Public Profits Sp. z o.o.
ul. Paderewskiego 8
61-770 Poznań

Adres do korespondencji:
Dział Badań
ul. Murna 3
61-771 Poznań
tel. 61 860 95 80
fax 61 860 95 81

www.publicprofits.pl
biuro@publicprofits.pl

NIP 782-11-21-903
Regon 630582129

RAPORT KOŃCOWY Z BADAŃ

Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu

Poznań, lipiec 2012 roku

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Spis treści

Streszczenie raportu 6
Report summary 14
1. Identyfikacja obszaru badawczego 22
1.1. Cel główny i cele szczegółowe badania 22
1.2. Pytania badawcze/ewaluacyjne 22
2. Metodologia ewaluacji 29
2.1. Szczegółowy opis metod badawczych zastosowanych w badaniu służących rejestracji danych 29
2.1.1. Analiza danych zastanych (*desk research*) 29
2.1.2. Wywiady telefoniczne (CATI, z ang. Computer Assisted Telephone Interviewing) z wnioskodawcami 30
2.1.3. Pogłębione wywiady telefoniczne (ITI, z ang. Individual Telephone Interview) 30
2.1.4. Wywiady pogłębione (IDI, z ang. Individual In-depth Interviews) 31
2.1.5. Zogniskowane wywiady grupowe (FGI, ang. Focus Group Interviews) z beneficjentami i przedstawicielami IZ RPO WD 31
2.1.6. Studium przypadku (case study) 32
2.1.7. Ankieta internetowa (CAWI, ang. Computer Aided Web Interview) 32
2.1.8. Metoda delficka 33
2.1.9. Model ekonomiczny 34
2.1.10. Analiza mocnych i słabych stron działań podjętych w ramach Priorytetu 7 i 8 RPO WD 35
3. Wnioski płynące z badań 36
3.1. Ocena realizacji celów i wskaźników Priorytetu 7 „Edukacja" oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" 36
3.1.1. System edukacji na Dolnym Śląsku – liczebność i struktura 36
3.1.2. Projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja", a cele programu RPO WD oraz Priorytetu 7 41
3.1.3. Wybierane przez beneficjentów wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektu, wartości docelowej wskaźnika realizacji celu szczegółowego (III) programu RPO WD oraz wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu celu Priorytetu 7 „Edukacja" 49
3.1.4. System zarządzania wyborem projektów (kryteria, preferencje, nabory celowane, projekty indywidualne, typy projektów), a realizacja zakładanych celów RPO WD w Priorytecie 7 „Edukacja" 54
3.1.5. Skuteczność działań informacyjno - promocyjnych podejmowanych przez IZ RPO w ramach konkursów związanych z Priorytetem 7 „Edukacja" RPO WD 57
3.1.6. Potrzeby kontynuowania wsparcia infrastruktury edukacyjnej w przyszłej perspektywie finansowej w województwie dolnośląskim oraz propozycje podniesienia efektywności udzielonego wsparcia 64
a. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej 64
b. Opinie ekspertów na temat zakresu kontynuacji udzielonego wsparcia w obszarze Edukacji 66

3.1.7. Wybrane do dofinansowania projekty w Priorytecie 7 „Edukacja", a upowszechnienia polityk horyzontalnych UE w regionie 67
3.1.8. Występujące problemy w procesie aplikowania i realizacji projektów w ramach Priorytetu 7 RPO WD i propozycje zmian 75
3.2. Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanych ze środków unijnych 83
3.2.1. Sposób definiowania komplementarności przyjęty na potrzeby opracowania 83
3.2.2. Efekty zastosowania zasady komplementarności w realizowanych projektach w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD 84
3.2.3. Wykorzystywanie możliwości cross-financingu na poziomie projektów oraz wpływ cross-financingu na skuteczność realizacji projektów 93
3.2.4. Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020 94
3.3. Studia przypadków projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD oraz efekt netto zrealizowanych inwestycji 100
3.3.1. Analiza SWOT działań podjętych w ramach Priorytetu 7 RPO WD 124
3.4. Ocena realizacji celów i wskaźników Priorytetu 8 „Zdrowie" oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 126
3.4.1. Stan służby zdrowia w województwie dolnośląskim 126
3.4.2. Projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie", a cele programu RPO WD oraz Priorytetu 8 132
3.4.3. Wybierane przez beneficjentów wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektu, wartości docelowej wskaźnika realizacji celu szczegółowego RPO WD oraz wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu celu Priorytetu 8 „Zdrowie" 140
3.4.4. System zarządzania wyborem projektów (kryteria, preferencje, nabory celowane, projekty indywidualne, typy projektów, współczynnik P), a realizacja zakładanych celów RPO WD w Priorytecie 8 „Zdrowie" 143
3.4.5. Skuteczność działań informacyjno - promocyjnych podejmowanych przez IZ RPO w ramach konkursów związanych z Priorytetem 8 „Zdrowie" RPO WD 149
3.4.6. Potrzeby kontynuowania wsparcia infrastruktury zdrowotnej w przyszłej perspektywie finansowej w województwie dolnośląskim oraz propozycje podniesienia efektywności udzielonego wsparcia 158
a. Plany inwestycyjne jednostek z obszaru „zdrowia" w przyszłej perspektywie finansowej 158
b. Opinie ekspertów na temat zakresu kontynuacji udzielonego wsparcia w obszarze Zdrowia w kontekście oceny efektów dotychczasowych działań 159
3.4.7. Wybrane do dofinansowania projekty w Priorytecie 8 „Zdrowie", a upowszechnienia polityk horyzontalnych UE w regionie 163
3.4.8. Występujące problemy w procesie aplikowania i realizacji projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD i propozycje zmian 170
3.5. Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanych ze środków unijnych 176

