizacji Euro 2012</u> Trafność: <u>wysoka</u> W ramach kryterium ocenie podlegało, czy projekt będzie miał znaczenie w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności podczas organizacji Euro 2012. Ocenianie aspektu istotności realizacji projektu

	z perspektywy tak dużej imprezy jaką było Euro 2012, uznać można za zasadne (napływ ludności, perspektywa intensyfikacji przemieszczania się itp.). Przygotowanie służby ochrony zdrowia stanowiło jeden z kompleksowych elementów przygotowania kraju do organizacji Euro 2012. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (przygotowanie systemu służby zdrowia na wzrost liczby osób wizytujących kraj wpływała na realizację zamierzonych celów). Stosowanie kryterium uznać należy za zasadne (aby móc w sposób jakościowy ocenić, który wnioskodawca będzie w stanie w kompleksowy sposób przygotować swoją placówkę do potrzeb organizacji istotnej dla kraju imprezy sportowej). Premiowanie projektów mających znaczenie dla organizacji Euro 2012 przyczyniało się do przygotowania infrastruktury systemu ochrony zdrowia w kraju do udzielenia wsparcia największej grupie ludzi i tym samym dzięki czemu udzielone wsparcie będzie mogło mieć najszerszą skalę oddziaływania). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 8 (waga 2, zakres 0, 2, 4). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Nie wskazano w jaki precyzyjnie sposób określane będzie, czy projekt ma kluczowe czy też ograniczone znaczenie w organizacji Euro 2012. Czy kluczowe znaczenie będą miały projekty realizowane w miastach, w których organizowane będą rozgrywki w ramach imprezy? Czy projekty znajdujące się na trasach pomiędzy miastami w których rozgrywane będą mecze? Fakt ten utrudniał przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej wnioskodawcom, a także późniejszą jej ocenę przez CSIOZ. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>przeciętna</u> Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy mierzalność kryterium powinna zostać uznana za niską. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy obiektywność kryterium powinna zostać uznana za niską.
--	--

Działanie 12.1 Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych (tryb indywidualny)	
	Nazwa kryterium: <u>Obszar działania Centrum Urazowego</u> • Trafność: <u>niska</u> W ramach przedmiotowego kryterium oceniany był obszar działania CU w zakresie populacji zabezpieczanej w zakresie świadczeń zdrowotnych. Powstanie CU zostało przewidziane w wyniku nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z tej perspektywy różnicowanie projektów w zakresie obszaru działania CU względem populacji zabezpieczanej w zakresie świadczeń zdrowotnych nie wydaje się być trafne. Kryterium w sposób pośredni odnosi się do celów działania / Programu (wspieranie projektów umożliwiających objęcie świadczeniami zdrowotnymi CU jak największej populacji ludności). Kryterium w sposób pośredni przyczynia się do realizacji wskaźników programu / działania. Maksymalna punktacja: 12 (waga 3, zakres 2, 4), na 127 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> W sposób niewystarczająco precyzyjny opisano, w jaki konkretnie sposób określany ma być obszar oddziaływania CU. Fakt ten utrudniał przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej wnioskodawcom, a także późniejszą jej ocenę przez CSIOZ. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>niska</u> Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy mierzalność kryterium powinna zostać uznana za niską. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>niska</u> Z uwagi na nieprecyzyjne zapisy obiektywność kryterium powinna zostać uznana za niską.
1.	
2.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego</u> Szczegółowa ocena została dokonana dla kryterium: „Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej” w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 28 punktów w tym: za działalność dydaktyczną: 12 punktów (waga 3, zakres 0, 1, 2, 3, 4) oraz za staże 16 punktów (waga 2, zakres 0 lub 1 za każdą z 8 dziedzin), na 127 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania.

	Ponadto uzupełniając: Sprawiedliwość / obiektywność: <u>przeciętna</u> Przedmiotowe kryterium niewątpliwie prowadzi do preferencji określonej grupy podmiotów (tj. prowadzących działalność dydaktyczną w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy). Beneficjenci poddawali zasadność stosowania punktacji w oparciu o przyjęty zestaw dziedzin ratownictwa medycznego oraz staży (niepokrywający się).
3.	Nazwa kryterium: <u>Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia przeddyplomowego</u> Szczegółowa ocena została dokonana dla kryterium: „Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej” w ramach opisu dla Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym projekty indywidualne i konkurs 3/2008 Maksymalna punktacja: 16 punktów (waga 4, zakres 0 lub 1 za każdą z 8 dziedzin), na 127 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Ponadto uzupełniając: Sprawiedliwość / obiektywność: <u>przeciętna</u> Przedmiotowe kryterium niewątpliwie prowadzi do preferencji określonej grupy podmiotów (tj. prowadzących działalność dydaktyczną w zakresie kształcenia przeddyplomowego lekarzy). Beneficjenci poddawali zasadność stosowania punktacji w oparciu o przyjęty zestaw dziedzin ratownictwa medycznego.
4.	Nazwa kryterium: <u>Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej</u> Szczegółowa ocena została dokonana dla kryterium: „Struktura ZOZ” w ramach opisu dla Działanie 12.1 - 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych - Konkurs 2/2008 Maksymalna punktacja: 5 (waga 1, zakres od 0 do 1 za każdy oddział), na 127 możliwych do zdobycia (w ramach wszystkich kryteriów). Waga i punktacja kryterium właściwie oddaje jego znaczenie z perspektywy celów działania. Ponadto uzupełniając: Sprawiedliwość / obiektywność: <u>przeciętna</u> Przedmiotowe kryterium niewątpliwie prowadzi do preferencji określonej grupy podmiotów (tj. w swej strukturze określony oddział lub ośrodek referencyjny). Beneficjenci poddawali zasadność stosowania punktacji w oparciu o przyjęty zestaw oddziałów / ośrodków referencyjnych.

3.3 Ocena kryteriów kryteriów formalnych

W niniejszym podrozdziale przedstawiono wyniki analizy kryteriów formalnych, stosowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.

W myśl dokumentu regulującego zasady prowadzenia oceny i wyboru projektów (Załącznik nr 2 do Szczegółowego Opisu Priorytetów PO IiŚ – Organizacja systemu oceny i wyboru projektów), ocena w oparciu o kryteria formalne ma charakter „zero-jedynkowy” tj. weryfikacja dokonywana jest jedynie pod kątem spełnienia bądź niespełnienia danego kryterium. Można nadmienić, iż specyfika analizowanego etapu oceny nawiązuje do wstępnej fazy badania pisma w ramach procedury sądowej lub administracyjnej. Z tej perspektywy, z założenia, powinna to być więc ocena zagadnień podstawowych z punktu widzenia całości prowadzonej oceny (tj. ograniczona do analizy

wniosku aplikacyjnego w zakresie określonych wymogów, bez spełnienia których bardziej szczegółowa analiza byłaby bezprzedmiotowa).

Ocena formalna jest niezbędna z uwagi na fakt, iż informacje zawarte we WoD oraz załącznikach stanowią podstawę dalszej oceny dokumentacji aplikacyjnej. Jednakże, jak wynika z poczynionych obserwacji, część kryteriów formalnych stosowanych w ramach badanych działań posiada charakter quasi-formalny, tj. odnosi się do zagadnień stricte merytorycznych. Ocena takich kryteriów formalnych wymagała bardzo szczegółowego i merytorycznego zagłębiania się w dokumentację aplikacyjną przez pracowników ZOP. W poniższych matrycach w odniesieniu do tych kryteriów sformułowane zostały zalecenia ich modyfikacji (zmiana treści, odstąpienie od stosowania kryterium, przeniesienie oceny danego aspektu na etap oceny merytorycznej).

W trakcie prowadzonych wywiadów pogłębionych, przedstawiciele ZOP wskazywali na obserwację, iż część wnioskodawców, wykorzystując dość liberalne zapisy regulaminów konkursowych, składała niestarannie przygotowane WoD w nadziei, iż pracownicy IOK na etapie oceny formalnej przeprowadzą analizę tego, co i w jaki sposób należy poprawić, by wniosek spełnił formalne minimum.

W matrycy poniżej przedstawiono analizę odnoszącą się do poszczególnych kryteriów formalnych w ramach badanych działań.

1.	Nazwa kryterium: <u>Wniosek złożony w terminie</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium jest kluczowe w przypadku organizacji naboru WoD w formule konkursowej. Termin składania wniosków, w przypadku projektów konkursowych podany jest w ogłoszeniu o naborze wniosków. W przypadku naboru w formule konkursowej nie jest możliwe stosowanie innych kryteriów pozwalających na zakończenie terminu wniosków. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Kryterium jest zrozumiałe i mogło być jednoznacznie interpretowane przez różnych interesariuszy. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było łatwo weryfikowalne (decydował termin wpłynięcia wniosku do właściwej instytucji). Nie stwierdzono by kryterium było uznane za uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. W przypadku zastosowania generatora WoD kwestia terminowości jego złożenia nie musiałaby podlegać weryfikacji przez pracowników IOK. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium jest niewątpliwie obiektywne, pomimo iż nabory wniosków odbywały się w Warszawie (CSIOZ) i z tego względu wnioskodawcy z bardziej odległych miast mogli mieć nawet do kilku dni mniej na prace merytoryczne w zakresie przygotowania WoD. <u>Zalecenie:</u> termin zamknięcia naboru WoD powinien być określony na dzień następny po zwykłym dniu roboczym (np. we wtorek, a nie w poniedziałek). Chodzi o to, iż w praktyce wnioskodawcy z innych miast niż Warszawa w przypadku ogłoszenia terminu w dniu następnym po dniu wolnym od pracy (np. w poniedziałek jak miało to miejsce w przypadku konkursu 2/2008) mają mniej dni na pracę nad WoD. Jak wynika z przeprowadzonych ustaleń, często prace te prowadzone są do ostatniego dnia, a WoD składane w ostatnim możliwym dniu wynikających z regulaminu konkursu.
2.	Nazwa kryterium: <u>Wniosek sporządzono na obowiązującym formularzu</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Stosowanie kryterium jest kluczowe z uwagi na konieczność zapewnienia obiektywnej oceny WoD składanych przez różnych wnioskodawców (informacje przedkładane przez wnioskodawców muszą być przedstawiane w ściśle określony sposób, tak aby mogły być w sposób jednolity i sprawiedliwy oceniane). Wzory obowiązujących dokumentów konkursowych (w tym WoD, wzory załączników, oświadczeń itp.) zamieszczane były m.in. na stronach internetowych właściwych IOK. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Kryterium jest zrozumiałe i mogło być jednoznacznie interpretowane przez różnych interesariuszy.

	• Mierzalność / weryfikowalność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było stosunkowo łatwo weryfikowalne. Nie stwierdzono, by kryterium było uznawane za uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. W przypadku zastosowania generatora WoD kwestia oceny tego kryterium nie musiałaby podlegać weryfikacji przez pracowników IOK. Jednakże należy stwierdzić, iż konstrukcja formularza WoD i załączników nie zawsze w wystarczającym stopniu umożliwia członkom ZOP znalezienie kluczowych informacji na temat ocenianego projektu (np. w zakresie deklarowanych wartości kryteriów). Zalecenie: w tematyce kształtu formularza WoD i załączników zasadne wydaje się rozważenie wprowadzenia dodatkowych obligatoryjnych załączników w zakresie np. wskaźników efektów dla projektów / kryteriów (tak by ułatwić oceniającym dokumentację aplikacyjną znalezienie tych informacji we wniosku). W sektorze energetyki dla PO IIŚ instytucja wdrażająca NFOŚiGW stosowała takie rozwiązanie w zakresie podsumowania kluczowych ustaleń audytów energetycznych w Działaniu 9.3. W trakcie kontaktów z wnioskodawcami badanych działań oraz w wyniku analiz rozwiązań stosowanych w innych Programach Operacyjnych (studium przypadku) ustalono, iż zmiany wzorów formularzy WoD stanowią dla wnioskodawców istotny problem (skutkując koniecznością przystosowywania przygotowanej dokumentacji do nowych wzorów). Zalecenie: Instytucje uczestniczące w procesie przygotowywania przyszłej perspektywy finansowej powinny dużą uwagę poświęcić na opracowanie wzoru formularza WoD (tak aby w możliwie największym stopniu zapobiec wystąpieniu konieczności zmiany formularza WoD, szczególnie w trakcie prowadzonych naborów WoD). Niezbędne wydaje się również ujednolicanie wzorów WoD pomiędzy Instytucjami, by zwiększyć zakres wykorzystywania doświadczeń beneficjentów, co podniesie jakość WoD. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>bardzo wysoka</i> Wszelkie niezbędne dokumenty wymagane do sporządzenia dokumentacji aplikacyjnej (w tym aktualny wzór WoD) były zamieszczane m.in. na stronie internetowej IOK. Zainteresowane aplikowaniem podmioty miały do nich równy dostęp. Wymagało to z ich strony sprawdzenia, czy pracują na aktualnym formularzu.
3.	Nazwa kryterium: <u>Wniosek wypełniony jest w języku polskim</u> • Trafność: <i>bardzo wysoka</i> Kryterium jest istotne z uwagi na konieczność zapewnienia obiektywnej oceny WoD składanych przez różnych wnioskodawców (informacje przedkładane przez wnioskodawców muszą być przedstawiane w ściśle określony sposób). Ustalenie języka, w którym przeprowadzane będą konkursy jest jednak kwestią istotną z uwagi na konieczność prowadzenia naboru w sposób transparentny i sprawiedliwy. • Zrozumiałość / precyzyjność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Kryterium jest zrozumiałe i mogło być jednoznacznie interpretowane przez różnych interesariuszy. Zalecenie: należy uszczegółowić (instrukcja wypełniania WoD, opis kryterium) sposób formułowania wymogu oraz postępowania w sytuacji przytaczania w dokumentacji aplikacyjnej słów i/lub zwrotów obcojęzycznych (np. specjalistyczny sprzęt zagraniczny, opisy techniczne, ew. nazw dokumentów obcojęzycznych, czy ogólnie rzecz biorąc – wykorzystywania słów pochodzących z języków obcych). • Mierzalność / weryfikowalność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było bardzo łatwo weryfikowalne. Nie stwierdzono, by kryterium było uznawane za uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących sprawiedliwości kryterium. Wśród wnioskodawców badanych działań nie znajdowały się podmioty posiadające zagraniczną strukturę kapitałową / zagranicznych właścicieli. W celu umożliwienia członkom ZOP dokonania sprawiedliwej / obiektywnej oceny przedłożonej dokumentacji aplikacyjnej, określenie języka w którym przeprowadzane są konkursy uznać należy za kluczowe.
4.	Nazwa kryterium: <u>Zgodność okresu realizacji z okresem programowym</u> • Trafność: <i>bardzo wysoka</i> Precyzyjne określenie oraz przestrzeganie dopuszczalnego okresu na realizację projektów jest kluczowe

	z punktu widzenia możliwości uzyskania pełnego poziomu współfinansowania z UE (bez konieczności zwrotu środków). Kwestia analizy tego kryterium jest bardzo ważna dla instytucji uczestniczących w procesie wdrażania badanych działań. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Kryterium można ocenić jako zrozumiałe. Zalecenie: w opinii członków zespołu badawczego uzasadnione byłoby uzupełnienie nazwy kryterium (przez dodanie słowa „projektu”), tak by brzmiało ono: Zgodność okresu realizacji projektu z okresem programowym. Tego typu uzupełnienie wydaje się zwiększać zrozumiałość kryterium (kryterium po uszczegółowieniu lepiej tj. w sposób bardziej zrozumiały odzwierciedla powiązanie okresu programowania z okresem realizacji projektu). Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było łatwo weryfikowalne. Nie stwierdzono, by kryterium mogło być uznawane za uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. Niemniej jednak, w przypadku oceny niektórych WoD, weryfikacja zgodności okresu realizacji projektu z okresem programowania zgodnie z dokumentacją przedkładaną we WoD i załącznikach była czasochłonna. W instrukcji do przygotowania WoD w opinii członków zespołu badawczego brakowało informacji na temat tego, iż etap „Etap budowy/realizacji” wypełniany w części D WoD powinien spełniać wymóg kryterium (tj. że projekt musi zakończyć się przed końcem 2015 roku). Beneficjenci sygnalizowali, iż w ich ocenie nie dość precyzyjnie określona została także definicja zakończenia projektu (czy chodzi o np. rzeczowe zakończenie inwestycji, czy także jej rozliczenie tj. opłacenie ostatniej faktury za zrealizowane w projekcie prace na rzecz wykonawcy). Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Z uwagi na wysokie zróżnicowanie typologii projektów, jakie mogły być realizowane w ramach badanych działań PO IIŚ na lata 2007-2013 wskazać można, iż kryterium to w gorszym położeniu stawiało wnioskodawców projektów większych, bardziej skomplikowanych, o niższym stopniu gotowości do realizacji oraz tych, które informacje o możliwości uzyskania dofinansowania na projekt otrzymały z opóźnieniem (np. w skutek aktualizacji list rankingowych). Niemniej jednak oceniając to kryterium z punktu widzenia z góry zdefiniowanego, zamkniętego okresu realizacji Programu, należy uznać je za niezbędne, niezastępowalne oraz tym samym sprawiedliwe.
5.	Nazwa kryterium: <u>Kompletność wniosku</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Określenie oraz przestrzeganie wymaganej formy przygotowania WoD (kompletność wniosku) jest kluczowa biorąc pod uwagę konieczność przeprowadzenia obiektywnej oceny przedkładanych przez wnioskodawców dokumentów. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. W opinii członków zespołu w zakresie zrozumiałości wymagań niezbędnych do spełnienia tego kryterium nie można wskazać na istnienie żadnych obszarów wątpliwości. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było łatwo weryfikowalne. Nie stwierdzono, by kryterium było uznawane za szczególnie uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. Jednakże ustalono, iż w z zakresie tego kryterium ocena elementu „czy wniosek zawiera poprawne wyliczenia arytmetyczne” była dla pracowników ZOP uciążliwa. Umieszczenie tego wymogu na etapie oceny formalnej WoD skutkuje tym, iż członkowie ZOP (bez wcześniejszego sprawdzenia merytorycznej poprawności analizy finansowej) oceniają, czy przykładowo poprawnie wyliczono niezbędne elementy w dokumentacji np. w części finansowej. Jeżeli wnioskodawca popełnił błąd np. w założeniach metodologicznych do prowadzonej analizy, osoby oceniające projekt nie będą w stanie znaleźć tego błędu. Poprawność wyliczeń arytmetycznych w pełnym zakresie nie może się odbyć bez uprzedniego zweryfikowania wyliczeń wynikających z kompleksowej analizy finansowej. Intencją zamieszczenia tego wymogu (poprawność wyliczeń arytmetycznych) było sprawdzenie wyników dodawania i odejmowania w niektórych pozycjach WoD. Weryfikacja wyliczeń arytmetycznych może również zakresem obejmować wyliczenia związane z analizami finansowymi czy ekonomicznymi. Sporo problemów wnioskodawcom przysparza również zaokrąglanie wyliczeń. Przy tym należy zastrzec, że

	weryfikacja wszystkich wyliczeń arytmetycznych w WoD nie wydaje się być zasadna na etapie oceny formalnej. Zalecenie: Warto zatem doprecyzować zapis kryteriów i precyzyjnie wskazać, w których częściach WoD będzie prowadzona weryfikacja wyliczeń arytmetycznych. Należy także precyzyjnie określić, w jaki sposób będą badane wyliczenia arytmetyczne (m.in. metodologia zaokrąglania wartości, do którego miejsca po przecinku wraz z przykładami itp.). Również zbędne wydaje się wymaganie od wnioskodawców, oraz późniejsze weryfikowanie spełniania wymogu „czy wniosek opatrzony jest pieczęcią wnioskodawcy?”. Sam podpis wnioskodawcy na dokumentacji aplikacyjnej powinien być wystarczający (podpis zgodnie z wymogami tj. podpis czytelny, lub np. pieczęć imienna). Zalecenie: wymóg tego kryterium należy doprecyzować przez wskazanie zamieszczenia czytelnej pieczętki (pieczęć może być źle odbita i przez to nieczytelna). Zalecenie: w przyszłym okresie programowania w ramach wdrażania projektów z sektora ochrony zdrowia wnioskodawcy powinni otrzymać (wraz z dokumentacją konkursową) szczegółowy opis sposobu przygotowania dokumentów od strony czysto formalnej (podpisy i ich czytelność, pieczętki). Opis taki powinien zawierać informacje na temat tego, w jaki sposób ma być przygotowany dany dokument (instrukcje oraz wzory w jaki sposób dany dokument ma być podpisany np. oryginały, kopie poświadczające „za zgodność z oryginałem”). Można też wskazać, iż weryfikację np. zgodności / tożsamości wersji papierowej i elektronicznej mógłby ułatwić generator WoD (w oparciu o tzw. sumy kontrolne członkowie ZOP mogliby dokonać oceny występowania zgodności wersji papierowej i elektronicznej). Zdarzało się, iż przedkładane przez wnioskodawców dokumenty były niepodpisane, nieczytelne, niekompletne itp. Zalecenie: W zakresie tożsamości wersji papierowej i elektronicznej warto byłoby określić (w oparciu o listę sprawdzającą) które konkretnie elementy w/w wersji będą ze sobą porównywane (np. nazwa wnioskodawcy itp.). Jak wynika z wywiadów pogłębionych prowadzonych z przedstawicielami ZOP występowały także takie sytuacje, w których to dopiero na etapie oceny merytorycznej asesorszy stwierdzali występowanie niezgodności między poszczególnymi wersjami dokumentów. • Sprawiedliwość / obiektywność: <i>bardzo wysoka</i> W zakresie tego kryterium wymagany sposób przygotowania dokumentacji aplikacyjnej nie budzi żadnych zastrzeżeń. Można wskazać, iż każdy typ wnioskodawcy miał w założeniu równe szanse na dopilnowanie, by dokumentacja tego podmiotu była kompletna (tj. by była złożona w odpowiedniej liczbie egzemplarzy, by była podpisana, by istniała zgodność wersji papierowej i elektronicznej itp.).
6.	Nazwa kryterium: <u>Wniosek posiada komplet załączników</u> • Trafność: <i>bardzo wysoka</i> Określenie oraz przestrzeganie wymaganej formy (kompletność załączników do wniosku) jest kluczowe biorąc pod uwagę konieczność przeprowadzenia obiektywnej oceny przedkładanych przez wnioskodawców dokumentów. • Zrozumiałość / precyzyjność: <i>bardzo wysoka</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Kryterium można ocenić jako zrozumiałe. W opinii członków zespołu w zakresie zrozumiałości wymagań niezbędnych do spełnienia tego kryterium nie można wskazać na istnienie istotnych obszarów wątpliwości. • Mierzalność / weryfikowalność: <i>przeciętna</i> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było stosunkowo łatwo weryfikowalne, natomiast wymagana była stosunkowo duża ilość czasu na przeprowadzenie tej oceny. Do oceny kryterium „kompletu załączników” zasadniczo można podejść na trzy sposoby tj. w sposób: • czysto formalny (prowadzić ocenę tzw. „zero-jedynkową”, tj. sprawdzać, czy do WoD załączono odpowiednie załączniki, weryfikować tylko ich obecność, bez wnikania w ich treść tj. merytorykę); • w szerszym ujęciu, tj. w oparciu o rozszerzoną ocenę formalną i stosowanie checklist (sprawdzających zagadnienia kompletności i częściowo merytorycznej zawartości dokumentacji aplikacyjnej np. czy decyzję wydał odpowiedni organ, czy dla odpowiedniego wnioskodawcy / projektu itp.); • w pełnym zakresie, tj. prowadzić przekrojową ocenę tego, czy wszystkie załączniki zostały włączone do dokumentacji aplikacyjnej oraz czy treść, zakres i forma tych dokumentów jest zgodna z przepisami prawa.

Zalecenie w kontekście sugerowanego podejścia do oceny powyższego kryterium w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020 przedstawione zostało w punkcie poniżej (sporządzenie tzw. checklisty, bardziej formalne podejście do oceny kryterium niż merytoryczne tj. ocena „zero-jedynkowa”).

Przeprowadzenie oceny kompletności dla określonych w regulaminie dokumentów wiąże się z koniecznością gruntownego sprawdzenia szeregu różnych elementów (zarówno dla wnioskodawcy, jak i w szczególności dla członków ZOP). Elementem wpływającym na obniżenie oceny tego kryterium w tym obszarze (uciążliwość) jest brak precyzyjnego określenia wymogów odnośnie aktualności przedkładanych dokumentów. Wnioskodawcy powinni otrzymać jednoznaczny sygnał w tym zakresie, przez precyzyjny zapis sposobu oceny kryterium. Przykładowo zaświadczenia o niezaleganiu w opłacaniu składek na ZUS itp. Kwestia ta jest analizowana przez członków ZOP zarówno na etapie oceny formalnej, ale także z uwagi na stosowane rozwiązania konkursowe (preselekcja) na etapie oceny merytorycznej II stopnia. Dokumenty te w trakcie oceny WoD często ulegają dezaktualizacji.

Zalecenie: Należy określić, na jaki konkretnie moment mają być aktualne określone dokumenty oraz to, na jakich jeszcze innych etapach oceny będą one weryfikowane (np. że dokument danej kategorii będzie także ponownie weryfikowany na etapie przed podpisaniem UoD).

Zalecenie: w przyszłym okresie programowania w ramach wdrażania projektów z sektora ochrony zdrowia w większym zakresie należy stosować oświadczenia podmiotu aplikującego (w odniesieniu do np. braku zalegania w opłacaniu składek). Weryfikacja oświadczeń przez dostarczenie właściwych załączników do wniosku mogłaby być przeprowadzana przed podpisaniem UoD z takim podmiotem. Zagadnienia te mogą być także weryfikowane w trakcie prowadzonych kontroli realizowanych projektów.

Należy także precyzyjnie określić definicję „aktualności” dokumentacji (np. z jaką datą wstecz dany dokument ma być wystawiony, aby spełniał wymogi). Podobnie należałoby postąpić w stosunku do wymaganego oświadczenia przedstawicieli wnioskodawcy o zapewnieniu środków finansowych na wkład własny. Konieczne jest bowiem określenie treści tego oświadczenia i uwzględnienie faktu, że wnioskodawca może organizować niezbędne środki z instytucji finansowych w przyszłości, tj. dopiero w momencie, kiedy będzie to niezbędne do dalszej realizacji projektu.

Ponadto:

W treści opisu tego kryterium zamieszczono następujący zapis:

Załączniki do wniosku są ważne i zgodne z odpowiednimi polskimi oraz unijnymi przepisami szczególnie jeśli chodzi o przepisy o ochronie środowiska, przepisy ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym, ustawy z 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane.

Trudno w tym miejscu oczekiwać, iż tego typu ocena będzie mogła być w sposób szybki przeprowadzona na etapie oceny formalnej. Ustalenie zgodności z wymogami prawa jest procesem bardzo skomplikowanym oraz wymagającym często interdyscyplinarnej wiedzy, w tym korzystania z doradztwa eksperckiego.

Zalecenie: w przyszłym okresie programowania przede wszystkim zaleca się doprecyzować to kryterium przez określenie wszystkich możliwych wariantów sytuacji, w których to dany projekt może zostać odrzucony za nie spełnienie warunku zgodności z obowiązującymi przepisami prawa.

W ocenie członków zespołu badawczego niezasadnym jest na etapie oceny formalnej precyzyjne określenie, czy wszystkie załączniki do WoD są zgodne z przepisami prawa. Z tego względu weryfikacja zgodności z obowiązującymi przepisami prawa powinna być dookreślona (np. na podstawie checklisty sprawdzającej: czy dokument został wydany na właściwy podmiot, czy został wydany przez odpowiedni organ, czy przedmiot dokumentu jest zgodny z przedmiotem projektu, czy mają odpowiedni okres obowiązywania uwzględniający moment złożenia wniosku itp.).

Zaleca się zmianę podejścia do oceny na etapie formalnym merytorycznej ważności i zgodności z odpowiednimi przepisami przedkładanych przez wnioskodawców załączników do dokumentacji aplikacyjnej w takim zakresie, jak miało to miejsce w tej perspektywie. Przez odpowiednie wzory oświadczeń, należy wymóc na wnioskodawcach składanie odpowiednich zobowiązań (pisemnych deklaracji zawierających klauzule gwarantujące przedłożenie przez podmiot aplikujący o wsparcie niezbędnych dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami).

Na etapie oceny formalnej należy bowiem założyć, iż dokument wydany przez właściwy urząd jest zgodny z obowiązującym prawem i nie trzeba weryfikować jego podstawy prawnej.

Zgodność dokumentacji, w tym załączników, z obowiązującymi przepisami prawa są zagadnieniem podstawowym dla oceny wniosku. Niemniej jednak warto rozpatrzyć, aby jako kryterium formalne pozostawić wymóg posiadania pełnej dokumentacji, a dopiero na etapie oceny merytorycznej sprawdzać

	zgodność z obowiązującymi przepisami. Można rozważyć zasadność utrzymania weryfikacji ważności określonych dokumentów (np. pozwolenia na budowę), jednakże weryfikacja pełnej zgodności z przepisami prawa wydaje się być czynnością, która powinna być prowadzona na etapie oceny merytorycznej. <u>Zalecenie:</u> W przypadku powoływania się na dokumenty zewnętrzne (wytyczne, rozporządzenia) IOK powinny w sposób precyzyjny podawać źródła (np. wytyczne z dnia ..., opracowane przez ...). Warto też rozważyć podawanie źródła informacji (tak by wnioskodawcy nie musieli tracić czasu na szukanie właściwych wytycznych na całej stronie internetowej). Sprawiedliwość / obiektywność: <u>wysoka</u> Uwzględniając różny charakter projektów, jakie mogły ubiegać się o dofinansowanie w ramach badanych działań należy ocenić, iż kryterium to z perspektywy niektórych wnioskodawców mogło być określone jako niesprawiedliwe (np. nierównomierne wymogi w zakresie załączników dla różnych typów projektów). Fakt ten nie wpływa jednakże na ogólną pozytywną ocenę tego kryterium.
7.	Nazwa kryterium: <u>Zgodność z Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko oraz „Szczegółowym opisem priorytetów POIiŚ”</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium jest kluczowe z uwagi na konieczność zapewnienia zgodności wdrażanych projektów z wymogami zaakceptowanego przez KE Programu Operacyjnego. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium jest zrozumiałe i mogło być jednoznacznie interpretowane przez różnych interesariuszy. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Kryterium było stosunkowo łatwo weryfikowalne. Nie stwierdzono, by kryterium było uznawane za uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. Należy jednak mieć na uwadze, że ocena formalna (dopuszczająca projekt do dalszej oceny) powinna odbywać się względnie szybko. Można jednakże wskazać, iż z perspektywy oceniającego kryterium to może być w pewnym stopniu trudne do weryfikacji. Mianowicie brak było precyzyjnych wytycznych, określających kiedy projekt jest zgodny z Programem, a kiedy nie. Dodatkowo dokonanie takiej weryfikacji wymaga przeprowadzenia elementów oceny merytorycznej (np. szczegółowe zapoznanie się z projektem), co wydłuża czas dokonywanej oceny. Należałoby wskazać projektodawcy np. pytania, które pozwolą mu ocenić, na ile jego projekt jest zgodny z wymogiem tego kryterium (podobne pytania można przygotować również w formie tzw. list sprawdzających dla członków ZOP). Dzięki temu wymogi i oczekiwania w stosunku do wnioskodawcy będą precyzyjnie wyrażone. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium należy uznać za w pełni obiektywne / sprawiedliwe.
8.	Nazwa kryterium: <u>Strategiczny charakter projektu</u> Trafność: <u>niska</u> Intencją stosowania tego kryterium było zapewnienie zgodności realizowanego projektu z celami dokumentów uznanych za strategiczne. Zgodność ta (strategiczny charakter projektu) w opinii członków zespołu badawczego powinna być wykazana i oceniona w ramach kryterium formalnego opisanego powyżej pn. Zgodność z Programem (...). Zrozumiałość / precyzyjność: <u>niska</u> Z perspektywy wnioskodawcy ocena zrozumiałości tego, w jaki sposób należy przygotować wniosek, by spełnił on oceniane kryterium formalne, uznać należy za niską. Opis warunków spełniania kryterium nie jest jednoznaczny i nie jest precyzyjny (poniżej cytaty z SzOP): <i>„Projekt realizuje cele dokumentu strategicznego przyjętego przez Radę Ministrów lub inny właściwy podmiot na poziomie krajowym (np. SRK) oraz dokumentu strategicznego na poziomie UE (np. SWW). W uzasadnionych przypadkach możliwe jest wskazanie projektu dokumentu, który został już w części dotyczącej danego projektu uzgodniony, przed jego zatwierdzeniem. Właściwa IP określiła szczegółową listę dokumentów, które zostaną wykorzystane przy ocenie przez daną instytucję”.</i> Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Brak istotnych zastrzeżeń. Kryterium było stosunkowo łatwo weryfikowalne. Nie stwierdzono by kryterium było uznawane za szczególnie uciążliwe przez wnioskodawców lub przez członków ZOP. Niemniej jednak,

	o ile sama ocena spełniania kryterium nie powoduje co do zasady istotnych wątpliwości, to nie jest ona spójna z ideą badania wniosków pod względem formalnym (w niektórych wątpliwych przypadkach może powodować wydłużenie czasu oceny). Badanie spełniania tego kryterium wymagało w rzeczywistości merytorycznej oceny tego czy oraz w jaki sposób dana inwestycja jest powiązana z dokumentami strategicznymi wyższego rzędu. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium należy uznać za sprawiedliwe.
9.	Nazwa kryterium: <u>Skala oddziaływania projektu (ponadregionalna i krajowa)</u> Ocena analogiczna jak w zakresie: Kryterium formalnego pn. Strategiczny charakter projektu (kryterium opisane powyżej)
10.	Nazwa kryterium: <u>Wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Zasadniczo w trakcie wdrażania XII Priorytetu skala wykluczeń z powodu niespełniania tego kryterium była marginalna. Niemniej jednak, w toku wdrażania projektów występowały istotne problemy w zakresie współpracy z beneficjentami, skutkujące koniecznością wszczynania procedury odzyskiwania od tych podmiotów przyznanych i wypłaconych już środków finansowych. W przypadku kilku projektów IOK zmuszona była przeprowadzić stosowne postępowanie administracyjne, zakończone wydaniem decyzji o zwrocie środków i rozpoczęciem postępowania egzekucyjnego przez właściwe urzędy skarbowe. Beneficjenci tych projektów zostali zgłoszeni do rejestru podmiotów wykluczonych (rejestru prowadzonego przez Ministerstwo Finansów). Powyższe skutkuje eliminacją takiego podmiotu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie w ciągu najbliższych trzech lat. Określenie wiarygodności wykonawcy w oparciu o przedmiotowe kryterium wydaje się być kwestią niezwykle istotną. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Z perspektywy wnioskodawcy ocena zrozumiałości tego, w jaki sposób należy przygotować wniosek, by spełnił on to kryterium formalne uznać należy za obniżoną. Opis warunków spełniania kryterium nie jest jednoznaczny i nie jest precyzyjny (poniżej cytaty z SzOP): <i>„Na podstawie art. 210 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych”.</i> Opis spełniania kryterium jest lakoniczny. Wnioskodawca jest zmuszony do wyszukania szczegółowych warunków, jakie muszą być dochowane w celu spełnienia wymogów kryterium. Na podstawie art. 210 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.) Minister Finansów prowadzi rejestr podmiotów wykluczonych z możliwości otrzymania środków przeznaczonych na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich oraz udostępnia te informacje instytucjom zarządzającym, instytucjom pośredniczącym, instytucjom wdrażającym i instytucji certyfikującej. Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Kryterium było łatwo weryfikowalne. Przeprowadzenie oceny spełniania tego kryterium na etapie oceny formalnej uznać należy za mało uciążliwe. Informacje zawarte w rejestrze są udostępniane na podstawie pisemnego wniosku, natomiast odpowiedź jest przekazywana podmiotowi, który zgłosił wniosek, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku. Właściwy w sprawie jest Departament Instytucji Płatniczej Ministerstwa Finansów. Ocena wnioskodawcy pod kątem tego kryterium jest powtarzana (np. gdy projekt znalazł się pierwotnie na liście rankingowej i możliwość uzyskania dofinansowania otrzymał dopiero po upływie np. 1-2 lat np. w skutek aktualizacji listy rankingowej). Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium należy uznać za sprawiedliwe. Przedmiotowe kryterium nawiązuje do obowiązku prawnego w zakresie eliminowania z procesu oceny wnioskodawców, którzy uprzednio naruszyli zasady udzielania dofinansowania.

3.4 Ocena dodatkowych kryteriów formalnych

Niniejszy podrozdział przedstawia wyniki analizy w zakresie stosowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013 dodatkowych kryteriów formalnych.

Poniżej wylistowane zostały dodatkowe kryteria formalne stosowane w poszczególnych działaniach i typach projektów:

- **Działanie 12.1** Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, finansowanych z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest właściwy wojewoda (tryb konkursowy)
 - Ujęcie zespołu ratownictwa medycznego w Wojewódzkim Planie Działania Systemu
 - Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Stan techniczny ambulansu podlegającego wymianie
 - Jakość zakupionego ambulansu
 - Racjonalność zakupu ambulansu w kontekście docelowych zasobów
- **Działanie 12.1** Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (istniejące szpitalne oddziały ratunkowe wpisane do wojewódzkiego planu działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów (tryb konkursowy)
 - Infrastruktura techniczna na potrzeby aparatury medycznej
 - Kadra medyczna do obsługi aparatury medycznej
 - Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Ujęcie szpitalnego oddziału ratunkowego w Wojewódzkim Planie Działania Systemu
 - Zakres inwestycji objętych projektem
- **Działanie 12.1** Budowa i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (projekty indywidualne)
 - Zgodność projektu z obowiązującymi przepisami i normami
- **Działanie 12.1** Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych (projekty indywidualne)
 - Ujęcie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Planie Działania Systemu
 - Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Infrastruktura techniczna na potrzeby aparatury medycznej
 - Zakres inwestycji objętych projektem
- **Działanie 12.1** Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych (tryb konkursowy)
 - Ujęcie szpitalnego oddziału ratunkowego w Wojewódzkim Planie Działania Systemu
 - Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Lokalizacja lądowiska
 - Zakres inwestycji w zakresie lądowisk dla helikopterów
 - Całodobowa dostępność lądowiska
- **Działanie 12.2** Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym
 - Infrastruktura techniczna na potrzeby aparatury medycznej
 - Kadra medyczna do obsługi aparatury medycznej

W toku przeprowadzonych analiz ustalono, iż trafność, zrozumiałość / precyzyjność, mierzalność / weryfikowalność oraz sprawiedliwość / obiektywność stosowania powyżej wylistowanych kryteriów oceniona została wysoko.

3.5 Ocena kryteriów merytorycznych II stopnia

Niniejszy podrozdział przedstawia wyniki analizy w zakresie kryteriów merytorycznych II stopnia.

Zakres prowadzonej oceny przez członków ZOP w ramach kryteriów merytorycznych II stopnia był rozbudowany. Jednakże taki kształt tych kryteriów uznać należy za niezbędny w celu rzetelnej i merytorycznej oceny przedłożonych dokumentacji aplikacyjnych.

W macierzy poniżej przedstawiono analizę odnoszącą się do poszczególnych kryteriów merytorycznych II stopnia w ramach badanych działań.

1.	Nazwa kryterium: <u>Kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku i załączników</u> Ocena analogiczna jak w zakresie: Kryterium formalnego o analogicznym brzmieniu.
2.	Nazwa kryterium: <u>Poprawność analizy finansowej i ekonomicznej</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest niezbędne z punktu widzenia konieczności przyznania dofinansowania wnioskowi, które bazują na poprawnych założeniach m.in. finansowych i ekonomicznych. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Kryterium było zrozumiałe. Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
3.	Nazwa kryterium: <u>Spójność informacji zawartych we wniosku, załącznikach do wniosku</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest niezbędne z punktu widzenia konieczności przyznania dofinansowania wnioskowi, które bazują na poprawnie opracowanej dokumentacji aplikacyjnej. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
4.	Nazwa kryterium: <u>Poprawność identyfikacji i przypisania wydatków projektu z punktu widzenia ich kwalifikowalności</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest niezbędne z punktu widzenia konieczności przyznania dofinansowania wnioskowi, które bazują na poprawnie opracowanej dokumentacji aplikacyjnej. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
5.	Nazwa kryterium: <u>Gotowość techniczna projektu do realizacji na poziomie wymaganym dla danego priorytetu / działania PO IIŚ</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest niezbędne z punktu widzenia konieczności przyznania dofinansowania wnioskowi, które będą w stanie być zrealizowane zgodnie z założeniami wymaganymi dla Programu.

	Ponadto z punktu widzenia konieczności zapewnienia sprawnego wydatkowania alokacji w ramach poszczególnych działań, uzasadnione jest eliminowanie z oceny projektów, których termin realizacji jest szczególnie odległy. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Przedmiotowe kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
6.	Nazwa kryterium: <u>Gotowość organizacyjno-instytucjonalna projektu w obszarze zawierania umów</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Zagadnienie przygotowania beneficjenta do stosowania procedur spełniających wymogi w zakresie kwalifikowalności wydatków stanowi jedną z kluczowych kwestii pozwalających na skuteczną i efektywną realizację projektów dofinansowywanych ze środków UE. Jest to szczególnie istotne w przypadku beneficjentów niezobowiązanych do stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, w przypadku których zachodzi konieczność formułowania indywidualnych procedur w zakresie udzielania zamówień, konsumujących wymagania zawarte w <i>Wytycznych w zakresie kwalifikowania wydatków</i> oraz <i>Komunikacie wyjaśniającym Komisji Europejskiej dotyczącym prawa wspólnotowego obowiązującego w dziedzinie udzielania zamówień, które nie są lub są jedynie częściowo objęte dyrektywami w sprawie zamówień publicznych</i> (z uwagi na trudność praktycznego stosowania wymogów Wytycznych oraz Komunikatu w przypadku przygotowywania specyfikacji przetargowych oraz wyboru ofert). Naruszanie procedur udzielania zamówień przez beneficjentów stanowi w praktyce podstawową przyczynę nakładania tzw. korekt finansowych, tj. zmniejszania wysokości dofinansowania lub zobowiązania do jego zwrotu. Stąd badanie zagadnienia gotowości organizacyjno-instytucjonalnej beneficjenta w zakresie udzielania zamówień uznać należy za uzasadnione. Tym niemniej, z uwagi na konieczność zapewnienia efektywności tej oceny, istnieją przesłanki za jej dokonywaniem na innym etapie, niż etap oceny formalnej. Zalecenie: wydzielenie zagadnienia gotowości organizacyjno-instytucjonalnej beneficjenta w zakresie udzielania zamówień do etapu oceny merytorycznej I stopnia, przy jednoczesnym pozostawieniu „zero-jedynkowego” charakteru kryterium. Kryterium to mogłoby być sprawdzane dla projektów z podstawowej listy rankingowej – przed jej zatwierdzeniem. Ocena procedur posiadanych przez beneficjenta powinna polegać na weryfikacji ich treści i formułowaniu do nich uwag umożliwiających eliminację kluczowych błędów powodujących ryzyko wydatkowania środków w sposób niekwalifikowalny. Rozwiązanie to może zwiększyć uciążliwość i wydłużyć czas prowadzenia oceny, jednakże prowadziłoby ono do efektywniejszej realizacji projektów (także na etapie ich rozliczania). Postuluje się stworzenie szablonu procedury udzielania zamówień (ew. swoistej listy sprawdzającej) przeznaczonej dla beneficjentów niezobowiązanych do stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, ze wskazaniem praktycznego sposobu jej stosowania (wzorami dokumentów, opisami zasad publikacji ogłoszeń w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej itd.). IOK w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 powinna się zastanowić nad techniczną możliwością prowadzenia kontroli / audytów o charakterze ex-ante (przed wszczęciem procedury przez wnioskodawcę) w zakresie wszystkich procedur zawierania umów stosowanych przez danego wnioskodawcę. Takie rozwiązanie mogłoby być stosowane dla projektów „dużych” lub projektów o charakterze strategicznym (projekty pozakonkursowe). Wynikiem kontroli / audytów mogły być nie tylko zalecenia i interpretacje prowadzone w oparciu o analizę dokumentów (które mogą być trudne do zinterpretowania, błędnie uwzględnione), ale także rekomendacje wynikające z kompleksowego podejścia do oceny procesu zawierania umów tj. rozmowy, symulacje, analizy eksperckie itp. • Zrozumiałość / precyzyjność: <u>wysoka</u> W ramach opisu kryterium wskazany jest wymóg zgodności wewnętrznych procedur z <i>Wytycznymi w zakresie kwalifikowania wydatków</i>. Opis ten jest dalece niewystarczający z uwagi na fakt, iż Wytyczne stanowią bardzo rozbudowany dokument i jedynie ich część dotyczy zagadnienia udzielania zamówień. Brakuje w SzOP odniesienia do najczęściej popełnianych przez wnioskodawców błędów w ramach udzielania zamówień. Ponadto, w zakresie zawierania umów zastosowanie znajdują również poboczne dokumenty programowe, takie jak Zalecenia IZ PO IiŚ na lata 2007-2013, a nawet wyniki audytów KE.

	Stąd zrozumiałość i tym samym użyteczność kryterium z punktu widzenia beneficjenta jest praktycznie znikoma. W powyżej opisanym aspekcie warto także podkreślić, iż opis spełniania kryterium w SzOP nie jest do końca precyzyjny. W SzOP zamieszczono zapis: „Kryterium spełnione jest w przypadku, gdy Beneficjent przedstawi procedury wymagane zgodnie z kryterium, które są zgodne z zasadami obowiązującymi w PO IiŚ”. Wskazuje ono na konieczność przeprowadzenia oceny zgodności tych procedur z zasadami obowiązującymi w Programie. • Mierzalność / weryfikowalność: <u>przeciętna</u> W przypadku aktualnego sposobu oceny spełniania przedmiotowego kryterium (tj. na zasadzie oświadczenia o posiadaniu procedury, bez konieczności jej przedstawienia), praktyczna jego mierzalność musi być uznana za ograniczoną. Kryterium nie generuje uciążliwości z punktu widzenia beneficjentów oraz instytucji oceniających, co jednakże nie zmienia faktu, iż merytoryczne badanie procedur w zakresie udzielania zamówień – pomimo przedłużenia czasu oceny – jest szczególnie uzasadnione i mogłoby znaleźć pozytywne odzwierciedlenie w stopniu i tempie wykorzystanej alokacji. • Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Zagadnienie gotowości organizacyjno-instytucjonalnej w udzielaniu zamówień może być badane w sposób rzetelny jedynie poprzez merytoryczną analizę procedur posiadanych przez danego beneficjenta. W związku z faktem, iż w praktyce procedura ta na etapie oceny formalnej nie jest przedmiotem analizy treściowej, możliwe jest deklaratywne wskazywanie spełniania kryterium, również w przypadku, gdy beneficjent w rzeczywistości nie dostosował posiadanych procedur do wymogów w tym zakresie.
7.	Nazwa kryterium: <u>Trwałość projektu</u> • Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Niniejsze kryterium jest niezbędne z punktu widzenia konieczności zapewnienia, iż wydatkowane środki będą przyznane na projekty gwarantujące minimalną wymagalną trwałość inwestycji. Kryterium to jest kluczowe w przypadku wszelkich projektów infrastrukturalnych. Kluczowym elementem oceny tego kryterium powinna być zatem zdolność beneficjenta do całościowego pokrycia kosztów związanych z utrzymaniem wytworzonej infrastruktury po zakończeniu realizacji projektu. W praktyce w XII Prioryecie dochodziło do takich jednostkowych sytuacji (kilka procent populacji wszystkich beneficjentów), iż konieczne było rozwiązanie UoD. Powyższe było konsekwencją niezachowania przez beneficjentów trwałości projektów w skutek utraty kontraktu z NFZ⁸. Skala tego zjawiska jest nieznaczna i nie zagrażała ani nie zagraża w jakikolwiek sposób osiągnięciu celów wyznaczonych w Programie. Beneficjenci, którzy pozyskali dofinansowanie, mają obowiązek niezwłocznego informowania o zawarciu lub rozwiązaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ lub o innej podstawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju odpowiadającym zakresowi projektu. IOK w celu monitorowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ zbierała od beneficjentów dane dotyczące posiadania aktualnych kontraktów z Funduszem (w miesiącu styczniu i lipcu). Zaniechanie tego obowiązku przez beneficjenta traktowane jest jako naruszenie zobowiązań zawartych w UoD, co w konsekwencji może prowadzić nawet do jej rozwiązania ze skutkiem natychmiastowym. W konsekwencji rozwiązania UoD, beneficjent zobowiązany jest do proporcjonalnego zwrotu dofinansowania wraz z odsetkami za okres, w którym nie udzielał świadczeń w ramach publicznego systemu, w stosunku do 5-cio letniej trwałości projektu. Pozytywnie należy ocenić fakt, iż w trakcie wdrażania XII Priorytetu wydłużono okres obowiązywania umów z NFZ do 3 lat (do tego momentu dominowały kontrakty jednoroczne). Wydłużony okres obowiązywania umów w większym stopniu zabezpiecza beneficjentów przed utratą dofinansowania, a w konsekwencji prowadzi do dalszego minimalizowania ryzyka utraty przez beneficjentów kontraktów z NFZ w ostatnich latach okresu trwałości realizowanych projektów. IOK poinformowała beneficjentów, iż w przypadku niemożności czasowego udzielania świadczeń

⁸ Podczas wyboru świadczeniodawców (podmiotów realizujących usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych) obowiązują bowiem takie zasady jak, zakaz dyskryminacji oferentów ubiegających się o zawarcie umowy, nakaz równego traktowania oraz zachowania uczciwej konkurencji w postępowaniach o zawarcie umowy z NFZ.

	zdrowotnych w ramach umowy z publicznym płatnikiem, nie mogą wykorzystywać zakupionego w ramach Projektu sprzętu do innych celów niż przewidzianych w UoD, a przedmiotowe zobowiązanie podlega kontroli. W przypadku zwiększenia obszaru rejonów operacyjnych, gdy beneficjent nie jest w stanie zapewnić samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, istniała możliwość w ramach współpracy z innymi świadczeniodawcami, realizowania świadczenia ratownictwa medycznego jako podwykonawca u świadczeniodawców, którzy są stroną umowy z NFZ. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>przeciętna</u> Stwierdzono brak bardziej szczegółowych informacji na temat następujących kwestii: jak konkretnie będzie badana trwałość projektu? Jak rozumieć trwałość (tj. niepoddanie projektu znaczącym modyfikacjom)? W jakich obszarach (trwałość produktów projektu, organizacyjna, wskaźników, technologiczna)? Jak precyzyjnie należy rozumieć termin „zakończenie realizacji projektu” (rozliczenie, data zakończenia robót)? Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń, kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
8.	Nazwa kryterium: <u>Wykonalność finansowa projektu</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest niezbędne z punktu widzenia konieczności zapewnienia, iż wydatkowane środki będą przyznane na projekty gwarantujące pełną wykonalność finansową projektów. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń, kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
9.	Nazwa kryterium: <u>Efektywności energetyczna proponowanych rozwiązań technicznych lub brak wpływu na efektywność energetyczną</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest istotne z punktu widzenia konieczności realizacji projektów uwzględniających na etapie wariantowania inwestycji zagadnienia z zakresu efektywności energetycznej. Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń, kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.
10.	Nazwa kryterium: <u>Zgodność projektu z wymaganiami prawa dotyczącego ochrony środowiska</u> Trafność: <u>bardzo wysoka</u> Oceniane kryterium jest istotne z punktu widzenia konieczności zapewnienia, iż wydatkowane środki będą przyznane na projekty realizowane zgodnie z przepisami obowiązującego prawa (w tym w szczególności z zakresu ochrony środowiska). Zrozumiałość / precyzyjność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących zrozumiałości kryterium. Mierzalność / weryfikowalność: <u>bardzo wysoka</u> Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń dotyczących mierzalności kryterium. Sprawiedliwość / obiektywność: <u>bardzo wysoka</u> Brak zastrzeżeń, kryterium uznać należy za sprawiedliwe, nie defaworyzowało żadnego z wnioskodawców.

3.6 Podsumowanie

Z przeprowadzonej w powyższych podrozdziałach oceny wynika, iż przyjęty w XII Priorytecie PO IIŚ system kryteriów oceny i wyboru projektów **nie stwarzał istotnych problemów** w aspekcie interpretacji, zrozumiałości, uciążliwości, obiektywności, mierzalności oraz wewnętrznej spójności. Niewątpliwie jednak specyfika sektora ochrony zdrowia i realizowanych w jego ramach projektów wymaga posiadania specjalistycznej wiedzy (szczególnie w obszarze technologicznym, ochrony środowiska, budownictwa), aby móc w ramach tego systemu funkcjonować (np. jako przedstawiciel wnioskodawcy, członek ZOP).

Przyjęty system oceny i wyboru projektów może być oceniony jako efektywny. **Efektywność** systemu oceny i wyboru projektów warunkowana jest przede wszystkim przez odpowiednie ukształtowanie elementów systemu w taki sposób, aby:

- żaden element systemu oceny nie mógł być uznany za zbędny;
- dalsze merytoryczne (praco i czasochłonne) etapy oceny prowadzone były na odpowiednim etapie;
- możliwe do połączenia etapy oceny były prowadzone jednocześnie (w celu uniknięcia wydłużania czasu trwania oceny dokumentacji aplikacyjnej).

Z tej perspektywy należy ocenić, iż stosowany w badanych działaniach **system oceny spełniał wyżej wymienione warunki**. Dopiero po zweryfikowaniu szeregu kryteriów formalnych i dopuszczających (dopuszczających tj. wskazujących: czy projektodawca jest uprawniony do aplikowania, czy typ projektu jest dopuszczony, czy wartość wydatków kwalifikowanych lub wartość projektu jest zgodna ze SzOP PO IIŚ na lata 2007-2013, itd.) projekt był kierowany do dalszej oceny. Przyjęcie odpowiednich projektów do dalszej oceny w tym zakresie gwarantowały kryteria formalne (bazujące na regulaminach właściwych konkursów). Jak wynika z przeprowadzonych analiz kryteria formalne uznać należy za **zasadniczo łatwe do zweryfikowania**. Znajdowały się one na początku procesu weryfikacji dokumentacji aplikacyjnej, aby nie prowadzić dalszej nieuzasadnionej i nieefektywnej oceny w przypadku ich niespełnienia przez projekt. Pomimo iż zasadniczo stosowanie oceny formalnej w istotnym stopniu zabezpiecza przed dopuszczeniem do oceny merytorycznej wniosków błędnych / niekompletnych, których ocena nie jest zasadna, pewne wady / niespójności w dokumentacji aplikacyjnej są wykazywane przez członków ZOP dopiero na etapie oceny merytorycznej. Z uwagi na fakt ograniczonej ilości środków UE przeznaczonych na dofinansowanie projektów w ramach XII Priorytetu PO IIŚ, stosowano odpowiednie kryteria oceny projektów pozwalające wybrać do współfinansowania takie inwestycje, których realizacja może być uznana za najbardziej korzystną z punktu widzenia osiągania celów Programu, Priorytetu i danego Działania (tj. osiągają cele w sposób najbardziej efektywny, skuteczny, trwały i użyteczny). Wybór takich projektów był przedmiotem oceny merytorycznej I stopnia, które po uzyskaniu odpowiedniej liczby punktów w ramach listy rankingowej kierowane były do oceny merytorycznej II stopnia (w przypadku projektów konkursowych). Natomiast w przypadku projektów indywidualnych ocena prowadzona była innym trybem (z pominięciem tworzenia list rankingowych).

W toku prowadzonych analiz, nie stwierdzono, aby w istniejącym systemie oceny i wyboru projektów występowała **konieczność zagregowania niektórych kryteriów** (np. zastąpienie kilku kryteriów jednym w celu uproszczenia procesu oceny projektów oraz zmniejszenia obciążeń dla wnioskodawców). Z jednostkowymi wyjątkami kryteria oceny i wyboru projektów można uznać **właściwie przyporządkowane** do poszczególnych etapów procedury naboru. Przykładowo ustalono, iż następujące kryterium formalne jest skomplikowane w ocenie, zaś zakres wymaganej oceny nosi znamiona stricte merytorycznego: Kompletność wniosku. Z drugiej strony wśród kryteriów merytorycznych takich jak: Racjonalność i kompletność harmonogramu działań oraz Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu) ustalono, iż z uwagi na opis sposobu dokonania oceny tych kryteriów noszą one znamiona kryteriów formalnych (tj. nie merytorycznych).

System oceny i wyboru projektów w tym w szczególności wykorzystywanych w jego ramach kryteriów **spełnia warunki wewnętrznej spójności i rozłączności**. Nie stwierdzono występowania kryteriów, które byłyby wobec siebie wzajemnie sprzeczne.

Zalecenie: Istotnym czynnikiem, który mógłby wpływać na podwyższenie efektywności stosowanego systemu oceny i wyboru projektów jest kontynuowanie **stosowania mechanizmu preselekcji** (łączenie oceny formalnej i merytorycznej I stopnia). Preselekcja była stosowana w wybranych konkursach realizowanych w ramach XII Priorytetu. Preselekcja umożliwia wnioskodawcom składanie do konkursu projektów pozostających jeszcze na etapie zaawansowanej koncepcji. Takie rozwiązanie, dla działań podmiotów z sektora ochrony zdrowia, jest słuszne i pożądane z uwagi na ich niekorzystną sytuację ekonomiczną większości potencjalnych beneficjentów. Opisane rozwiązanie umożliwia wnioskodawcom ograniczenie kosztów związanych z przygotowywaniem dokumentacji aplikacyjnej dla projektów, które z różnych względów mogły nie otrzymać dofinansowania (duża konkurencja). Z perspektywy IOK takie rozwiązanie umożliwia wstępne wykluczenie projektów, dla których prowadzenie skomplikowanych i czasochłonnych ocen byłoby bezzasadne (np. z uwagi na niską jakość projektu, czy braki w dokumentacji formalnej).

Stosowany system oceny i wyboru projektów nie budzi wątpliwości w obszarze jego bezstronności. W odniesieniu do zdecydowanej większości analizowanych kryteriów mogą być one uznane za **obiektywne**. Ewentualne zidentyfikowane obszary „stronniczości” wynikały z fundamentalnych założeń brzegowych, przyjętych przez instytucje uczestniczące w procesie wdrażania, dla kluczowych z perspektywy systemu ochrony zdrowia kierunków wsparcia (np. wspieranie beneficjentów działających w określonych obszarach ratownictwa medycznego). Niestety, w ocenie merytorycznej I stopnia, występował szereg kryteriów pozwalających ekspertom na dowolność w prowadzonej ocenie (która mogłaby wpływać na subiektywność oceny w oparciu o przyjęte kryteria). W przypadku niektórych kryteriów, brak obiektywności, może wynikać z niejasnych i nieprecyzyjnych opisów oraz wytycznych dot. oceny danego kryterium. Można zatem **domniemywać**, iż zbyt ogólna definicja przyjętych kryteriów, mogła powodować, iż ocena projektów mogła nosić znamiona **nie do końca obiektywnej**.

W kontekście **bezstronności systemu** należy także podkreślić, iż pracownicy IOK oraz osoby oceniające nie mogą być w żaden sposób powiązane z wnioskodawcą bądź zajmować się przygotowywaniem wniosków. Eksperti dokonujący oceny wniosków zobowiązani są do podpisania stosownych deklaracji poufności oraz do zachowania bezstronności. Główne wątpliwości w zakresie bezstronności całego systemu oceny i wyboru projektów mogą zatem wynikać z nieprecyzyjnych kryteriów (tj. definicji, warunków ich oceny itp.).

Warto podkreślić, iż na podstawie doświadczeń z wdrażania poszczególnych konkursów, **IOK wprowadzała na bieżąco stosowne doprecyzowania** opisu i zasad oceny niektórych kryteriów, tak aby były one bardziej jednoznaczne i zrozumiałe. Działania te miały na celu ograniczenie liczby wystąpień o uzupełnienie WoD w skutek niespełniania danego kryteriów. W ramach prac Komitetu Monitorującego uszczegółowiono również takie kwestie jak czytelność załączników (w szczególności skany dokumentów, mapy), obowiązek zapisywania wersji elektronicznej załączników w formatach niewymagających specjalistycznego oprogramowania, a także konieczność zapisywania modeli finansowych w odpowiednim formacie arkuszy kalkulacyjnych z aktywnymi (odblokowanymi) formułami.

Zrozumiałość kryteriów jest ściśle powiązana z ich mierzalnością. W tym zakresie można stwierdzić, iż generalnie większość z badanych kryteriów może zostać uznana za w pełni zrozumiałą (zarówno z perspektywy IOK, członków ZOP jak i beneficjentów). W przypadku niektórych kryteriów XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013 nie do końca precyzyjne określano sposób ich prezentowania np. odnośnie współczynnika wykorzystania łóżek, czy odnosić się do całej jednostki, czy do oddziałów uczestniczących w projekcie, czy wskazać łóżka faktyczne, czy zadeklarowane. Występuje także grupa kryteriów, których ocena nie wpływała na ich różnicowanie, ponieważ eksperci przyznawali za nie maksymalną ilość punktów (np. adekwatność inwestycji do założonego celu projektu, efektywności energetycznej projektu czy efektywność techniczna i/lub technologiczna).

Stwierdzono również, iż opisy kilku kryteriów są **mało precyzyjne** (np. te odnoszące się do oceny czy wnioskodawca nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie lub te opisujące

wymogi w zakresie kryteriów technologicznych bez jednoznacznego wskazania, o jakie konkretne normy chodzi).

Warto też podkreślić, iż niektóre kryteria formalne nosiły znamiona kryteriów merytorycznych (np. kompletność wniosku i weryfikacja czy wniosek zawiera poprawne wyliczenia arytmetyczne na etapie oceny formalnej, zgodność z obowiązującymi przepisami itp.), co **utrudniało ich szybką weryfikację**. W związku z powyższym ich aktualny kształt oraz ocenianie na etapie oceny formalnej może zostać uznane za nieadekwatne (niektóre tak szczegółowe analizy i oceny kryteriów powinna być prowadzone w ramach oceny merytorycznej). Kwestia ta została już omówiona w niniejszym rozdziale powyżej.

Obszarem, na który należy w tym miejscu zwrócić uwagę jest konieczność weryfikowania **pełnej spójności** pomiędzy wyznaczonymi dla danego działania kryteriami a listami sprawdzającymi. Hipotetycznie: w sytuacji zaistnienia w/w niezgodności, gdyby pracownik ZOP w oparciu o listę sprawdzającą (uszczegółowioną względem SzOP) stwierdził brak spełnienia pewnego kryterium przez projekt wnioskodawcy (np. kryterium uszczegółowionego w ramach listy względem dokumentu *Kryteria wyboru projektów*) ocena taka nie mogła stanowić podstawy do odrzucenia wniosku.

Zalecenie: w trakcie przygotowywania dokumentacji konkursowej w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020 należy szczególną uwagę zwrócić na spójność dokumentów programowych (np. Programu, SzOP, regulaminów konkursów oraz tzw. dokumentów o charakterze technicznym, jak wzory list sprawdzających do oceny WoD).

W trakcie prowadzonej ewaluacji nie zidentyfikowano występowania **kryteriów o charakterze dysfunkcyjnym**, tj. takich, które przyczyniałyby się do wyboru projektów niezgodnych celami Programu. W ramach prowadzonych analiz zidentyfikowano jednak kryteria, które w większym bądź mniejszym stopniu przyczyniają się do realizacji celów Programu (i innych dokumentów strategicznych, takich jak NSRO, Europa 2020). **Kluczową rolę w realizacji celów Programu** odgrywają kryteria oceny merytorycznej I stopnia, które najczęściej odzwierciedlają specyfikę projektów wspieranych w ramach danego działania. Kryteria te odwoływały się do wpływu wywieranego w skutek realizacji projektu na odpowiednie wskaźniki Priorytetu i Programu. Kryteriom tym w większości przypadków nadano wysokie wagi punktowe, co powodowało ich większy wpływ na wzmocnienie wybór danego projektu do dofinansowania, a co za tym idzie do realizacji celów Programu). W toku prowadzonych analiz zidentyfikowano grupę kryteriów o charakterze powtarzalnym, tj. takich, które były stosowane do oceny projektów w różnych działaniach i konkursach (np. adekwatność inwestycji do zakładanego celu projektu, racjonalność i kompletność harmonogramu działań lub logika projektu).

Projekty wybierane w ramach obu działań XII Priorytetu PO IIŚ na lata 2007-2013 są **zgodne z ich specyfiką** i przez to wpisują się w realizację celów Programu. Zgodność ta jest zapewniana na wiele sposobów (m.in. kryterium kwotowe demarkacji, wymogi regulaminów konkursowych, dopuszczone do realizacji typy projektów, stosowane kryteria oceny itp.).

Nie stwierdzono występowania kryteriów, które mogą stać się przyczyną **niezrealizowania celów PO IIŚ na lata 2007-2013**. Więcej informacji na temat stopnia realizacji celów Programu zawartych zostało w rozdziale 2 niniejszego raportu.

O ile warunków czy kryteria służące ocenie merytorycznej pozwalają na wybór projektów, które w sposób optymalny będą służyły realizacji celów XII Priorytetu należy uznać za spełniony, obszarem budzącym wątpliwości jest **brak wystarczającego powiązania wskaźników Programu z kryteriami**. Analiza kryteriów wyboru projektów pokazała, że niektóre wskaźniki Programu nie są w wystarczającym stopniu (nawet pośrednio) powiązane z kryteriami oceny.

Zalecenie: kluczowe kryteria merytoryczne I stopnia stosowane w systemie oceny i wyboru projektów powinny wpływać na osiąganie wartości tych wskaźników Programu, dla których określony został poziom docelowy. Z tego względu przyjąć należy, iż dobór kryteriów wyboru musi

być celowy i bezpośrednio wynikać z przyjętych w Programie założeń (cele, produkty, rezultaty, wskaźniki).

Pojedyncze projekty należy traktować jako elementy składowe całego Programu, których realizacja powinna doprowadzać do osiągnięcia założonych celów i wartości wskaźników. Tylko takie rozwiązanie zastosowane w stosunku do formułowania treści i zakresu kryteriów w procesie oceny WoD umożliwi należyte monitorowanie postępów realizacji Programu i projektów. Warto także nadmienić, iż spójny z zapisami Programu system oceny i wyboru projektów, stanowi warunek niezbędny do optymalnego wykorzystania w procesie realizacji oceny ex-post Programu.

Wybór najlepszych projektów, tj. takich, które w największym stopniu przyczyniają się do realizacji celów w sektorze ochrony zdrowia PO IiŚ na lata 2007-2013, uzależniony jest nie tylko od tego, jakiego typu kryteria zostały zdefiniowane. Istotną rolę odgrywają nadane poszczególnym kryteriom **wagi punktowe oraz przyjęta skala punktacji**, gdyż to one na etapie opracowywania list rankingowych decydują o udziale danego kryterium w końcowej ocenie, a tym samym de facto na podjęcie decyzji o udziale w projekcie.

Generalnie koncepcję stosowania w trakcie oceny systemu wag dla poszczególnych kryteriów należy uznać za w **pełni uzasadnioną**. Uzasadnieniem powyższego jest przyjęcie założenia, zgodnie z którym znaczenie poszczególnych kryteriów dla oceny danego typu projektów powinno być zróżnicowane (z uwagi na fakt, iż niektóre kryteria np. efektywnościowe są z różnych względów o charakterze strategicznym bardziej istotne niż inne).

W wyniku przeprowadzonej przez Zespół badawczy oceny przypisania wag do poszczególnych kryteriów merytorycznych I stopnia stwierdzić należy, iż zastosowane założenia można ocenić jako **właściwe dla większości kryteriów**.

W odniesieniu do niektórych wag przyjętych dla poszczególnych kryteriów można naturalnie prowadzić rozmaite dywagacje na temat tego, w jakim kierunku należałoby zmodyfikować poszczególne wartości (czy zmniejszyć, czy zwiększyć i w jakim stopniu). Niemniej jednak wskazać należy, iż wyznaczenie wielkości wag powinny mieć w dużym stopniu charakter subiektywny (oparty na wiedzy określających je ekspertów oraz przyjętych paradygmatów). Z tego względu do przyjętego systemu wag punktowych można zgłosić jeden kluczowy komentarz. Kluczowym założeniem jest konieczność zagwarantowania odpowiednich mechanizmów pozwalających na możliwie szerokie różnicowanie projektów na listach rankingowych. Aby to założenie było spełnione system przyjętych wag i przedziałów punktowych powinien być odpowiednio czuły. Zatem przyjąć należy, iż w ramach każdego działania punktem wyjścia do przyjęcia założeń w tym zakresie powinna być suma punktów, którą za dane kryterium będzie można uzyskać i odniesienie tej wartości do wartości dla innych kryteriów. W ten sposób możliwa będzie ocena tego, czy kluczowe dla IOK kryteria mają odpowiednio wysoką wagę. W dalszej kolejności powinny być podejmowane decyzje o odpowiedniości przyjętych przedziałów punktów jakie będą stosowane w trakcie oceny projektów. Przyjęcie przedziałów bardziej czułych (np. 6-10 przedziałów punktowych) powinno skutkować obniżeniem wagi przypisanej danemu kryterium. Należy unikać sytuacji, w której w ramach danego działania będą stosowane np. 1 czy 2 kryteria z wysoką wagą dla kryterium (takie założenie nie umożliwi należyte różnicować projektów na listach rankingowych). Należy także **wyciągnąć wnioski z konkursów organizowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013**, w ramach których występowały takie sytuacje, w których to **duży odsetek wnioskodawców** na etapie oceny merytorycznej I stopnia **otrzymywał taką samą liczbę punktów** za dane kryterium (np. za efektywność energetyczną czy rozwiązania dla osób niepełnosprawnych).

W kontekście niektórych kryteriów merytorycznych I stopnia wskazać należy, iż w zbyt małym stopniu warunki konkursowe w badanych działaniach narzucały wnioskodawcom konieczność stosowania określonych **metodyk wyliczania wartości kryteriów** (np. współczynnik wykorzystania łóżek). Innymi słowy mówiąc, brakowało precyzyjnych informacji na temat tego, w jaki konkretnie sposób wnioskodawca powinien opracować dokumentację aplikacyjną a w raz z nią jak ma obliczyć poszczególne wymagane do oceny wniosku wskaźniki.

Jeśli chodzi o zgodność wyboru projektów z zapisami linii demarkacyjnej, była ona zapewniona głównie dzięki kryteriom formalnym oraz warunkom organizowanych konkursów (np. minimalna wartość projektu itp.). Z przeprowadzonych analiz wynika, iż przyjęte w badanych działaniach kryteria formalne gwarantowały wybór projektów **zgodny z zapisami linii demarkacyjnej**⁹. Linia demarkacyjna była dobrze weryfikowalna przez kryteria formalne (poprzez odesłanie do zgodności z SzOP), przez co projekty nie wpisujące się w pełni w jej wymogi nie były dopuszczane do oceny merytorycznej. Można zatem ocenić, iż w przypadku wszystkich ocenianych działań kryterium kwotowe demarkacji zostało zachowane.

Kryteria wyboru projektów wprowadzone zostały do porządku prawnego zapisami Rozporządzenia Rady nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1260/1999. Zostały one wskazane w ramach definicji „operacji” zawartej w art. 2 pkt 3 Rozporządzenia. Zgodnie z powołanym przepisem, pod pojęciem „operacji” rozumie się projekt lub grupę projektów wybranych przez instytucję zarządzającą danym programem operacyjnym lub na jej odpowiedzialność, zgodnie z **kryteriami ustanowionymi przez komitet monitorujący** i realizowanych przez jednego lub więcej beneficjentów, pozwalające na osiągnięcie celów osi priorytetowej, do której odnosi się ta operacja. Wskazany w tym przepisie obowiązek komitetu monitorującego w zakresie ustanowienia kryteriów wyboru projektów potwierdzony został w ramach art. 65 lit. a („komitet monitorujący upewnia się co do skuteczności i jakości realizacji programu operacyjnego, zgodnie z następującymi przepisami **analizuje i zatwierdza kryteria wyboru finansowanych operacji** w terminie sześciu miesięcy od zatwierdzenia programu operacyjnego i zatwierdza wszelkie zmiany tych kryteriów zgodnie z potrzebami programowania”).

W ramach krajowego systemu instytucjonalnego dotyczącego wdrażania funduszy europejskich, uregulowanego ustawą z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, kryteria wyboru projektów zatwierdzane są przez komitet monitorujący właściwy dla danego programu operacyjnego na bazie propozycji formułowanych przez Instytucję Zarządzającą (art. 26 ust. 1 pkt 3). Kryteria te stanowią załącznik do Szczegółowego Opisu Priorytetów PO IIŚ na lata 2007-2013.

W odniesieniu do PO IIŚ na lata 2007-2013 funkcjonuje Komitet Monitorujący powołany Zarządzeniem IZ Nr 28 z dnia 28 grudnia 2007 r. **Komitet ten czuwa nad efektywnością i jakością zarządzania i realizacji Programu (w tym nad zapewnieniem zgodności kryteriów oceny i wyboru projektów z dokumentami wyższego szczebla jak akty prawne, strategie, wytyczne itp.).** Zgodnie z zapisami Ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, IZ Programem ma obowiązek zapewnienia równego dostępu do pomocy wszystkich kategorii beneficjentów w ramach Programu oraz zapewnienia przejrzystości reguł stosowanych przy ocenie i wyborze projektów. W związku z tym w ramach PO IIŚ na lata 2007-2013 odbywały się tzw. konsultacje społeczne, m.in. w zakresie uszczegółowienia Programu, kryteriów wyboru projektu, listy projektów kluczowych, zasad przeprowadzania naboru projektów itp. Narzędzie w postaci konsultacji społecznych umożliwiało także na przeprowadzenie ponownej weryfikacji w zakresie zgodności przyjmowanych dokumentów Programowych (w tym kryteriów oceny i wyboru projektów) z aktami prawnymi i innymi dokumentami o charakterze strategicznym i wiążącym.

Przeprowadzona przez Zespół badawczy analiza wykazała **zgodność wymogów** zawartych w kryteriach wyboru projektów w zakresie treści i innych niezbędnych elementów z **przepisami prawa** krajowego i wspólnotowego. W szczególności, kryteria odnosiły się do obowiązujących wymogów prawnych w zakresie procesu inwestycyjnego (m.in. prawo budowlane, przepisy w zakresie planowania i zagospodarowania przestrzennego, ochrony środowiska). **Nie zidentyfikowano przypadków niezgodności kryteriów z porządkiem prawnym.**

Należy podkreślić, iż przyjęty system kryteriów pozwalał na wybór projektów, które w sposób optymalny służą realizacji **celów dokumentów strategicznych**. Zostało to zapewnione poprzez sformułowanie kryterium formalnego „strategiczny charakter projektu”. Obowiązkiem beneficjenta

⁹ http://www.mir.gov.pl/fundusze/fundusze_europejskie/Linia_demarkacyjna/Documents/linia.pdf

było wskazanie, w jaki sposób projekt wpisuje się w polityki (strategie) europejskie, krajowe oraz regionalne.

Nie stwierdzono, aby przyjęte i stosowane kryteria wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 mogły stać się **przyczyną niezrealizowania celów tego Programu wyznaczonych dla XII Priorytetu**. Trudno mówić o możliwości wystąpienia takiego wpływu.

4 Analiza systemowa kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 wraz z oceną możliwości ich wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020

W rozdziale zamieszczono odpowiedzi na pytania badawcze:

- które z kryteriów w największym, a które w najmniejszym stopniu wpływają na wybór projektów zgodnych z celami priorytetu XII PO IiŚ?
- na czym powinny opierać się główne kryteria wyboru projektów w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?
- jakie dobre praktyki (przykłady kryteriów) należałoby wprowadzić w nowej perspektywie finansowej?
- jakich aspektów projektu powinny dotyczyć kryteria i jak powinny być formułowane, aby prowadziły do wyboru projektów najwyższej jakości, realizujących w największym stopniu cele interwencji?

4.1 Analiza systemowa kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013

4.1.1 Kategoryzacja kryteriów stosowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013

W ramach niniejszego rozdziału przeanalizowano, w jakim stopniu w odniesieniu do kryteriów wyboru projektów stosowanych w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 można wskazywać na istnienie spójnego i adekwatnego systemu pozwalającego na wybór optymalnych projektów z punktu widzenia celów Programu.

Kluczowe znaczenie w kwestii występowania wpływu kryteriów wyboru projektów na rodzaj przedsięwzięć, którym udzielane jest wsparcie ze środków UE, posiadają **kryteria merytoryczne I stopnia**. Wynika to z faktu, iż nawiązują one do specyficznych (wybranych) cech danego projektu, umożliwiając jednocześnie tworzenie list rankingowych.