3.5.1. Efekty zastosowania zasady komplementarności w realizowanych projektach w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie” RPO WD 176
3.5.2. Wykorzystywanie możliwości cross-financingu na poziomie projektów oraz wpływ cross-financingu na skuteczność realizacji projektów 184
3.5.3. Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020 184
3.6. Studia przypadków projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie” RPO WD oraz efekt netto zrealizowanych inwestycji 186
3.7. Analiza SWOT działań podjętych w ramach Priorytetu 8 RPO WD.....212
3.8. Wpływ systemu zarządzania wyborem projektów stosowany w innych IZ RPO na realizację celów zakładanych w obszarach wsparcia analogicznych do znajdujących się w Priorytecie 7 „Edukacja" i 8 „Zdrowie” RPO WD? (na przykładzie 3 województw) 214
3.8.1. Założenia programowe RPO – priorytety związane ze zdrowiem i edukacją.....214
3.8.2. Projekty kluczowe, indywidualne, nabory celowe 219
3.8.3. Obliczanie poziomu dofinansowania projektów związanych ze zdrowiem. Współczynnik wydatków kwalifikowanych („współczynnik P”) 223
3.8.4. Elementy innowacyjne w projektach, konkurencyjność regionu 225
3.8.5. Kontynuacja wsparcia w dalszej perspektywie finansowania 225
3.8.6. Problemy występujące podczas aplikacji i w trakcie realizacji projektów 226
3.9. Sposoby realizacji przez beneficjentów zaleceń środowiskowych, wynikające z procedury konsultacji środowiskowych z partnerami społecznymi.....227
3.10. Zmiany we wskaźnikach jakości i dostępności usług z obszaru zdrowia i edukacji – model ekonomiczny.....230
4. Podsumowanie końcowe wyników badania 247
4.1. Obszar edukacji 247
4.2. Obszar zdrowia 253
4.3. Rozwiązania stosowane na poziomie innych województw w obszarze zdrowia i edukacji 259
5. Rekomendacje 262
5.1. Obszar edukacji 262
Rekomendacje operacyjne 262
5.2. Obszar zdrowia 269
Rekomendacja horyzontalna.....269
Rekomendacje operacyjne 270
6. Aneks 279

Wykaz skrótów

CATI	Wywiady telefoniczne ze wspomaganiem komputerowym
DCT	Dolnośląskie Centrum Teleradiologii
DCO	Dolnośląskie Centrum Onkologii
IDI	Indywidualny Wywiad Pogłębiony
ITI	Indywidualny Wywiad Telefoniczny
IZ	Instytucja Zarządzająca
KE	Komisja Europejska
MRR	Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
PO	Programy Operacyjne
PO IŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
PO IG	Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka
PO KL	Program Operacyjny Kapitał Ludzki
PROW	Program Rozwoju Obszarów Wiejskich
EWT	Europejska Współpraca Terytorialna
RPO	Regionalny Program Operacyjny
UMWW	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
RPO WD	Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013
UMWD	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego
ZPORR	Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego
ZOZ	Zakład Opieki Zdrowotnej
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Streszczenie raportu

W okresie od lutego do lipca 2012 roku zespół badawczy Public Profits Sp. z o.o. na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego zrealizował badanie pt. „Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu"

I. CEL I ZAKRES BADANIA

Głównym celem badania było dostarczenie informacji na temat spodziewanego wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska m.in. w zakresie dostępności i standardów usług edukacyjnych i zdrowotnych oraz podniesienie konkurencyjności regionu.

Cel główny badania został osiągnięty poprzez realizację następujących celów szczegółowych:

- Ocena powstałych i spodziewanych efektów realizacji projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja".
- Ocena powstałych i spodziewanych efektów realizacji projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie".

Badanie zostało zogniskowane wokół trzech głównych obszarów badawczych, oddzielnie dla Priorytetu 7 "Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD:

1. Ocena realizacji celów i wskaźników oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania - poziom instytucjonalny.
2. Ocena w kontekście systemu zarządzania IZ RPO WD, realizacji celów i wskaźników oraz wdrażania polityk horyzontalnych w projektach wybranych do dofinansowania - poziom wnioskodawców.
3. Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanych ze środków unijnych.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

II. METODOLOGIA PROWADZONYCH BADAŃ

W ramach badania wykorzystano następujące techniki realizacji badań:

- Analiza dokumentów – m.in. dokumentacja programowa, dokumenty strategiczne, dostępne opracowania w ramach objętych badaniem zagadnień.
- Analiza ilościowa i jakościowa wniosków o dofinansowanie objętych dofinansowaniem w ramach Priorytetu 7 i 8 RPO WD.
- Indywidualne wywiady pogłębione przeprowadzone wśród pracowników placówek służby zdrowia i placówek edukacyjnych korzystających z efektów wsparcia oraz ekspertów z obszaru zdrowia i edukacji (23 wywiady).
- Indywidualne wywiady telefoniczne z przedstawicielami IZ RPO innych województw oraz wśród konsultantów wojewódzkich (9 wywiadów).
- Zogniskowane wywiady grupowe z beneficjentami Priorytetu 7 i 8 oraz przedstawicielami IZ RPO WD (3 wywiady).
- Metoda delficka konsultacje wyników badań wśród ekspertów z obszaru zdrowia i edukacji.
- Studia przypadków w ramach, których przeanalizowane zostały przypadki projektów realizowanych w obszarze Zdrowia i Edukacji (12 przypadków).
- Wywiady telefoniczne ze wspomaganiem komputerowym z wnioskodawcami realizującymi i nie realizującymi projektów w ramach Priorytetu 7 i 8 RPO WD (205 wywiadów).

III. WYBRANE WYNIKI BADAŃ ORAZ REKOMENDACJE

Poniżej prezentujemy wybrane wyniki przeprowadzonych badań oraz najważniejsze rekomendacje dla Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego do wykorzystania w kolejnej perspektywie finansowej.

1. Priorytet 7 RPO WD Rozbudowa i modernizacja infrastruktury edukacyjnej na Dolnym Śląsku („Edukacja")

1.1. Efekty zrealizowanych inwestycji

Projekty z Priorytetu 7 Edukacja był realizowane w ramach dwóch Działań:

- 7.1 Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego.
- 7.2 Rozwój infrastruktury placówek edukacyjnych.