W toku przeprowadzonej analizy kryteriów merytorycznych I stopnia stosowanych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013 stwierdzono występowanie pewnych specyficznych kategorii powiązań dotyczących sposobu ich formułowania. Poniższa tabela prezentuje **kategoryzację podziału** tychże **kryteriów** z punktu widzenia trzech perspektyw.

Tabela 4 Zestawienie kryteriów merytorycznych I stopnia dla poszczególnych naborów wraz z podziałem na kategorie.

Podział kryteriów obowiązujących w konkursie 1/2008			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulanсів wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego

Podział kryteriów obowiązujących w konkursie 1/2008			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
3.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Średni wiek ambulansu/ambulansów podlegających wymianie	
4.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)	Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	
5.	Efektywność energetyczna projektu	Średni wiek wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta	
6.		Średni przebieg wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta	
Podział kryteriów obowiązujących w konkursie 2/2008			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału ratunkowego wynosi (po drogach publicznych)
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze
3.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Struktura ZOZ	Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej [dotyczy projektów, przewidujących zakup aparatury medycznej]
4.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)	Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych
5.	Kompleksowość projektu	Efektywność zakładu opieki Zdrowotnej	Lokalizacja lądowiska względem SOR
6.	Efektywność energetyczna projektu	Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk
7.	Lokalizacja inwestycji	Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	Lokalizacja lądowiska
8.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Działalność badawczo-naukowa Beneficjenta	
9.	Stopień gotowości projektu do realizacji	Lokalizacja względem przebiegu tras A	
Podział kryteriów obowiązujących w konkursie 3/2008			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej

Podział kryteriów obowiązujących w konkursie 3/2008			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych
3.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	
4.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)	Działalność dydaktyczna ZOZ w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	
5.	Kompleksowość projektu	Działalność badawczo-naukowa ZOZ	
6.	Efektywność energetyczna projektu	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	
7.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	
8.		Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	
Podział kryteriów obowiązujących w konkursie 1/2010			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Lokalizacja oddziałów zakładu opieki
3.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Potencjalnie najwyższa wartość dodana (Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy, przy którym zlokalizowane jest/będzie lądowisko)	Lokalizacja lądowiska względem SOR
4.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)	Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko
5.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	
6.	Stopień gotowości projektu do realizacji	Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	
7.		Działalność badawczo-naukowa beneficjenta	

Podział kryteriów obowiązujących dla projektów indywidualnych dotyczących Centrów Urazowych			
Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Obszar działania Centrum Urazowego
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań	Efektywność zakładu opieki zdrowotnej	Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych
3.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	
4.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)	Działalność dydaktyczna ZOZ w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	
5.	Kompleksowość projektu	Działalność dydaktyczna ZOZ w zakresie kształcenia przeddyplomowego	
6.	Efektywność energetyczna projektu	Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie medycyny ratunkowej	
7.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	

Źródło: opracowanie własne.

W ramach powyższej tabeli wyszczególniono następujące trzy kategorie kryteriów merytorycznych I stopnia:

- **kryteria jakości projektu** – dotyczą cech danego przedsięwzięcia, związanych np. z lokalizacją, logiką projektu i poprawnością jego zdefiniowania;
- **kryteria profilu beneficjenta** – dotyczą specyfiki działalności danego beneficjenta i jego sytuacji finansowej;
- **kryteria wartości dodanej projektu** – dotyczą oczekiwanego oddziaływania projektu na pośrednich beneficjentów (ostatecznych) projektu i naturalnego otoczenia projektu.

Analiza treści powyższej tabeli pozwala stwierdzić, iż w ramach XII Priorytetu **w sposób równomierny oceniano projekty** pod kątem jakości projektu oraz profilu beneficjenta. Natomiast kryteria odnoszące się do wartości dodanej projektów nie zostały odpowiednio „wyważone” względem dwóch wyżej wymienionych kategorii. Biorąc pod uwagę charakter Programu (krajowy) i zasadność oczekiwanego oddziaływania ponadregionalnego, od projektów dofinansowanych w ramach w/w priorytetu stwierdzić można, iż kryteria wartości projektu ocenianie były w sposób niewystarczający.

Poniżej dokonano szczegółowej analiz poszczególnych kryteriów, w oparciu o które IOK oceniała konkursowe i indywidualne projekty ponadregionalne.

W wyniku przeprowadzonej przez Zespół badawczy analizy kart ocen projektów można wyróżnić grupę kryteriów, które w praktyce w ogóle nie wpływały różnicująco na rankingowanie projektów.

Poniżej przedstawiono kryteria dotyczące jakości projektu w ramach poszczególnych kategorii, wraz z punktacją przyznaną na ocenie merytorycznej I stopnia (w celu ułatwienia prowadzenia porównań i analiz kolorem czerwonym zaznaczono wyniki oceny projektów, które nie otrzymały dofinansowania).

Tabela 5 Wyniki oceny spełniania kryteriów merytorycznych I stopnia dotyczących jakości projektu.

[illegible]

Lokalizacja inwestycji	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja inwestycji	n/d	n/d	n/d	n/d	12	n/d
Lokalizacja inwestycji	n/d	n/d		n/d	21	n/d
Lokalizacja inwestycji	n/d	n/d		n/d	22	n/d

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy treści kart oceny projektów.

W grupie kryteriów odnoszących się do jakości projektu, jedynie te dotyczące stopnia gotowości projektu do realizacji i lokalizacji inwestycji miały charakter faktycznie różnicujący ocenę punktową inwestycji. Kryteria te wpływały na liczbę punktów uzyskiwanych przez poszczególne projekty a tym samym na ich pozycję na listach rankingowych. Koniecznie należy nadmienić, iż kryteria te zostały wykorzystane wyłącznie w konkursie 1/2010 i w przypadku ponadregionalnych projektów indywidualnych. Jak wynika z przeprowadzonych obserwacji pozostałe kryteria w praktyce nie wpływały na „rankingowanie” projektów.

Jednakże, z powyższej tabeli wynika, iż w przypadku zastosowania w ramach XII Priorytetu wyłącznie kryteriów dotyczących jakości projektu nie byłoby możliwym dokonanie wyboru inwestycji w największym stopniu wpisujących się w cele strategiczne (cele interwencji).

Poniżej przedstawiono kryteria dotyczące profilu beneficjenta w ramach poszczególnych kategorii, wraz z punktacją przyznaną na ocenie merytorycznej I stopnia (w celu ułatwienia prowadzenia porównań i analiz kolorem czerwonym zaznaczono wyniki oceny projektów, które nie otrzymały dofinansowania).

Tabela 6 Wyniki oceny spełniania kryteriów merytorycznych I stopnia dotyczących profilu beneficjenta.

Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	1	1	n/d	1	2	0
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	2	n/d	1	0	2
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	2	n/d	1	3	2
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	2	0	n/d	0	0	2
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	1	0	n/d	3	0	3
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	1	0	n/d	1	2	0,6
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	0	n/d	2	3	0
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	1	0	n/d	0	3	0
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	2	n/d	3	2	3
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	2	n/d	3	0	0

zagranicznych						
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	2	3	n/d	3	3	2
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	0	n/d	3	0	2
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	0	n/d	1	3	0
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	1	0		3	2	0
Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych	3	0		2	2	0
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	0	6	10	10	6	6
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	12	4	12	6	0	8
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	2	4	8	14	8	2
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	14	2	4	0	8	8
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	16	0	2	10	4	6
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	4	0	14	6	2	8
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	12	8	6	16	4	4
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	2	0	8	8	0	8
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	12	0	12	12	8	4
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	8	2	4	10	4	6
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	10	6	12	4	4	8
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	12	8	8	8	8	8
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	10	10	2	14	6	6
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	0	2		14	4	0
Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	4	2		14	2	2
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	0	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	0	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	0	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	0	0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	0	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	0	4	1	4	n/d

Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	1	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	0	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6	4	0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	0	4	0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	0		0	4	n/d
Działalność badawczo-naukowa ZOZ wynikająca z jego statutu	6	6		1	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	12	4	0	n/d	6	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	12	12	9	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	12	4	0	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	8	0	0	n/d	9	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	8	0	0	n/d	6	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	0	8	0	n/d	6	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	12	4	6	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	0	4	0	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	12	12	6	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	8	0	12	n/d	12	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	12	12	12	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	0	8	0	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	0	4	6	n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	0	12		n/d	0	n/d
Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	0	0		n/d	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	0	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	0	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	0	6	n/d

Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	0	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	0	0	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	1	2	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	0	0	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d	6	1	0	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d		2	6	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	n/d	n/d		2	2	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	4	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	0	n/d	n/d	n/d	n/d

Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	0		n/d	n/d	n/d
Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	6	6		n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4		n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	4	4		n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	3	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	3	9	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	9	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	6	9	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	3	9	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	3	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	9	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	3	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	9	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	9	n/d	n/d	n/d	n/d

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	3	6	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	3	0		n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	9	9		n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	16	16	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	12	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	12	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	16	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	8	4	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	8	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	8	16	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	8	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	4	8	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	0	16	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	4	16	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	12	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	16	0	n/d	n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	16	0		n/d	n/d	n/d
Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	8	0		n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	4	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	4	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	5	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	2	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	2	n/d		n/d	n/d	n/d
Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	5	n/d		n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	6	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	9	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	6	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	0	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	3	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	3	n/d		n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	9	n/d		n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	14	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	14	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	10	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	14	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	10	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	14	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	10	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	8	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	10	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	8	n/d		n/d	n/d	n/d
11 a. Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy	14	n/d		n/d	n/d	n/d
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	20	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	12	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d		n/d	n/d	n/d

Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia	16	n/d		n/d	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	4	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	8	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	12	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	12	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d		12	n/d	n/d
Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok)	n/d	n/d		12	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	8	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	10	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d

Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d		2	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d		6	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d		3	n/d	n/d
Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej - diagnostyka TK	n/d	n/d		3	n/d	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d

Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d		n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii	n/d	n/d		n/d	16	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	3	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	12	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	12	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	12	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	3	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	3	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d	n/d	n/d	3	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d		n/d	9	n/d
Struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki	n/d	n/d		n/d	6	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	12	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d

Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	3
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	6
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	3
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d		n/d	n/d	6
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d		n/d	n/d	6
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	6
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	3
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	6
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	3
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d		n/d	n/d	3
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie	n/d	n/d		n/d	n/d	0
Średni wiek wszystkich ambulansów	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	

Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d		n/d	n/d	
Średni wiek wszystkich ambulansów	n/d	n/d		n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	9
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d		n/d	n/d	
Średni przebieg wszystkich ambulansów	n/d	n/d		n/d	n/d	

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy treści kart oceny projektów.

W grupie kryteriów dotyczących profilu beneficjenta do tych, które w największym stopniu wpływały na różnicowanie inwestycji na listach rankingowych należy wymienić:

- doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych – waga 1, z maksymalną ilością punktów 3;
- ocena sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej - waga 2, a maksymalna ilość punktów, w zależności od typu działania, albo 10 albo 16 punktów;
- współczynnik wykorzystania łóżek/efektywność zakładu opieki zdrowotnej – waga 3 lub 4, maksymalna ilość punktów 12;
- średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy,
- zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych – waga 4, maksymalna punktacja 16;
- działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy – waga 2 i 3, maksymalna punktacja 12 i 16;
- potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok) – waga 4, maksymalna punktacja 12;
- zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej – waga 2, maksymalna punktacja 10;
- struktura ZOZ - oddziały i/lub ośrodki – waga 1, maksymalna punktacja 18;
- średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy – waga 4, maksymalna punktacja 12.

Poniżej wylistowano kryteria nie różnicujące (tj. w praktyce nie wpływające na kolejność projektów na listach rankingowych) beneficjentów w należytych stopniu:

- struktura ZOZ - oddział anestezjologii i intensywnej terapii – waga 4, maksymalna ilość punktów;
- działalność badawczo-naukowa ZOZ w przypadku projektów ponadregionalnych - waga 3, maksymalna ilość punktów 6;
- zasoby kadrowe ZOZ - waga 2, maksymalna ilość punktów 6;
- działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy - waga 4, maksymalna ilość punktów 4.

Z powyżej zaprezentowanych informacji wynika, iż kryteria z grupy tych dotyczących profilu działalności beneficjenta zasadniczo mają istotny wpływ na różnicowanie projektów. Wynika to z faktu, iż w praktyce nie występuje dwie takie same jednostki (beneficjentów), o takim samym profilu działalności, zakresie świadczonych usług i posiadanej kadrze medycznej.

W ramach grupy kryteriów dotyczących profilu działalności beneficjenta większość miała charakter różnicujący projekty na ocenie merytorycznej I stopnia.

Poniżej przedstawiono kryteria dotyczące wartości dodanej projektu w ramach poszczególnych kategorii, wraz z punktacją przyznaną na ocenie merytorycznej I stopnia (w celu ułatwienia prowadzenia porównań i analiz kolorem czerwonym zaznaczono wyniki oceny projektów, które nie otrzymały dofinansowania).

Tabela 7 Wyniki oceny spełniania kryteriów merytorycznych I stopnia dotyczących wartości dodanej projektu.

Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2		2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d	2	n/d

Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2		2	n/d		n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2		2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	0		2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d	0	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2		2	n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d		n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d	0	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	2	2	n/d		n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2			n/d	2	n/d
Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2			n/d	0	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej		18	n/d	n/d	16	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	0	18	n/d	n/d	16	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	18	18	n/d	n/d	16	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	0		n/d	n/d	12	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej			n/d	n/d	0	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	6	18	n/d	n/d	0	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej		9	n/d	n/d	12	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	18	12	n/d	n/d	12	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	18		n/d	n/d	8	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	0	18	n/d	n/d		n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	9	12	n/d	n/d	0	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	3	9	n/d	n/d		n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	9		n/d	n/d	8	n/d

Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	12	12		n/d	0	n/d
Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	9	3		n/d	16	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	6	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	6	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	6	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d	12	n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d		n/d	n/d	n/d
Obszar działania Centrum Urazowego	n/d	n/d		n/d	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	1	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	1	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	1	n/d	n/d

Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	1	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d	n/d	1	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d		1	n/d	n/d
Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	n/d	n/d		0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	3	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d		3	n/d	n/d
Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej	n/d	n/d		3	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d

Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d		6	n/d	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d		6	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	2	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d	n/d	0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d		0	n/d	n/d
Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko	n/d	n/d		0	n/d	n/d
Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych)	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych)	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych)	n/d	n/d	n/d	n/d	12	n/d
Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych)	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych)	n/d	n/d	n/d	n/d	16	n/d
Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych)	n/d	n/d	n/d	n/d	1	n/d

Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	0	2	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	0	2	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	2	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	8	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	0	8	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	2	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	2	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	2	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	8	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d	n/d	6	0	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d		6	0	n/d
Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	n/d	n/d		6	0	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	4	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	4	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	4	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	4	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	4	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d	4	n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d		n/d		n/d
Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk	n/d	n/d		n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d

Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	0	n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d	8	n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d	n/d	n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d		n/d		n/d
Lokalizacja lądowiska	n/d	n/d		n/d		n/d
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	16
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	16
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	16
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	16

Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	8
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	16
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d		n/d	n/d	4
Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów	n/d	n/d		n/d	n/d	4
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	LPI 12.2	3/2008	LPI CU	1/2010	2/2008	1/2008
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	0
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d		n/d	n/d	12
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego	n/d	n/d		n/d	n/d	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy treści kart oceny projektów.

Kryteria z grupy dotyczącej wartości dodanej, w większości przypadków miały charakter różnicujący projekty. W grupie tych kryteriów można wymienić:

- stan techniczny wymienianej aparatury medycznej – waga 3 lub 4, maksymalna punktacja 18 lub 16;
- lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej – waga 3, maksymalna punktacja 3;

- odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału wynosi (po drogach publicznych) – waga 4, maksymalna punktacja 16;
- lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego – waga 3 lub 4, maksymalna punktacja 6 lub 8.

Kryteria dotyczące wartości dodanej projektu w większości przypadków faktycznie w praktyce pozwalały różnicować inwestycje pod kątem liczby przyznawanych punktów na etapie oceny merytorycznej I stopnia. Jednakże biorąc pod uwagę ich ograniczoną względem pozostałych dwóch grup kryteriów populację, nie miały one szansy wpływać w dużym stopniu na rankingowanie projektów na listach. W największym stopniu, na wybór projektu do dofinansowania wpływ miały kryteria związane z profilem działalności beneficjenta.

4.1.2 Wnioski ogólne z analizy systemowej dotyczące konstrukcji kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020

Na podstawie powyższej analizy systemowej oraz przy uwzględnieniu analiz przeprowadzonych w ramach Rozdziału 3, poniżej sformułowano zalecenia dotyczące proponowanego systemu kryteriów wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Ewaluator za zasadne uważa:

1. Doprecyzowanie i większe zróżnicowanie kryteriów PO IiŚ na lata 2007-2013 dotyczących jakości projektu z uwagi na fakt, iż zbyt ogólne zasady ich oceny prowadzą do przyznawania w praktyce jednakowej punktacji wszystkim ocenianym projektom;
2. Wyrównanie istniejącej dysproporcji między trzema grupami kryteriów i położenie większego nasisku na wartość dodaną realizowanych projektów;
3. Stosowanie kryteriów dotyczących wartości dodanej projektu (np: wiek wymienianej aparatury medycznej, kompleksowość i komplementarność w zobszarze oddziaływania projektu, spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu), w celu promowania projektów, których dofinansowanie w sposób najbardziej efektywny pozwoli na osiągnięcie celów i wskaźników wyznaczonych dla PO IiŚ na lata 2014-2020;
4. Ograniczenie do minimum stosowania kryteriów nie wpływających na rankingowanie projektów i nie zmierzających do bezpośredniej realizacji celu danego działania / priorytetu;
5. Okresowy przegląd kryteriów wyboru projektów stosowanych w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 w celu weryfikacji, czy w praktyce pozwalają one na obiektywną i zgodną z celami Programu ocenę projektów oraz czy nie generują istotnych trudności w ocenie projektów (zarówno z perspektywy wnioskodawcy jak i IOK / ZOP).

4.2 Analiza możliwości wykorzystania kryteriów PO IiŚ na lata 2007-2013 w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020

4.2.1 Metodyka analizy

W ramach niniejszego rozdziału analizie poddano wybrane kryteria XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013 pod kątem możliwości ich wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. W ramach oddzielnych analiz dla każdego z działań i typu projektu XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2014-2020 wyszczególniono kryteria merytoryczne I stopnia, które zdaniem Ewaluatora powinny być zalecane do stosowania, przy ocenie danego typu projektów.

4.2.2 Wyniki analizy możliwości wykorzystania kryteriów PO IiŚ na lata 2007-2013 w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020

Celem szczegółowym VII Priorytetu PO IiŚ na lata 2014-2020 jest poprawa dostępu ludności do usług ochrony zdrowia, a tym samym zmniejszenia nierówności w dostępie do ochrony zdrowia, poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony

zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym.

Poniżej w syntetyczny sposób przedstawiono charakterystykę projektowanego Działania 7.1 w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.

Infrastruktura ratownictwa medycznego							
Cele Priorytetu	Wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii, modernizacja istniejących oraz utworzenie nowych centrów urazowych, wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców – przy SOR oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych baz lotniczego pogotowia ratunkowego oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy.						
Wskaźniki produktu	L.p.	Wskaźnik	Jednostka miary	Fundusz	Kategoria regionu		Wartość docelowa
	1	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	szt.	EFRR	Słabiej rozwinięty		108
					Lepiej rozwinięty		13
	2	Liczba wybudowanych/wyremontowanych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy podmiotach leczniczych	szt.	EFRR	Słabiej rozwinięty		63
					Lepiej rozwinięty		7
Wskaźnik rezultatu	L.p.	Wskaźnik	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość bazowa	Rok bazowy	Wartość docelowa
	1	Średnia liczba Osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy	tys./szt.	Słabiej /lepiej rozwinięte	180	2012	152

Źródło: Projekt PO IIŚ na lata 2014-2020.

Poniżej przedstawiono krótką charakterystykę projektowanego Działania 7.2 w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.

Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych							
Cele Priorytetu	Wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom układu krążenia, nowotworowym, układu kostno – stawowo – mięśniowego, układu oddechowego, psychicznym, wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci, wsparcie pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z jednostkami wymienionymi powyżej.						
Wskaźniki	L.p.	Wskaźnik	Jednostka miary	Fundusz	Kategoria regionu		Wartość docelowa

produktu					Słabo rozwinięte		36
	1.	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	szt.	EFRR	Lepiej rozwinięte		14
Wskaźnik rezultatu	L.p.	Wskaźnik	Jednostka miary	Kategoria regionu	Wartość bazowa	Rok bazowy	Wartość docelowa
	1.	Liczba tomografów komputerowych (CT) oraz Rezonansów magnetycznych (MRI) Przypadająca na 1 000 000 populacji)	szt./1 mln osób	Słabiej /lepiej rozwinięte	18,3	2011	20,47

Źródło: Projekt PO IiŚ na lata 2014-2020.

Poniżej dokonano analizy poszczególnych kryteriów, stosowanych w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013, wraz z oceną możliwości ich wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020.

Ocena kryterium i jego użyteczności pod kątem wykorzystania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020

Nazwa kryterium: Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu

- W ramach kryterium oceniane było, czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są niezbędne z punktu widzenia przewidzianych do osiągnięcia w jego ramach celów. Kwestia ta jest pośrednio badana w ramach kryterium spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu). Trudno zakładać, że beneficjent wskaże działania niezgodne z celami projektu. Kryterium to, w obecnym brzmieniu, wydaje się nie posiadać istotnej wartości dla oceny merytorycznej I stopnia. Jednocześnie należy podkreślić, iż w praktyce nie posiadało ono charakteru różnicującego, ponieważ tylko pojedyncze projekty nie uzyskiwały maksymalnej ilości punktów za jego spełnienie. Ponadto wadą kryterium był brak praktycznej jego mierzalności (w sposób nie wystarczająco precyzyjny określono sposób i warunki niezbędne na jego spełnienie, zabrakło konkretnych przykładów).

Rekomendacja: rezygnacja z kryterium

Nazwa kryterium: Racjonalność i kompletność harmonogramu działań

- Kryterium to Zespół badawczy uznaje za zasadne z punktu widzenia zbadania możliwości zrealizowania projektu w założonym czasie. Jednocześnie, w praktyce harmonogram opracowywany przez beneficjentów na etapie przygotowywania WoD daleko odbiega od harmonogramu realizacji inwestycji po podpisaniu UoD. W związku z tym, zaleca się przeniesienie oceny kryterium na etap oceny formalnej i sprawdzanie go pod kątem **możliwości do wykonania** w założonym czasie a w szczególności w okresie kwalifikowalności wydatków (zakres projektu *versus* zakres działalności beneficjenta – czy zakres projektu jest realistyczny, czy uwzględnia niezbędne terminy wymagane na pozyskanie decyzji i pozwoleń, czy nie przekracza możliwości realizacyjnych beneficjenta, co spowodować może opóźnienie w realizacji projektu itp.).

Zalecenie: przeniesienie kryterium na etap oceny formalnej i ocena realności przygotowania, realizacji i zakończenia w okresie programowania 2014-2020.

Zalecenie: opracowanie jednego spójnego wzoru harmonogramu, w postaci wykresu Gantta (w excelu), z instrukcją jego wypełnienia, zgodnego z punktem D.1 WoD. Warto w harmonogramie przewidzieć miejsce na dodanie tzw. „ścieżek krytycznych” tj. punktów do śledzenia kluczowych dla projektu podzadań oraz „kamieni milowych”.

Nazwa kryterium: Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych

3. Ocena posiadania przez wnioskodawcę doświadczenia w założeniu miała gwarantować sprawność realizacji i zarządzania projektem. Jednakże w toku realizacji badania zidentyfikowano wielu

beneficjentów, którzy nie dysponowali takim doświadczeniem w realizacji projektów, a mimo to w sposób efektywny i zgodnie z terminami zrealizowali swoje projekty. W praktyce kryterium nie wiązało się bezpośrednio ze sprawnością realizacji inwestycji, aczkolwiek można ocenić, iż w pośredni sposób pośredni wpływać może na trwałość projektu.

Zaleca się utrzymanie przedmiotowego kryterium, z uszczegółowieniem definicji zrealizowanego (zgodnie z definicją w PO IiŚ na lata 2007-2013 „zarządzanego”) projektu na taki, który został wdrożony i rozliczony na dzień złożenia WoD (by precyzyjnie określić status takiej wykazywanej przez wnioskodawcę jako doświadczenie inwestycji). Ponadto zaleca się doprecyzowanie nazwy kryterium na następujące: Doświadczenie wnioskodawcy w realizacji projektów finansowanych ze środków krajowych i/lub zagranicznych.

Zalecenie: poszerzenie katalogu typu projektów do uwzględnienia jako spełniające wymóg „doświadczenia beneficjenta” o te zrealizowane ze środków krajowych (z wykluczeniem kredytów).

Proponowana punktacja:

Beneficjent posiada duże doświadczenie w realizacji projektów finansowanych przy udziale środków krajowych i/lub zagranicznych (minimum 5 projektów, w tym min 3 projekty inwestycyjne) – 3 pkt.

Beneficjent posiada średnie doświadczenie w realizacji projektów finansowanych przy udziale środków krajowych i/lub zagranicznych (minimum 3 projekty, w tym minimum 1 projekt inwestycyjny) – 2 pkt.

Beneficjent posiada niewielkie doświadczenie w realizacji projektów finansowanych przy udziale środków krajowych i/lub zagranicznych (do 2 projektów) – 1 pkt.

Beneficjent nie posiada doświadczenia – 0 pkt.

Proponowana waga kryterium: 1

Nazwa kryterium: Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, podmioty lecznicze permanentnie funkcjonują w uwarunkowaniach wpływających na brak stabilności w obszarze ich sytuacji finansowej. Dotychczasowa ocena sytuacji finansowej wnioskodawców odbywała się na dany dzień i za określony okres czasu. Jednakże uwarunkowania finansowe nie powinny być oceniane w oderwaniu od szerszego kontekstu, który wpływa na ten stan (a tym samym na wartość osiąganych wskaźników). Zatem ocena sytuacji ekonomicznej podmiotów w tym kontekście nie jest do końca zasadna. Jednakże z drugiej strony jak już nadmieniono we wstępie raportu, środki z UE powinny trafiać do takich podmiotów, które dobrze będą nimi zarządzać i nie narażać się na utratę wsparcia finansowanego z tytułu nie spełnienia warunków z zawartej UoD.

Brak stabilności w zakresie sytuacji finansowej wnioskodawców wpływa, iż wątpliwy staje się wybór na bazie omawianego kryterium takich podmiotów, w stosunku do których nie wystąpią ryzyka dotyczące warunków ich funkcjonowania w obszarze finansowym.

Prezentowane poniżej wskaźniki i miary do oceny sytuacji finansowej podmiotów prowadzących działalność leczniczą ubiegających się o dofinansowanie w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 dobrane zostały z uwzględnieniem czterech przesłanek:

4.

1. adekwatności wskaźników i miar do specyficznych warunków funkcjonowania sektora ochrony zdrowia;
2. zamiaru ukazania nie tylko aktualnej, ale i możliwej (przewidywanej) sytuacji finansowej podmiotów występujących o dofinansowanie w najbliższej przyszłości (w perspektywie 1-2 lat);
3. chęci mapowania podmiotu występującego o dofinansowanie w sieci powiązań z innymi podmiotami z sektora ochrony zdrowia w celu lepszej orientacji odnośnie roli pełnionej przez wnioskodawcę w systemie ochrony zdrowia;
4. dążenia do ograniczania nadmiernych i nieuzasadnionych obowiązków sprawozdawczych.

Konsekwentnie, do oceny sytuacji finansowej proponuje się wykorzystać:

- analizę wskaźnikową (wybrane wskaźniki);
- analizę przepływów pieniężnych – ocenianą na etapie oceny merytorycznej II stopnia;
- powiązania aplikanta z innymi podmiotami sektora ochrony zdrowia – oceniane w ramach kryterium logika projektu.

Analiza wskaźnikowa

Do oceny bieżącej sytuacji finansowej podmiotu występującego o dofinansowanie proponuje się wykorzystać wskaźniki płynności (bieżącej, szybki), wskaźnik zyskowności netto oraz wskaźnik

zyskowności (z) działalności operacyjnej. Taki dobór wskaźników spełnia przesłanki nr 1, 2 i 4 (wylistowane powyżej). Zaproponowane w ramach poszczególnych wskaźników przedziały (to dotyczy wszystkich proponowanych tu wskaźników) zgodne są ze standardami stosowanymi w sektorze ochrony zdrowia i propozycjami projektu stosownego rozporządzenia (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno – finansowej szpitali, włączonych do sieci szpitali, przekazany do uzgodnień zewnętrznych 7 marca 2007 r.).

Do szacowania możliwej sytuacji finansowej podmiotu w przyszłości proponuje się wskaźnik zadłużenia ogółem, wskaźnik wypłacalności oraz wskaźnik rotacji zobowiązań. Wskaźniki te spełniają przesłanki wskazywane w pkt. 1, 2 oraz 4 powyżej.

Analiza wskaźnikowa

Do pomiaru sytuacji obecnej proponuje się wykorzystać:

1. Wskaźniki płynności:

a) wskaźnik płynności bieżącej z podziałem na następujące przedziały:

- poniżej 0,6 (nieakceptowany) (0 pkt.)
- 0,6 – 1,2 (1 pkt.)
- powyżej 1,2 – 1,7 (optymalny) (2 pkt.)
- powyżej 1,7 (nieakceptowany) (0 pkt.)

Wskaźnik płynności bieżącej - stosunek bieżących aktywów (aktywa obrotowe) rozumianych jako suma zapasów, należności krótkoterminowych, inwestycji krótkoterminowych oraz gotówki do posiadanych przez szpital zobowiązań krótkoterminowych.

Wskaźnik płynności bieżącej = _____

b) wskaźnik płynności szybki z podziałem na następujące przedziały:

- poniżej 0,5 (nieakceptowany) (0 pkt.)
- 0,5 – 0,9 (1 pkt.)
- powyżej 0,9 – 1,3 (optymalny) (2 pkt.)
- powyżej 1,3 (3 pkt.)

Wskaźnik płynności szybki - stosunek aktywów obrotowych pomniejszonych o wartość zapasów do zobowiązań krótkoterminowych.

Wskaźnik płynności szybki = _____

2. Wskaźnik zyskowności netto z podziałem na następujące przedziały:

- poniżej 0,0 (nieakceptowany) (0 pkt.)
- 0,0 - 3,0 (1 pkt.)
- 3,0 – 5,0 (2 pkt.)
- powyżej 5,0 (3 pkt.)

Wskaźnik zyskowności netto - udział wyniku netto jednostki w przychodach ogółem rozumianych jako przychody ze sprzedaży, przychody z pozostałej działalności operacyjnej oraz przychody finansowe.

Wskaźnik zyskowności netto = _____

3. Wskaźnik zyskowności (z) działalności operacyjnej z podziałem na następujące przedziały:

- poniżej 0,0 (nieakceptowany) (0 pkt.)
- 0,0 - 4,0 (1 pkt.)
- 4,0 – 6,0 (2 pkt.)
- powyżej 6,0 (3 pkt.)

Wskaźnik zyskowności (z) działalności operacyjnej - udział wyniku (z) działalności operacyjnej w przychodach ze sprzedaży i pozostałych przychodach operacyjnych

Wskaźnik zyskowności (z) działalności operacyjnej = _____

Do ostrożnej oceny przyszłej sytuacji finansowej podmiotu proponowane są:

4. Wskaźnik zadłużenia ogółem z podziałem na następujące przedziały:

- poniżej 0,3 (3 pkt.)
- 0,3 – 0,6 (2 pkt.)
- 0,6 – 0,8 (jeszcze akceptowalny) (1 pkt.)
- powyżej 0,8 (nieakceptowany) (0 pkt.)

Wskaźnik zadłużenia ogółem - informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi

Wskaźnik zadłużenia ogółem =

5. Wskaźnik wypłacalności z podziałem na następujące przedziały:

- poniżej 0,0 (przedział nieakceptowany) (0 pkt.)
- 0,01 – 0,5 (przedział optymalny) (2 pkt.)
- 0,51 – 1,0 (3 pkt.)
- 1,01 – 4,0 (1 pkt.)
- powyżej 4,0 (przedział nieakceptowany) (0 pkt.)

Wskaźnik wypłacalności - ukazuje stosunek zobowiązań bez rezerw na zobowiązania do kapitału własnego, a zatem ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny.

Wskaźnik wypłacalności =

6. Wskaźnik rotacji zobowiązań z podziałem na następujące przedziały:

- do 30 dni (3 pkt.)
- 31-60 (2 pkt.)
- 61-90 (1 pkt.)
- powyżej 90 dni (przedział nieakceptowany) (0 pkt.)

Wskaźnik rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług informuje w jakim cyklu podmiot leczniczy realizuje swoje zobowiązania wobec kontrahentów oraz jak zmienia się jego sytuacja płatnicza. Jest to stosunek zobowiązań z tytułu dostaw i usług do przychodów ze sprzedaży. Wskaźnik jest wyrażany w dniach.

Wskaźnik rotacji zobowiązań =

Wyliczenia w/w wskaźników wykonywane będą w oparciu o wyniki uzyskane przez podmiot leczniczy ubiegający się o dofinansowanie w ostatnim roku finansowym poprzedzającym wystąpienie z wnioskiem o dofinansowanie. Proponowana waga, dla każdego ze wskaźników wynosi 1.

Wszystkie wymienione powyżej wskaźniki winny być wykazywane za okres 5 lat poprzedzających datę wystąpienia o dofinansowanie w celu wyznaczenia tendencji (trendu) w wielkości w/w wskaźników.

Zakłada się, że w ocenie eksperckiej kierunek takiej tendencji (wzrost, spadek) wpłynał będzie (w uzgodnionych uprzednio ramach) na ocenę końcową wniosku w na etapie oceny merytorycznej II stopnia.

Zalecenie: dołączenia do listy załączników *cash flow*, w zakresie dokumentów potwierdzających sytuację finansową zakładu opieki zdrowotnej bądź jeżeli podmiot nie ma obowiązku sporządzania rachunku przepływów pieniężnych sformułowanie wymogu jego sporządzenia i przedstawienia w ramach analizy kosztów i korzyści.

Nazwa kryterium: Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)

5. Kryterium wydaje się być zasadne do stosowania (aby móc w sposób jakościowy ocenić, czy wnioskodawca w należyty sposób przygotował projekt do realizacji). Ponadto kryterium to jest swoistym sygnałem dla beneficjentów, że inwestycje powinny być przez nich precyzyjnie zaplanowane i racjonalnie.

Zalecenie: pozostawienie kryterium bez zmian.

6. **Nazwa kryterium:** Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu)

Kryterium to wymaga uporządkowania i doprecyzowania. Aktualnie w opinii członków Zespołu badawczego pozwala na zbyt dużą swobodę w zakresie tworzonych przez wnioskodawców opisów do wykazania jego spełnienia. Dodatkowo niewystarczająco precyzyjnie określono poziom informacji, do jakich beneficjent powinien się odnosić, tzn. czy problemy przedstawiać na poziomie jednostki czy też w szerszym kontekście (np. na poziomie regionu lub ponadregionalnie). Należy doprecyzować, na czym logika projektu powinna polegać. Matryca logiczna mogłaby być bardzo pomocnym narzędziem, przy czym należałoby narzucić beneficjentom wzór i instrukcję jej wypełniania.

Dodatkowo zaleca się zmianę kierunku oceny kryterium w stronę wartości dodanej projektu, czyli oceniać rolę podmiotu w sieci podmiotów działających w sektorze zdrowia i ocena oddziaływania realizacji projektu na potrzeby systemu.

Zalecenie: zmiana nazwy kryterium na spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu

Nazwa kryterium: Kompleksowość projektu

Kompleksowość nie powinna być oceniana wyłącznie w ujęciu zaspakajania potrzeb beneficjenta i zapewniania pełnej funkcjonalności jego infrastruktury. Kryterium kompleksowości powinno również uwzględniać wartość dodaną projektu, tzn. ujmować również kompleksowość z założeniami działań na poziomie regionalnym/ponadregionalnym, wynikającymi z analizy potrzeb dla regionu/kraju. Kompleksowość powinna ponadto ściśle badać komplementarność projektu z innymi przedsięwzięciami beneficjenta, jak również komplementarność z innymi działaniami w sieci w celu realizowania nadrzędnych celów i kompleksowym zaspakajaniu potrzeb w regionie/kraju.

7. W przypadku doposażenia SOR w perspektywie 2014-2020 sam fakt ujęcia tej jednostki w Wojewódzkim Planie Działania Systemu nie powinien być wystarczający do otrzymania dofinansowania. Jednostki takie tym bardziej powinny wykazywać kompleksowość i komplementarność z punktu widzenia założeń systemu o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Beneficjent powinien wykazać, jaka jest jego rola w sieci i znać potrzeby systemu, aby móc działać kompleksowo.

Zalecenie: kontynuacja stosowania kryterium z położeniem większego nacisku na ocenę aspektów komplementarności projektu. Zaleca się zmianę charakteru kryterium na takie, które pozwoli ocenić wartość dodaną projektu.

Zalecenie: zmiana nazwy kryterium na kompleksowość i komplementarność projektu.

Nazwa kryterium: Efektywność techniczna i/technologiczna

Kryterium to w praktyce w bardzo niewielkim stopniu pozwalało na różnicowanie projektów na listach rankingowych. Ocena kryterium odbywała się na podstawie opisów zamieszczanych przez beneficjentów w punkcie B.4.2 WoD. Wnioskodawcy bez nadmiernych trudności mogli uzasadnić nowoczesność zastosowanych rozwiązań technicznych i/lub technologicznych *de facto* w przypadku każdej inwestycji.

Ponadto normy i przepisy prawa, jakich beneficjenci zobowiązani są przestrzegać, obligują ich do stosowania nowoczesnych rozwiązań. Należy zatem zakładać, iż beneficjenci planują swoje inwestycje w taki sposób, aby być konkurencyjnymi na rynku i mieć możliwość świadczenia usług dla jak największej liczby pacjentów.

8. **Zalecenie:** Kontrola nowoczesności zaplanowanych przez beneficjentów rozwiązań wydaje się być zasadna, jednakże z powodu stopnia ogólności kryterium i jego sprawdzającego charakteru zalecane jest wprowadzenie niższej wagi.

Proponowana punktacja:

Projekt przewiduje nowoczesne rozwiązania techniczne i/lub technologiczne – 2 pkt.

Projekt nie przewiduje nowoczesnych rozwiązań technicznych i technologicznych – 0 pkt.

Proponowana waga kryterium: 1

Nazwa kryterium: Efektywność energetyczna projektu

Analogicznie do oceny przydatności przedstawionej dla kryterium poprzedniego, przedmiotowe kryterium w praktyce w bardzo ograniczonym zakresie pozwalało na różnicowanie projektów.

9. Normy i przepisy prawa jakie beneficjenci muszą przestrzegać obligują do stosowania energooszczędnych rozwiązań. Zatem trudno zakładać, że beneficjenci planują swoje inwestycje z pominięciem efektywności energetycznej swojego projektu.

Zalecenie: Kryterium wydaje się być zasadnym z punktu widzenia kontroli, czy beneficjent nie decyduje się na rozwiązania, które w przyszłości mogą generować zbyt wysokie koszty oraz z punktu widzenia przepisów unijnych. Jednakże w dotychczas stosowanym kształcie kryterium nie jest w stanie w należyty sposób spełniać swojej funkcji. Wymagane jest jego doprecyzowanie, ponieważ nie określono, jakie konkretnie elementy efektywności będą uznawane za spełniające wymogi.

Proponowana punktacja:

Projekt przewiduje energooszczędne rozwiązania techniczne i/lub technologiczne – 2 pkt.

Projekt nie przewiduje energooszczędnych rozwiązań technicznych i/lub technologicznych - 0 pkt.

Proponowana waga kryterium: 1

Nazwa kryterium: Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej

Liczba pracowników posiadająca stopień i tytuł naukowy w określonej dziedzinie medycyny niewiele znaczy jako wartość bezwzględna. W związku z powyższym należałoby odnieść zasoby pracowników posiadających stopień i tytuł naukowy do liczby pracowników (osób, nie etatów) medycznych ogółem i wskazać odpowiednie przedziały procentowe (pracownik medyczny należący do grupy: lekarze, farmaceuci, analitycy, personel wyższym pielęgniarki, położne, dietetycy, ratownicy medyczni, technicy medyczni).

10. **Zalecenie:** Kryterium może być przydatne w PO IIŚ na lata 2014-2020. Należy je odnosić do udziału pracowników z tytułami do liczby pracowników medycznych ogółem.

Proponowana punktacja: Liczba pracowników ZOZ posiadających stopień lub tytuł naukowy w określonej dziedzinie medycyny wynosi:

- powyżej 20 % - 4 pkt.
- wynosi od 15 % do 20 % - 3 pkt.
- wynosi od 10 % do 15 % - 2 pkt.
- wynosi od 5 % do 10 % - 1 pkt.
- wynosi poniżej 5 % - 0 pkt.

Proponowana waga kryterium: 3

Nazwa kryterium: Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy

11. Kryterium w obecnym brzmieniu odwołuje się do działalności prowadzonej przez wnioskodawcę. Należy zastanowić się, czy nie weryfikować wpływu danej jednostki na kształcenie specjalistyczne lekarzy, tzn. oceniać stosunek ilości wyspecjalizowanych lekarzy do ilości lekarzy ogółem w dziedzinach objętych dofinansowaniem.

Nazwa kryterium: Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej

12. W przypadku projektów ponadregionalnych bardzo istotnym wydaje się być fakt prowadzenia działalności badawczo-rozwojowej. Powinna ona stanowić działalność komplementarną do zakresu projektu, jednakże ze względu na komplikacje wynikające m.in. z zagadnień dotyczących pomocy publicznej, nie jest zalecane badanie i ocena komplementarności projektu z działalnością badawczo-naukową.

Jednakże, ze względu na sugerowaną zmianę charakteru kryterium w kierunku oceny wartości dodanej projektu należałoby wprowadzić wymóg prezentowania we WoD informacji dotyczących możliwości wykorzystania powstałej infrastruktury do działalności badawczo-rozwojowej.

Rekomendacja: pozostawienie kryterium bez zmian.

Nazwa kryterium: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny

13. Kryterium zostało uznane za trafne i zasadne, z uwagi na fakt, iż promuje ono jednostki o znaczącym potencjale udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dziedzin, w przypadku których zdiagnozowano silne trendy epidemiologiczne.

Rekomendacja: pozostawienie kryterium bez zmian

Nazwa kryterium: Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej

14. Kryterium to w istotnym stopniu umożliwiałoby różnicowanie projektów na listach rankingowych. Jednocześnie można ocenić, iż skłaniało ono wnioskodawców do włączania w projekt wymiany sprzętu,

który nie w każdym przypadku był bezpośrednio związany z zakresem projektu.

Z perspektywy realizacji PO IiŚ 2007-2013 dysproporcje w stanie sprzętu podmiotów leczniczych zostały w dużym stopniu wyrównane. W związku z powyższym niezasadne wydaje się przemnażanie liczby punktów za wymianę aparatury radiologicznej przez 2. Aparatura w wieku do 5 lat nie powinna być wymieniana, w związku z tym zaleca się pozostawienie w tym przypadku 0 punktów.

Zalecenie: stan techniczny wymienianej aparatury sugeruje bardziej jego zużycie niż wiek, w związku z tym proponuje się zmianę nazwy kryterium (by było bardziej precyzyjne i zrozumiałe) na **wiek wymienianej aparatury medycznej**.

Zalecenie: wymaganie od wnioskodawców przedłożenia dowodów zakupu wymienianej aparatury np. paszportów technicznych, w celu potwierdzenia wieku wymienianej aparatury.

Zalecenie: doprecyzowanie zapisów, że wiek aparatury medycznej powinien być podawany na dzień złożenia WoD.

Proponowana punktacja:

Wiek wymienianej aparatury medycznej wynosi:

- powyżej 8 lat – 3 pkt.
- powyżej od 6 do 8 lat – 2 pkt.
- powyżej od 5 do 6 lat – 1 pkt.
- poniżej 5 lat – 0 pkt.

Proponowana waga kryterium: 3

Nazwa kryterium: Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych

15. Kryterium wydaje się być zasadnym z punktu widzenia znaczenia jednostki w systemie ochrony zdrowia. Kryterium jednakże nie uwzględnia lokalizacji danego podmiotu leczniczego, która może w sposób decydujący wpływać na procent udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom spoza województwa.

Rekomendacja: rezygnacja z kryterium

Nazwa kryterium: Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni) / Efektywność zakładu opieki zdrowotnej

Kryterium *współczynnik wykorzystania łóżek* wydaje się być zasadnym do stosowania, z punktu widzenia efektywności wykorzystania posiadanych przez wnioskodawcę zasobów. Jednakże w toku badania wykazano, że 85 % stopień wykorzystania łóżek może świadczyć o złym zarządzaniu zasobami. Mianowicie ogólna tendencja należytego zarządzania placówką jest taka, iż w miarę możliwości pacjenci powinni być wypisywani na weekendy do domów (przez co współczynnik wykorzystania łóżek obniża się). Jednocześnie w przypadku centrów urazowych, które muszą utrzymywać gotowość do przyjmowania pacjentów, 85 % obłożenie na oddziałach powiązanych z CU nie jest wartością pożądaną. Natomiast 75 % współczynnik może stanowić o dobrej efektywności.

16. Kryterium *efektywność zakładu opieki zdrowotnej* odnosiło się do wykorzystania łóżek na oddziałach lub ośrodkach referencyjnych związanych z działalnością SOR. Jak wspomniano powyżej, łóżka powinny być wykorzystywane w dużym stopniu, ponieważ świadczy to o efektywności ZOZ, jednakże w przypadku posiadania SOR, zbyt wysoki współczynnik jest ryzykowany ponieważ tzw. „ostre łóżka” powinny być gotowe na przyjmowanie pacjentów w stanie nagłym.

Zalecenie: pozostawienie nazwy kryterium współczynnik wykorzystania łóżek.

Zalecenie: należy doprecyzować zasady oceny kryterium i wskazać, że współczynnik odnosi się tylko do oddziałów, w ramach których prowadzony ma być projekt.

Zalecenie: należy doprecyzować, że współczynnik ma być liczony jako średnia arytmetyczna współczynników na poszczególnych oddziałach objętych projektem.

Zalecenie: należy doprecyzować zapis, że współczynnik ma być podany dla faktycznych łóżek.

Zalecenie: pozostawienie kryterium, wprowadzenie w/w zaleceń.

Proponowana punktacja:

Powyżej 85 % - 0 pkt.

Powyżej 75 – do 85% - 2 pkt.

Powyżej 65 – do 75% - 1 pkt.

do 65% - 0 pkt.

Proponowana waga kryterium: 4

Nazwa kryterium: Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych

17. Zgodność z politykami i prawem polskim oraz wspólnotowym jest jednym z integralnych elementów każdego projektu współfinansowanego ze środków UE. Stosowanie rozwiązań dla osób niepełnosprawnych wynika wprost z polityki równości szans, w związku z tym badanie znaczenia projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych wydaje się być niezasadnym.

Rekomendacja: rezygnacja z kryterium.

Nazwa kryterium: Stopień gotowości projektu do realizacji

18. W ramach przedmiotowego kryterium oceniany był poziom zaawansowania przygotowań wnioskodawcy do realizacji projektu. Zakres tego kryterium w dużym stopniu jest zbieżny z oceną kryterium Racjonalność i kompletność harmonogramu działań. Zasadniczą wątpliwość stwarza istotne preferowanie wnioskodawców, którzy na dzień składania WoD dysponują projektem budowlanym lub remontowym, kosztorysem inwestorskim (weryfikowane w ramach kryterium Efektywność wydatków projektu) oraz pozwoleniem na budowę. Z punktu widzenia faktycznej realizacji, projekty z zakresu ochrony zdrowia nie stanowią inwestycji skomplikowanych (z uwagi na punktowy charakter oraz w większości przypadków brak istotnego oddziaływania na środowisko). Stąd wydaje się, iż nie ma podstaw do punktowania tego zagadnienia, szczególnie w kontekście proponowanej oceny racjonalności harmonogramu na etapie oceny formalnej.

Rekomendacja: rezygnacja z kryterium.

Nazwa kryterium: Struktura ZOZ

19. W ramach przedmiotowego kryterium oceniano czy zakład, w którym znajduje się SOR posiada w swej strukturze oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz czy szpitalny oddział ratunkowy posiada w swej strukturze oddział lub ośrodek referencyjny: 1. ośrodek leczenia udarów, 2. ośrodek leczenia ostrych zespołów wieńcowych, 3. oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, 4. oddział oparzeń, 5. oddział chirurgii ręki, 6. oddział toksykologiczny.

- Obowiązek posiadania w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym organizowany jest SOR, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii wynika wprost z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, w związku z tym ocena tego kryterium nie jest zasadna, ponieważ jak wynika z analiz symulacyjnych, wszyscy beneficjenci ubiegający się o dofinansowanie w ramach konkursu 2/2008 otrzymali maksymalną ilość punktów.

Zalecenie: rezygnacja z oceny, czy zakład, w którym znajduje się SOR posiada w swej strukturze oddział anestezjologii i intensywnej terapii.

Ocena, czy szpitalny oddział ratunkowy posiada w swej strukturze oddział lub ośrodek referencyjny: 1. ośrodek leczenia udarów, 2. ośrodek leczenia ostrych zespołów wieńcowych, 3. oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, 4. oddział oparzeń, 5. oddział chirurgii ręki, 6. oddział toksykologiczny jest zasadna i stanowi wartość dodaną dla projektu, ponieważ im więcej oddziałów posiada szpital tym bardziej kompleksowa jest usługa szpitala i większa gwarancja jakości i czasu (skuteczności) leczenia pacjenta.

Zalecenie: pozostawienie kryterium bez zmian.

Nazwa kryterium: Średnia liczna pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy / Potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów

20. Kryterium powinno mieć charakter kontrolny, tzn. wartość pacjentów do 80 obsługiwanych dziennie przez SOR powinna służyć do zadania pytania, czy w danym szpitalu w ogóle powinien być organizowany SOR i czy wnioskodawca taki w ogóle powinien otrzymać dofinansowanie. Czy obsługuje poniżej 80 pacjentów dziennie, ponieważ w jego sąsiedztwie znajduje się inny SOR (który np. obsługuje ponad 80 pacjentów)?.

Czy obsługuje poniżej 80 ponieważ jest niekorzystnie zlokalizowany bądź nie posiada odpowiedniego sprzętu i/lub kadry?

Jako że uzasadnione wydaje się promowanie inwestycji w jednostki mające potencjał obsługi znacznej ilości pacjentów (szczególnie w przypadku SOR), przedmiotowe kryterium należy uznać za zasadne.

Rekomendacja: pozostawienie kryterium bez zmian

Nazwa kryterium: Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze / Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału ratunkowego wynosi (po drogach publicznych).

21. Kryterium ma znaczenie z punktu widzenia uzupełniania braków w systemie ochrony zdrowia i dostępności pacjentów do usług.

Rekomendacja: pozostawienie kryterium bez zmian

Nazwa kryterium: Dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze

22. Kryterium nie wnosi dużej wartości merytorycznej, ponieważ SOR może być położony na granicy jednego miasta i w sąsiedztwie drugiego SOR (np. zlokalizowanego na terenie dużego miasta). Ponadto gęstość zaludnienia w niektórych miastach wręcz wskazuje na konieczność posiadania więcej niż jednego SOR.

Rekomendacja: rezygnacja z kryterium

Nazwa kryterium: Lokalizacja inwestycji

Kryterium dotyczy lokalizacji inwestycji w obszarach SOR. Obszary te wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego(z drobną różnicą - do obszarów SOR nie zalicza się obszaru laboratoryjno-diagnostycznego). Jest bardzo istotne z punktu widzenia kompleksowości planowanych działań.

Zalecenie: dostosowanie zapisów kryterium do obowiązujących obszarów z rozporządzenia.

Proponowana punktacja:

23. Wniosek dotyczy remontu, przebudowy, rozbudowy lub zakupu aparatury medycznej w następujących obszarach szpitalnego oddziału ratunkowego:

1. segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – 1 pkt
2. resuscytacyjno-zabiegowy – 4 pkt.
3. wstępnej intensywnej terapii – 4 pkt.
4. terapii natychmiastowej – 4 pkt.
5. obserwacji – 3 pkt.
6. konsultacyjnego – 2 pkt.
7. stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego – 1 pkt.

Proponowana waga kryterium: 1

Nazwa kryterium: Lokalizacja szpitalnego oddziału ratunkowego względem przebiegu tras A

24. Należy stwierdzić, iż stosowanie tego kryterium nie było uzasadnione z merytorycznego punktu widzenia. O ile aspekt dostępności SOR uznać należy za istotny, o tyle nie powinien on stanowić o różnicowaniu projektów. Premiowanie lepszego położenia SOR względem dróg określonej kategorii w żaden sposób nie przekładało się na ocenę trafności zakresu projektu w kontekście istniejących w regionie potrzeb ratownictwa medycznego.

Wraz z postępowaniem wdrażania PO IIŚ na lata 2007-2013 zrezygnowano z oceniania przedmiotowego kryterium. Decyzje tę Zespół badawczy uważa jako trafną.

Nazwa kryterium: Lokalizacja lądowiska

25. W ramach kryterium preferowane były projekty dotyczące budowy lądowiska zlokalizowanego w odległości od SOR umożliwiającej przyjęcie osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Kryterium to, jako oddziałujące w sposób bezpośredni na bezpieczeństwo pacjenta i odnoszące się do zagadnienia z zakresu szeroko pojętej wartości dodanej projektu, wydaje się uzasadnione.

Zalecenie: pozostawienie kryterium bez zmian.

Nazwa kryterium: Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk (dotyczy projektów przewidujących roboty budowlane w zakresie lądowisk dla helikopterów)

26. Kryterium zasadniczo stanowi powielenie zagadnień z zakresu kryterium „Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego”. Kryterium miało ocenić zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk w odniesieniu do możliwości nocnego lądowania.

Wraz z postępowaniem wdrażania PO IIŚ na lata 2007-2013 zrezygnowano z oceniania przedmiotowego kryterium. Decyzję tę Zespół badawczy uważa jako trafną.

Nazwa kryterium: Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego

27. Kryterium merytorycznie było bardzo zbliżone do kryterium „lokalizacja lądowiska”. Fakt ten należy ocenić negatywnie (powielanie się wybranych elementów jakościowych projektu w różnych kryteriach oceny i wyboru projektów).

Wraz z postępowaniem wdrażania PO IIŚ na lata 2007-2013 zrezygnowano z oceniania przedmiotowego kryterium. Decyzję tę Zespół badawczy uważa jako trafną.

Zalecenie: rezygnacja z kryterium na rzecz kryterium lokalizacja lądowiska

Nazwa kryterium: Ważność projektu z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa

28. Konstrukcja kryterium, odnosząca się do niezdefiniowanej cechy „ważności” projektu z punktu widzenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, budziła istotne wątpliwości. Brak było bowiem jednoznaczności, jakie elementy decydują o tejże ważności. Tym niemniej, w przypadku umożliwienia dokonywania oceny eksperckiej na bazie większej puli wniosków (tj. badanie grupy wniosków w celu nadania punktacji poprzez porównanie projektów), kryterium wydaje się zasadne.

Zalecenie: pozostawienie kryterium bez zmian

Nazwa kryterium: Obszar działania Centrum Urazowego

29. Dla niniejszego kryterium adekwatne są spostrzeżenia poczynione w przypadku oceny kryterium w rozdziale 3.

Nazwa kryterium: Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego

30. Dla niniejszego kryterium adekwatne są spostrzeżenia poczynione w przypadku oceny kryterium w rozdziale 3.

Nazwa kryterium: Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia przeddyplomowego

31. Dla niniejszego kryterium adekwatne są spostrzeżenia poczynione w przypadku oceny kryterium w rozdziale 3.

Nazwa kryterium: Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej

32. Co do zasady, kryterium należy uznać za uzasadnione, ponieważ odwołuje się ono do obszarów medycznych szczególnie istotnych z punktu widzenia profilu działalności centrum urazowego. Tym niemniej, wśród beneficjentów Działania 12.1 pojawiały się opinie o zasadności przeformułowania katalogu wskazanych obszarów (np. poprzez zastąpienie rzadkiej toksykologii neurochirurgią).

Zalecenie: pozostawienie kryterium bez zmian (ewentualnie przeformułowanie/uzupełnienie obszarów)

Nazwa kryterium: Lokalizacja oddziałów zakładu opieki zdrowotnej

33. W przypadku kryterium oceniana była możliwość transportu pacjenta pomiędzy poszczególnymi oddziałami zakładu opieki zdrowotnej, wymienionymi w kryterium nr 34 oraz miejscem udzielania świadczeń w zakresie diagnostyki tomografii komputerowej, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Z uwagi na fakt, iż kryterium promuje rozwiązania organizacyjno-techniczne oddziałujące w sposób bezpośredni na bezpieczeństwo pacjenta i mające znaczenie z punktu widzenia procesu leczniczego

(możliwość sprawnego transportu w przypadkach nagłych), uzasadnione wydaje się jego stosowanie w niezmiennym kształcie.

Rekomendacja: pozostawienie kryterium bez zmian.

Nazwa kryterium: Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej

W ramach kryterium oceniano, jakim potencjałem w zakresie udzielania usług medycznych dysponuje dana jednostka. Kryterium zostało podzielone na część ogólną, obejmującą ocenę potencjału w zakresie:

- neurochirurgii;
- chirurgii klatki piersiowej;
- kardiologii;
- chirurgii naczyniowej;
- kardiologii interwencyjnej.

34. (łącznie max. 10 pkt);

jak również część dotyczącą wyłącznie diagnostyki tomografii komputerowej (max. 3 pkt). Kryterium miało charakter istotnie różnicujący projekty wnioskodawców.

Z uwagi na trafność zastosowanego kryterium i prawidłowy w ocenie Ewaluatora dobór dziedzin medycyny w ramach przedmiotowego kryterium, Ewaluator nie wnosi zastrzeżeń.

Rekomendacja: pozostawienie kryterium bez zmian

Nazwa kryterium: Liczba zakładów opieki zdrowotnej obsługiwanych przez lądowisko

W ramach kryterium oceniano, jaka liczba zakładów opieki zdrowotnej będzie obsługiwanych przez lądowisko powstałe w wyniku realizacji projektu. Kryterium miało charakter przeciętnie różnicujący projekty na listach rankingowych, ponieważ jedynie niewielka liczba beneficjentów otrzymywała w jego zakresie punktację. Większość beneficjentów za to kryterium otrzymywała 0 punktów.

35.

Rekomendacja: rezygnacja z kryterium

4.2.3 Propozycja nowych elementów w ramach procesu oceny i przygotowania projektów

W wyniku zrealizowanego badania zidentyfikowano dobre praktyki, które zaleca się zaimplementować do systemu oceny i wyboru projektów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.

W obszarze kryteriów formalnych proponuje się wprowadzenie następujące **nowe kryteria formalne:**

1. zgodność projektu z mapą potrzeb zdrowotnych województwa, w przypadku projektów z zakresu ratownictwa medycznego, zgodność projektu z mapą potrzeb zdrowotnych kraju, w przypadku projektów o charakterze ponadregionalnym;
2. czy projekt realizuje przynajmniej 1 wskaźnik rezultatu i 1 wskaźnik produktu spośród zdefiniowanych w ramach Priorytetu VII PO IIŚ 2014-2020;
3. zgodność projektu z analizami demograficzno-epidemiologicznymi - dopuszczenie do oceny merytorycznej I stopnia tylko tych projektów, które wpływają na rozwiązanie problemów zdrowotnych i demograficznych.

W obszarze wskaźników proponuje się wprowadzenie następujące **nowe wskaźniki:**

1. skrócenie czasu hospitalizacji lub rehabilitacji pacjenta - średni czas hospitalizacji - iloraz wszystkich tzw. osobodni i liczby hospitalizowanych.

W obszarze kryteriów merytorycznych I stopnia proponuje się wprowadzenie następujące **nowe kryterium I stopnia:**

1. liczba pacjentów kierowanych do jednostki z innych jednostek w ciągu roku, w ramach badanych specjalności.

2. dodatkowo zaleca się wprowadzenie pojęcia „siecowości” w celu mapowania podmiotu występującego o dofinansowanie w sieci powiązań z innymi podmiotami z sektora ochrony zdrowia, tak aby ekspert oceniający w ramach ZOP uzyskiwał lepszą orientację co do roli pełnionej przez podmiot występujący o dofinansowanie w systemie ochrony zdrowia. Ponadto proponuje się dodanie kryterium **powiązania aplikanta z innymi podmiotami sektora ochrony zdrowia**.

Decyzje o dofinansowaniu nie powinny być podejmowane jedynie w oparciu o charakterystykę (cechy) podmiotu występującego o dofinansowanie, ale winny uwzględniać szerszy, systemowy wymiar, w jakim ten podmiot działa. Stąd konieczność ważenia pozycji podmiotu występującego o dofinansowanie w sieci powiązań z innymi podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne tak w regionie (województwo), jak i poza nim. Proponowana poniżej tabela, po jej wypełnieniu przez podmiot występujący o dofinansowanie, winna być przedmiotem oceny ekspertów, którzy powinni przypisać aplikantowi od 1 do 3 pkt. w zależności od tego, czy jego znaczenie w sieci powiązań z innymi podmiotami sektora ochrony zdrowia jest: małe (1 pkt.) , średnie (2 pkt.) duże (3 pkt.). Przy dokonywaniu tej oceny uzasadnione byłoby również wykorzystywanie informacji o udziale aplikanta w regionalnym (wojewódzkim) rynku usług zdrowotnych.

Do szacowania pozycji podmiotu w sieci podmiotów systemu ochrony zdrowia proponuje się użycie dwóch miar:

- udziału podmiotu aplikującego w wojewódzkim rynku zdrowia¹⁰ (z podziałem na specjalności medyczne) – te informacje podawane będą we wniosku (profil beneficjenta);
- informacji podanych przez aplikanta zgodnie z propozycją do oceny tego elementu w ramach przedstawionej poniżej tabeli.

Tabela ukazująca powiązania aplikanta z innymi podmiotami sektora ochrony zdrowia

Nazwa podmiotu sektora ochrony zdrowia, z którym współpracuje podmiot aplikujący o dofinansowanie	Charakter współpracy		Liczba pacjentów kierowanych z podmiotu współpracującego i hospitalizowanych w podmiocie aplikującym w ciągu roku (według specjalności)	Na czym polega wartość dodana wnoszona przez podmiot aplikujący do tej współpracy? (3 najważniejsze elementy)	Od kiedy współpraca jest prowadzona? (rok)	Inne wartości wnoszone przez podmiot aplikujący do tej współpracy
	Medyczna (jaka? w jakich specjalnościach?)	Niemedyczna (jaka?)				

Zalecenie: Odniesienie się do zagadnień sieciowości przez beneficjentów w pkt. *B.5.1 Istniejąca infrastruktura i wpływ projektu WoD*.

Dodatkowo zaleca się:

1. W ramach kryterium merytorycznego II stopnia: wykonalność finansowa projektu – uzupełnić ocenę o badanie przepływów pieniężnych beneficjenta, ocena realności objęcia zakresu projektu kontraktem z NFZ.

Analiza przepływów pieniężnych

Analiza przepływów pieniężnych umożliwi ukazanie rzeczywistych przepływów gotówki w podmiocie (zgodnie z zasadą kasową - czyli środki, które faktycznie przez jednostkę "przepłynęły"), a nie tylko tego, co jest przychodem, ale co niekoniecznie jest już

¹⁰ W przypadku niektórych podmiotów prowadzących działalność leczniczą może to być krajowy rynek zdrowia

uregulowane przez dłużników (zgodnie z zasadą memoriałową). Stąd podmioty, które wykazują zysk netto w bilansie mogą utracić płynność finansową (bo zysk jest tylko wykazywany w bilansie, ale faktyczny transfer gotówki jeszcze nie nastąpił). Aby zatem mieć pełniejszy obraz sytuacji finansowej podmiotu występującego o dofinansowanie, lepiej jest wykorzystywać analizę przepływów pieniężnych.

Analiza przepływów pieniężnych powinna obejmować okres pięciu ostatnich lat przed wystąpieniem o dofinansowanie.

2. Doprecyzowanie w wytycznych do studium wykonalności w punkcie 3.1.2 *Rezultaty*, by beneficjent wykazywał, jakie konkretnie korzyści przyniesie wnioskodawcy dana inwestycja, jakie korzyści przyniesie w strukturach jednostki, np. obniżenie kosztów, zwiększenie obłożenia łóżek, zwiększenie rotacji pacjentów itp., natomiast w WoD umieszczanie w/w opisów w pkt. C.1 *Podsumowanie głównych wyników wynikających z przeprowadzonego studium wykonalności*.

4.2.4 Proponowany zestaw kryteriów do oceny poszczególnych typów inwestycji w ramach PO IiŚ 2014-2020

W kolejnych podrozdziałach przedstawiono proponowany katalog kryteriów, w ramach każdego z proponowanych do objęcia wsparciem typów projektów.

4.2.4.1 Działanie 7.1 PO IiŚ na lata 2014-2020 z zakresu uruchomienia nowych i doposażenia istniejących SOR

Poniżej przedstawiono proponowany katalog kryteriów projektowanego Działania 7.1 w zakresie SOR w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Opis kryterium i zasad jego oceny zgodnie z zapisami rozdziału 4.2.1.

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków krajowych i zagranicznych	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu
2.	Efektywność energetyczna projektu	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Kompleksowość i komplementarność w obszarze oddziaływania projektu
3.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Struktura ZOZ	Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej
4.	Lokalizacja inwestycji	Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału ratunkowego wynosi (po drogach publicznych)
5.		Współczynnik wykorzystania łóżek	Dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze
6.		Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalistycznego lekarzy	Wiek wymienianej aparatury medycznej
7.		Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	Lokalizacja lądowiska

Źródło: opracowanie własne.

W kwestionariuszu do badania ankietowego CAWI zapytano beneficjentów, jakie w ich ocenie powinny być kryteria oceny i wyboru projektów w nich stosowane, aby najbardziej optymalnie móc realizować cele nowego Programu. Stanowiły one ciekawy materiał badawczy ukazujący perspektywę postrzegania poszczególnych zagadnień przez beneficjentów. Odpowiedzi

respondentów zostały uwzględnione w przygotowywaniu propozycji kryteriów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Poniżej przedstawiono zestawiono najciekawsze propozycje ankietowanych:

- Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu, Efektywność projektu, Spójność projektu, Kontrakt z NFZ, Potrzeby zdrowotne regionu, wykonalność finansowa.
- Kryterium występowania szpitalnych oddziałów ratunkowych na danym terenie.
- Zapotrzebowanie na danym terenie na usługi/konieczność/zasadność powstania / rozszerzenia danych usług, ilość potencjalnych pacjentów mogących skorzystać z pomocy oddziału ratunkowego, kompleksowość usług, wykwalifikowana kadra medyczna.
- Kryteria powinny odnosić się do zagadnień związanych z zapotrzebowaniem na świadczenia, wykorzystaniem infrastruktury, poprawą jakości życia i bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców danego obszaru, posiadanie kontraktu z NFZ.
- Kryteria powinny być adekwatne do planowanego do osiągnięcia rezultatu naboru i nie uwzględniać kryteriów, które nie mają znaczenia dla procesu oceny, bo nie różnicują projektów - w poprzedniej perspektywie najczęściej były to kryteria, które nie opierały się na konkretnych wskaźnikach - nie były zoperacjonalizowane i przez to poddane mocno subiektywnej ocenie ekspertów. Przez to ocena dwóch osób w danym kryterium jest niemiarodajna, bo nie daje rozkładu normalnego. W takich kryteriach jeden ekspert mając jedno zastrzeżenie obniżył punktację, a inny nie, bo uznał, że nie jest to aż istotne, by wpływać na wynik oceny. Ponadto kryteria analizujące sytuację finansową były albo niemiarodajne, albo również nie różnicowały projektów, a z punktu widzenia projektu - nie miały znaczenia.
- Kryteria oceny i wyboru projektów w mojej ocenie winny być określone w zależności od kierunku przyszłościowego kształtowania systemu opieki zdrowotnej i z tym związanych priorytetów.
- Opinia lekarza wojewódzkiego w zakresie medycyny ratunkowej o konieczności zwiększenia zakresu świadczeń w danej jednostce opieki zdrowotnej.
- Uzasadnienie inwestycji z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, Potencjał kadrowy jednostki w dziedzinach objętych projektem.
- Czas dotarcia pacjenta do SOR.
- Strategiczny charakter projektu, Skala oddziaływania projektu.
- Poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycje w infrastrukturę podmiotów ochrony zdrowia o charakterze strategicznym w obszarach deficytowych z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki oraz uwzględniających istniejące braki w infrastrukturze w wymiarze terytorialnym.

4.2.4.2 Działanie 7.1 PO IiŚ na lata 2014-2020 z zakresu uruchomienia nowych i doposażenia istniejących CU

Poniżej przedstawiono proponowany katalog kryteriów projektowanego Działania 7.1 w zakresie centrów urazowych w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Opis kryterium i zasad jego oceny zgodnie z zapisami rozdziału 4.2.1.

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu
2.	Efektywność energetyczna projektu	Współczynnik wykorzystania łóżek	Kompleksowość i komplementarność w obszarze oddziaływania projektu
3.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej
4.		Działalność dydaktyczna ZOZ w zakresie kształcenia	Obszar działania Centrum

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
		podyplomowego lekarzy	Urazowego
5.		Działalność dydaktyczna ZOZ w zakresie kształcenia przeddyplomowego	
6.		Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie medycyny ratunkowej	

Źródło: opracowanie własne.

W kwestionariuszu do badania ankietowego CAWI zapytano beneficjentów, jakie w ich ocenie powinny być kryteria oceny i wyboru projektów w nich stosowane, aby najbardziej optymalnie móc realizować cele nowego programu. Stanowiły one ciekawy materiał badawczy ukazujący perspektywę postrzegania poszczególnych zagadnień przez beneficjentów. Odpowiedzi respondentów zostały uwzględnione w przygotowywaniu propozycji kryteriów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020. Poniżej przedstawiono zestawiono najciekawsze propozycje ankietowanych:

- Kryterium występowania centrum urazowych na danym obszarze.
- Czas dotarcia pacjentów do centrów urazowych.
- Dostępność infrastruktury na danym obszarze, Odległość do sąsiedniego centrum urazowego, Stan techniczny wymienianej aparatury i modernizowanej infrastruktury, Uzasadnienie inwestycji z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, Potencjał kadrowy jednostki w dziedzinach objętych projektem, Posiadane wyróżnienia, certyfikaty.
- Kontrakt z NFZ, opinia lekarza wojewódzkiego w zakresie medycyny ratunkowej o konieczności zwiększenia zakresu świadczeń w danej jednostce opieki zdrowotnej.
- Sytuacja ekonomiczna, dostępność do specjalistów.
- Zastosowane powinny być kryteria pozwalające wyselekcjonować podmioty, które wypełniają wymagania prawne stawiane przed podmiotami leczniczymi, które mają pełnić rolę CU - które to jednostki, powinno wynikać z decyzji Ministra dotyczącej pożądanej lokalizacji Centrum. Projekty w tym obszarze nie powinny być zatem wyłaniane w drodze konkursu, bo lokalizacja CU powinna wynikać z mapy potrzeb zdrowotnych. Wyłanianie podmiotów w drodze konkursu ma sens w przypadku doposażenia CU, tak, by dofinansować niezbędne inwestycje w ramach istniejących (choć finansowanych w ramach NSRO 2007-2013) CU i w wybranych przez MZ, jako "kandydatów" na CU. Powinien być to projekt kluczowy lub systemowy - własny MZ/podmiotu leczniczego.

4.2.4.3 Działanie 7.1 PO IIŚ na lata 2014-2020 z zakresu wsparcia istniejących oraz utworzenie nowych przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców

Poniżej przedstawiono proponowany katalog kryteriów projektowanego Działania 7.1 w zakresie lotnisk i lądowisk w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020. Opis kryterium i zasad jego oceny zgodnie z zapisami rozdziału 4.2.1.

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków krajowych i zagranicznych	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu
2.	Efektywność energetyczna projektu	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Kompleksowość i komplementarność w obszarze oddziaływania projektu
3.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Zakres usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	Znaczenie zakładu opieki zdrowotnej (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
4.		Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	Lokalizacja oddziałów zakładu opieki
5.		Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	Lokalizacja lądowiska
6.		Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego	

Źródło: opracowanie własne.

W kwestionariuszu do badania ankietowego CAWI zapytano beneficjentów, jakie w ich ocenie powinny być kryteria oceny i wyboru projektów w nich stosowane, aby najbardziej optymalnie móc realizować cele nowego programu. Stanowiły one ciekawy materiał badawczy ukazujący perspektywę postrzegania poszczególnych zagadnień przez beneficjentów. Odpowiedzi respondentów zostały uwzględnione w przygotowywaniu propozycji kryteriów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020. Poniżej przedstawiono zestawiono najciekawsze propozycje ankietowanych:

- Lokalizacja lądowisk dla śmigłowców ratunkowych na danym terenie - pozwoli na równomierne rozłożenie lądowisk na terenie kraju.
- Odległość od najbliższych lotnisk, lądowisk dla śmigłowców + średni czas dojazdu.
- 1. kompleksowość inwestycji tj. inwestycja jest kompletna lub stanowi etap większej., 2. liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy, 3. Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu).
- Nie ma sensu lokalizowanie lądowisk przy jednostkach nieposiadających SOR/IP i nie starających się wpis do Planu. W przypadku podmiotów, które nie mają SOR, a planują utworzyć - wymóg zapisu w Planie. w pełnej komunikacji z LPR w zakresie wytypowania lokalizacji z deficytem miejsc do lądowania.
- Nie powinno być to określone odrębnym kryterium lecz powinno być wynikiem szczegółowej analizy przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia określającej zasadność budowy lotniska na danym obszarze.

4.2.4.4 Działanie 7.1 PO IIŚ na lata 2014-2020 z zakresu wsparcia istniejących oraz utworzenie nowych baz lotniczego pogotowia ratunkowego

Poniżej przedstawiono proponowany katalog kryteriów projektowanego Działania 7.1 w zakresie baz LPR w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020. Opis kryterium i zasad jego oceny zgodnie z zapisami rozdziału 4.2.1.

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu
2.	Efektywność energetyczna projektu		Kompleksowość i komplementarność w obszarze oddziaływania projektu
3.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna		Ważność projektu z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa

Źródło: opracowanie własne.

W kwestionariuszu do badania ankietowego CAWI zapytano beneficjentów, jakie w ich ocenie powinny być kryteria oceny i wyboru projektów w nich stosowane, aby najbardziej optymalnie móc realizować cele nowego programu. Stanowiły one ciekawy materiał badawczy ukazujący perspektywę postrzegania poszczególnych zagadnień przez beneficjentów. Odpowiedzi

respondentów zostały uwzględnione w przygotowywaniu propozycji kryteriów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Poniżej przedstawiono zestawiono najciekawsze propozycje ankietowanych:

- Lokalizacja na tle najbliższych baz w Polsce/województwie, możliwość zapewnienia odpowiednich środków na budowę/utrzymanie, możliwości pomocy w trudnych warunkach pogodowych dnia i nocy.
- Odległość w km od najbliższej bazy, im więcej km tym więcej pkt.
- Uzasadnienie inwestycji z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu.
- Lokalizacja baz lotniczego pogotowia ratunkowego na danym terenie - pozwoli na równomierne rozłożenie baz na terenie kraju.
- Skala oddziaływania projektu.

4.2.4.5 Działanie 7.2 PO IiŚ na lata 2014-2020

Poniżej przedstawiono proponowany katalog kryteriów projektowanego Działania 7.1 w zakresie projektów ponadregionalnych w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Opis kryterium i zasad jego oceny zgodnie z zapisami rozdziału 4.2.1.

Lp.	Jakość projektu	Profil beneficjenta	Wartość dodana projektu
1.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków krajowych i zagranicznych	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów w obszarze oddziaływania projektu
2.	Efektywność energetyczna projektu	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej	Kompleksowość i komplementarność w obszarze oddziaływania projektu
3.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna	Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej
4.		Działalność dydaktyczna ZOZ w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	Wiek wymienianej aparatury medycznej
5.		Współczynnik wykorzystania łóżek	
6.		Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	

Źródło: opracowanie własne.

W kwestionariuszu do badania ankietowego CAWI zapytano beneficjentów, jakie w ich ocenie powinny być kryteria oceny i wyboru projektów w nich stosowane, aby najbardziej optymalnie móc realizować cele nowego programu. Stanowiły one ciekawy materiał badawczy ukazujący perspektywę postrzegania poszczególnych zagadnień przez beneficjentów. Odpowiedzi respondentów zostały uwzględnione w przygotowywaniu propozycji kryteriów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Poniżej przedstawiono zestawiono najciekawsze propozycje ankietowanych: Dane ilościowe – liczba przyjmowanych pacjentów, o ile skróci się średni czas obsługi pacjenta, o ile zmniejszy się liczba błędów itp.