Łączna kwota dofinansowania przeznaczona na Działanie 7.1 wyniosła nieco ponad 196 mln zł, natomiast na Działanie 7.2 ponad 248 mln zł.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Największa kwota w ramach Priorytetu „Edukacja" została ulokowana we Wrocławiu, ze względu na lokalizację w tym mieście największych ośrodków akademickich.

Największe kwoty dofinansowania otrzymały przede wszystkim projekty kluczowe w ramach Działania 7.1 związane z rozwojem infrastruktury szkolnictwa wyższego. Na terenie czternastu uczelni wyższych zrealizowano 17 projektów. Wsparcie otrzymały m.in. kierunki: ekonomiczny, wychowanie fizyczne, farmacja, techniczny, artystyczny, filologiczny, prawo i administracja, nauki przyrodnicze, techniczno-przyrodniczy.

W ramach Działania 7.2 zrealizowano 60 projektów. W szkołach podstawowych, gimnazjach i zespołach szkół wsparcie ukierunkowane było przede wszystkim na wyposażenie szkół w obiekty sportowe i modernizacje budynków. W zakresie szkolnictwa zawodowego wsparcie uzyskały przede wszystkim projekty wzmacniające zaplecze szkół służące praktycznej nauce zawodu. Dofinansowano również budowę lub modernizację obiektów przedszkolnych. Wsparcie zostało ukierunkowane przede wszystkim na obszary wiejskie i małych miast.

Najczęściej wymieniane przez beneficjentów Priorytetu 7 efekty inwestycji to przede wszystkim: polepszenie warunków nauki studentów/uczniów, polepszenie warunków pracy kadry dydaktycznej, polepszenie jakości świadczonych dotychczas usług edukacyjnych, zwiększenie dostępu uczniów do bazy dydaktycznej, a także zwiększenie dostępu niepełnosprawnych uczniów do usług oferowanych przez placówkę.

Jednym z ważnych efektów inwestycji realizowanych w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zarówno z punktu widzenia celów programu, jak i założeń i celów Strategii Lizbońskiej i programu Europa 2020, był wzrost zatrudnienia (utworzenie nowych etatów).

1.2. System zarządzania wyborem projektów

W obszarze edukacji zastosowano nabory celowane (konkursy tematyczne). Pozwoliły one ukierunkować wsparcie na obszary małych miast i wsi oraz spełnić główne cele i założenia Programu i Priorytetu. Ogłoszono odrębne nabory dla szkół podstawowych i gimnazjów, przedszkoli, kształcenia ustawicznego i szkolnictwa zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz szkół specjalnych. Najwięcej pieniędzy w ramach Działania 7.2 przeznaczono dla szkół podstawowych, gimnazjów, zespołów szkół, w tym głównie na infrastrukturę sportową (w ramach dwóch naborów). Druga co do wielkości kwota przypadła na szkolnictwo zawodowe, a najmniej środków trafiło na budowę/modernizację przedszkoli.

W ramach Działania 7.1 Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego zostały ogłoszone dwa nabory: pierwszy związany z budową i modernizacją obiektów oraz drugi ukierunkowany na e-usługi i e-edukację.

1.3. System informacji i promocji dla potencjalnych beneficjentów

Dostępność informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD w województwie dolnośląskim oceniona została przez projektodawców i potencjalnych projektodawców na wysokim poziomie. W opinii beneficjentów poprawienia wymaga funkcjonalność strony www.rpo.dolnyslask.pl. Podczas szkoleń oferowanych przez UMWD potencjalnym beneficjentom powinna być przekazywana pełniejsza informacja dotycząca stosowania Prawa Zamówień Publicznych.

1.4. Plany inwestycyjne placówek edukacyjnych

Większość placówek edukacyjnych, które otrzymały wsparcie finansowe w Priorytecie 7 RPO WD „Edukacja", chętnie skorzysta z podobnej pomocy w kolejnej perspektywie finansowej w latach 2014-2020.

Placówki najczęściej planują budowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury szkolnej, dydaktycznej i sportowej. Niewiele placówek planuje realizację inwestycji związanych z rozwojem społeczeństwa informacyjnego.

1.5. Problemy występujące w procesie aplikacji i realizacji projektów

Najczęściej wymieniane problemy występujące w trakcie procesu aplikacji to m.in. zbyt duża liczba załączników koniecznych do załączenia do wniosku o dofinansowanie, a także skomplikowanie procedury aplikacyjnej oraz brak wystarczającej wiedzy na temat kwalifikowalności wydatków.

Beneficjentom brakowało także pełnej wiedzy na temat procesu aplikowania, co wynikło w części przypadków z niedoprecyzowania wymogów ze strony IZ. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych).

Wśród problemów występujących w trakcie procesu realizacji projektu beneficjenci Priorytetu 7 RPO WD biorący udział w badaniu wymieniali problemy z procedurami przetargowymi i konsekwencją czego była często jakość usług firm, które wygrały przetarg. Znacząca część beneficjentów miała również trudności z interpretacją zmieniających się przepisów prawa i zapisów RPO WD.

1.6. Rekomendacje dla obszaru „Edukacja"

Uzyskane w trakcie badania wyniki i informacje oraz analiza zebranego materiału pozwoliły na przedstawienie pewnych rozwiązań i rekomendacji, które powinny przyczynić się do określenia kierunków działań w zakresie zarządzania i informacji w obszarze edukacji w przyszłym okresie programowania m.in.:

- W kolejnej perspektywie finansowej należałoby zastanowić się nad możliwością realizacji projektów indywidualnych, sieciowych w wybranych ściśle określonych obszarach edukacji (np. w obszarze szkolnictwa zawodowego). Realizowane nabory i kryteria powinny uwzględniać szczegółowe prognozy, co do kierunków edukacji dostosowanych do potrzeb rynku pracy.
- Należy zastanowić się nad możliwością realizacji projektów kluczowych w dziedzinie nauk ścisłych.
- W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się projekty z dziedzin kształcenia odpowiadających potrzebom rynku pracy tj. nauki techniczno-matematyczno-przyrodnicze.
- W związku ze zmianami na rynku pracy w kolejnej perspektywie finansowej należałoby zastanowić się nad wdrożeniem rozwiązań premiujących wprowadzenie na terenie placówki form kształcenia wspierających mobilność zawodową
- W kolejnej perspektywie finansowej system oceny merytorycznej powinien w większym stopniu premiować projekty o wyższym potencjale innowacyjnym.
- W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się projekty z zakresu informatyzacji placówek edukacyjnych, wprowadzić nabory celowane lub projekt indywidualny o charakterze sieciowym uzupełniający niedobory szkół w zakresie informatyzacji.
- Komplementarność i zasady jej stosowania na poziomie projektów powinny być elementem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów.
- Należałoby zastanowić się w kolejnej perspektywie finansowej nad wprowadzeniem rozwiązań systemowych prowadzących do eliminacji problemów związanych ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych np. indywidualnej opiece ze strony IZ RPO WD, kontroli ex-ante.
- W kolejnej perspektywie finansowej należałoby poprawić funkcjonalność strony www.rpo.dolnyslask.

2. Priorytet 8 Modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku ("Zdrowie")

2.1. Efekty zrealizowanych inwestycji

Łączna kwota dofinansowana przeznaczona na Działanie 8.1 Poprawa jakości opieki zdrowotnej (projekty przyjęte do dofinansowania, z którymi podpisano umowy) wyniosła nieco ponad 262 mln zł. Największa kwota została ulokowana we Wrocławiu ze względu na lokalizację w tym mieście największych placówek medycznych o oddziaływaniu ogólnowojewódzkim i jednego projektu realizowanego w trybie indywidualnym. Łącznie zostało zrealizowanych 90 inwestycji.

Projekty realizowano w placówkach świadczących usługi stacjonarne (szpitale) jak i ambulatoryjne (przychodnie) jednak większa liczba środków finansowych została przeznaczona na pierwszy typ placówek.

Inwestycje w zakresie zdrowia można podzielić na dotyczące:

- Zakupu sprzętu medycznego;
- Systemów telemedycznych i oprogramowania;
- Budowy i modernizacji obiektów.

Efekty zrealizowanych Inwestycji to przede wszystkim: poprawa bezpieczeństwa pacjentów i poprawa jakości leczenia pacjentów. Nie we wszystkich projektach udało się poprawić stopień dostępności do świadczonych usług, ponieważ nie jest to czynnik warunkowany tylko i wyłącznie ilością i jakością posiadanego przez placówkę sprzętu, ale przede wszystkim krajową polityką zdrowotną i wielkością kontraktów NFZ na poszczególne typy świadczeń.

2.2. System zarządzania wyborem projektów

W Priorytecie 8 RPO WD zastosowano nabory celowane dotyczące:

- Projektów modernizacyjnych i związanych z wyposażeniem placówek świadczących opiekę stacjonarną;
- Projektów modernizacyjnych i związanych z wyposażeniem placówek świadczących opiekę ambulatoryjną;
- Nabór z dziedziny pulmonologii;
- Nabór związany z informatyzacją lub wdrażaniem e-usług placówek służby zdrowia.

Projekty, które otrzymały dofinansowanie w dziedzinie pulmonologii wpisały się w główne kierunki zmian organizacyjnych przewidzianych w *Programie modernizacji (pulmonologii) w latach 2010-2012*.

W ramach naboru dotyczącego technik informacyjnych i informatyzacji służby zdrowia zrealizowano 11 projektów z dziedziny teleradiologii. Teleradiologia jest najnowszą formą

radiologii. Łączy w sobie elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny, a w szczególności radiologii. Dzięki wykorzystaniu nowych technologii pozwala na wymianę specjalistycznych informacji przesyłając obrazy statyczne, jak i dynamiczne (przesyłanie najwyższej jakości zdjęć USG, MRI). Pozwala na diagnozę na odległość. W ramach jednego z projektów utworzono Centrum Teleradiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

2.3. Plany inwestycyjne placówek zdrowia

Większość z instytucji aplikujących w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD zadeklarowało, że jest zainteresowanych realizacją inwestycji dofinansowanych ze środków UE w kolejnej perspektywie finansowej. Większość z planowanych do realizacji inwestycji dotyczyło modernizacji budynków i pomieszczeń oraz wyposażenia placówek w sprzęt medyczny. Niewiele placówek planuje realizację inwestycji związanych z informatyzacją placówek służby zdrowia.

2.4. Problemy występujące w procesie aplikacji i realizacji projektów

Najczęściej wymieniane problemy występujące w trakcie procesu aplikacji wynikały z niedostępności niektórych koniecznych informacji, a także ustalenia kwalifikowalności wydatków. Wnioskodawcy skarżyli się również na zbyt dużą liczbę załączników koniecznych na poziomie wniosku o dofinansowanie. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych).

Beneficjenci Priorytetu 8 RPO WD w trakcie realizacji projektów napotykali najczęściej na problemy wynikające z niedotrzymania harmonogramu rozliczania wniosków, weryfikacji dokumentacji rozliczeniowej, opóźnień w finansowaniu projektu. Pojawiały się też często problemy z zamówieniami publicznymi lub procedurami przetargowymi. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności wynikających z konieczności dostosowanie rzeczywistości instytucji do wymogów projektu, trudności w dotrzymaniu terminów zawartych w harmonogramie, konieczność podjęcia nieprzewidzianych na etapie planowania projektu działań.

2.5. Rekomendacje dla obszaru „Zdrowie"

Uzyskane w trakcie badania wyniki i informacje oraz analiza zebranego materiału pozwoliły na przedstawienie pewnych rozwiązań i rekomendacji, które powinny przyczynić się do określenia kierunków działań w zakresie zarządzania i informacji w obszarze zdrowia w przyszłym okresie programowania m.in.