- % udział leczonych na przedmiotowym oddziale osób przewlekle chorych.
- Czas dotarcia do pacjenta.
- Kontrakt z NFZ, opinia lekarza wojewódzkiego w zakresie medycyny ratunkowej o konieczności zwiększenia zakresu świadczeń w danej jednostce opieki zdrowotnej.
- kryterium ilości występowania wskazanych chorób na danym obszarze, liczba zgonów spowodowana przedmiotowymi chorobami, prognozy dot. możliwości zachorowania na wskazane choroby.
- Kryterium występowania na danym obszarze, liczba zachorowań na wskazane choroby oraz prognozy w tym zakresie.
- Kryterium występowania na danym obszarze, ilość zgonów noworodków na danym obszarze, prognozy dot. liczby urodzeń.

- Obecny stan infrastruktury oddziałów - potrzeba realizacji inwestycji, Roczna liczba pacjentów oddziałów, uzasadnienie inwestycji z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, Lokalizacja inwestycji względem innej jednostki posiadającej te oddziały, potencjał kadrowy jednostki w dziedzinach objętych projektem, posiadane wyróżnienia, certyfikaty.
- Należy określić jednoznacznie kryterium ponadregionalne (np. posiadanie SOR, lądowiska dla śmigłowców sanitarnych oraz szpitala wielospecjalistycznego – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej zapewniające dzienne i całodobowe świadczenia szpitalne w ramach, co najmniej kilku z następujących specjalizacji: kardiologia, neurologia, dermatologia, patologia ciąży i noworodka, okulistyka, laryngologia, chirurgia urazowa, urologia, neurochirurgia, chirurgia dziecięca, chirurgia onkologiczna; szpital specjalistyczny może wykonywać świadczenia szpitalne typowe dla szpitala ogólnego tj. w ramach chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii jednak nie stanowią one podstawowego profilu działalności tego szpitala.
- Konieczność rozwoju w danym regionie jednostek o wymienionych specjalnościach.
- Tendencja w ilości porodów, przyrost naturalny w regionie.
- Struktura demograficzna regionu (uwzględnienie zapadalności na choroby cywilizacyjne , społeczeństwo starzejące się), dostępność świadczeń dla pacjentów poradni specjalistycznych - czas oczekiwania na udzielanie świadczeń, zapewnienie odpowiedniej infrastruktury dla osób niepełnosprawnych (windy, podjazdy).
- Uwzględnienie zapotrzebowania na konkretne usługi diagnostyczne.
- Liczba specjalności medycznych prowadzonych w zakresie leczenia szpitalnego o charakterze ponadregionalnym.
- Powinien na początku być stworzony dobry plan zapotrzebowania i zapewnić na poziomie centralnym np. sfinansowanie brakujących potrzeb neonatologii, pediatrii, ginekologii.
- Ponad 16 % respondentów uważa, że kryteria powinny zostać bez zmian, ponad 25 % nie ma zdania w tym temacie.

5 Ocena rozwiązań wdrożeniowych systemu wyboru projektów PO IiŚ na lata 2007-2013

W rozdziale zamieszczono odpowiedzi na pytania badawcze:

- czy przyjęty obecnie w ramach XII Priorytetu PO IiŚ system oceny i wyboru projektów powinien być kontynuowany także w perspektywie finansowej 2014-2020?
- jeżeli nie, to co ewentualnie należałoby zmienić w stosunku do obecnych rozwiązań?
- czy, a jeżeli tak to jakie działania należy podjąć w celu uproszczenia procesu oceny projektów oraz zmniejszenia obciążeń dla wnioskodawców?
- czy przyjęty system oceny i wyboru projektów (w tym w szczególności kryteria) nie powoduje nadmiernych wymogów wobec projektodawców w odniesieniu do zakresu oczekiwanych informacji i dokumentów?
- czy przyjęty w ramach XII Priorytetu PO IiŚ system oceny i wyboru projektów wpływa na wybór inwestycji zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ?

Niniejszy rozdział zawiera opis i ocenę rozwiązań wdrożeniowych PO IiŚ na lata 2007-2013 w obszarze trybów prowadzenia naborów oraz dokumentacji konkursowej.

5.1 Tryby prowadzenia naboru wniosków o dofinansowanie

5.1.1 Wprowadzenie

Rozwiązania wdrożeniowe stosowane w ramach Priorytetu XII zostały opracowane przy uwzględnieniu ram formalnych wynikających z dokumentu pn. *Organizacja systemu oceny i wyboru projektów* (załącznik nr 2 do SzOP PO IiŚ)¹¹. Zgodnie z tym dokumentem, w ramach Programu dofinansowywane są projekty:

- konkursowe,
- indywidualne¹².

Tryb konkursowy składa się z etapów określonych w ramach niniejszej tabeli.

Tryb konkursowy

Lp.	Etap	Komentarz
1.	Ogłoszenie konkursu	Publikowane przynajmniej na 30 dni przed rozpoczęciem terminu składania wniosków (najpóźniej do końca pierwszego kwartału każdego roku kalendarzowego IOK ogłasza harmonogram konkursów, które planuje ogłosić w danym roku)
2.	Nabór wniosków	Następuje w terminie określonym w ogłoszeniu o naborze wniosków
3.	Ocena projektów	Etap I – PRESELEKCJA Ocena projektów w oparciu o niepełną dokumentację projektową pod kątem kryteriów formalnych oraz

¹¹ W ramach Raportu powoływane są zapisy wersji dokumentu pn. *Organizacja systemu oceny i wyboru projektów* z dnia 17 czerwca 2014 r.

¹² W ramach niniejszego rozdziału nie są analizowane projekty systemowe.

Lp.	Etap	Komentarz
		kryteriów merytorycznych I stopnia. Na podstawie oceny pod kątem kryteriów merytorycznych I stopnia sporządzona jest lista rankingowa projektów zgłoszonych do dofinansowania. Etap II – OCENA OSTATECZNA Ocena projektów z listy rankingowej w oparciu o pełną dokumentację projektową pod kątem kryteriów merytorycznych II stopnia Czas trwania obu ocen: co do zasady łącznie 70 dni
4.	Ogłoszenie wyników konkursu	W ciągu 5 dni roboczych po zakończeniu oceny, wnioskodawca informowany jest o spełnieniu wszystkich kryteriów oceny i wyborze projektu do dofinansowania oraz proponowanym terminie podpisania umowy o dofinansowanie. W przypadku projektów będących dużymi projektami w rozumieniu art. 39-41 rozporządzenia 1083/2006 beneficjent informowany jest również o zakresie i terminie przygotowania wniosku o potwierdzenie dofinansowania, który zostanie przekazany Komisji Europejskiej. W procesie weryfikacji wniosku o potwierdzenie, zgodnie z oczekiwaniami Komisji Europejskiej, o których mowa w art. 40 oraz 41 rozporządzenia 1083/2006, beneficjent uwzględnia uwagi zgłaszane przez instytucje oceniające wniosek, w tym w szczególności przez Instytucję Zarządzającą i Komisję Europejską. Termin przygotowania wniosku o potwierdzenie dofinansowania dla dużego projektu nie powinien być dłuższy niż 2 miesiące od daty otrzymania przez beneficjenta informacji
5.	Podpisanie umowy o dofinansowanie projektu	UoD projektu podpisywana jest w odniesieniu do projektu: - który przeszedł pozytywnie wszystkie etapy oceny i został zakwalifikowany do dofinansowania, oraz - którego dofinansowanie jest możliwe w ramach dostępnej alokacji danego działania.

W odniesieniu do trybu indywidualnego, zastosowanie znajdują – poza dokumentem pn. *Organizacja systemu oceny i wyboru projektów – również Wytyczne w zakresie projektów indywidualnych*. Etapy trybu indywidualnego przedstawia poniższa tabela.

Tryb indywidualny

Lp.	Etap	Komentarz
1.	Przygotowanie listy projektów indywidualnych	Zgłaszanie tzw. fiszek projektów indywidualnych przez beneficjentów według Załącznika nr 1 do Wytycznych, zawierających następujące informacje: • nazwa projektu, • orientacyjny koszt całkowity projektu w mln zł (w tym maksymalny poziom dofinansowania)

Lp.	Etap	Komentarz
		z UE w mln zł), • przewidywany okres realizacji projektu, • miejsce realizacji projektu (województwo), • instytucja odpowiedzialna za realizację projektu, • uzasadnienie realizacji projektu
2.	Konsultacje społeczne nowych projektów, akceptacja i ogłoszenie ostatecznej listy projektów indywidualnych	Co do zasady 1 miesiąc od ogłoszenia konsultacji
3.	Zawarcie pre-umów	1 miesiąc po ogłoszeniu listy projektów indywidualnych
4.	Ocena projektów	Ocena projektów pod względem poprawności formalnej i merytorycznej zgodnie z kryteriami formalnymi oraz kryteriami merytorycznymi I i II stopnia przejętymi przez KM dla PO IiŚ. Czas trwania obu ocen: ocena formalna 10 dni roboczych od daty złożenia WoD, ocena merytoryczna w ciągu 20 dni od zakończenia oceny formalnej
5.	Informacja o wyniku oceny	W ciągu 5 dni roboczych po zakończeniu oceny, wnioskodawca informowany jest o spełnieniu wszystkich kryteriów oceny i wyborze projektu do dofinansowania oraz proponowanym terminie podpisania umowy o dofinansowanie. W przypadku projektów będących dużymi projektami w rozumieniu art. 39-41 rozporządzenia 1083/2006 beneficjent informowany jest również o zakresie i terminie przygotowania wniosku o potwierdzenie dofinansowania, który zostanie przekazany Komisji Europejskiej. W procesie weryfikacji wniosku o potwierdzenie, zgodnie z oczekiwaniami Komisji Europejskiej, o których mowa w art. 40 oraz 41 rozporządzenia 1083/2006, beneficjent uwzględnia uwagi zgłaszane przez instytucje oceniające wniosek, w tym w szczególności przez Instytucję Zarządzającą i Komisję Europejską. Termin przygotowania wniosku o potwierdzenie dofinansowania dla dużego projektu nie powinien być dłuższy niż 2 miesiące od daty otrzymania przez beneficjenta informacji
6.	Podpisanie umowy o dofinansowanie projektu	Umowa o dofinansowanie projektu podpisywana jest w odniesieniu do projektu: a. który przeszedł pozytywnie wszystkie etapy oceny i został zakwalifikowany do dofinansowania, oraz b. którego dofinansowanie jest możliwe w ramach dostępnej alokacji danego działania.

5.1.2 Rozwiązania wdrożeniowe stosowane w ramach trybu konkursowego

W ramach XII Priorytetu przeprowadzono następujące konkursy:

- Konkurs nr 1/2008 w ramach Działania 12.1 – Rozwój Systemu Ratownictwa Medycznego,
- Konkurs nr 2/2008 w ramach Działania 12.1 – Rozwój Systemu Ratownictwa Medycznego,

- Konkurs nr 3/2008 w ramach Działania 12.2 – Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym,
- Konkurs nr 1/2010 w ramach Działania 12.1 – Rozwój Systemu Ratownictwa Medycznego.

Poniższa tabela prezentuje harmonogram przeprowadzonych konkursów.

Lp.	Działanie	Konkurs	Etap konkursu	Data	Czas trwania oceny ¹³
1.	12.1	1/2008	Ogłoszenie naboru	30.07.2008	439
			Rozpoczęcie naboru	01.09.2008	
			Zakończenie naboru	30.09.2008	
			Zakończenie oceny formalnej	22.01.2009	
			Zakończenie oceny merytorycznej I stopnia	30.03.2009	
			Ogłoszenie listy rankingowej	10.04.2009 (aktualizacja 14.12.2009)	
			Termin rozstrzygnięcia konkurs	10.04.2009	
			Ostateczny termin rozstrzygnięcia konkursu po zakończeniu procedury odwoławczej	14.12.2009	
			Podpisanie umów o dofinansowanie	22.06.2009 – 19.04.2010	
2.	12.1	2/2008	Ogłoszenie naboru	01.09.2008	493
			Rozpoczęcie naboru	02.10.2008	
			Zakończenie naboru	01.12.2008	
			Zakończenie oceny formalnej	12.03.2009	
			Zakończenie oceny merytorycznej I stopnia	25.05.2009	
			Ogłoszenie listy rankingowej	24.06.2009	
			Ostateczny termin rozstrzygnięcia konkursu po zakończeniu procedury odwoławczej	09.04.2010	

¹³ Ilość dni pomiędzy dniem następującym po dniu zakończenia naboru a dniem ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu

Lp.	Działanie	Konkurs	Etap konkursu	Data	Czas trwania oceny ¹³
			Podpisanie umów o dofinansowanie	marzec – maj 2010	
3.	12.2	3/2008	Ogłoszenie naboru	03.11.2008	755
			Rozpoczęcie naboru	04.12.2008	
			Zakończenie naboru	02.02.2009	
			Zakończenie oceny formalnej	15.04.2009	
			Zakończenie oceny merytorycznej I stopnia	23.07.2009	
			Ogłoszenie listy rankingowej	30.07.2009	
			Ostateczny termin rozstrzygnięcia konkursu	28.02.2011	
			Podpisanie umów o dofinansowanie	marzec 2010 – kwiecień 2011	
4.	12.1	1/2010	Ogłoszenie naboru	01.02.2010	bd.
			Rozpoczęcie naboru	04.03.2010	
			Zakończenie naboru	02.04.2010	
			Zakończenie oceny formalnej	03.04.2010	
			Zakończenie oceny merytorycznej I stopnia	07.05.2010	
			Ogłoszenie listy rankingowej	16.07.2010	
			Ostateczny termin rozstrzygnięcia konkursu	bd.	
			Podpisanie umów o dofinansowanie	16.12.2010 – 15.06.2012	

Jak wynika z powyższej tabeli, w ramach przeprowadzonych konkursów Instytucja Wdrażająca przeznaczyła odpowiednio ok. 1 miesiąc (dwukrotnie) oraz ok. 2 miesiące (również dwukrotnie) na nabór WoD (czas od dnia rozpoczęcia naboru do dnia jego zakończenia)

W tym miejscu należy przywołać wyniki badania ankietowego wśród beneficjentów odnośnie oczekiwanego przez nich okresu na składanie wniosków od dnia ogłoszenia naboru do terminu jego zakończenia.

Tabela 8 Proszę wpisać ile dni według Państwa...:

Działanie (tryb)		...powinno zostać przewidziane od opublikowana informacja o PLANOWANYM naborze wniosków do jego rozpoczęcia:	...powinno być przewidziane od momentu ogłoszenia naboru wniosków (zamieszczenie kompletu dokumentacji) do upływu terminu przeznaczonego na składanie wniosków:
Działanie 12.1 (1/2008)	Średnia	104	85
	Mediana	90	75
	Minimum	7	20
	Maksimum	360	200
Działanie 12.1 (2/2008)	Średnia	125	97
	Mediana	90	90
	Minimum	30	30
	Maksimum	365	200
Działanie 12.2 (3/2008)	Średnia	96	94
	Mediana	60	90
	Minimum	30	30
	Maksimum	300	180
Działanie 12.1 (1/2010)	Średnia	108	86
	Mediana	90	90
	Minimum	30	30
	Maksimum	300	180

Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=154).

Czas trwania preselekcji, z wyjątkiem konkursu 1/2010, wynosił średnio ok. 6 miesięcy. Dla czasu trwania pierwszego etapu oceny istotne znaczenie miały:

- konieczność analizowania papierowych wersji dokumentacji aplikacyjnej (w tym porównywania zgodności wersji papierowej z elektroniczną),
- konieczność umożliwienia wnioskodawcom dokonania uzupełnień i poprawek złożonej dokumentacji.

O ile zagadnienie uprawnienia wnioskodawcy do dokonywania uzupełnień należy uznać za czynnik obiektywny i konieczny z uwagi na charakterystykę wydatkowania środków publicznych, o tyle kwestia braku możliwości składania WoD w wersji elektronicznej wydaje się nieuzasadnionym utrudnieniem z punktu widzenia wnioskodawców oraz instytucji prowadzących ocenę wniosków. W tym zakresie należy wskazać, iż:

- zastosowanie generatora wniosków umożliwiłoby automatyczną weryfikację niektórych kryteriów formalnych (np. kompletność WoD, złożenie wniosku na obowiązującym formularzu),
- umieszczenie w ramach generatora objaśnień wynikających z instrukcji wypełniania wniosku mogłoby podnieść jakość wniosków i wyeliminować niektóre błędy stanowiące pochodną braku znajomości instrukcji,
- umożliwienie wysyłki wniosku za pomocą generatora prowadziłoby do zmniejszenia nieuzasadnionych obciążeń administracyjnych dla wnioskodawców wynikających z konieczności tworzenia papierowych wersji wielostronicowej dokumentacji,

wyeliminowałyby konieczność gromadzenia oraz coraz bardziej utrudnionego archiwizowania znacznych ilości dokumentów przez IOK,

- utworzenie specyficznego elementu wniosku (ewentualnie załącznika do wniosku) poświęconego jedynie wyszczególnieniu zagadnień podlegających ocenie punktowej umożliwiłoby automatyczną klasyfikację projektów pod względem punktacji.

Należy podkreślić, iż rozwiązanie w zakresie zastosowania generatora wniosków wdrożone zostało z powodzeniem m.in. w przypadku I Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013.

W odniesieniu do oceny merytorycznej II stopnia, kluczowe zagadnienie stanowił termin wyznaczany wnioskodawcom na przedłożenie dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia tego etapu oceny. Zgodnie z regulaminami konkursów 2/2008, 3/2008 oraz 1/2010, beneficjentom przysługiwał maksymalnie 50-dniowy termin na przekazanie wymaganej dokumentacji.

Etap oceny merytorycznej II stopnia stanowił bardzo istotną fazę analizy WoD, jako że na tym etapie ostatecznie badane były takie zagadnienia, jak poprawność analizy finansowej i ekonomicznej, czy poprawność identyfikacji i przypisania wydatków projektu z punktu widzenia ich kwalifikowalności.

Rozwiązaniem charakterystycznym dla PO IiŚ na lata 2007-2013 było bazowanie przez IOK na konkursach zamkniętych, tj. konkursach o wyspecyfikowanym okresie naboru wniosków i łącznej ocenie wszystkich przedłożonych projektów. Rozwiązanie to w przypadku Priorytetu XII było w pełni uzasadnione, z uwagi na konieczność dokonywania sprawiedliwego porównania pomiędzy dużą liczbą złożonych WoD. W kontekście konieczności dofinansowywania projektów w największym stopniu uwzględniających cele Priorytetu, nie wydaje się możliwe wykorzystywanie formuły konkursu otwartego, w ramach którego o uzyskaniu dofinansowania w dużej mierze decydowałaby kolejność składania wniosków (takie rozwiązanie mogłoby uniemożliwić wybór projektów faktycznie najlepszych, wpisujących się w potrzeby sektora ochrony zdrowia w największym stopniu). Podmioty sektora ochrony zdrowia często mają trudną sytuację finansową, zatem wszystkie z nich powinny mieć równą szansę na skuteczne złożenie WoD oraz zachowanie możliwości oceny swojego projektu (przy uwzględnieniu kosztów, jakie ponosi wnioskodawca w zakresie przygotowania dokumentacji np. eksperci / firmy konsultingowe).

5.1.3 Tryb indywidualny

W ramach badanego Priorytetu, tryb indywidualny stosowano zarówno w ramach Działania 12.1, jak i 12.2. Poniższa tabela prezentuje dynamikę przyrostu liczby projektów indywidualnych umieszczanych w ramach kolejnych wersji LPI.

Tabela 9 Ilość projektów Priorytetu XII w ramach LPI

Lp.	Wersja LPI	12.1	12.2
1.	5 października 2007 r.	1 (LPR)	0
2.	6 marca 2008 r.	1 (LPR)	0
3.	31 lipca 2008 r.	1 (LPR)	0
4.	30 stycznia 2009 r.	1 (LPR)	0
5.	31 lipca 2009 r.	3 (2 projekty LPR, 1 projekt WCPR)	5 (wyłącznie podstawowe)
6.	2 lutego 2010 r.	16 (2 projekty LPR 1 projekt WCPR, 13 projektów CU)	6 (wyłącznie podstawowe)
7.	31 sierpnia 2010 r.	16 (2 projekty LPR, 1 projekt WCPR, 13 projektów CU)	6 (wyłącznie podstawowe)

Lp.	Wersja LPI	12.1	12.2
8.	28 lutego 2011 r.	16 (2 projekty LPR, 1 projekt WCPR, 13 projektów CU)	8 (6 podstawowych + 2 rezerwowe)
9.	11 sierpnia 2011 r.	16 (2 projekty LPR, 1 projekt WCPR, 13 projektów CU)	8 (6 podstawowych + 2 rezerwowe)
10.	sierpień 2012 r.	16 (2 projekty LPR, 1 projekt WCPR, 13 projektów CU)	17 (15 podstawowych + 2 rezerwowe)
11.	23 listopada 2012 r.	16 (2 projekty LPR, 1 projekt WCPR, 13 projektów CU)	17 (15 podstawowych + 2 rezerwowe)
12.	29 marca 2013 r.	15 (2 projekty LPR, 13 projektów CU)	17 (wyłączenie podstawowe)
13.	29 sierpnia 2013 r.	15 (2 projekty LPR, 13 projektów CU)	17 (wyłączenie podstawowe)
14.	21 listopada 2013 r.	15 (2 projekty LPR, 13 projektów CU)	17 (wyłączenie podstawowe)
15.	czerwiec 2014 r.	15 (2 projekty LPR, 13 projektów CU)	22 (21 podstawowych + 1 rezerwowo)

Jak wynika z powyższej tabeli, w pierwszych latach funkcjonowania PO IIŚ na lata 2007-2013 projektów indywidualne były nieliczne. Znaczny przyrost ilości tego rodzaju projektów wynikał z uwzględnienia w ramach Listy Projektów Indywidualnych 13 projektów dotyczących centrów urazowych (luty 2010 r.) oraz ze stopniowego rozwijania zakresu stosowania trybu indywidualnego w ramach Działania 12.2.

Co istotne, w odróżnieniu od niektórych innych, w ramach Priorytetu XII nie wprowadzano istotnych zmian w zakresie kształtu LPI (praktycznie nie usuwano z niej projektów indywidualnych). W odniesieniu do Działania 12.1 zastosowano rozwiązanie polegające na przemieszczeniu projektu „Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego” w zakres Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013.

Według stanu aktualnego na dzień opracowywania niniejszego raportu, zawarto 15 UoD dotyczących projektów indywidualnych wyznaczonych dla Działania 12.1 oraz 20 UoD dotyczących Działania 12.2.

Uwzględniając prawidłowy przebieg wdrażania trybu indywidualnego w ramach Priorytetu XII (uwidoczniony bardzo wysokim poziomem kontraktacji oraz stabilnością kształtu LPI), należy jednocześnie wskazać na pewne jego niedoskonałości, możliwe do wyeliminowania w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020. Źródłem tych niedoskonałości jest zasygnalizowany w ramach podrozdziału 5.1.1 system kwalifikacji projektów do wsparcia w ramach trybu indywidualnego. Zbudowany był on w PO IIŚ na lata 2007-2013 na bazie Wytycznych w zakresie projektów indywidualnych. Wytyczne te zobowiązują wnioskodawców ubiegających do uzyskania wpisu na LPI do przedłożenia IW jedynie podstawowego (w praktyce bardzo wąskiego) katalogu informacji na temat projektu (w formie tzw. fiszki projektowej). Z uwagi na to, instytucja ta w praktyce nie otrzymywała w opinii Ewaluatora wystarczająco kompleksowych i kompletnych informacji pozwalających na poddanie założeń projektowych wyczerpującej analizie. W praktyce mogło to generować trudności w kształtowaniu LPI. Ponadto, brak trybu, w ramach którego oceniana byłaby (choćby brzegowo) wykonalność projektu indywidualnego przed jego wpisem na LPI. Ma to znaczenie z uwagi na fakt, iż w momencie uzyskania wpisu na LPI rezerwowana jest alokacja dla tego projektu, a tym samym niejako blokowane są inne projekty (które w założeniu mogłyby się ubiegać się o wpis na LPI).

5.2 Dokumentacja w ramach naboru wniosków

5.2.1 Regulamin konkursu/naboru

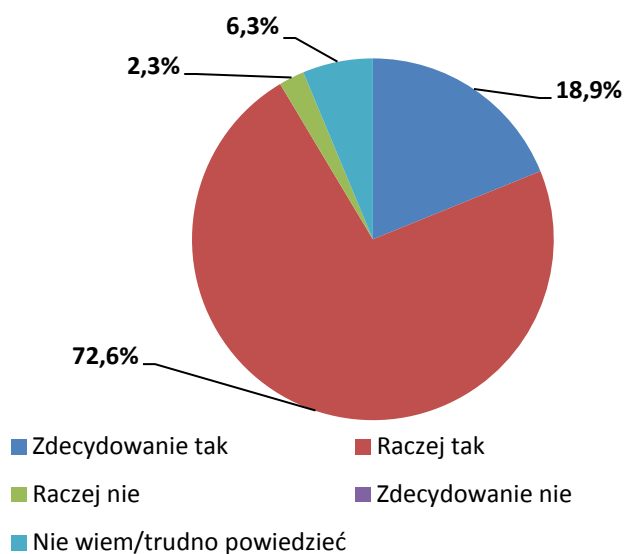
Zgodnie z dokumentem pn. *Organizacja systemu oceny i wyboru projektów*, w przypadku trybu konkursowego IOK przygotowuje **regulamin konkursu**, zawierający następujące elementy:

- Podstawa prawna i postanowienia ogólne;
- Warunki udziału w konkursie;
- Ocena formalna wniosku o dofinansowanie;
- Ocena merytoryczna wniosków o dofinansowanie;
- Wyniki konkursu;
- Podpisanie umowy o dofinansowanie;
- Procedura odwoławcza;
- Informacje i konsultacje;
- Postanowienia końcowe;
- Lista załączników do regulaminu konkursu.

Na potrzeby realizacji trybu indywidualnego opracowano regulaminy prac zespołów ds. oceny projektów indywidualnych.

Jak wynika z przeprowadzonej ankiety CAWI, beneficjenci bardzo pozytywnie ocenili zrozumiałość udostępnianych przez IOK regulaminów (dla zdecydowanej większości, tj. 91,4 %, były one zrozumiałe). Zaledwie 2,3 % uznało je za trudne do zinterpretowania.

Wykres 7 Czy regulamin konkursu był dla Państwa zrozumiały?



Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=175).

5.2.2 Analiza formularza wniosku o dofinansowanie wraz z załącznikami i instrukcji jego wypełniania

Formularz WoD (odrębnie dla projektów infrastrukturalnych oraz projektów produkcyjnych) w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 jest, co do zasady, odpowiednikiem formularza wniosku o potwierdzenie wkładu finansowego, który stanowi załącznik (odpowiednio XXI oraz XXII) do rozporządzenia Komisji (WE) nr 1828/2006 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące EFRR, EFS, FS oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie EFRR.

Dla Priorytetu XII obowiązuje formularz WoD w wersji dla inwestycji infrastrukturalnych.

Według opinii członków Zespołu badawczego, funkcjonujące konstrukcje formularzy WoD powodują, iż część najbardziej istotnych danych mających wpływ na ocenę projektu jest trudna do zidentyfikowania. Utrudnia to wnioskodawcom należyte (tj. kompletne i spójne) opracowanie dokumentacji aplikacyjnej. Ponadto konstrukcja WoD powoduje, iż dane w nim prezentowane w dokumentacji aplikacyjnej często są bardzo rozproszone, co komplikuje ocenę takiego projektu. Część informacji i danych jest powtórzeniem danych zawartych w innych dokumentach, w tym przede wszystkim w studium wykonalności (które stanowią integralny załącznik do WoD).

Z punktu widzenia wnioskodawców problem stanowią zarówno **powtórzenia** niektórych zagadnień w WoD, jak również konieczność przedstawiania tych samych danych i informacji w różnych układach (polach WoD).

Ponadto, w niektórych elementach WoD, w tym zwłaszcza w części B, do wypełnienia pojedynczego punktu konieczne jest użycie opisów zagadnień, które w ramach studium wykonalności ujmowane są w sposób **rozproszony** (np. zagadnienia z zakresu technicznego, finansowego i instytucjonalnego określane są w ramach jednego punktu w części B).

Z punktu widzenia wnioskodawców, jak również oceniających wydaje się celowe uwzględnienie następujących **zaleceń**:

- Uzasadnione jest wyeliminowanie z formularza wniosku niektórych punktów opisowych, które równolegle uwzględnione są w studium wykonalności lub stworzenie możliwości odesłania z danego punktu WoD do odpowiedniego rozdziału/punktu/strony w studium wykonalności (np. analiza popytu);
- Uzasadnione jest – w miarę możliwości – dostosowanie układu WoD do spisu treści zawartego w studium wykonalności;
- Proponowane jest umiejscowienie w osobnym zestawieniu wszystkich kluczowych danych ocenianych w trakcie oceny merytorycznej I stopnia (np. wskaźniki produktu i rezultatu, obliczone wielkości objęte kryteriami oceny merytorycznej wraz z wielkościami składowymi);
- Zalecane jest dostosowanie konstrukcji formularza WoD do sposobu oceny projektów innych niż „duże” w rozumieniu Rozporządzenia ogólnego (tj. uproszczenie ich układu i zbliżenie do wymogów wynikających z potrzeb danej IOK). Ilość projektów o statusie „dużych”, tj. wymagających przedstawienia KE na odrębnym formularzu określonym Rozporządzeniem wykonawczym, jest bowiem istotnie mniejsza, niż liczba wniosków ocenianych jedynie na poziomie krajowym.

W ankiecie respondenci mieli możliwość precyzyjnego ocenienia z wypełnieniem których konkretnie pól WoD mieli najwięcej problemów. Zastosowano stopniową skalę oceny: 1 **Bardzo skomplikowany**; 2 **Raczej skomplikowany**; 3 **Ani prosty, ani skomplikowany**; 4 **Raczej prosty**; 5 **Bardzo prosty**.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE	4,57
B. INFORMACJE NA TEMAT PROJEKTU	3,54
C. WYNIKI STUDIUM WYKONALNOŚCI	2,49
D. HARMONOGRAM	3,15
E. ANALIZA KOSZTÓW I KORZYŚCI	2,08

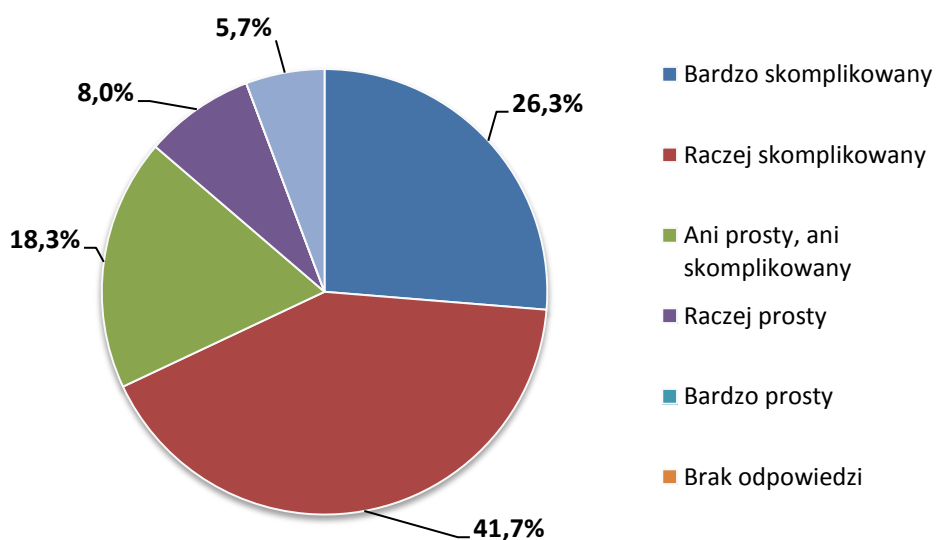
F. OCENA WPŁYWU ODDZIAŁYWANIA NA ŚRODOWISKO	2,77
G. ZASADNOŚĆ WKŁADU PUBLICZNEGO	3,10
H. PLAN FINANSOWANIA	3,04
I. ZGODNOŚĆ Z POLITYKAMI I PRAWEM WSPÓLNOTOWYM	2,83
J. POŚWIADCZENIE WŁAŚCIWEJ INSTYTUCJI KRAJOWEJ	3,36
ZAŁĄCZNIKI	2,68

Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=154).

Beneficjenci najwięcej problemów dostrzegali w obszarze części wniosku dotyczącej analizy kosztów i korzyści. Najmniej wątpliwości wnioskodawców dotyczyło części A (dane identyfikacyjne i adresowe).

Dane uzyskane w wyniku przeprowadzenia badania ankietowego wskazują, iż ponad 65 % badanych uważa za skomplikowane uzupełnianie pól z zakresu analizy kosztów i korzyści, w tym 26 % ocenia tę część jako bardzo skomplikowaną. Około 18 % wszystkich ankietowanych opisuje to zadanie jako „ani proste, ani skomplikowane”.

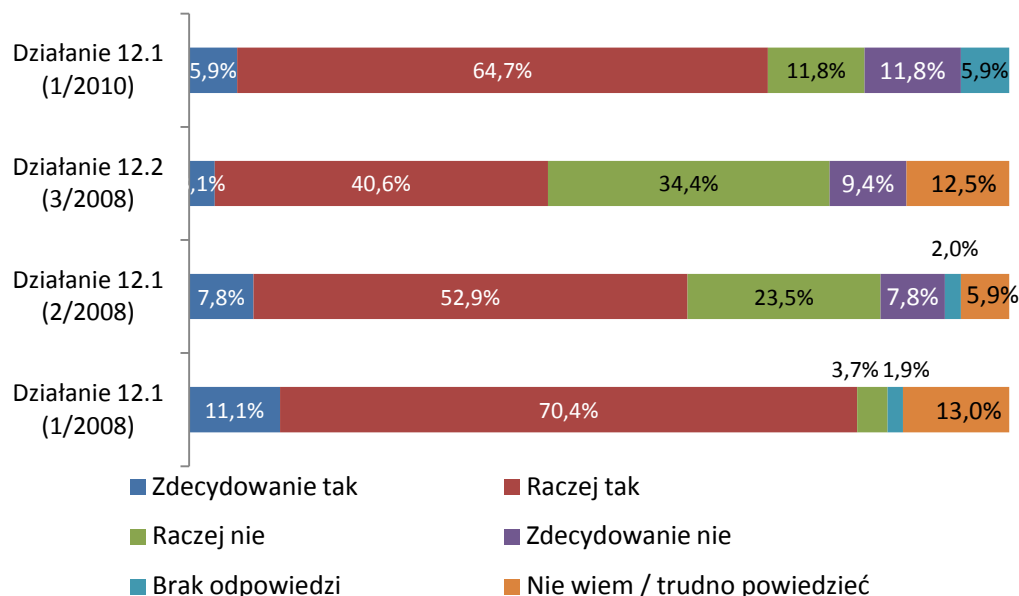
Wykres 8 Ocena poziomu problematyczności wypełniania treścią pól analizy kosztów i korzyści.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego CAWI (n=175).

Z perspektywy beneficjentów, czas przewidziany przez CSIOZ na przygotowanie WoD, w przypadku wszystkich czterech konkursów, uznany został za co do zasady wystarczający (szczególnie w przypadku konkursu 1/2008, co podyktowane było nieskomplikowanym zakresem projektu).

Wykres 9 Czy czas przewidziany przez CSIOZ na przygotowanie wniosku o dofinansowanie dla Państwa projektu wraz z załącznikami w Pana/Pani ocenie był wystarczający?



Źródło: opracowanie własne, badanie CAWI wśród beneficjentów (n=175).

Szczegółowa analiza elementów WoD zawarta została w ramach poniższej tabeli (na przykładzie wniosku dla inwestycji infrastrukturalnej). Informacje te powinny być wykorzystane na potrzeby przygotowania instrukcji do wypełniania WoD, tak aby doprecyzować jakie konkretnie elementy w ramach poszczególnych pól WoD oraz w jaki sposób powinny być przez wnioskodawców opisane.