- Jednostki odpowiedzialne za służbę zdrowia powinny podjąć się utworzenia Programu dla wybranych dziedzin (wzorem pulmonologii) lub Programu rozwoju służby zdrowia w całym

województwie (z uwzględnieniem dziedzin istotnych z punktu widzenia potrzeb mieszkańców). Na tej podstawie będzie można w przyszłej perspektywie finansowej kształtować kryteria, nabory celowane oraz wskazywać projekty indywidualne.

- Należy zastanowić się nad możliwością realizacji projektów kluczowych w dziedzinach określonych jako priorytetowe dla województwa dolnośląskiego w programach opieki zdrowotnej.
- W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się projekty istotne z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, a także istniejących trendów demograficznych.
- W kolejnej perspektywie finansowej należy zweryfikować aktualnie stosowany system obliczania kwoty dofinansowania.
- W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się uzasadnione ekonomicznie projekty inwestujące w nowoczesne rozwiązania w dziedzinie medycyny gwarantujące jej dalszy rozwój.
- W związku z planowanym wdrożeniem w 2014 r. systemu informacji medycznej (SIM) powinno promować się projekty związane z informatyzacją podmiotów leczniczych.
- Komplementarność i zasady jej stosowania na poziomie projektów powinny być elementem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów.
- W kolejnej perspektywie finansowej należy kontynuować realizację projektów z dziedziny teleradiologii jako kontynuację już zrealizowanych inwestycji.
- W kolejnej perspektywie finansowej zagadnienia związane z Prawem Zamówień Publicznych i kwalifikowalnością wydatków powinny być nadal przedmiotem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów Priorytetu 8. Duża waga powinna zostać położona na praktyczne aspekty prezentowanej tematyki.
- Należałoby zastanowić się w kolejnej perspektywie finansowej nad wprowadzeniem rozwiązań systemowych prowadzących do eliminacji problemów związanych ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych np. indywidualnej opiece ze strony IZ RPO WD, kontroli ex-ante.
- W kolejnej perspektywie finansowej należałoby poprawić funkcjonalność strony www.rpo.dolnyslask.

Report summary

Between February and July 2012 the research team of the Public Profits Sp. z o.o. company carried out a study titled "Evaluation of the effects of projects selected for grants by the Managing Authority of the Regional Programme Lower Silesia under Priority 7 "Education" and under Priority 8 "Health" on improving living conditions of the population of Lower Silesia and on improving the Region's competitiveness" on behalf of the Marshal's Office of Lower Silesia.

I. RESEARCH SCOPE AND OBJECTIVE

The main objective of the study was to provide information about the expected impact of projects selected for funding under the Regional Operational Programme of Lower Silesia (ROP LS) and improving the infrastructure areas included in Priority 7 „Education" and in Priority 8 „Health" on the bettering of living conditions of the population of Lower Silesia e.g. in regard to the accessibility and the standards of education and healthcare and in improving the competitiveness of the Region.

This main objective was achieved by meeting the following specific targets:

- Evaluation of achieved and expected effects from the completion of Priority 7 „Education" projects which had been selected for funding.
- Evaluation of achieved and expected effects from the completion of Priority 8 „Health" projects which had been selected for funding.

The study focused upon three main research areas, evaluated separately for Priority 7 „Education" and for Priority 8 „Health" ROP LS:

4. Evaluation of the achievement of targets and thresholds as well as the evaluation of the implementation of horizontal policies on the level of projects selected for funding – institutional level.
5. Assessment within the framework of management by the Managing Authority (MA) ROP LS of the achievement of targets and thresholds as well as the evaluation of the implementation of horizontal policies on the level of projects selected for co-funding – proposal applicant level.
6. Assessment of compliance with the principle of complementarity and the furthering of the objectives of the Lisbon Strategy and of Europa 2020 on the level of those projects selected for funding whose impact overlaps those of projects financed from other EU Programmes' funds.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

II. METHODOLOGY OF COMPLETED RESEARCH

The study was carried out using the following research methodology:

- Desk research – including Programme documentation, strategic documents, available publications on the areas covered by the study.
- Quantitative and qualitative analysis of Project Proposal bids for funding under Priorities 7 and 8 ROP LS.
- In-Depth Individual Interviews with staff of healthcare providers and educational institutions granted support under the ROP LS and with experts from the areas of healthcare and education (23 interviews).
- Telephone interviews with representatives of MA ROP from other Voievodships and with Voievodship Consultants (9 interviews).
- Focused Group Interviews with the beneficiaries of Priorities 7 and 8 as well as with MA ROP LS representatives (3 groups).
- Consulting healthcare and education experts using the Delphi Method.
- Case studies of completed Health and Education projects (12 cases).
- Computer Aided Telephone Interviews with Applicants whose submitted projects under ROP LS Priorities 7 or 8 projects had been accepted or not (205 interviews).

III. SELECTED RESEARCH FINDINGS AND RECOMMENDATIONS

Here we present selected findings from the completed research and some salient recommendations for the Managing Authority of the Regional Operational Programme Lower Silesia which may be used in the next financial perspective.

1. Priority 7 ROP LS The expansion and modernisation of educational infrastructure in Lower Silesia („Education")

1.1. Effects of completed projects

Projects under Priority "Education" were carried out as part of two Sub-Measures:

7.1 Development of infrastructure of tertiary education.

7.2 Development of infrastructure of education establishments.

The total sum spent on financing of Sub-Measure 7.1 was just over 196 million Zlotys, with over 248 million Zlotys being spent on Sub-Measure 7.2.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

The city of Wroclaw had the largest share of spending on Priority „Education" as it is the seat of the largest academic centres of the Region.

The largest grants went to key projects under Measure 7.1 related with the expansion of higher education infrastructure. Fourteen places of higher learning completed 17 projects. Grants were provided for departments such as: economics, physical education, pharmacy, technology, arts, philology, law and administration, natural sciences, technology and life sciences, etc.

Some 60 Measure 7.2 projects were completed. In elementary schools, gymnasia and in school complexes aid was directed chiefly towards the provision of sport facilities and into the modernisation of premises. In vocational schools the projects chiefly involved expanding the vocational training facilities. The construction or modernisation of some pre-school buildings was also financed. Most of the projects were located in rural areas or small towns.

The effects of Measure 7 funding which the beneficiaries mentioned the most often were: improving the teaching conditions for students/pupils, improving the working conditions for teachers, improving the quality of provided education services, improving pupils' access to studying aids, as well as improving access by disabled pupils to services offered by educational establishments.

One of the important effects of projects carried out under Priority 7 „Education" ROP LS from the viewpoint of both the Programme itself, as well as the objectives and targets of the Lisbon Strategy and the Europa 2020 Programme, was the increase in staffing (new workplaces).

1.2. Project selection management system

The Education area used targeted calls for proposals. These allowed for the channelling of grants to small towns and rural areas and to realize the main objectives and targets of the Programme and of the Priority. There were separate calls for proposals for elementary schools and gymnasiums, for kindergartens, for lifelong learning and vocational education establishments, for tertiary education and for special schools. The largest quantum under Measure 7.2 was assigned to elementary schools, gymnasiums, school complexes, this being chiefly for sports facilities (two calls). The second largest share went to vocational schools and the least funds were assigned to the construction/ modernization of kindergartens.

Under Measure 7.1 Development of infrastructure of tertiary education two calls for proposals were made: one for the construction and modernization of facilities and the other for e-services and e-education.

1.3. Information and promotion system for potential beneficiaries

The accessibility of information about the possibility of applying for funding under Priority 7 ROP LS in the Lower Silesian Voievodship was highly rated by beneficiaries and potential beneficiaries. The beneficiaries noted some room for improvement as to the functionality of the www.rpo.dolnyslask.pl website. Trainings provided by the Marshal's Office of Lower Silesia to potential beneficiaries should pass on more information as to the application of the Public Procurement Act.

1.4. Investment plans of education establishments

Most educational establishments which received financial aid under Priority 7 ROP LS „Education", would gladly draw upon similar assistance in the 2014-2020 Budget Perspective again.

Most educational establishments were thinking about the construction, expansion or modernization of their school, teaching or sports facilities. Few establishments mentioned projects related with the development of a digital society.

1.5. Problems encountered at project application and completion stages

The most often raised problems in relation to the proposal application process are e.g. the large number of appendixes which need to be attached to the application for funding, the application procedure being complicated and the lack of adequate knowledge about the qualification of expenses.

The beneficiaries also lacked full knowledge about the application process, this being partly due to the MA failing to fully define its expectations. A significant number of mentions raised the problem of interpreting Legislation (this including Regulations concerning Public Procurement).

Among various issues encountered during the completion of projects under Priority 7 ROP LS the beneficiaries taking part in the research mentioned problems with bidding procedures and with the resulting quality of service provided by firms which had won the tenders. A major part of the beneficiaries also had problems with interpretation of the changing Regulations and Principles of ROP LS.

1.6. Recommendations for „Education" area

The obtained results and information gathered during the study plus the analysis of the collected research material allow for the presentation of certain solutions and recommendations

which should further the drawing of directions of actions concerning management and information needs in the area of education in the next programming period, e.g.:

- The next financial perspective could provide the possibility of supporting key projects in strictly defined areas of education (e.g. vocational). The calls for bids and bid evaluation criteria should take into consideration detailed forecasts of types of education in demand on the labour market.
- Key projects in the area of exact sciences could be considered.
- Project selection criteria should reward projects from areas of education in line with the needs of the labour market, i.e. exact sciences (technology, mathematics, natural sciences).
- In light of changes on the labour market the next financial perspective could include the implementation of solutions which would reward education establishments for the introduction of elements of curriculum which would support professional mobility.
- In the next financial perspective the grading system should reward projects with higher innovation potential.
- Bid selection criteria should reward projects aimed at improving the IT infrastructure of educational establishments, and should introduce targeted calls for bids for key projects with networked character which would make be aimed at making good educational establishments' deficiencies in the area of IT.
- Complementarity and the principles of its application at project level should be an element of the training of potential beneficiaries.
- The next financial perspective could give consideration to system level solutions aimed at the elimination of problems related with the application of the Public Procurement Act, e.g. individual mentoring by MA ROP LS, and ex-ante controls.
- In the next financial perspective the functioning of the www.rpo.dolnyslask.pl website should be improved.

2. Priority 8 Modernisation of healthcare infrastructure in Lower Silesia ("Health")

2.1. Effects of completed projects

The total sum of funds assigned to Measure 8.1 Improvement of Healthcare Quality (bids accepted and contracts signed) was just over 262 million Zlotys. The largest portion of the quantum was spent in Wroclaw as the city is the seat of the largest healthcare establishments, which serve the entire Voievodship, as well as one key project. There were 90 projects in total.

The projects were carried out in both in-patient (hospitals) and out-patient (clinics) healthcare establishments, with more money being assigned to the former type of establishment.

Healthcare related projects may be split into the following groups:

- Purchase of medical equipment;
- Telemedicine systems and necessary software;
- Construction and modernisation of premises.

The effects of completed projects were principally apparent in an improvement in the safety of patients and in better quality of provided medical treatment. Not all projects led to an improvement in access to medical services as this feature does not depend solely open to quantity and quality of medial equipment, but is strongly dependent upon the national healthcare policy and on contracts signed with the NFZ (National Health Fund) concerning the provision of healthcare services.

2.2. Management of project selection

Priority 8 used targeted calls for proposals for:

- Projects related with the modernization and purchase of equipment for in-patient healthcare establishments;
- Projects related with the modernisation and purchase of equipment for out-patient healthcare establishments;
- Projects related with pulmonology;
- Projects related with digitalisation or implementation of e-services by healthcare establishments.

The pulmonology related projects which are selected for funding fell within the brief of the main axis of the *Modernisation Programme (Pulmonoogy) for 2010-2012*.