Tabela 10 Analiza elementów WoD

Lp.	Element WoD	Komentarz
1.	A. Dane identyfikacyjne i adresowe	
	A.1. Instytucja odpowiedzialna za wniosek (tj. instytucja zarządzająca lub instytucja pośrednicząca) A.2. Organ odpowiedzialny za realizację projektu (beneficjent)	Sekcja A wniosku określa instytucję przeprowadzającą ocenę projektu oraz beneficjenta. Wątpliwości beneficjentów wzbudzał sposób wypełnienia pól A.2.3.-A.2.6 (odpowiednio: <i>kontakt, telefon, teleks/faks, e-mail</i>). Zgodnie z Instrukcją do wypełniania formularza wniosku, w polach tych „należy podać dane kontaktowe do osoby/osób wyznaczonej/wyznaczonych w instytucji beneficjenta do kontaktów oficjalnych w sprawach dotyczących projektu. W punkcie A.2.3 należy wpisać imię, nazwisko i pełnioną funkcję. Osoba ta powinna pełnić funkcję pozwalającą na podejmowanie decyzji w sprawie projektu, a po uzyskaniu pozytywnego wyniku selekcji być uprawniona do podpisania umowy o dofinansowanie”. Źródłem wskazanych wątpliwości było przede wszystkim posłużenie się w ramach formularza wniosku nieprecyzyjnym określeniu pola A.2.3. Użyte określenie „kontakt” powinno być zostać zastąpione określeniem „osoba/osoby

Lp.	Element WoD	Komentarz
		upoważniona/upoważnione do reprezentowania beneficjenta w kontaktach z instytucją odpowiedzialną za wniosek”. Jednocześnie, w specyficznych przypadkach mogły powstawać wątpliwości, jaka konkretnie osoba powinna zostać wymieniona w omawianym polu. Wynikało to z faktu, iż w niektórych przypadkach pełnomocnictwo do podpisania i złożenia wniosku nie obejmowało upoważnienia do zawarcia UoD. Rekomendowane jest utworzenie wzoru pełnomocnictwa do reprezentowania podmiotu na etapie procedury oceny i realizacji projektu (minimalnej wymaganej treści pełnomocnictwa możliwej do indywidualnego i fakultatywnego rozszerzenia przez beneficjenta).
2.	B. Informacje na temat projektu	
	B.1. Tytuł projektu/faza projektu B.2. Kategoryzacja działań związanych z projektem B.3. Zgodność i spójność z programem operacyjnym	Podsekcje B.1-B.3 zawierają dane niezbędne do gromadzenia przez instytucje programowe z uwagi na obowiązki informacyjne oraz statystyczne. W stosunku do tych podsekcji ewaluator nie formułuje uwag.
	B.4. Opis projektu B.4.1. Opis projektu	W ramach pola B.4.1.a obowiązkiem wnioskodawcy było opisanie językiem niespecjalistycznym: – zakresu geograficznego projektu (lokalizacji); – zakresu przedmiotowego projektu (tj. wynikających z projektu robót, dostaw, usług oraz inne niezbędnych działań towarzyszących bezpośrednio/pośrednio związanych z projektem, np. nabycia gruntu), przy jednoczesnym ogólnym wskazaniu, które elementy zakresu rzeczowego projektu są kwalifikowalne, a które niekwalifikowalne; – zakresu podmiotowego projektu (tj. sposobu i struktury zarządzania projektem w fazie jego realizacji i po jego zakończeniu, ze szczególnym uwzględnieniem struktury własności majątku powstałego w ramach projektu oraz opisu, w jaki sposób zostanie zapewniona trwałość projektu); – inne informacje (tj. wskaźniki finansowe niezbędne do oceny sytuacji finansowej wnioskodawcy). Jednocześnie wskazano, iż opis projektu nie powinien przekraczać 5 stron znormalizowanego maszynopisu (5x1800 znaków). Wyniki badań terenowych oraz analiz danych zastanych wskazują na dalece zróżnicowany sposób uzupełnienia przedmiotowego pola przez beneficjentów. W szczególności, niektórzy beneficjenci ujmowali w tym miejscu szczegółowe informacje na temat planowanych wydatków, powtarzając informacje zawierane standardowo w ramach podsekcji H.1 lub C.1. Ponadto, występowały przypadki dublowania opisu zakresu rzeczowego

Lp.	Element WoD	Komentarz
		projektu w polu B.4.1.a oraz B.4.2, jak również umieszczania w przedmiotowym polu informacji dotyczących harmonogramu projektu oraz stopnia przygotowania formalnoprawnego przedsięwzięcia. Rekomendowane jest uściślenie zakresu informacji, które są niezbędne do ujęcia w ramach przedmiotowego pola poprzez wskazanie, iż beneficjent zobowiązany jest do dokonania: – opisu zakresu geograficznego projektu; – opisu zakresu przedmiotowego projektu (w zakresie podstawowym – bez szczegółowego przedstawiania technologii ani nakładów); – wpisania wskazanych pozycji z zakresu danych finansowych, niezbędnych do dokonanie oceny sytuacji finansowej wnioskodawcy. W szczególności zagadnienie nakładów uzasadnione jest do ujmowania w ramach podsekcji H.1. Co do opisu zakresu podmiotowego projektu, analiza próby WoD skłania do wniosku, iż beneficjenci ujmowali w tym polu szczegółowe informacje o strukturze Jednostki Realizującej Projekt (JRP), co nie wydaje się konieczne do przedstawiania w WoD (jest to zagadnienie opisywane wyczerpująco w studium wykonalności i niekiedy związane ze szczególnymi uwarunkowaniami instytucjonalnymi).
	B.4.2. Techniczny opis inwestycji w infrastrukturę	Techniczny opis inwestycji w infrastrukturę (w zakresie pola B.4.2.a) powinien zgodnie z brzmieniem Instrukcji do wypełniania formularza wniosku stanowić zestaw informacji dotyczących rodzaju infrastruktury oraz prac wykonywanych w ramach projektu (głównych komponentów i cech charakterystycznych). Jak wskazano powyżej, niekiedy informacje zawierane w przedmiotowym polu stanowiły powtórzenie opisu zakresu rzeczowego projektu określonego w polu B.4.1.a. Ponadto, były one blisko związane z zakresem informacji określanych w ramach pola B.5.1 (istniejąca infrastruktura i wpływ projektu). Z uwagi na fakt, iż szczegółowy opis zagadnień technicznych oraz technologicznych projektu stanowi obszerny element studium wykonalności, uzasadniona jest rezygnacja z ujmowania przedmiotowego zagadnienia we WoD. Proponowanym rozwiązaniem jest umożliwienie wnioskodawcy zamieszczenia odesłania w tym zakresie do konkretnego rozdziału w ramach SW, a wskazanie w tej części WoD wyłącznie informacji nt. nowoczesnych i energooszczędnych rozwiązań (które były podstawą do oceny w ramach przyjętych kryteriów merytorycznych I stopnia). Jednocześnie, z uwagi na postulowany charakter WoD (syntetyczny zestaw kluczowych informacji o projekcie), rekomendowane jest pozostawienie w jego ramach informacji zawieranej obecnie w polu B.4.2.b, tj. danych dotyczących podstawowych wskaźników produktu. Odnosząc się do wskazanego w polu B.4.2.d zagadnienia realizacji projektu w formule Partnerstwa Publiczno

Lp.	Element WoD	Komentarz
		Prywatnego (PPP), uzasadnione wydaje się usunięcie przedmiotowego elementu wniosku, z uwagi na możliwość zawarcia stosownych informacji w tym zakresie w ramach SW. Bezzasadne jest umieszczanie w ramach formularza kwestii powołanej w polu B.4.2.e, tj. wskazania, czy projekt stanowi część sieci transeuropejskiej będącej przedmiotem uzgodnień na poziomie wspólnotowym.
	B.5. Cele projektu B.5.1. Istniejąca infrastruktura i wpływ projektu	Ewaluator nie formułuje zastrzeżeń do pola B.5.1., jedynie sugeruje zamieszczanie w tej części WoD informacji dotyczących wartości dodanej projektu i aspektu sieciowości (zagadnienie omówiono w ramach rozdziału 4.2.3 niniejszego raportu).
	B.5.2. Cele społeczno-gospodarcze	Zagadnienia ujmowane w ramach pola B.5.2 w sposób bezpośredni łączą się z kwestiami analizy ekonomiczno-społecznej, określonej w ramach podsekcji E.2. Jednocześnie, szereg informacji standardowo zawieranych w ramach przedmiotowego pola w sposób bezpośredni wynika z zagadnień przedstawionych w ramach pola B.5.1. Z tego względu zaleca się rezygnację z przedmiotowego elementu WoD. Jednocześnie, problematyka sposobu przyczyniania się do realizacji polityki wspólnotowej dotyczącej równości szans (obecny art. 7 Rozporządzenia ogólnego) powinna być przedmiotem elementu wniosku poświęconego realizacji celów wspólnotowych (z jednoznaczną możliwością wskazania neutralnego wpływu na tę politykę).
	B.5.3. Wkład w realizację programu operacyjnego	Przedmiotowe pole powinno zostać połączone z dotychczasowym polem B.5.1, jako że nie zawiera treści przedmiotowo odmiennych od ujmowanych w powołanym polu.
3.	C. Wyniki studium wykonalności	
	C.1 Główne wnioski z SW C.1.1 Analiza popytu C.1.2 Inne rozwiązania	Zgodnie z Instrukcją do wypełniania formularza WoD, sekcja C powinna być poświęcona przedstawieniu podstawowych wniosków z analiz przeprowadzonych w ramach SW, bez wyszczególnienia, jaki zakres informacji (poza analizą popytu oraz analizą opcji) powinien zostać ujęty w tej sekcji przez wnioskodawcę. Jako że SW zawiera odrębny rozdział poświęcony streszczeniu wszystkich jego elementów (a streszczenia te z uwagi na ich syntetyczny charakter nie mogą stanowić wystarczającej podstawy do przeprowadzenia oceny), ewaluator uznaje za nieuzasadnione obligowanie wnioskodawców do powtórznego ujmowania tychże informacji w sekcji C wniosku. Zaleca się ograniczenie w tym punkcie do danych nie umieszczanych w żadnym innym punkcie WoD, czyli do analizy popytu, w kontekście sieciowości, opisu rozwiązań alternatywnych i wskaźników rezultatu.

Lp.	Element WoD	Komentarz
4.	D. Harmonogram	
	D.1. Harmonogram projektu	W ramach podsekcji D.1 wniosku przyjęty został sposób prezentacji informacji dotyczących harmonogramu realizacji projektu. Sposób wypełniania przedmiotowej tabeli wzbudzał istotne uciążliwości po stronie wnioskodawców oraz stanowił częsty powód konieczności dokonywania poprawy przedkładanej dokumentacji. Powyższe wynikało w głównej mierze z braku jednoznaczności przyjmowanych pojęć: – w myśl Instrukcji, jako termin zakończenia „oceny oddziaływania na środowisko naturalne” wskazywana powinna być data decyzji o „zezwoleniu na inwestycję” (w rozumieniu sekcji F, odsyłającej do definicji zawartej w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre przedsięwzięcia publiczne i prywatne na środowisko), tj. w zdecydowanej większości przypadków data „nabycia” waloru ostateczności przez ostatnie uzyskiwane w ramach projektu pozwolenie na budowę. Taki sposób określenia wymaganej daty (choć poprawny merytorycznie z uwagi na możliwość prowadzenia tzw. ponownej oceny OOS na etapie wydawania pozwolenia na budowę) stanowił źródło możliwych do uniknięcia uciążliwości dla beneficjentów; – zgodnie z Instrukcją, przez „studium projektowe” rozumieć należy pełną (kompletną) dokumentację projektową na poziomie wykonania projektu budowlanego lub dokumentacji technicznej. Uzasadnione wydaje się stosowanie w formularzu wniosku nomenklatury wynikającej z prawodawstwa krajowego (obecnie nomenklatura ta ujmowana jest na poziomie Instrukcji).
	D.2. Stopień przygotowania projektu D.2.1. Pod względem technicznym (studium wykonalności itd.) D.2.2. Pod względem administracyjnym (zezwolenia, zakup gruntów, zaproszenia do składania ofert itd.) D.2.3. Pod względem finansowym (decyzje dotyczące zobowiązań w zakresie krajowych wydatków publicznych, wymaganych lub przyznanych pożyczek itd.- podać odniesienia)	Podsekcja D.2 stanowi zestaw informacji, które zgodnie z brzmieniem Instrukcji określają stopień „dojrzałości” / przygotowania projektu. Zakres informacji zawieranych w polu D.2.1 (stopień przygotowania technicznego) wydaje się nieadekwatny w związku z faktem, iż kluczowy dokument wymieniany w tym polu, tj. studium wykonalności, stanowi (poza wyjątkowymi przypadkami) obligatoryjny załącznik do WoD, natomiast reszta niezbędnych informacji na temat dokumentów technicznych wynika wprost z harmonogramu zawartego w podsekcji D.1. Podobnie należy ocenić informacje wymagane w przypadku pola D.2.3. Co istotne, niezbędne decyzje administracyjne stanowią załącznik do WoD i podlegają szczegółowej kontroli pod względem ich adekwatności, spójności z projektem, a także zachowania specyficznych wymogów (np. w zakresie procedur OOS). W odniesieniu do pola D.2.3 należy wskazać na brak potrzeby

Lp.	Element WoD	Komentarz
	D.2.4. Jeżeli realizacja projektu już się rozpoczęła, należy wskazać obecny stan prac	przedstawiania informacji o gotowości finansowej w ramach wniosku, z uwagi na przedkładany przez beneficjentów zestaw dokumentów finansowych, jak również konieczność docelowego złożenia zobowiązania do pokrycia wkładu własnego. Niezbędne do oceny wniosku nie wydaje się również ujmowanie we wniosku danych zawieranych w polu D.2.4, dotyczących stanu prac rozpoczętych. Zagadnienie to, poza kwalifikowalnością projektu w kontekście zasad pomocy publicznej (która powinna być badana przy pomocy innych powołanych poniżej instrumentów), nie determinuje sposobu oceny dokumentacji aplikacyjnej.
5.	E. Analiza kosztów i korzyści	
	E.1. Analiza finansowa	Generalnie zaleca się uproszczenie struktury tej sekcji WoD. Wystarczające wydaje się pozostawienie w ramach podsekcji metodyki oraz przyjętych głównych założeń w zakresie analizy finansowej (E.1.1), zakresu przedmiotowego pola E.1.2 dotyczącego głównych elementów i parametrów wykorzystywanych do analizy finansowej oraz pola E.1.3, tj. głównych wyników analizy finansowej. Proponuje się dodatkowo uzupełnić pole E.1.3 o tabelę agregującą najważniejsze wnioski dotyczące wyników analiz finansowych. Przykładowo w tej części mogą się znaleźć podstawowe informacje na temat: a) wnioskowanej wysokości dofinansowania projektu; b) efektywności finansowej projektu; c) trwałości finansowej projektu; d) stosowania zasady „zanieczyszczyć płaci”; e) zasad ustalania taryf i opłat w ramach projektu. Powyższe umożliwiłoby wyeliminowanie pola E.1.4.
	E.2. Analiza społeczno-gospodarcza	Proponuje się pozostawienie wyłącznie dwóch pól w ramach podsekcji E.2. tj.: a) krótkiego opisu metodyki analizy społeczno-gospodarczej (podstawowe założenia przyjęte przy wycenie kosztów i korzyści) zawierająca również opis kosztów i korzyści wymiernych i niewymiernych; b) wyników analizy społeczno-gospodarczej zawierających główne wskaźniki (w tym ERR i ENPV) oraz wpływ projektu na zatrudnienie, wraz z częścią opisową. Umożliwi to uproszczenie formularza poprzez likwidację pól E.2.2, E.2.4 i E.2.5.
	E.3. Analiza ryzyka i wrażliwości	Proponuje się usunąć tą sekcję w całości, ponieważ analiza ryzyka i wrażliwości stanowi przedmiot rozbudowanego rozdziału SW.
6.	F. Ocena wpływu oddziaływania na środowisko	
	F.1-F.7	Sekcja F WoD stanowi rozbudowany element dokumentacji aplikacyjnej poświęcony przedstawieniu środowiskowych

Lp.	Element WoD	Komentarz
		uwarunkowań danego projektu. Należy wskazać, iż zarówno nomenklatura, jak i układ przedmiotowej sekcji nawiązują do brzmienia Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre przedsięwzięcia publiczne i prywatne na środowisko (Dyrektywa 2011/92/UE). W przypadku projektów, w stosunku do których nie jest wymagane stosowanie procedury potwierdzenia wkładu finansowego (odrębnego badania WoD dla „dużego” projektu przez KE), posługiwanie się tą nomenklaturą nie jest uzasadnione i prowadzi do powstawania możliwych do uniknięcia wątpliwości. Sugerowane jest w związku z tym posługiwanie się nomenklaturą i systematyką wynikającą z ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko oraz ustawy z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody (w odniesieniu do zagadnienia wpływu na obszary Natura 2000). Jednocześnie, z uwagi na zaawansowaną kontrolę zagadnień związanych z wypełnianiem przez beneficjentów obowiązków w zakresie ochrony środowiska dokonywaną przez instytucje uczestniczące w procesie wdrażania PO IiŚ na lata 2007-2013 na bazie złożonej dokumentacji (decyzje o środowiskowych uwarunkowaniach, informacje o przebiegu prowadzonych postępowań, kopie obwieszczeń w sprawie konsultacji społecznych, postanowienia dokumentujące screening/scoping), wątpliwości wzbudza poświęcenie tej wyspecjalizowanej kwestii odrębnego elementu formularza aplikacyjnego. Kwestia ta stanowi przedmiot szerokiego opisu w ramach SW. W tym kontekście rekomendowane jest rozważenie rezygnacji z zamieszczania we WoD przedmiotowych informacji (analogiczne z punktu widzenia poprawności formalnoprawnej zagadnienia proceduralne dotyczące pozyskiwania decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu oraz pozwoleń na budowę, jak również pozostałych decyzji administracyjnych, takich jak pozwolenie zintegrowane lub pozwolenie wodnoprawne nie stanowią przedmiotu wniosku). W przypadku braku uwzględnienia powyższej rekomendacji, proponuje się: – usunięcie podsekcji F.1 poświęconej zgodności projektu zasadami ogólnymi unijnego prawa ochrony środowiska (informacje ujmowane w przedmiotowej podsekcji nie mają wpływu na ocenę WoD, natomiast ich zgromadzenie stanowi z punktu widzenia beneficjenta nieuzasadnioną uciążliwość); – zapisy podsekcji F.2 powinny zostać umiejscowione w ramach ogólniejszego elementu sekcji F, poświęconego przebiegowi procedury środowiskowej; – podsekcja F.3 powinna zostać uporządkowana logicznie co do kolejności prezentowanych informacji (w sposób zgodny z harmonogramem procedur środowiskowych), np. poprzez sformułowanie następujących

Lp.	Element WoD	Komentarz
		pytań/zagadnień: - czy przedsięwzięcie stanowi (1) przedsięwzięcie mogące zawsze znacząco oddziaływać na środowisko, (2) przedsięwzięcie mogące potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko, (3) żadne z powyższych? - przebieg screeningu/scopingu¹⁴ (jeśli dotyczy) – określenie postanowień odpowiednich organów; - przebieg konsultacji społecznych (jeśli dotyczy) – data rozpoczęcia/zakończenia konsultacji; - wydanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach (jeśli dotyczy) – data wydania, określenie organu, znak, termin uprawomocnienia; - przebieg ponownej oceny o oddziaływaniu przedsięwzięcia na środowisko (jeśli dotyczy), - wpływ na obszar Natura 2000. Sugeruje się eliminację podsekcji F.5-F.7 jako niewpływających na wynik oceny dokumentacji aplikacyjnej.
7.	G. Zasadność wkładu publicznego	
	G.1. Konkurencja G.2. Wpływ wkładu wspólnotowego na realizację projektu	Sekcja G WoD poświęcona jest zagadnieniu statusu interwencji finansowej w kontekście zasad pomocy publicznej. Wydaje się, iż obecny kształt przedmiotowej sekcji powoduje, iż nie spełnia ona swoich celów. W ramach podsekcji G.1 wnioskodawca zobowiązany jest do wskazania, czy projekt korzysta z pomocy państwa. Mimo iż wydaje się to uzasadnione, podsekcja ta w żaden sposób nie odnosi się do kwestii podstaw zgodności projektowanej pomocy ze wspólnym rynkiem (poza kwestią wskazania numeru decyzji indywidualnej lub programu pomocowego w przypadku uprzedniego dokonania notyfikacji). Niezależnie od faktu, iż WoD nie stanowi alternatywy dla notyfikacji pomocy publicznej, z uwagi na potrzebę badania przez instytucje programowe spełniania przez dofinansowanie kryterium zgodności z regulacjami w zakresie pomocy publicznej, uzasadnione jest wprowadzenie do wniosku części, w ramach której beneficjent mógłby w sposób zwięzły określić charakter przewidzianego do udzielenia środka pomocowego. Niewystarczające w powyższym względzie wydaje się brzmienie podsekcji G.2, w ramach której określane jest, czy wkład pomocowy przyspiesza realizację projektu oraz czy jest czynnikiem decydującym o realizacji projektu. Zagadnienia te odnoszą się do wycinkowej kwestii spełniania efektu zachęty, natomiast nie dają pełnego obrazu w zakresie charakteru pomocy. Niezależnie od powyższego, zasadność analizowania powyższych kwestii uzależniona będzie od tego, czy w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 przewidziane będzie

¹⁴ Przy wskazaniu odpowiednich zapisów ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko.

Lp.	Element WoD	Komentarz
		wsparcie projektów objętych pomocą publiczną, czy też status „pomocowy” wsparcia prowadził będzie do eliminacji projektu z oceny.
8.	H. Plan finansowania	
	H.1. Podział kosztów H.2. Całkowite planowane zasoby i planowany wkład z funduszy	Punkt H.1 nie został w pełni skorelowany z Wytycznymi w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013. Należy zauważyć, iż układ tabeli H.1 jest dostosowany do powyższych wytycznych, tj. uwzględnia kategorie wydatków, które są spójne z odpowiednimi rozdziałami tego dokumentu. Niemniej jednak wydaje się celowe, aby w WoD znalazła się również tabela przedstawiająca wydatki w podziale na zadania/obiekty. Taki podział wydatków znajduje często zastosowanie w SW i/lub w modelu finansowym. W stosunku do pola H.2.1 ewaluator nie formułuje uwag, za wyjątkiem faktu, iż powyższa tabela nie przedstawia pełnego „rozbicia” krajowego wkładu prywatnego. W polu H.2.2 proponuje się pozostawienie dotychczasowej tabeli, natomiast w miejscu przeznaczonym na opis rekomenduje się pozostawienie pola do przedstawienia pełnej struktury finansowania projektu.
9.	I. Zgodność z politykami i prawem wspólnotowym	
	I.1. Inne źródła finansowania wspólnotowego I.2. Czy projekt podlega procedurze prawnej w braku zakresie zgodności z prawem wspólnotowym? I.3. Działania promocyjne I.4. Udział inicjatywy JASPERS w przygotowaniu projektu I.5. Zamówienia publiczne	Sekcja I stanowi zestaw różnorodnych, luźno powiązanych tematycznie informacji na temat projektu w kontekście polityk europejskich. W ramach podsekcji I.1 udzielane są odpowiedzi na pytania sprowadzające się do kwestii kumulacji dofinansowania na dany projekt. Jednocześnie, jest to zagadnienie wiążące się z kwestią zgodności dofinansowania z zasadami pomocy publicznej, w związku z czym w ocenie opracowujących raport powinno stanowić przedmiot sekcji G. Podsekcja I.2 poświęcona jest zagadnieniu objęcia beneficjenta procedurą odzyskiwania bezprawnie udzielonej pomocy. Analogicznie jak w przypadku podsekcji I.1, stanowi to zagadnienie dotyczące pomocy publicznej, które powinno być umiejscowione w sekcji G. Podsekcja I.3 stanowi opis planowanych do realizacji działań promocyjnych. Niezależnie od nacisku położonego na to zagadnienie w ramach Rozporządzenia ogólnego, wydaje się, iż ta kwestia szczegółowa nie powinna stanowić przedmiotu wniosku i uzasadnione jest jej całościowe ujmowanie w SW. Podsekcja I.4 odnosi się do udziału ekspertów inicjatywy JASPERS w prowadzeniu procesu aplikacyjnego odnośnie danego projektu. Kwestia ta jako posiadająca jedynie charakter informacyjny i z zasady wiadoma instytucji oceniającej WoD nie wydaje się konieczna do ujmowania w WoD. Podsekcja I.5, poświęcona ogłoszonym w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej postępowaniom w przedmiocie

Lp.	Element WoD	Komentarz
		udzielenia zamówienia publicznego nie wydaje się niezbędna w ramach WoD, w kontekście faktu, iż kwestia wypełniania obowiązków dotyczących udzielania zamówień przez beneficjentów jest przedmiotem restrykcyjnych i rozbudowanych działań kontrolnych ze strony instytucji programowych. W ramach tychże działań badana jest pełna dokumentacja przetargowa (zagadnienie dokonania prawidłowego ogłoszenia w odpowiednim dzienniku urzędowym stanowi zaledwie jedno z szeregu zagadnień będących przedmiotem kontroli).

W ramach przeprowadzonego badania CAWI, beneficjenci wskazywali konkretne elementy WoD oraz załączników wymaganych do WoD, których przygotowanie sprawiło im najwięcej kłopotów (które były najbardziej pracochłonne i czasochłonne). Pytanie miało charakter otwarty i istniała możliwość wskazania więcej niż jednego elementu.

48 respondentów wskazało na pracochłonność i czasochłonność przy opracowywaniu **studium wykonalności**, głównie ze względu na złożoność, szczegółowość i bardzo dużą ilość informacji niezbędnych do przygotowania dokumentu oraz skomplikowaną analizę finansową, wymagającą specjalistycznej wiedzy. W praktyce to właśnie SW było najczęściej powierzane przez Beneficjentów do przygotowania firmom zewnętrznym.

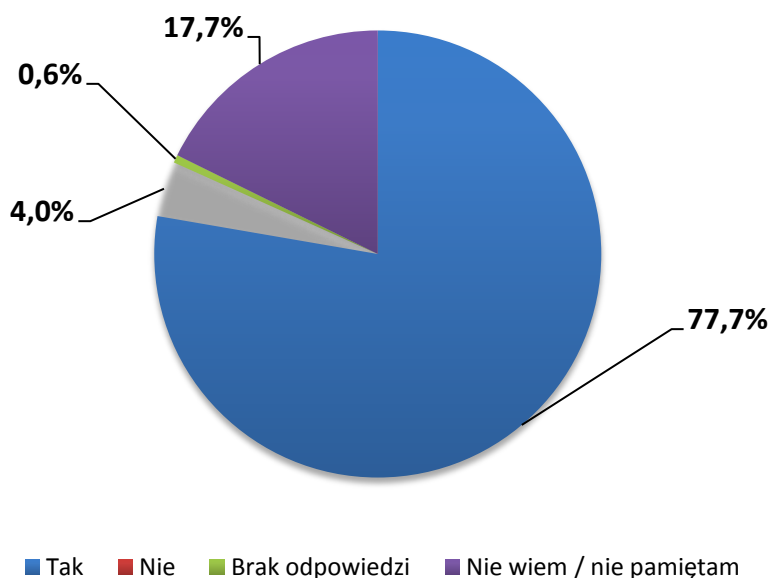
24% odpowiedzi tyczyło się **analizy kosztów i korzyści**, respondenci uważają to zagadnienie za zbyt skomplikowane i czasochłonne, wymagające specjalistycznej wiedzy. Zwracają również uwagę, że czas wyznaczony na przygotowanie tak obszernej dokumentacji jest zbyt krótki. Ponadto kilku z beneficjentów twierdzi, że szacowanie przychodów, w tak niestabilnym systemie finansowania i niepewności w otrzymaniu środków, nie jest zasadne.

Ponad 6% wskazań respondentów dotyczyło oceny wpływu oddziaływania na środowisko (czasochłonna, skomplikowana i kosztochłonna, w przypadku konieczności wykonania raportu oddziaływania na środowisko). Ponadto terminy uzyskania decyzji nierzadko są bardzo długie i kilku beneficjentów miało bardzo duże problemy z ich terminowym uzyskaniem.

Instrukcja do wypełnienia formularza wniosku o dofinansowanie

Na podstawie danych uzyskanych z badań ilościowych można stwierdzić, że ponad 77% badanych korzystało z instrukcji służącej do wypełniania wniosku. Liczba ankietowanych, która wskazała, że na pewno nie wykorzystywała tego dokumentu wynosi zaledwie 4%.

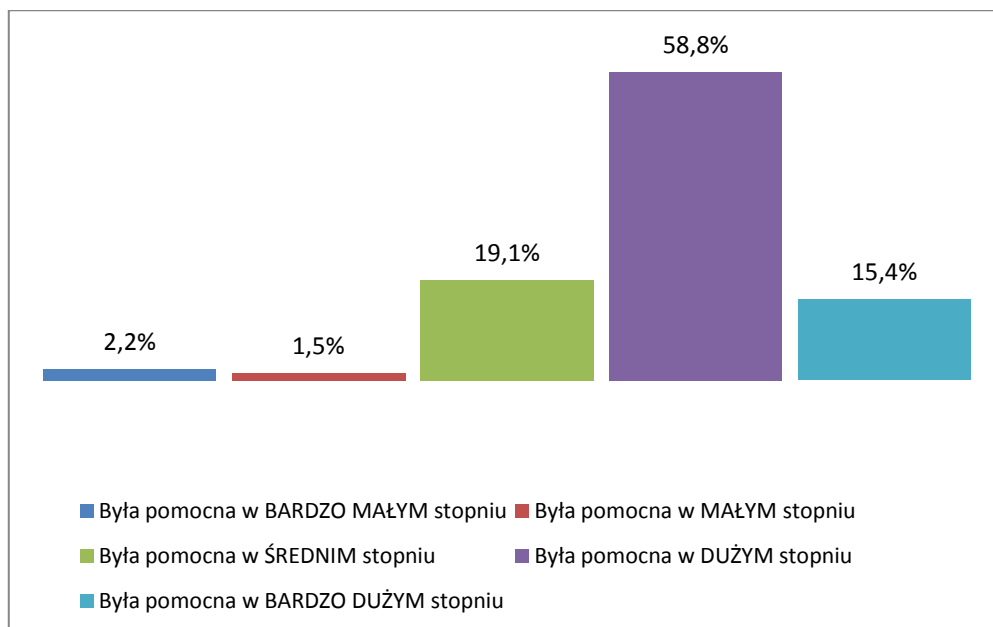
Wykres 10 Korzystanie z instrukcji podczas sporządzania wniosku o dofinansowanie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego CAWI (n=175).

Poniższy wykres przedstawia informacje na temat tego, w jakim stopniu instrukcja do wypełnienia formularza WoD była pomocna podczas przygotowywania wniosku. Beneficjenci w ponad 75% stwierdzili, że instrukcja była pomocna w dużym bądź bardzo dużym stopniu, natomiast około 19% badanych uważa, że instrukcja była przydatna w stopniu średnim.

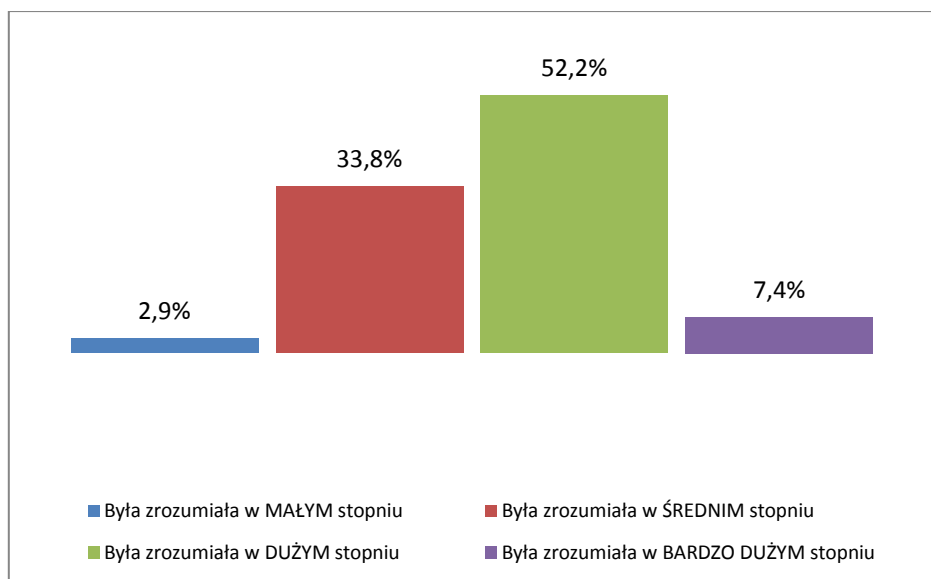
Wykres 11 Przydatność instrukcji dołączonej do wniosku podczas jego wypełniania.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego CAWI (n=136).

Zebrane dane wskazują, że dla około 60% respondentów instrukcja była zrozumiała w dużym stopniu (ponad 52%) i w stopniu bardzo dużym (około 7,5%). Około 34% badanych twierdzi, że instrukcja była zrozumiała tylko w stopniu średnim.

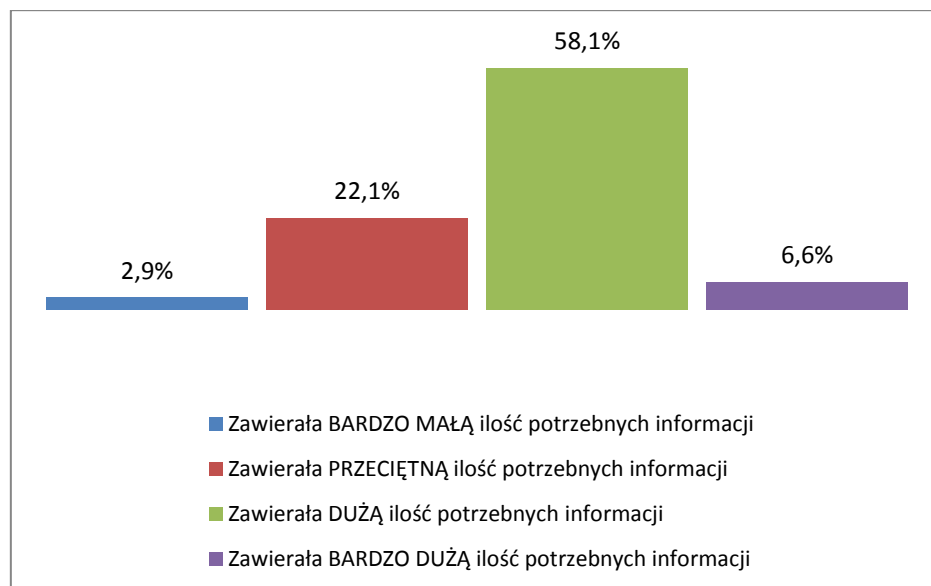
Wykres 12 Zrozumiałość instrukcji.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego CAWI (n=136).

Okolo 65% badanych uważa, że instrukcja zawiera dużą liczbę potrzebnych informacji, natomiast ponad 22% respondentów uważa, że instrukcja zawiera przeciętną ilość potrzebnych informacji.

Wykres 13 Zawartość potrzebnych informacji w instrukcji.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego CAWI (n=136).

Beneficjentów zapytano również, jakich elementów/treści, ich zdaniem, zabrakło w instrukcji do wypełnienia WoD i jakie są ich sugestie dotyczące wprowadzenia w nim zmiany. 10% wszystkich badanych zwróciło uwagę na problem zbyt dużej ogólności instrukcji. Zdaniem respondentów instrukcja zawiera informacje zbyt ogólne, które powodują pewną dowolność w interpretacji, a jednocześnie trudność w uzupełnianiu WoD. Ankietowani sugerują zwiększenie szczegółowości

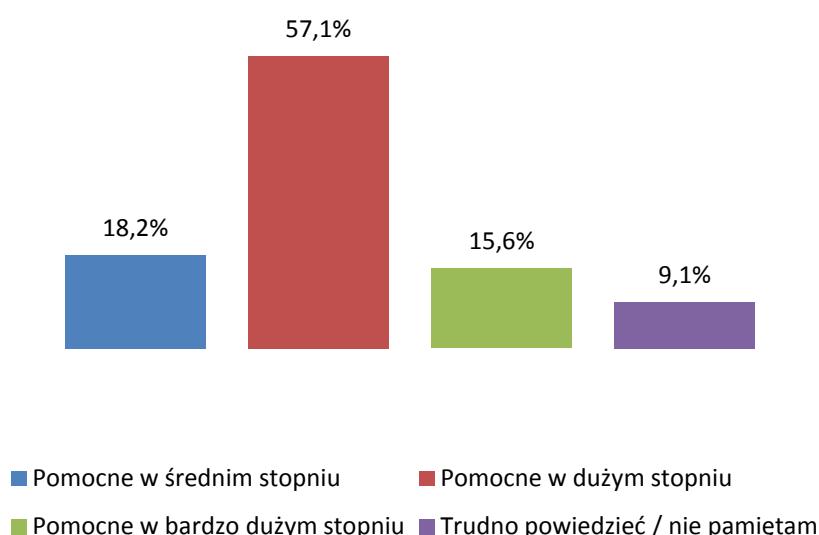
instrukcji, aby jasno opisywała sposób wypełnienia kolejnych pól wniosku. Respondenci zwrócili również uwagę na zrozumiałość treści użytej w instrukcji, ich zdaniem powinny być one napisane prostszym / bardziej przystępnym językiem.

5.2.3 Listy sprawdzające do oceny wniosków o dofinansowanie

Listy sprawdzające okazały się być przydatnym narzędziem dla beneficjentów podczas opracowywania WoD. 44% respondentów korzystało z list sprawdzających podczas opracowywania WoD. Prawie 40% ankietowanych nie wie bądź nie pamięta, czy to robiła, natomiast ponad 15% respondentów nie korzystała w ogóle z list.

Poniższy wykres przedstawiający natomiast stopień przydatności list w trakcie przygotowywania WoD. Listy sprawdzające okazały się pomocne w dużym stopniu dla ponad 57% korzystających z nich i w bardzo dużym stopniu dla prawie 15% respondentów. Ankietowanych którzy stwierdzili, że listy te były pomocne w średnim stopniu była zdecydowana mniejszość (ok. 18%).

Wykres 14 Stopień przydatności list w trakcie przygotowywania wniosku o dofinansowanie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania ankietowego CAWI (n=77).

5.2.4 Ocena przyjętego modelu oceny wniosków o dofinansowanie

W ramach przeprowadzonego badania ankietowego CAWI zapytano beneficjentów o następujące kwestie, dotyczące systemu oceny i wyboru projektów w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013:

- czy za pomocą aktualnego systemu można faktycznie wybrać najlepsze projekty - 60% beneficjentów odpowiedziało twierdząco, 24% nie wyraziło swojej opinii, a 12% badanych stwierdziło, że system oceny projektów jest zły;
- czy przyjęty system oceny wniosków jest skomplikowany - beneficjenci w liczbie około 40% odpowiedzieli, że przyjęty system oceny wniosków nie jest zbyt skomplikowany, z kolei prawie 36% respondentów uważa ten sam system za skomplikowany;
- czy uzasadnienia oceny merytorycznej do wniosku przez członków Zespołu Oceniającego Projekty były sprawiedliwe - ponad 60% ankietowanych odpowiedziało, że uzasadnienia były sprawiedliwe, a około 27% nie znało odpowiedzi lub trudno im było wyrazić opinię na ten temat;

- czy proces oceny wniosków trwa zbyt długo - ponad 65% beneficjentów odpowiedziało twierdząco, z tym twierdzeniem nie zgodziło się ponad 15%, a około 14% badanych nie miało zdania na ten temat;
- czy czas na składanie wyjaśnień jest odpowiedni - około 67% badanych odpowiedziało, że czas na składanie uzupełnień/wyjaśnień jest zbyt krótki. Ponad 17% ankietowanych nie zgodziło się z tym, twierdząc, że czas ten jest odpowiedni;
- czy system oceny wniosków ocenia te elementy, które świadczą o jego jakości - ze stwierdzeniem tymi nie zgodziło się prawie 37% badanych, a około 39% nie wiedziało lub też trudno było im wyrazić opinię na ten temat.

Odnosząc się do zagadnienia oceny przyjętych rozwiązań wdrożeniowych w ramach XII Priorytetu PO IiŚ na lata 2007-2013 należy wskazać, iż zasadniczo rozwiązania te zostały prawidłowo dobrane do specyfiki wdrażanych w ich ramach projektów. Za najistotniejsze **zalety** przyjętych rozwiązań należy uznać:

- skuteczność we wdrożeniu inwestycji, które przyczyniły się do efektywnej realizacji XII Priorytetu PO IiŚ;
- stosowanie trybu konkursowego o charakterze naboru zamkniętego;
- dwuetapowość oceny projektów (preselekcja, ocena ostateczna);
- łatwy dostęp do szeregu materiałów usprawniających przygotowywanie dokumentacji aplikacyjnej (np. instrukcje wypełniania wniosku o dofinansowanie, wzory załączników, itp.);
- zrozumiałe formułowanie regulaminów konkursów i regulaminów naboru;
- szeroka dostępność osób przygotowujących nabory wniosków oraz oceniających dokumentację aplikacyjną (kontakt telefoniczny, szkolenia).