Proposals related with digitalisation or implementation of e-services by healthcare establishments included 11 teleradiologii projects. Teleradiology is the newest form of radiology which combines elements of telecommunications, of IT and of medicine - radiology in particular. The use of new technology makes it possible to share specialized data through the sending of static images as well as of dynamic data (highest quality ultrasound or MRI images). Teleradiology enables remote medical diagnosis. One of the projects involved the creation of the Teleradiology Centre at the Specialised Voievodship Hospital in Wrocław.

2.3. Healthcare establishments' investment plans

Most institutions submitting proposals under Priority 8 „Health" ROP LS declared intention to apply for such funding under the new financial perspective as well. Most future projects would involve the modernization of premises and facilities and the purchase of medical equipment. Few establishments planned projects involving the digitalization of healthcare.

2.4. Problems encountered at project application and completion stages

The most often raised problems in relation to the proposal application process were the lack of certain necessary information and problems in qualification of expenses. Other complaints concerned the large number of appendixes required with the application for funding. A significant number of mentions raised the problem of interpreting Legislation (this including Regulations concerning Public Procurement).

During the completion of projects the beneficiaries of Priority 8 ROP LS usually encountered problems related with delays in certification, delays in the verification of provided documentation and tardy transfer of funds for the project. Other common problems were those related with Public Procurement or Tender Procedures. A large number of mentioned problems concerned the difficulties in adapting the functioning of the institution to the project's requirements, difficulties in meeting the deadlines laid out in the schedule, or the need to take steps unforeseen at project design stage.

2.5. Recommendations for the „Health" area

The obtained results and information gathered during the study plus the analysis of the collected research material allow for the presentation of certain solutions and recommendations which should further the drawing of directions of actions concerning management and information needs in the area of education in the next programming period, e.g.:

- The agencies responsible for healthcare should design Programmes for selected areas (following the example of Pulmonology) or a Programme for the development of Healthcare covering the entire Voievodship (with consideration for factors of relevance to the populace). These could be used as a starting point for the formulation of criteria, for targeted calls for proposal and for the identification of key projects in the future financial perspective.
- Consideration should be given to projects considered of key importance in areas defined as being a priority of healthcare programmes in the Lower Silesian Voievodship.

- Proposal selection criteria should reward projects which are relevant for the healthcare needs of the Voievodships population as well as in light of current demographic trends.
- The future financial perspective should verify the currently used system for calculating the sum of refunding.
- Selection criteria should reward economically viable projects which invest in modern healthcare solutions thus assuring its future development.
- As the IT medical information system "SIM" is to be implemented by 2014, projects which are related with the digitalisation of healthcare establishments should be rewarded.
- Complementarity and the principles of its application at project level should be an element of training of potential beneficiaries.
- The next financial perspective could include the continuation of teleradiology projects as an extension of already completed projects.
- Issues related with the Public Procurement Act and with the qualification of expenses should continue to be on the curriculum of training for potential Priority 8 beneficiaries, with emphasis on their application in practice.
- The next financial perspective could give consideration to system level solutions aimed at the elimination of problems related with the application of the Public Procurement Act, e.g. individual mentoring by MA ROP LS, and ex-ante controls.
- In the next financial perspective the functioning of the www.rpo.dolnyslask.pl website should be improved.

1. Identyfikacja obszaru badawczego

Niniejszy dokument stanowi projekt raportu końcowego badania ewaluacyjnego pn. *Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu.*

1.1. Cel główny i cele szczegółowe badania

Celem głównym badania było dostarczenie informacji na temat spodziewanego wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska m.in. w zakresie dostępności i standardów usług edukacyjnych i zdrowotnych oraz podniesienie konkurencyjności regionu.

Cel główny badania zostanie osiągnięty poprzez realizację **następujących celów szczegółowych:**

- Ocena powstałych i spodziewanych efektów realizacji projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja".
- Ocena powstałych i spodziewanych efektów realizacji projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie".

1.2. Pytania badawcze/ewaluacyjne

Obszar 1

Ocena realizacji celów i wskaźników Priorytetu 7 „Edukacja" oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" - poziom instytucjonalny.

a. Czy i w jakim stopniu projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" przyczyniły się lub mogą przyczynić do osiągnięcia celów programu RPO WD oraz Priorytetu 7 „Edukacja"?
b. W jakich obszarach, jeżeli takie występują, projekty są niezgodne lub mało spójne z celami programu RPO WD oraz celami Priorytetu 7 „Edukacja"?
c. Czy zakładane w wybranych do realizacji projektach wskaźniki produktu i rezultatu, po ich wypełnieniu dają gwarancję osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika realizacji celu szczegółowego (III) programu RPO WD oraz wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu celu Priorytetu 7 „Edukacja”?
d. Jaka była skuteczność działań informacyjno - promocyjnych podejmowanych przez IZ RPO w ramach konkursów związanych z Priorytetem 7 „Edukacja" RPO WD?

e. Jak system zarządzania wyborem projektów (kryteria, preferencje, nabory celowane, projekty indywidualne, typy projektów) wpłynął na realizację zakładanych celów w Priorytecie 7 „Edukacja"?
f. Jak system zarządzania wyborem projektów stosowany w innych IZ RPO wpływa na realizację celów zakładanych w obszarach wsparcia analogicznych do znajdujących się w Priorytecie 7 „Edukacja" RPO WD? (na przykładzie 3 województw).
g. Jakie rodzaje realizowanych projektów w Priorytecie 7 „Edukacja" były najbardziej skuteczne w generowaniu nowych miejsc pracy, a w jakich skutkiem była redukcja zatrudnienia?
h. Jakie są potrzeby kontynuowania wsparcia infrastruktury edukacyjnej w przyszłej perspektywie finansowej w województwie dolnośląskim? Jakie zmiany należy wprowadzić, by było ono jeszcze bardziej efektywne?
i. Czy i w jakim stopniu wybrane do dofinansowania projekty w Priorytecie 7 „Edukacja" mogą przyczynić się do wdrożenia i upowszechnienia polityk horyzontalnych UE w regionie?
j. Jakie działania mogłyby zmotywować beneficjentów do większego zaangażowania w realizowanie polityk horyzontalnych UE na poziomie projektu?
k. Czy i w jakim stopniu projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" przyczyniły się do poprawy sytuacji w obszarze edukacji (m.in. w zakresie dostępności i standardów usług) w tym zwłaszcza na obszarach wiejskich i małych miast?