Jednocześnie, należy odnieść się do **zagadnień wpływających negatywnie** lub utrudniających proces oceny i realizacji projektów w ramach Priorytetu XII. Do istotnych **wad** systemu oceny i wyboru projektów należy zaliczyć:

- brak możliwości złożenia WoD w wersji elektronicznej (co stanowiło utrudnienie zarówno dla wnioskodawców, jak i oceniających);
- występowanie grupy kryteriów merytorycznych I stopnia, które nie różnicowały projektów, czyli nie wpływały na pozycję projektu na liście rankingowej, np. adekwatność inwestycji do założonego celu projektu, racjonalność i kompletność harmonogramu działań czy efektywność wydatków projektu;
- występowanie niedoprecyzowanych obszarów w zakresie zasad oceny poszczególnych kryteriów, co powodowało pewną dowolność w interpretacji zapisów oraz brak obiektywności w ocenie, brak gromadzonych w formie elektronicznej danych dotyczących poszczególnych etapów oceny, brak elektronicznych wersji kart oceny, zestawień dotyczących punktacji poszczególnych projektów, list rankingowych, itp.;
- wymaganie od beneficjentów zbyt dużej liczby załączników do WoD na etapie oceny formalnej i merytorycznej I stopnia, np. aktualne zaświadczenia ZUS, US, wyciąg z projektu budowlanego;
- brak informowania beneficjentów o najczęściej popełnianych błędach, wraz ze wskazówkami ich eliminowania, np. w postaci newslettera.

W kontekście powyższych uwarunkowań, jak również z uwagi na doświadczenia instytucji oceniających WoD, w ramach perspektywy finansowej 2014-2020 **uzasadnione jest** m.in. rozważenie możliwości wprowadzenia generatora wniosków. Wprowadzenie generatora wniosków umożliwiłoby zmniejszenie obciążeń administracyjnych zarówno dla wnioskodawców, jak i IOK (np. przez automatyczną weryfikację niektórych kryteriów formalnych, a także punktację kryteriów merytorycznych I stopnia).

W toku badania zidentyfikowano pewne obszary WoD, które zachęcają do zamieszczania szerokich opisów, często nie wnoszących dodatkowych danych do oceny samego projektu. Proponuje się ograniczenie takich obszarów do minimum poprzez doprecyzowanie zapisów instrukcji wypełniania WoD. Przykładowo:

- pkt. C.1 Podsumowanie głównych wniosków wynikających z przeprowadzonego studium wykonalności powinien ograniczyć się do danych nie umieszczanych w żadnym innym punkcie WoD, czyli do analizy popytu, w kontekście sieciowości, opisu rozwiązań alternatywnych, wskaźników rezultatu oraz korzyści, jakie przyniesie beneficjentowi zrealizowanie projektu, np. obniżenie kosztów, zwiększenie obłożenia łóżek, zwiększenie rotacji pacjentów itp.,
- pkt. B.4.1 Opis projektu dostosować w obszarze *inne informacje*, do danych wymaganych do oceny kondycji finansowej beneficjenta.
- Pkt. B.5 cele projektu opisać również w kontekście wartości dodanej do projektu i sieciowości.

Jednocześnie, należy podkreślić, iż dwustopniowość procedury oceny projektów konkursowych posiadała istotną zaletę z punktu widzenia pracochłonności i kosztochłonności prowadzonych prac przygotowawczych projektu. Specyfika sektora wskazuje na ograniczone możliwości finansowe wnioskodawców. Zaleca się zatem ograniczenie liczby załączników na etapie preselekcji do minimum niezbędnego do dokonania oceny formalnej i merytorycznej I stopnia.

W przypadku projektów indywidualnych proponuje się rozważenie rozbudowania fiszki o elementy oddziaływania projektu i wartości dodanej, w celu możliwości dopuszczenia do realizacji projektów najlepiej wpisujących się w potrzeby systemu.

Zespół badawczy pragnie podkreślić, iż w trakcie prowadzonych prac badawczych ustalono, iż dużym obciążeniem administracyjnym dla IOK jest gromadzenie dokumentacji powstałej w toku wdrażania badanych działań (wnioski, załączniki, dokumentacje towarzyszące).

Zalecenie: Narzędziem, które mogłoby w znaczący sposób pomóc w ograniczeniu powstawania (i tym samym w późniejszym etapie gromadzenia) dokumentów w wersji papierowej może być odpowiedni system informatyczny (w tym generator WoD).

Zalecenie: Zalecanym rozwiązaniem jest odstąpienie od wymogu składania wraz z WoD niektórych dokumentów / załączników do WoD w formie papierowej. System taki powinien umożliwiać przechowywanie dokumentacji związanej z wdrażaniem badanych działań w sposób bezpieczny. Niektóre elementy WoD składane w pierwszym etapie w wersji elektronicznej mogłyby być wymagane w wersji papierowej np. po ich sprawdzeniu przez IOK / na dalszym etapie oceny / przed podpisaniem UoD.

W przypadku braku technicznych lub czasowych możliwości wprowadzenia elektronicznego narzędzia do gromadzenia danych dotyczących wniosków i sposobu ich oceny, zalecane jest prowadzenie przynajmniej elementu oceny dokumentacji aplikacyjnej w oparciu o karty elektroniczne, co pozwoli na gromadzenie i porównywanie danych na poziomie całego Priorytetu i okresową ewaluację przyjętego systemu.

Ze względu na rekomendowane wprowadzenie oceny wartości dodanej projektów, w celu wyłonienia jak najlepszych projektów, z punktu widzenia postawionych celów, zalecane jest **wprowadzenie oceny projektów w formie panelu ekspertów** (porównywanie jednocześnie większej puli projektów między sobą, w miejsce dotychczasowej oceny projektów „jeden po drugim”).

Z analiz przeprowadzonych przez Ewaluatora wynika, że w okresie programowania 2007-2013 wystąpiły duże dysproporcje w wartości dofinansowania dla poszczególnych województw. Województwami, w których beneficjenci otrzymali najwięcej dofinansowania są województwa: mazowieckie (23,4%), śląskie (11%) i dolnośląskie (10,5%), natomiast najmniej dofinansowania przypadło dla beneficjentów województw: świętokrzyskie (1%), lubuskie (1,4%) i opolskie (1,7%). W przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa najwięcej dofinansowania przypada na

mieszkańca województwa mazowieckiego, dolnośląskiego i zachodniopomorskiego, natomiast najmniej dofinansowania przypadła na mieszkańca województwa świętokrzyskiego, pomorskiego i lubelskiego.

Tabela 11 Wartość dofinansowania w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 w podziale na województwa

Województwo	Wartość dofinansowania w poszczególnych województwach	Liczba ludności (dane GUS)	Wartość dofinansowania na 1 mieszkańca województwa	Udział dofinansowania województwa w łącznym dofinansowaniu z PO IiŚ
mazowieckie	389 787 002,41 zł	5 316 840	73,31 zł	23,4%
śląskie	183 048 302,17 zł	4 599 447	39,80 zł	11,0%
dolnośląskie	175 434 087,33 zł	2 909 997	60,29 zł	10,5%
małopolskie	149 512 737,04 zł	3 360 581	44,49 zł	9,0%
lubelskie	122 117 626,48 zł	2 156 150	56,64 zł	7,3%
zachodniopomorskie	102 421 048,21 zł	1 718 861	59,59 zł	6,1%
kujawsko-pomorskie	85 028 810,82 zł	2 092 564	40,63 zł	5,1%
łódzkie	84 680 370,54 zł	2 513 093	33,70 zł	5,1%
wielkopolskie	81 340 508,15 zł	3 467 016	23,46 zł	4,9%
podkarpackie	66 290 204,10 zł	2 129 294	31,13 zł	4,0%
warmińsko-mazurskie	56 732 261,62 zł	1 446 915	39,21 zł	3,4%
pomorskie	52 132 414,73 zł	2 295 811	22,71 zł	3,1%
podlaskie	50 604 078,35 zł	1 194 965	42,35 zł	3,0%
opolskie	28 201 687,31 zł	1 004 416	28,08 zł	1,7%
lubuskie	23 461 146,90 zł	1 021 470	22,97 zł	1,4%
świętokrzyskie	17 463 367,19 zł	1 268 239	13,77 zł	1,0%
Razem	1 668 255 653,34 zł	38 495 659	43,34 zł	

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych CSIOZ.

Powyższa tabela obrazuje, jak duże dysproporcje występują między dofinansowaniem dla poszczególnych województw. Jak wynika z niej, województwa rozwinięte, o większym potencjale rozwoju, otrzymały największą kwotę wsparcia. Może to świadczyć o występowaniu efektu fali wstecznej, który polega na utrwalaniu nierównomierności między regionami. W przypadku decyzji strategicznej o zamiarze wyrównywania powyższych dysproporcji, konieczne byłoby wprowadzenie dodatkowego elementu w ramach systemu oceny, np. w postaci kryterium dodatkowo punktującego określoną lokalizację projektu.

6 Plany inwestycyjne oraz potrzeby informacyjne potencjalnych beneficjentów

W rozdziale zamieszczono odpowiedzi na dodatkowe pytania badawcze sformułowane przez wykonawcę na etapie opracowywania oferty na realizację przedmiotowej usługi:

- czy beneficjenci badanych Działań Programu na lata 2007-2013 są zainteresowani realizowaniem projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020?
- czy sposób informowania wnioskodawców o warunkach naboru (w tym o systemie oceny i wyboru projektów) stosowany w ramach Programu na lata 2007-2013 był odpowiedni?

Niniejszy rozdział zawiera wyniki analiz przeprowadzonych w obszarze planów inwestycyjnych wnioskodawców badanych Działań oraz ich potrzeb informacyjnych.

Z punktu widzenia konstruowania wniosków i rekomendacji w odniesieniu do PO IiŚ na lata 2014-2020 istotnym była wstępna identyfikacja potrzeb i możliwości realizacji projektów przez potencjalnych wnioskodawców. Wyniki analiz zaprezentowane w niniejszym podrozdziale w głównej mierze bazują na odpowiedziach udzielanych przez wnioskodawców w ramach badania CAWI. Analizy te były uzupełniane o weryfikację danych zastanych desk research oraz wiedzę ekspercką.

6.1 Plany inwestycyjne potencjalnych beneficjentów

Jednym z obszarów badawczych było ustalenie, czy beneficjenci badanych Działań PO IiŚ na lata 2007-2013 są zainteresowani realizowaniem projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020.

Pytanie o potrzeby i plany inwestycyjne w zakresie projektów sektora ochrony zdrowia zostało skierowane do różnych podmiotów w ramach wystandaryzowanego kwestionariusza ankiety internetowej CAWI. Ankieta ta została przesłana na adresy e-mail będące w posiadaniu IOK.

W badaniu kwestionariuszowym zadano pytanie, czy respondenci planują aplikować o wsparcie w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. W sumie na powyższe sformułowane pytanie **zebrano 175 odpowiedzi** (w tym **134 wskazujące na plan realizacji projektów** w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020). Kolejne pytania w ankiecie dotyczyły uszczegółowienia tych planów inwestycyjnych przez respondentów (określenie typologii projektów, ich średniej wartości oraz oczekiwanego poziomu dofinansowania ze środków UE).

Jak wynika z poczynionych ustaleń, odpowiedzi respondentów należy traktować jako wstępne z uwagi na (jak sygnalizowali ankietowani) brak ostatecznych rozstrzygnięć w zakresie kształtu systemu wsparcia projektów w nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020.

Dane na temat stopnia gotowości oraz zamierzeń inwestycyjnych podmiotów uprawnionych do wnioskowania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 wydają się być kluczowe do przyjęcia odpowiednich warunków wsparcia (minimalna wartość projektu, terminy naborów itp.).

Zalecenie: Zaleca się przeprowadzenie badania potrzeb inwestycyjnych wśród uprawnionych wnioskodawców w momencie, kiedy prace nad kształtem perspektywy finansowej UE 2014-2020 będą bardziej zaawansowane (określone typy uprawnionych wnioskodawców / typy projektów / warunki wsparcia mogących aplikować).

Zebrane informacje będą mogły zostać wykorzystane do przyjęcia brzegowych warunków programowych (np. konstrukcja linii demarkacyjnej, tryby wyłaniania projektów, poziomy dofinansowania itp.).

Badanie takie powinno także określić stopień przygotowania wnioskodawców do realizacji projektów.

W ramach badania CAWI zwrócono się do wnioskodawców z zapytaniem, czy śledzą przygotowania PO IIŚ na lata 2014-2020. Ewaluator w ankiecie zamieścił link interaktywny do strony internetowej, która zawiera informacje nt. zaawansowania przygotowania PO IIŚ na lata 2014-2020 (ankieta CAWI miała zatem także w przypadku niektórych respondentów dodatkowo charakter informacyjny). Brak znajomości zapisów PO IIŚ na lata 2014-2020 może bowiem przekładać się na nieodpowiednie przygotowanie projektów do realizacji (także z punktu widzenia kwalifikowalności wydatków).

Ustalono, iż blisko **78,9% ankietowanych respondentów aktywnie uczestniczy w śledzeniu przygotowań PO IIŚ na lata 2014-2020**. Dla badanych podmiotów Program ten będzie stanowił możliwość pozyskania środków finansowych na realizację ważnych z perspektywy prowadzonych przez nie działalności projektów. Jedynie 12,6% ankietowanych wskazało, iż nie śledzi przygotowań PO IIŚ na lata 2014-2020, zaś pozostała (bardzo nieliczna) część respondentów nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie.

76,6% ankietowanych zadeklarowało, iż planuje ubieganie się o wsparcie w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020 (6,9% respondentów wskazało, iż „raczej nie” planuje tego robić, zaś 16% wybrało odpowiedź „nie wiem / trudno powiedzieć”).

Kolejny blok pytań skierowany do respondentów dotyczył uszczegółowienia planów inwestycyjnych tych podmiotów. Z odpowiedzi respondentów wynika, iż w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020 planowana jest realizacja 334 projektów o **łącznej wartości brutto na poziomie ok. 3,5 mld zł**. Poniżej zaprezentowano uszczegółowione wyniki odpowiedzi udzielanych przez respondentów (liczba oraz wartość projektów w poszczególnych zakresach. Ankietowani respondenci **oczekują najczęściej poziomu dofinansowania na poziomie minimum 85%**.

Tabela 12 Informacja na temat planów inwestycyjnych realizacji projektów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.

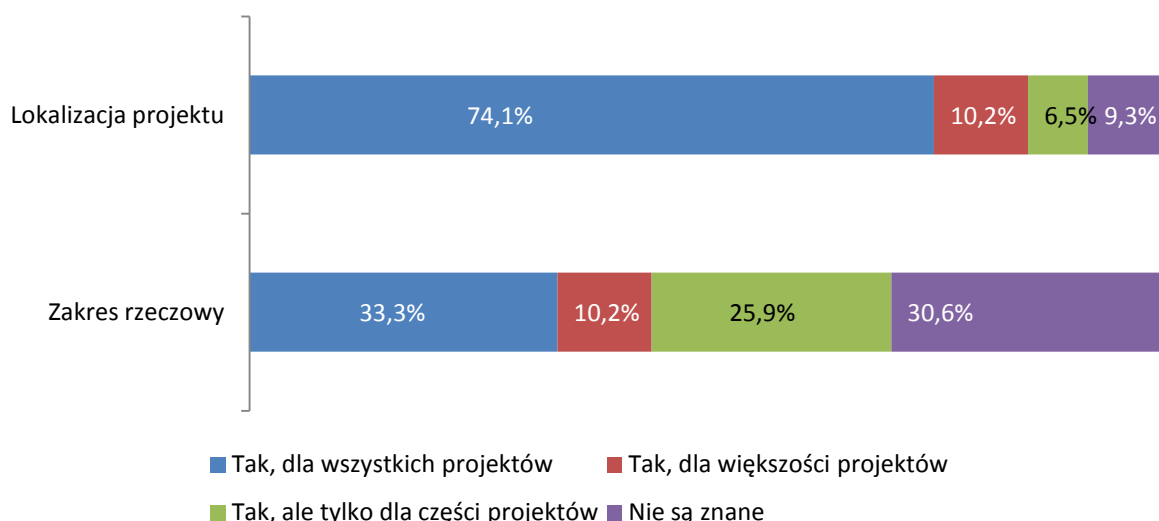
Zakres projektów	Planowana do realizacji liczba projektów	Szacowana wartość projektów (zł brutto)
Wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)	50	295 105 000
Modernizacja istniejących oraz utworzenie nowych centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)	17	166 000 000
Wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców – przy SOR oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)	24	36 750 000
Wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych baz lotniczego pogotowia ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy	3	1 000 000 000
Wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom układu krążenia, nowotworowym, układu kostno- stawowo – mięśniowego, układu oddechowego, psychicznym (roboty budowlane, doposażenie)	91	1 001 400 000

Zakres projektów	Planowana do realizacji liczba projektów	Szacowana wartość projektów (zł brutto)
Wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, wyposażenie)	87	776 500 000
Wsparcie pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z jednostkami wymienionymi powyżej	62	Ok. 277 900 000

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=134).

Jak wynika z informacji prezentowanych na poniższym wykresie znaczna większość ankietowanych podmiotów posiada już wiedzę na temat tego gdzie zlokalizowany będzie projekt (74,1% ankietowanych). Znacznie mniejszy odsetek respondentów był w stanie określić „zakres rzeczowy” tych projektów.

Wykres 15 Czy dla projektów planowanych do realizacji znane są już takie informacje jak:



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=108).

Tabela 13 Proszę ocenić, na jakim etapie przygotowania do realizacji są te projekty „planowane do realizacji”?

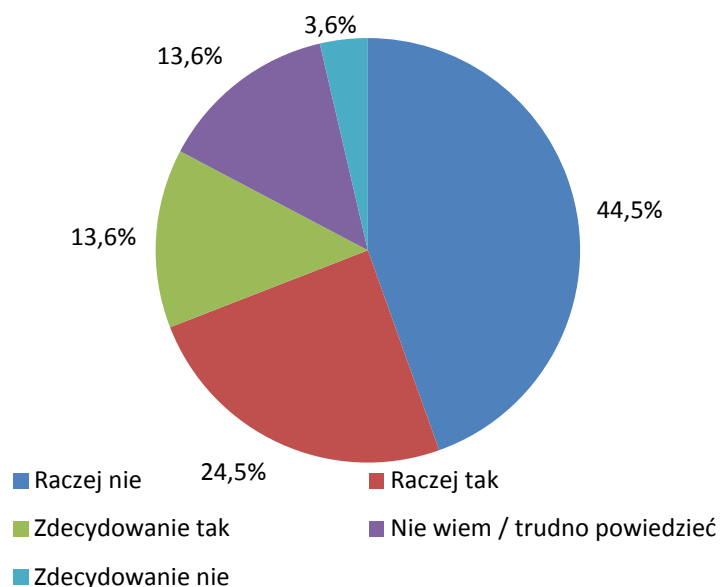
Studium wykonalności	Tak, wszystkie projekty	7,1%
	Tak, większość projektów	4,8%
	Tak, ale tylko część projektów	34,5%
Dokumentacja o środowiskowych uwarunkowaniach	Tak, wszystkie projekty	8,0%
	Tak, większość projektów	3,4%

	Tak, ale tylko część projektów	30,7%
Program Funkcjonalno Użytkowy (PFU)	Tak, wszystkie projekty	11,4%
	Tak, większość projektów	5,7%
	Tak, ale tylko część projektów	29,5%
Dysponowanie gruntem na potrzeby realizacji projektu	Tak, wszystkie projekty	69,1%
	Tak, większość projektów	2,1%
	Tak, ale tylko część projektów	8,5%
Prawomocne pozwolenie na budowę	Tak, wszystkie projekty	10,5%
	Tak, większość projektów	5,8%
	Tak, ale tylko część projektów	32,6%
Projekt budowlany	Tak, wszystkie projekty	12,5%
	Tak, większość projektów	5,7%
	Tak, ale tylko część projektów	37,5%
Projekt wykonawczy	Tak, wszystkie projekty	9,2%
	Tak, większość projektów	5,7%
	Tak, ale tylko część projektów	36,8%
Pozyskanie innych decyzji administracyjnych	Tak, wszystkie projekty	7,0%
	Tak, większość projektów	4,7%
	Tak, ale tylko część projektów	38,4%
Zamknięty montaż finansowy (zabezpieczone środki na realizację projektu)	Tak, wszystkie projekty	7,1%
	Tak, większość projektów	3,6%
	Tak, ale tylko część projektów	39,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=108).

Jak wynika z informacji prezentowanych w powyższej tabeli **stopień przygotowania projektów do realizacji uznać należy za niski**. Zasadniczo beneficjenci wyłącznie dysponują niezbędnym gruntem na potrzeby planowanej realizacji inwestycji.

Wykres 16 Czy spodziewają się Państwo problemów ze zdobyciem środków finansowych na wkład własny na potrzeby realizacji w/w projektów (poręczenia, gwarancje, kredyty itp.)?

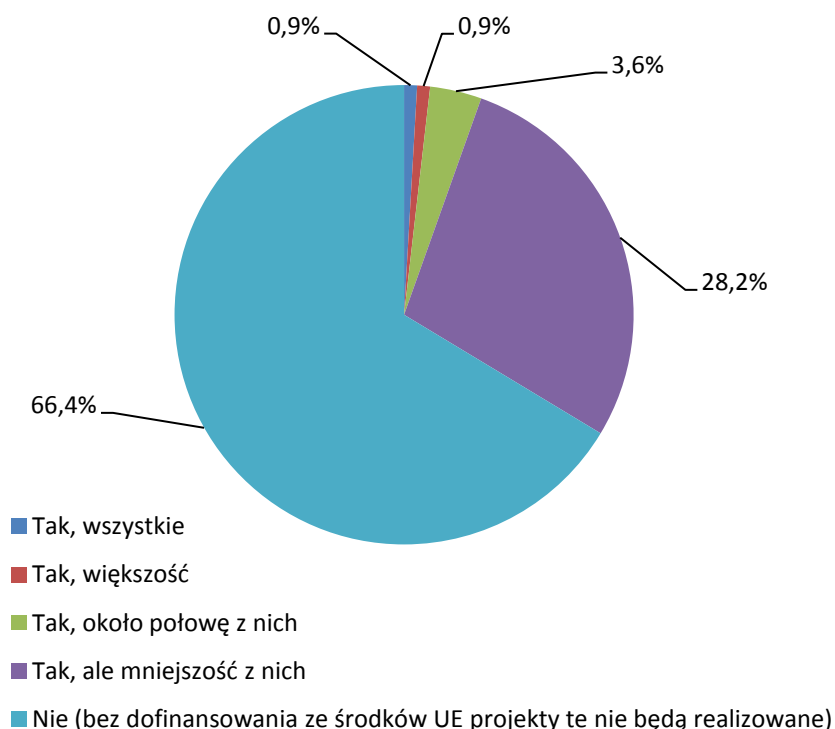


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=110).

Z powyżej zaprezentowanych odpowiedzi wynika **korzystny obraz prognozowanej sytuacji finansowej respondentów** w obszarze możliwości zabezpieczenia tzw. „wkładu własnego”. Stosunkowo niewiele, gdyż 38,2% ankietowanych wskazało, iż spodziewa się wystąpienia problemów ze zdobyciem środków finansowych (w tym 13,6% w stopniu zdecydowanym). Fakt ten prawdopodobnie wynika z tego, iż ankietowani będą oczekiwali konieczności angażowania bardzo niskiego poziomu środków własnych.

Kolejne pytania w ankiecie miały na celu rozeznanie możliwości realizacji projektów bez współfinansowania ze środków UE.

Wykres 17 Czy projekty planowane do realizacji będą Państwo w stanie realizować bez dofinansowania ze środków UE?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=110).

66,4% respondentów nie będzie w stanie zrealizować **wszystkich projektów bez współfinansowania ze środków UE**. Raptem 0,9% ankietowanych wskazało, iż bez współfinansowania będzie w stanie zrealizować wszystkie projekty.

6.2 Potrzeby informacyjne potencjalnych beneficjentów

Sposób informowania wnioskodawców posiada istotne znaczenie dla jakości przedkładanych WoD (i dalej czasu ich oceny przez właściwe IOK). Biorąc powyższe pod uwagę, w ramach badania CAWI Zespół badawczy zdiagnozował potrzeby wnioskodawców w zakresie formy i sposobu przekazywania informacji niezbędnych do aplikowania.

Jednym z podstawowych kryteriów ewaluacji systemu oceny i wyboru projektów jest adekwatność definicji i łatwość praktycznego wykorzystywania kryteriów, umożliwiająca ich zrozumienie i zastosowanie przez wnioskodawców¹⁵. Kwestia ta, obok analizy konstrukcji WoD projektu jest kluczowa dla skuteczności systemu oceny i wyboru, rozumianej jako dobór projektów realizujących w sposób najpełniejszy cele Programu i poszczególnych priorytetów. Nie ulega wątpliwości, iż przyjęcie trafnego, zrozumiałego i mierzalnego systemu oceny i wyboru projektów skutkuje większą przejrzystością procesu oceny i wyboru wniosków. Taki system skutkuje ograniczeniem występowania różnych zdarzeń (np. protesty, odwołania) wydłużających proces oceny (oraz tym samym przeciwdziałając konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów pracy po stronie IOK i wnioskodawców). Z tej właśnie perspektywy równie istotnym czynnikiem wpływającym na wzrost spójności systemu oceny i wyboru projektów jest odpowiedni sposób informowania o nim potencjalnych wnioskodawców.

¹⁵ Red. Brenner, Dostęp do informacji oraz system wyboru projektów w ramach 16 RPO, Warszawa, Instytut Sobieskiego 2009

W ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 funkcjonują różne instrumenty o charakterze informacyjno-promocyjnym:

- strona internetowa www.pois.gov.pl (strona internetowa poświęcona Programowi zawierająca dokumenty i informacje dotyczące wszystkich programów unijnych realizowanych w regionie) oraz strony internetowe właściwych IOK (tj. CSIOZ);
- Punkt Informacyjny Programu Infrastruktura i Środowisko (i inne punkty informacyjne¹⁶);
- Szkolenia;
- konferencje, seminaria, warsztaty;
- reklamy, broszury, ulotki, plakaty, foldery, gazetki, biuletyny, filmy, imprezy plenerowe.

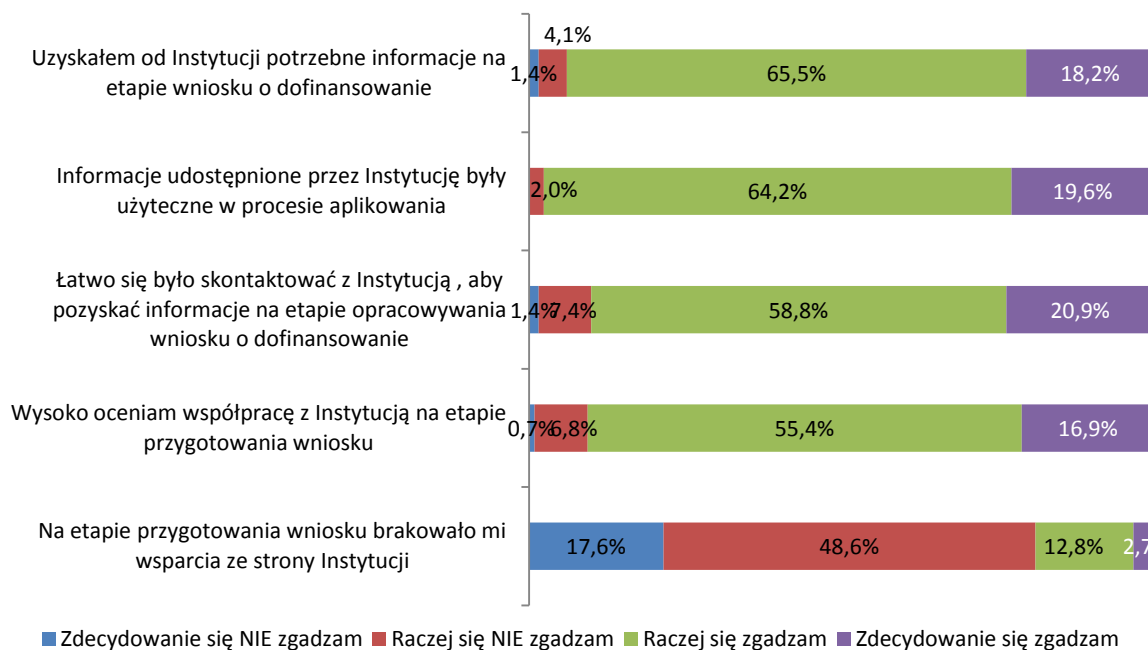
Ocena jakości komunikacji i współpracy z IOK z perspektywy wnioskodawców

Pierwszy kontakt wnioskodawców z IOK pojawia się na etapie poszukiwania informacji o możliwości i warunkach uzyskania wsparcia (wymogi konkursu, terminy naborów itp.). To właśnie ten etap prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych przez IOK uznać należy za szczególnie istotny (z uwagi na to, iż w dużym stopniu wpływa na jakość dokumentacji przygotowywanych przez wnioskodawców). W dalszej kolejności (po złożeniu WoD) wnioskodawcy komunikują się z IOK w ramach prowadzonej procedury oceny dokumentacji aplikacyjnej. Na tym etapie formułowane są uwagi do przedłożonej dokumentacji. Ostatnim etapem, po zawarciu UoD, są kontakty wnioskodawców z IOK w ramach realizacji i rozliczanie projektu (przygotowanie oraz składanie WoP).

Poniżej przedstawione zostały kluczowe wyniki badania CAWI w obszarze tego jak wnioskodawcy oceniają jakość komunikacji i współpracy z IOK:

¹⁶ <http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/dzialaniapromocyjne/PI/Strony/aktualnosci.aspx?zakladka=2&strona=1#>

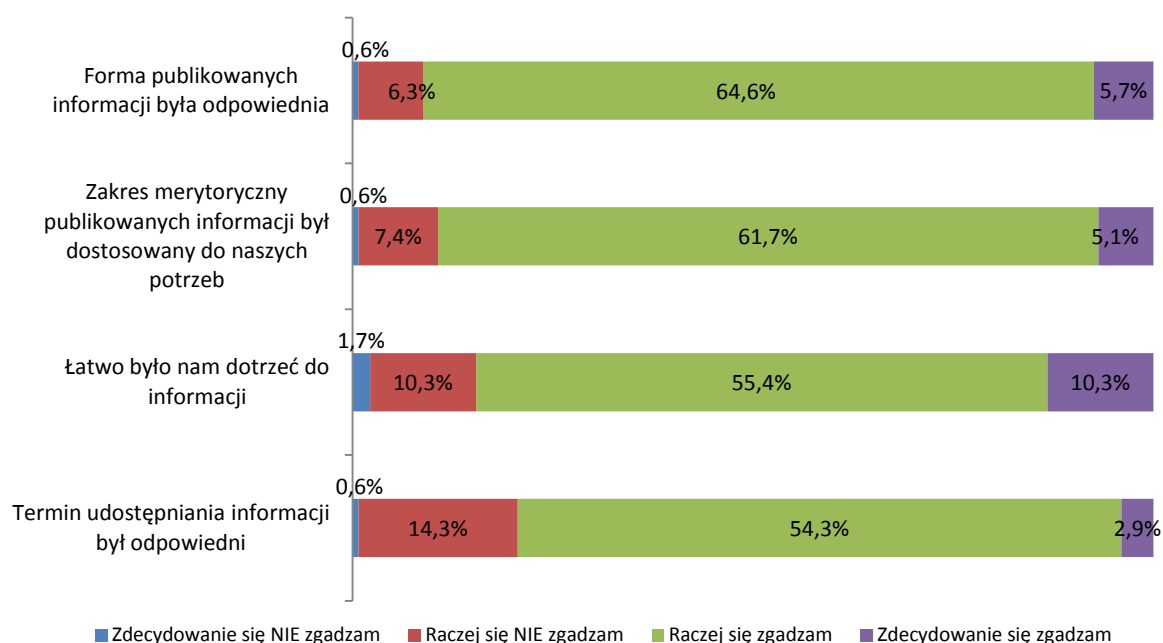
Wykres 18 Proszę wskazać, w jakim stopniu zgadzają się Państwo z następującymi stwierdzeniami na temat współpracy z CSIOZ na etapie poszukiwania informacji i przygotowania wniosku o dofinansowanie:



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=148), odpowiedzi nie sumują się do 100% - nie pokazano odpowiedzi „nie wiem-trudno powiedzieć” oraz „brak odpowiedzi”.

Z zamieszczonych powyżej informacji rysuje się dobry obraz jakości współpracy IOK z beneficjentami. We wszystkich ocenianych obszarach ocena współpracy była pozytywna.

Wykres 19 Proszę wskazać, w jakim stopniu zgadza lub nie zgadza się Pan/Pani z następującymi stwierdzeniami na temat informacji ważnych dla potencjalnych beneficjentów (poradniki, informatory, pytania i odpowiedzi, najczęściej popełniane błędy i inne)?

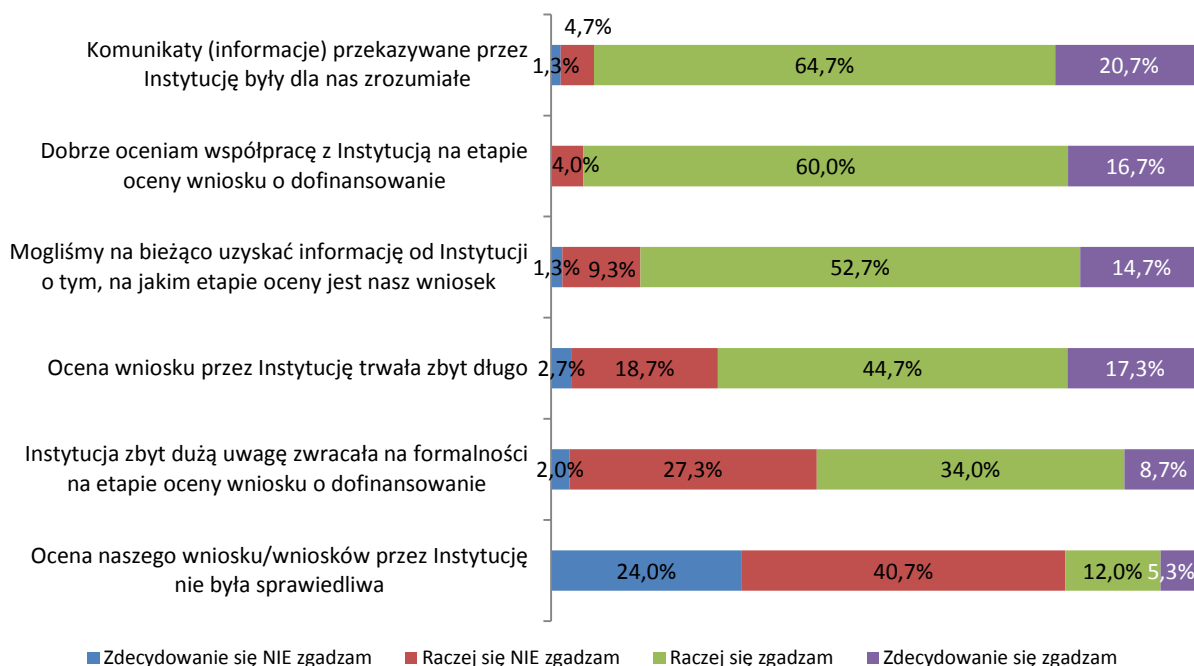


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=148), odpowiedzi nie sumują się do 100% - nie pokazano odpowiedzi „nie wiem-trudno powiedzieć” oraz „brak odpowiedzi”.

Z powyżej prezentowanych odpowiedzi wynika, iż informacje ważne dla potencjalnych beneficjentów były publikowane w odpowiedniej formie (70,3% wskazań), miały adekwatny zakres merytoryczny (66,9% wskazań), były łatwo dostępne (65,7% odpowiedzi) oraz były udostępniane w odpowiednim czasie (57,1%). Incydentalnie ankietowani wskazywali, iż udostępnianych materiałach zabrakło:

- sugestii dotyczących konkretnego sprzętu, który może być dofinansowany (przykłady aparatury);
- osób do kontaktu ze strony IOK, wraz ze wskazaniem w jakim zakresie udzielają informacji (zakres projektu, kwalifikowalność wydatków itp.);
- przykładowo wypełnionego wniosku wraz z przykładowymi załącznikami;
- dokładniejszych informacji w zakresie kwalifikowalności wydatków a w szczególności wydatków na etapie przygotowania WoD oraz kwalifikowalności kosztów osobowych w projekcie;
- informacji na temat planowanych terminów trwania poszczególnych etapów oceny i podjęcia decyzji o dofinansowaniu, co pozwoliłoby na właściwe zaplanowanie inwestycji (informacje takie wnioskodawcy chcieliby otrzymywać od IOK w miarę na bieżąco np. w ramach pism informacyjnych, czy aktualizacji na stronie internetowej);
- naprawdę precyzyjnej i kompletnej instrukcji do wypełniania WoD.

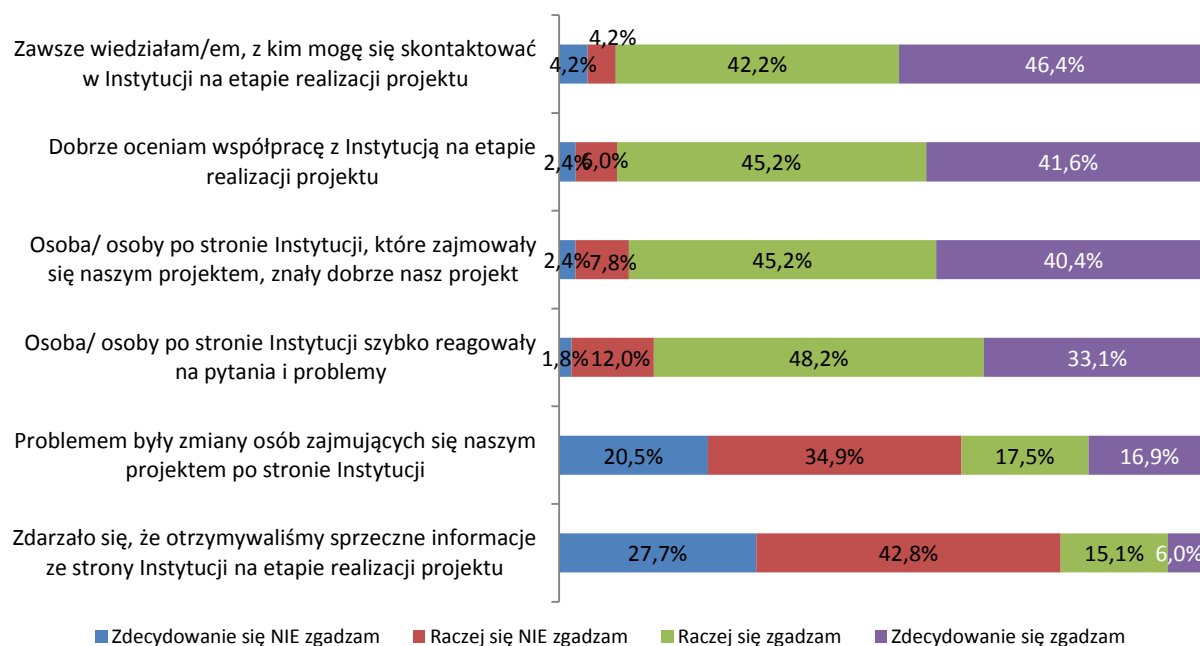
Wykres 20 Proszę wskazać, w jakim stopniu zgadzają się Państwo z następującymi stwierdzeniami na temat współpracy z CSIOZ na etapie oceny wniosku o dofinansowanie:



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=150), odpowiedzi nie sumują się do 100% - nie pokazano odpowiedzi „nie wiem-trudno powiedzieć” oraz „brak odpowiedzi”.

Z zamieszczonych powyżej informacji rysuje się dobry obraz jakości współpracy IOK z beneficjentami. Wnioskodawcy jedyne zarzuty formułowali w odniesieniu do tego, iż IOK zbyt dużą uwagę zwracała na formalności na etapie oceny WoD (42,7% wskazań) oraz tego, iż ocena WoD trwała zbyt długo (62%).

Wykres 21 Proszę wskazać, w jakim stopniu zgadzają się Państwo z następującymi stwierdzeniami na temat współpracy z CSIOZ na etapie realizacji i rozliczania projektu:



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=166), odpowiedzi nie sumują się do 100% - nie pokazano odpowiedzi „nie wiem-trudno powiedzieć” oraz „brak odpowiedzi”.

Z zamieszczonych powyżej informacji rysuje się bardzo dobry obraz jakości współpracy IOK z beneficjentami. We wszystkich ocenianych obszarach ocena współpracy była pozytywna.

Przeprowadzone analizy desk research wskazują na wysoką **jakość oraz dostępność informacji** kluczowych dla potencjalnych beneficjentów. IOK ma obowiązek publikowania stosownego katalogu dokumentów i informacji kluczowych dla przeprowadzenia konkursu (m.in. takich jak regulaminy konkursów, terminy składania i rozstrzygania konkursów, miejsce i sposób składania wniosków, wzory dokumentów oraz inne opracowania). CSIOZ przygotowywał także **indywidualne opracowania branżowe** (materiały dla beneficjentów) w zakresie różnych elementów związanych z procesem aplikowania o wsparcie (np. podręczniki oraz materiały pomocnicze dla wnioskodawców takie jak wzory, komunikaty itp.). Działania takie należy **ocenić bardzo pozytywnie**. Z równie dobrym odbiorem spotykały się one ze strony wnioskodawców.

Z punktu widzenia skuteczności prowadzonych działań informacyjnych i promocyjnych kluczowe jest **przygotowywanie wszystkich ich elementów z odpowiednim wyprzedzeniem** (tak aby potencjalni wnioskodawcy mogli się z nimi zdążyć zapoznać i w oparciu o nie przygotować projekty). W tym kontekście uzasadnione wydaje się stworzenie w ramach nowej perspektywy finansowej odpowiednich mechanizmów obligujących IOK do jak najwcześniejszego publikowania danych na temat **szczegółowych wymogów konkursowych**, niezależnie od daty otwarcia naboru wniosków. W ramach obecnej procedury regulującej ramowe zasady naboru i oceny WoD w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 (*Organizacja systemu oceny i wyboru projektów*), IOK jest obowiązana do:

- ogłoszenia harmonogramu konkursów na dany rok kalendarzowy (do końca pierwszego kwartału każdego roku) oraz podania przybliżonych informacji odnośnie planowanych konkursów przynajmniej na następny rok (pkt 99);
- w przypadku rozpoczęcia naboru wcześniej, niż określono w harmonogramie, ogłoszenia o planowanym naborze projektów przynajmniej na 30 dni przed rozpoczęciem terminu

składania wniosków (pkt 100).

Obecnie dopiero na etapie ogłoszenia naboru określana jest szczegółowa lista wymaganych załączników do WoD, co powoduje, iż nawet istotnie wcześniejsze poinformowanie o zamiarze ogłoszenia konkursu w niektórych przypadkach może nie być wystarczające z punktu widzenia wnioskodawców. Z tego względu, docelowo **uzasadnione wydaje się zobowiązanie IOK** do wskazywania w harmonogramie listy wymaganych załączników do wniosku, tak aby umożliwić wnioskodawcom możliwie jak najwcześniejsze przystąpienie do działań przygotowawczych.

Wykres 22 Jakie są w Pana/Pani ocenie najlepsze sposoby informowania beneficjentów o warunkach aplikowania?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=175), odpowiedzi nie sumują się do 100% - nie pokazano odpowiedzi „nie wiem-trudno powiedzieć” oraz „brak odpowiedzi”.

Z przeprowadzonych kontaktów z wnioskodawcami wynika, iż najbardziej efektywnymi formami informowania o warunkach aplikowania jest strona internetowa IOK oraz szkolenia i spotkania (warsztaty) dla potencjalnych beneficjentów. Szkolenia te są organizowane i prowadzone przez IOK w oparciu o ustalane harmonogramy. W tym kontekście kluczową kwestią jest **odpowiednie zsynchronizowanie** prowadzonych działań informacyjnych z terminami ogłaszanych konkursów. Szkolenia te mają za zadanie przygotować beneficjentów do aplikowania, a w okresie realizacji projektu także do jego prowadzenia, rozliczania i monitorowania. Z tego względu powinny one być prowadzone z należyтым wyprzedzeniem, tak by umożliwić wnioskodawcom praktyczne wykorzystanie wiedzy zdobytej na tych spotkaniach.

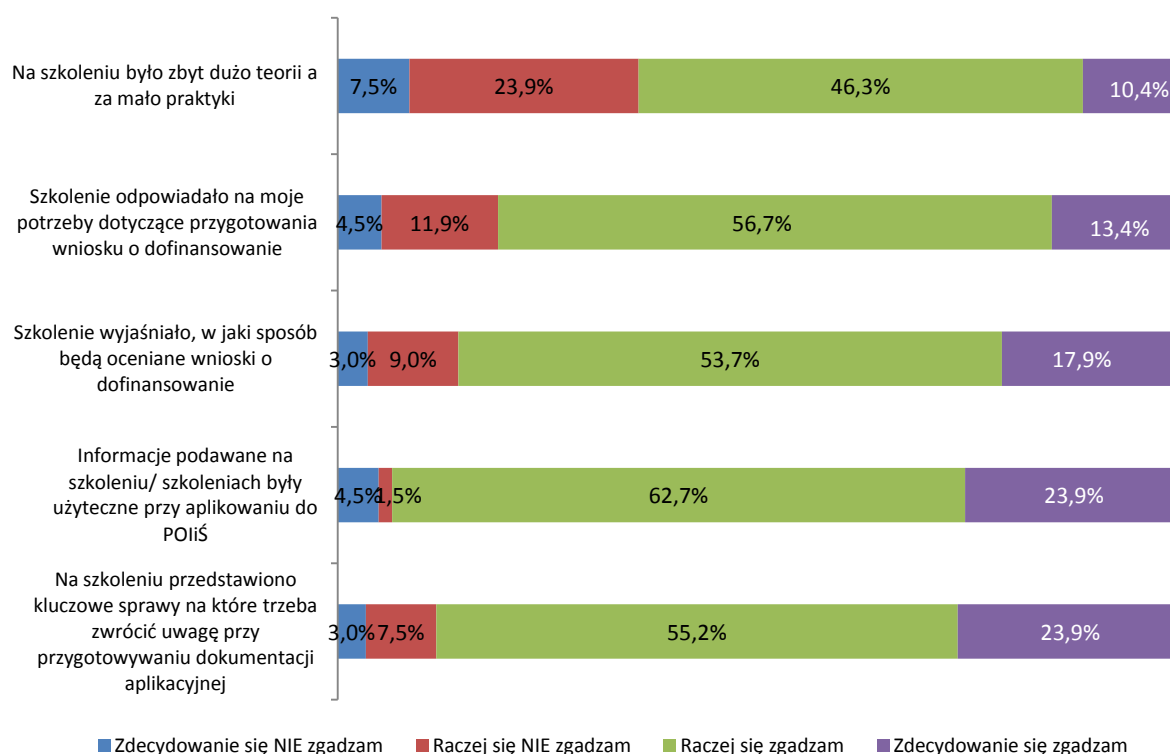
IOK organizowała szereg różnorodnych szkoleń (w tym seminariów i konferencji) mających na celu pomoc zarówno wnioskodawcom, jak i beneficjentom w realizacji projektów w sektorze ochrony zdrowia. Od początku wdrażania Programu IOK zorganizowały **szereg szkoleń tematycznych** (np. związanych z danym działaniem PO IIŚ na lata 2007-2013, aplikowaniem o środki, realizacją i rozliczaniem projektów, tematyką zamówień publicznych czy procesem kontroli). Respondenci badania CAWI wskazywali na dodatkową korzyść z uczestnictwa w szkoleniach, jaką jest **możliwość wymiany doświadczeń** z innymi podmiotami i skonsultowania sposobów rozwiązywania różnych problemów.

Wnioskodawcom zadano w ankiecie pytanie odnośnie tego, czy brali udział w szkoleniach

dotyczących przygotowania dokumentacji aplikacyjnej dla wnioskodawców chcących aplikować o wsparcie w ramach badanych Działań PO IiŚ na lata 2007-2013. 38,3% ankietowanych wskazała, iż brała udział w takich szkoleniach (zaś 33,7% nie brała w nich udziału, ale o takich słyszała). Zaledwie 16,6% respondentów wskazało, iż nie słyszało o takich szkoleniach.

Poniżej w syntetyczny sposób zaprezentowano najważniejsze wyniki w obszarze oceny działań szkoleniowych przez beneficjentów.

Wykres 23 Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu zgadza lub nie zgadza się Pan/Pani z następującymi stwierdzeniami na temat szkoleń dotyczących przygotowania dokumentacji:



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiety CAWI (n=67), odpowiedzi nie sumują się do 100% - nie pokazano odpowiedzi „nie wiem-trudno powiedzieć” oraz „brak odpowiedzi”.

Z powyższych zestawień prezentujących udzielone przez ankietowanych odpowiedzi wynika, iż zasadniczo na szkoleniach zbyt dużo było teorii, a za mało praktyki (56,7%). W opinii zdecydowanej większości ankietowanych (ponad 70%) generalnie organizowane szkolenia odpowiadały na potrzeby uczestników. Co najważniejsze w ocenie 86,6% udzielających odpowiedzi szkolenia były przydatne z uwagi na fakt, iż prezentowano na nich informacje użyteczne w procesie przygotowania wniosku aplikacyjnego.

Poniżej zaprezentowane zostały jakościowe informacje w zakresie optymalizacji sposobów informowania beneficjentów:

- Kluczową kwestią jest organizowanie szkoleń z odpowiednim wyprzedzeniem względem harmonogramów naboru WoD w konkursach (synchronizacja);
- Organizowanie szkoleń w kilku edycjach, tak aby jak największa liczba chętnych wnioskodawców mogła wziąć w nich udział (zbliżone treści oraz selekcja tych osób / wnioskodawców, którzy już w takim zakresie szkolenia uczestniczyli, by nie blokowali miejsca nowym uczestnikom);

- W miarę możliwości, szkolenia powinny być grupowane pod kątem potrzeb danej grupy i typu wnioskodawców o podobnym charakterze działalności (np. oddzielnie szpitale kliniczne, oddzielnie SPZOZ itp.);
- Średnia liczba osób uczestniczących w szkoleniu powinna wynosić ok. 20-30 osób. Zasadniczo praca w mniejszych grupach jest lepiej postrzegana przez wnioskodawców. Z punktu widzenia logistycznego i kosztowego zaproponowana liczba wydaje się być optymalnie wyważona. Taka liczba osób szkolonych pozwala też na dotarcie z informacją do odpowiednio szerokiego grona odbiorców;
- Cele i zakres organizowanych szkoleń powinny zostać precyzyjnie określone (grupa odbiorców, tematyka wiodąca itp.) oraz odpowiednio wcześniej zakomunikowane uczestnikom. Takie postępowanie zwiększa merytoryczną jakość spotkań (uczestnik szkolenia zna jego cel i jest w stanie określić, na ile dana tematyka jest dla niego interesująca, jest w stanie skorzystać ze szkolenia w dużym zakresie);
- Tematyka szkoleń nie powinna w zbyt dużej mierze koncentrować się na prezentowaniu wyłącznie informacji ogólnodostępnych np. ze strony internetowej IOK (cytowanie instrukcji, wytycznych, regulaminów). Wnioskodawcy bardzo cenią sobie komentarze pracowników IOK do wyżej wymienionych dokumentów oraz przykłady (praca na tzw. studiach przypadku, warsztaty, praktyczne / nietypowe przykłady);
- Wnioskodawcy preferują warsztatowe formy szkoleń (dobrze jest oceniane przeznaczenie czasu w trakcie ich trwania na możliwość zadawania pytań przez uczestników). W przypadku niemożności udzielenia odpowiedzi na zadane pytania warto jest rozważyć możliwość udzielenia na nie odpowiedzi po szkoleniu (oraz np. rozesłania drogą elektroniczną odpowiedzi do uczestników);
- Pracownicy IOK powinni rozważyć możliwość uprzedniego przyjmowania od uczestników szkoleń informacji na temat kluczowych kwestii problemowych. Tego typu informacje pozwalałyby pracownikom IOK opracować możliwie adekwatne materiały szkoleniowe oraz w odpowiednim stopniu dostosować je do oczekiwań uczestników (np. przez uwzględnienie bloku tematycznego z najczęściej pojawiającymi się pytaniami i wątpliwościami);
- Materiały szkoleniowe powinny być przesłane do uczestników z odpowiednim wyprzedzeniem (w wersji elektronicznej). W trakcie szkolenia przedstawiciele IOK powinni udostępnić uczestnikom wydruki prezentacji multimedialnych.
- Materiały szkoleniowe powinny być udostępnione na stronie internetowej IOK. W trakcie szkolenia prowadzący powinni udostępnić swoje dane kontaktowe, tak aby uczestnicy szkolenia mogli zadać im pytania w zakresie szkolenia;
- Uzasadnione jest kompletowanie informacji w przedmiocie „często zadawanych pytań” przez wnioskodawców (np. pytań, które zostały zadane w trakcie szkoleń). Wnioskodawcy w kontaktach z ewaluatorem podnosili, iż niestety na zadawanie pytań i dyskusję w trakcie szkoleń jest zazwyczaj zbyt mało czasu;
- Istotna jest także kwestia możliwości dokonywania uzgodnień z uczestnikami szkoleń odnośnie odpowiednich godzin ich realizacji (tak by zainteresowani uczestnicy mogli wziąć udział w szkoleniu bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów np. na nocleg w sytuacji, gdy szkolenie zaplanowano na wczesne godziny poranne, a uczestnicy dojeżdżają z odległych miast);
- IOK powinna w odpowiedni sposób (elektroniczne bazy danych) zbierać dane kontaktowe do wnioskodawców oraz do uczestników szkoleń (np. adresy e-mail). Takie działanie pozwoliłoby na zbudowanie baz danych, które mogłyby być wykorzystywane do komunikowania się z tymi podmiotami (rozesłanie informacji o szkoleniach czy organizowanych konkursach, newsletter, badanie potrzeb inwestycyjnych, ułatwienie kontaktów w realizacji badań w przyszłej perspektywie finansowej);
- Niektórym ankietowanym na szkoleniach oraz generalnie w polityce informacyjnej Instytucji zaangażowanych w proces wdrażania XII Priorytetu zabrakło jasnej informacji o

konsekwencjach nie rozliczenia w terminie zaliczek na realizację projektu oraz uświadomienia, że rozliczenie projektu rozumiane będzie jako wpływ wniosku rozliczającego zaliczkę do CSIOZ, nie zaś sam fakt wydatkowania środków.

7 Tabela wniosków i rekomendacji

Z uwagi na obszerny zakres wymaganej do zastosowania tabeli rekomendacji poniżej podano stosowne objaśnienie ułatwiające czytanie tabeli:

Objaśnienie do czytania tabeli wniosków i rekomendacji:

1 – numer rekomendacji

2 – kolumna nieprezentowana w tabeli: tytuł raportu dla wszystkich wierszy: Ocena zastosowanych rozwiązań w obszarze systemu oceny i wyboru projektów (w szczególności kryteriów wyboru projektów) pod kątem wpływu na wybór inwestycji zapewniających skuteczną i najbardziej efektywną realizację XII Priorytetu PO IiŚ

3 – wniosek

4 – rekomendacja

5 – adresat rekomendacji

6 – sposób wdrożenia

7 – kolumna nieprezentowana w tabeli: (**) status dla wszystkich wierszy – wypełnia Zamawiający

8 – termin realizacji

9 – klasyfikacja rekomendacji: operacyjna, kluczowa, horyzontalna

10 – kolumna nieprezentowana w tabeli: Obszar tematyczny wszystkich rekomendacji: Infrastruktura i Środowisko

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
1.	(opis wyników w rozdziale 2.1 – 2.3) Stosowany w ramach PO IiŚ na lata 2007-2013 system oceny i wyboru projektów uznać należy za skuteczny, trafny i efektywny. Stworzony został istotny potencjał do oceny i wyboru projektów z zakresu infrastruktury	Na bazie istniejącego systemu oceny i wyboru projektów przygotować system oceny i wyboru projektów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 (wdrażając różne drobne usprawnienia i poprawki wynikające doświadczeń z perspektywy 2007-2013). Zaleca się dopracowanie szczegółów systemu i oceny wyboru projektów zgodnie	MIiR MZ	Uwzględnienie rekomendacji przez zamieszczenie odpowiednich zapisów w dokumentach programowych w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020.	Stosownie do opracowywania dokumentów w zakresie kształtu systemu wdrażania projektów infrastruktury ochrony zdrowia w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020	horyzontalna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
	ochrony zdrowia. Nie stwierdzono by system ten wymagał istotnych zmian w celu usprawnienia jego funkcjonowania. Stwierdzono jednakże różne drobne braki w tym systemie. W formie zaleceń w treści raportu odniesiono się do miejsc, w których Zespół badawczy widzi możliwość ich usprawnienia. Wszelkie obszary merytoryczne, gdzie stwierdzono możliwość dopracowania istniejącego systemu (w szczególności w obszarze kryteriów oceny i wyboru projektów) zostały w raporcie wskazane w charakterze zaleceń.	z zaleceniami zawartymi w niniejszym raporcie z badania.				
2.	(opis wyników w rozdziale 3.2 oraz 3.3) W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono, iż w niektórych przypadkach brakowało spójności prezentowanych informacji pomiędzy dokumentami traktującymi co do zasady o identycznym zakresie merytorycznym (fakt ten utrudniał zrozumiałość w zakresie opracowywania i późniejszej oceny dokumentacji aplikacyjnej). Tymi dokumentami były: - zapisy w Instrukcji do wypełniania WoD; - zapisy z regulaminów konkursów; - zapisy / treść Kryteriów; - treść list sprawdzających. Instrukcje do wypełnienia nie zawsze były wystarczająco szczegółowe / wystarczająco dostosowane / sprofilowane pod dany nabór	Weryfikacja w szczególności wylistowanych dokumentów pod kątem spójności i kompletności prezentowanych w nich informacji.	MIiR MZ	Zaleca się wyjść od opracowania listy kryteriów oraz sposobu ich oceny. W dalszej kolejności uszczegółwić informacje jakie na potrzeby spełnienia poszczególnych kryteriów mają zostać zaprezentowane w WoD (w tym także przez precyzyjne zapisy instrukcji do wypełniania WoD). Instrukcja powinna precyzyjnie wskazać miejsce w WoD gdzie i w jaki sposób dane kryterium ma zostać opisane. Instrukcja musi być odpowiednio szczegółowa i sprofilowana pod kątem treści do danego naboru wniosków. Na jej podstawie przygotować listy sprawdzające dla ekspertów ZOP.	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020 i opracowywanych na ich potrzeby dokumentów programowych.	operacyjna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
	wniosków.					
3.	(opis wyników w rozdziale 4.2.3) Stwierdzono zbyt niski stopień powiązania kryteriów oceny i wyboru projektów ze wskaźnikami PO IiŚ na lata 2007-2013.	Uwzględnienie powiązań pomiędzy deklarowanymi przez wnioskodawców projektami, a realizacją wskaźników zdefiniowanych w ramach Priorytetu VII PO IiŚ 2014-2020.	MIiR MZ	Jako kryterium oceny projektów w przyszłej perspektywie finansowej zespół badawczy sugeruje wprowadzenie do oceny WoD kryterium sprawdzającego: czy projekt dla którego wnioskodawca ubiega się o wsparcie realizuje przynajmniej 1 wskaźnik rezultatu i 1 wskaźnik produktu spośród zdefiniowanych w ramach Priorytetu VII PO IiŚ 2014-2020.	Bezzwłocznie, w trakcie opracowywania dokumentów Programowych na perspektywę finansową na lata 2014-2020.	Operacyjna
4.	(opis wyników w rozdziale 3.2 - 3.5) Dużym problemem, w trakcie procesu oceny i wyboru projektów, był brak precyzyjności definicji niektórych kryteriów. Stwierdzono także brak precyzyjnego opisu sposobu pomiaru danych kryteriów, tj. brak informacji jakie elementy powinny zostać w danym kryterium ujęte by móc za określone kryterium pozyskać daną liczbę punktów do rankingu. Ponadto nie wszystkie kryteria oraz sposób ich oceny były wystarczająco zrozumiałe. Niektórym kryteriom / sposobom oceny brakowało spójności – mogły wprowadzać w błąd wnioskodawców. Utrudniały ocenę ekspertom. Niektóre kryteria merytoryczne składały się z 2 albo i 3 podkryteriów, w oparciu o które członek ZOP miał dokonać oceny. Taka sytuacja utrudnia wnioskodawcy przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej (gdyż wnioskodawca nie wie i co najwyżej kieruje się zdrowym rozsądkiem i swoim doświadczeniem jakie aspekty dla danego kryterium mogą być uznane za istotne). Z	Kryteria oceny i wyboru projektów powinny być jednoznacznie zrozumiałe oraz łatwe w ocenie. Dokładna weryfikacja kryteriów mających być stosowanych w PO IiŚ na lata 2014-2020 pod kątem ich precyzyjności oraz określenie czy w sposób wystarczający opisano sposób pomiaru danego kryterium (czy nie jest dwuznaczne, czy zawiera opis wszystkich kluczowych elementów jakie na potwierdzenie tego kryterium powinny zostać opisane oraz jakim miejscu dokumentacji).	MIiR MZ	Rekomenduje się: - przeprowadzenie konsultacji kształtu przyjętych dokumentów / kryteriów pod względem opisanym w „rekomendacji” (precyzyjność zapisów, mierzalność kryteriów). - alternatywnie zlecenie krótkiej ekspertyzy w formie pilotażu dla opracowanego projektu kryteriów branżowym ekspertom zewnętrznym (osobom / podmiotom które mają wiedzę merytoryczną, a nie uczestniczyły w konstrukcji kryteriów by ich opinia była możliwie niezależna i by cechowała się „świeżym spojrzeniem”).	Bezzwłocznie, w trakcie opracowywania dokumentów Programowych na perspektywę finansową na lata 2014-2020.	Operacyjna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
	drugiej strony taka sytuacja utrudnia ekspertowi ocenę wniosku. Wnioskodawcy przyznawali, podczas prowadzonych badań terenowych, iż w ramach niektórych kryteriów starali się te same informacje prezentować w różnych miejscach WoD, w celu uwypuklenia informacji, które ich zdaniem mogły być brane pod uwagę przez ekspertów przy ocenie danego kryterium. Negatywnie wpływało to na objętość dokumentacji oraz jej spójność i czytelność.					
5.	(opis wyników w rozdziale 3.2) W przypadku niektórych konkursów liczba kryteriów merytorycznych I stopnia była zbyt rozbudowana. Taki stan rzeczy wydłużał proces oceny, zwiększał koszty oceny. Stwierdzono, iż nie wszystkie kryteria były adekwatne do danego etapu oceny WoD. Niektóre kryteria merytoryczne I stopnia nosiły znamiona kryteriów formalnych, a które jednocześnie w bardzo niewielkim stopniu różnicowały ocenę projektów. Nie każde kryterium było różnicujące (niektóre bazowały nie na jakości merytorycznej, a na jakości opisu).	Ograniczenie liczby kryteriów merytorycznych I stopnia do niezbędnego minimum.	MIiR MZ	Dążenie do stosowania ok. 10 maksymalnie 15 kryteriów merytorycznych I stopnia na konkurs. Powinny to być najważniejsze kryteria z perspektywy celu wdrażanego działania / Programu. Zaleca się odstąpienie od stosowania niektórych kryteriów, które w zbyt małym stopniu różnicują projekty do list rankingowych (tj. kryteriów w których większość beneficjentów otrzymuje maksymalną liczbę punktów).	Bezzwłocznie, w trakcie opracowywania dokumentów Programowych na perspektywę finansową na lata 2014-2020.	Operacyjna
6.	(opis wyników w rozdziale 3) Proces oceny WoD jest stosunkowo długotrwały. Ponadto praca ekspertów oceniających ZOP nie zawsze była odpowiedniej jakości. System wynagradzania pracy ekspertów sprzyjał temu, aby dokonywali oni oceny w sposób jak najszybszy.	Dostosowanie procesu oceny WoD do wyboru projektów o jak największej wartości dodanej do planowanego zakresu projektu. W tym celu w raporcie zaproponowano szereg rekomendacji w obszarze propozycji kryteriów merytorycznych dla PO IiŚ 2014-2020.	MIiR MZ	W celu przyspieszenia procesu oceny wniosków należy rozważyć zasadność powierzania oceny WoD nie dwóm a jednemu ekspertowi (rezygnacja metody dwóch par oczu). Takie rozwiązanie umożliwiłoby zaoferowanie ekspertowi wyższego wynagrodzenia (być może kontraktację mniejszej ilości ekspertów o wyższych kwalifikacjach merytorycznych) i tym samym umożliwić sformułowanie ograniczeń na temat czasu jaki ma poświęcić na ocenę WoD oraz określenia	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 i opracowywanych na ich potrzeby dokumentów programowych.	operacyjna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
				maksymalnej liczby WoD, którą może ocenić.		
7.	(opis wyników w rozdziale 5.1.2 oraz 5.2.4) Stosowanie trybu konkursowego o charakterze naboru zamkniętego okazało się w praktyce dobrym rozwiązaniem. Taki tryb został też pozytywnie oceniony przez Wnioskodawców. Specyfika funkcjonowania podmiotów z sektora ochrony zdrowia (np. niekorzystna sytuacja finansowa większości z nich) utrudnia przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej (często z przyczyn finansowych). Jest to często duże wyzwanie dla wnioskodawców. Podmioty te nie powinny zostać „skazane” na ryzyku formuły otwartej, w której to w trakcie opracowywania swojej dokumentacji aplikacyjnej mogliby otrzymać informację o wyczerpaniu alokacji oraz o zawieszeniu procesu naboru WoD. Wnioskodawcy powinni mieć odpowiednio dużo czasu na przygotowanie dokumentacji aplikacyjnej oraz wyraźnie określony termin naboru wniosków, do którego mają zdążyć z przygotowaniem wniosku.	Utrzymanie formuły trybu naboru WoD o charakterze naboru zamkniętego.	MIiR MZ	W przypadku organizowania naborów WoD w PO IiŚ na lata 2014-2020 stosowanie naboru dokumentów aplikacyjnych w formule konkursów zamkniętych.	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 i opracowywanych na ich potrzeby dokumentów programowych.	operacyjna
8.	(opis wyników w rozdziale 3) W trakcie prowadzonych prac badawczych stwierdzono wysoką zasadność gromadzenia, w formie elektronicznej, zagregowanych danych przedstawianych przez wnioskodawców w dokumentacji aplikacyjnej. Działanie takie umożliwi przeprowadzenie rozmaitych analiz (np. na temat zasadności i	Gromadzenie zagregowanych danych, w formie elektronicznej, dotyczących oceny WoD i przygotowywanych w oparciu o nie list rankingowych.	MIiR, MZ	W trakcie prowadzenia procesu oceny WoD i na potrzeby tworzenia list rankingowych dane na temat wartości punktów przyznawanych projektom za poszczególne kryteria powinny być gromadzone przez IOK w formie zagregowanej i łatwo dostępnej (np. elektroniczna). Obowiązek wypełnienia stosownych formularzy może zostać scedowany na członków ZOP.	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020	operacyjna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
	faktycznego wpływu danych kryteriów na różnicowanie wyboru projektów).			Dane te powinny zawierać informacje o wnioskodawcy (powinien istnieć łatwy sposób powiązania danych o beneficjencie np. z KSI SIMIK) oraz o punktach przyznanych za poszczególne kryteria oceny merytorycznej I stopnia, w tym o wartościach które doprowadziły do przyznania odpowiedniej liczby punktów. Warto także gromadzić informacje na temat przyczyn niespełniania poszczególnych kryteriów (np. kryteriów formalnych) przez aplikujące podmioty. Tego typu informacje pozwolą ustalić, czy wymogi dla kryteriów najczęściej powodujących np. odrzucenia WoD są adekwatne, czy też nadmierne (i należy je złagodzić / przeformułować). Powyższe powinno być prowadzone w ujęciu statystycznym by móc np. wyliczyć % wniosków, które nie spełniły danego kryterium i zostały odrzucone (w puli wszystkich projektów). Powinny być gromadzone informacje którego kryterium dany wniosek nie spełnił, oraz przyczyna stwierdzenia niespełnienia kryterium. Dane powinny umożliwić śledzenie tego, gdzie i jakie błędy zostały popełnione (ogólnie) oraz ostatecznie gdzie i jakie błędy skutkowały odrzuceniem wniosku (po ew. protestach i odwołaniach). Powyższe materiały posiadałyby kolosalną wartość merytoryczną dla IOK (możliwość przededefiniowania warunków ogłaszanych konkursów itp.) oraz dla beneficjentów (IOK mogłaby przygotować odpowiedni poradnik z najczęściej popełnianymi błędami).		

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
9.	(opis wyników w rozdziale 3 oraz 5) Dobrze oceniono techniczne szczegóły organizowanych naborów: - zamieszczenie wzorów dokumentów, - dążenie do ograniczenia wersji papierowych: liczba egzemplarzy WoD, załączników (do niezbędnego minimum), praca na dokumentach elektronicznych, unikanie problemów z archiwizacją, - zamieszczanie kompletu dokumentacji istotnej z perspektywy wnioskodawcy do przygotowania WoD w jednym miejscu (w ramach dokumentacji konkursowej np. kryteriów wyboru itp.), - zamieszczania precyzyjnych odnośników do ważnych dokumentów z perspektywy wnioskodawcy i przygotowywanych aplikacji (strategiczne dokumenty).	Wykorzystanie dobrych praktyk w zakresie usprawnienia procesu oceny i naboru wniosków w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.	MIiR, MZ	Uwzględnienie rekomendacji przez odpowiednie przygotowanie konkursów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020.	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020	operacyjna
10.	(opis wyników w rozdziale 1.3) Ewaluator napotkał na istotne utrudnienia z tego względu, gdyż część konkursów była prowadzona nawet do 6 lat wstecz, co utrudniało wnioskodawcom dokonywanie ocen systemu (w tym utrudnieniem były zmiany kadrowe po stronie wnioskodawców i firm konsultingowych opracowujących na zlecenie wnioskodawców dokumentację aplikacyjną).	Prowadzenie badań na temat systemu oceny i wyboru projektów w trakcie wdrażania nowej perspektywy w miarę możliwości na bieżąco.	MIiR, MZ	W przypadku rozpoczęcia wdrażania perspektywy 2014-2020 badanie na temat systemów kryteriów oceny i wyboru projektów rekomenduje się prowadzić na bieżąco (w momencie jak wiedza i doświadczenia na ten temat jest aktualna).	Stosownie do wdrażania PO IIŚ na lata 2014-2020	horyzontalna
11.	(opis wyników w rozdziale 5.2) Konstrukcja formularza WoD i załączników nie zawsze w wystarczającym stopniu umożliwia członkom ZOP znalezienie kluczowych informacji na temat ocenianego projektu w efektywny sposób	W tematyce konstrukcji formularza WoD i załączników zasadne wydaje się rozważenie wprowadzenia dodatkowych obligatoryjnych załączników w zakresie np. wskaźników efektów dla projektów (tak by ułatwić oceniającym dokumentację aplikacyjną znalezienie tych informacji we	MIiR, MZ	Uwzględnienie rekomendacji przez zamieszczenie odpowiednich zapisów w regulaminach konkursów ogłaszanych w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IIŚ na lata 2014-2020	operacyjna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
	Niektóre pola do wypełnienia w WoD w zbyt dużej mierze powtarzają zapisy zawarte w SW. Konstrukcja WoD była zbyt rozbudowana do zakresu niektórych projektów (np. w szczególności dla projektów polegających na zakupie ambulansów czy budowie ładowisk).	wniosku). W sektorze energetyki dla PO IiŚ instytucja wdrażająca NFOŚiGW stosowała takie rozwiązanie w zakresie podsumowania kluczowych ustaleń audytów energetycznych w Działaniu 9.3. Ewaluator rekomenduje także uproszczenie struktury WoD przez ograniczenie liczby wymaganych pól wymaganych do wypełnienia przez wnioskodawcę oraz uszczegółowienie instrukcji przygotowania wniosku, tak by w odpowiednich polach wniosku były opisywane wyłącznie niezbędne elementy (by uniknąć powtarzania tych samych informacji w różnych miejscach WoD).				
12.	(opis wyników w rozdziały od 3.2 do 3.5) Ocena niektórych elementów WoD jest prowadzona w sposób nie do końca efektywny (ocena zbyt rozległego katalogu dokumentów). Wymogi odnośnie liczby i formy przedkładania niektórych dokumentów są zbyt rozbudowane. Obniża to efektywność prowadzonej oceny.	Rezygnacja bądź ograniczenie wymogów przedkładania niektórych dokumentów na etapie aplikowania (np. wyciągu z właściwego rejestru). W przyszłym okresie programowania w ramach wdrażania projektów z sektora ochrony zdrowia w większym zakresie należy stosować oświadczenia podmiotu aplikującego (w odniesieniu do np. braku zalegania w opłaceniu składek na ZUS / US). Weryfikacja oświadczeń przez dostarczenie właściwych załączników do wniosku mogłaby być przeprowadzana przed podpisaniem UoD z takim podmiotem. Zagadnienia te mogą być także weryfikowane w trakcie prowadzonych kontroli realizowanych projektów. Należy także precyzyjnie określić definicję „aktualności” dokumentacji (np. z jaką datą wstecz dany dokument ma być wystawiony, aby spełniał wymogi np. zaświadczenie z ZUS / US).	MIIR, MZ	Uwzględnienie rekomendacji przez zamieszczenie odpowiednich zapisów w regulaminach konkursów ogłaszanych w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 (bardziej liberalne zapisy regulaminów dopuszczające przedkładanie w pierwszych etapach oceny WoD oświadczeń, zaś ich późniejszą weryfikację merytoryczną prowadzić przed podpisaniem UoD).	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020	operacyjna

Nr	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasyfikacja
1	2	3	5	6	8	9
13.	(opis wyników w rozdziale 6.1) W badaniu kwestionariuszowym CAWI wnioskodawcom badanych Działów zadano pytanie, czy planują aplikować o wsparcie w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020. Jak wynika z poczynionych ustaleń, odpowiedzi respondentów należy traktować jako wstępne z uwagi na (jak sygnalizowali ankietowani) brak ostatecznych rozstrzygnięć w zakresie kształtu systemu wsparcia projektów w nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020. Dane na temat stopnia gotowości oraz zamierzeń inwestycyjnych podmiotów uprawnionych do wnioskowania w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020 wydają się być kluczowe do przyjęcia odpowiednich warunków wsparcia (minimalna wartość projektu, terminy naborów itp.).	Zaleca się przeprowadzenie badania potrzeb inwestycyjnych wśród uprawnionych wnioskodawców w momencie, kiedy prace nad kształtem perspektywy finansowej UE 2014-2020 będą bardziej zaawansowane (określone typy uprawnionych wnioskodawców / typy projektów / warunki wsparcia mogących aplikować). Zebrane informacje będą mogły zostać wykorzystane do przyjęcia brzegowych warunków programowych i (np. konstrukcja linii demarkacyjnej, tryby wyłaniania projektów, poziomy dofinansowania itp.). Badanie takie powinno także określić stopień przygotowania wnioskodawców do realizacji projektów.	MIiR, MZ	Przeprowadzenie badania potrzeb inwestycyjnych wśród uprawnionych wnioskodawców PO IiŚ na lata 2014-2020 dla odpowiedniego priorytetu inwestycyjnego. W takim badaniu możliwe jest wykorzystanie bazy danych kontaktowych o wnioskodawcach i beneficjentach z innych Programów Operacyjnych (np. RPO, PO IG), którzy ubiegali się o wsparcie na realizację projektów z zakresu sektora ochrony zdrowia. Podmioty te, jako doświadczone, powinny stanowić pełną próbę badanych. Niemniej jednak badanie potrzeb inwestycyjnych oraz stopnia gotowości do realizacji powinno być przeprowadzone w oparciu o określone branże PKD także wśród podmiotów, które nie aplikowały o wsparcie ze środków UE w perspektywie finansowej 2007-2013.	Stosownie do ogłaszanych naborów w ramach PO IiŚ na lata 2014-2020	horyzontalna

8 Załączniki (w wersji elektronicznej)

8.1 Raport metodologiczny

8.2 Harmonogram realizacji projektu

8.3 Zastosowane w ramach badania narzędzia badawcze

8.4 Prezentacja multimedialna