Obszar 2

Ocena Priorytetu 7 „Edukacja" w kontekście systemu zarządzania IZ RPO WD, realizacji celów i wskaźników oraz wdrażania polityk horyzontalnych w projektach wybranych do dofinansowania - poziom wnioskodawców.

a. Czy wybór wskaźników przez wnioskodawców był adekwatny do założeń ujętych w celach programu RPO WD?
b. Czy zapisy dotyczące polityk horyzontalnych UE są dostępne i zrozumiałe dla beneficjentów? Jaka jest wiedza i stosunek beneficjentów w wybranych do dofinansowania projektach do polityk horyzontalnych?
c. Jak beneficjenci realizują zalecenia środowiskowe, wynikające z procedury konsultacji środowiskowych z partnerami społecznymi (przedstawicielami organizacji pozarządowych ekologicznych oraz Regionalnym Konserwatorem Przyrody)?
d. Czy podczas aplikowania o środki i realizacji projektów pojawiły się problemy powtarzalne u więcej niż jednego beneficjenta (ze szczególnym uwzględnieniem tematyki pomocy publicznej i zamówień publicznych). Czy i jak udało się je przezwyciężyć?

e. Czy projekty realizowane w Priorytecie 7 „Edukacja" byłyby zrealizowane (w takim samym wymiarze) również wtedy, gdyby nie uzyskano dofinansowania na ich realizację?
f. Czy projekty, które nie otrzymały dofinansowania w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" zostały zrealizowane lub zostaną zrealizowane w takim samym wymiarze mimo braku wsparcia w ramach RPO WD?
g. Czy przedsięwzięcia związane z inwestycjami w infrastrukturę edukacyjną w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" uwzględniają jej szersze użytkowanie, np. wykorzystanie placówki szkolnej również dla celów kształcenia ustawicznego (dodatkowe zajęcia pozalekcyjne, kulturalne, sportowe)? Czy istnieją bariery z tym związane i jak należałoby je przezwyciężyć?
h. W jakim zakresie wsparcie przyznane dla projektów z zakresu edukacji doprowadzi/doprowadziło do polepszenia dostępu mieszkańców Dolnego Śląska do usług edukacyjnych?
i. Jakiego rodzaju beneficjenci uzyskali dofinansowanie na inwestycje w ramach Priorytetu 7 RPO WD (w podziale na rodzaj, ilość, typ jednostki, obszar na którym koncentrowało się wsparcie)? Jakich inwestycji dotyczyło udzielone wsparcie?
j. Czy inwestycja związana z zakupem wyposażenia przyczyniła się do poszerzenia katalogu usług świadczonych: przez beneficjentów/w województwie dolnośląskim?
k. Jaka część inwestycji dofinansowanych w ramach Priorytetu 7 RPO WD związanych z zakupem sprzętu/wyposażenia dotyczyła: zakupu sprzętu zwiększającego zakres świadczonych przez beneficjenta usług edukacyjnych/zakupu wyposażenia przeznaczonego na wymianę zużytego wyposażenia
l. Jakie inwestycje stanowiły element wyróżniający Dolny Śląsk na tle innych regionów (konkurencyjny względem inwestycji dokonywanych na innych obszarach)? Czy w ramach Priorytetów 7 „Edukacja" RPO WD realizowane były projekty innowacyjne? W jakim zakresie?

Obszar 3

Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanych ze środków unijnych.

a. Czy i z jakimi projektami zrealizowanymi w ramach ZPORR są komplementarne projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" RPO WD?
    - Jaki jest to rodzaj komplementarności (funkcjonalna, bezpośrednia, przedmiotowa, geograficzna)?
    - Na czym polega komplementarność tych projektów?

b. Czy i z jakimi projektami realizowanymi w ramach RPO WD są komplementarne projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" RPO WD?
    - Jaki jest to rodzaj komplementarności (funkcjonalna, bezpośrednia, przedmiotowa, geograficzna)?
    - Na czym polega komplementarność tych projektów?
    - Czy projekty wybrane do dofinansowania były komplementarne zgodnie z założeniami określonymi w punkcie 13 URPO WD (Komplementarność z innymi działaniami i priorytetami)?
c. Czy i z jakimi projektami realizowanymi ze środków UE w obecnej perspektywie finansowej (PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT) są komplementarne projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" RPO WD?
    - Jaki jest to rodzaj komplementarności (funkcjonalna, bezpośrednia, przedmiotowa, geograficzna)?
    - Na czym polega komplementarność tych projektów?
    - Czy projekty wybrane do dofinansowania były komplementarne zgodnie z założeniami określonymi w punkcie 13 URPO WD (Komplementarność z innymi działaniami i priorytetami)?
d. Czy przy realizacji komplementarnych projektów zauważany jest efekt synergii?
e. Jaki jest efekt netto realizowanych projektów w Priorytecie 7 „Edukacja"?
f. Czy wykorzystywana jest możliwość cross-financingu? Jaki wpływ mają wydatki kwalifikowane poniesione w ramach cross-financingu na skuteczność realizacji projektów?
g. Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020?
h. Czy i na ile środki zaangażowane w realizację projektów wpisujących się w cele Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 są adekwatne do potrzeb określonych w Priorytecie 7 „Edukacja"?
i. Jakie są realne potrzeby regionu w zakresie realizacji projektów komplementarnych biorąc pod uwagę Priorytet 7 RPO WD i inne fundusze dostępne dla podmiotów z województwa dolnośląskiego w zakresie zdrowia i edukacji?
j. Jaka jest praktyczna skuteczność i efektywność realizacji działań komplementarnych stosowanych dotychczas w ramach projektów Priorytetu 7 Edukacja RPO WD? Czy komplementarność występująca w realizowanych projektach wpływa na efektywność udzielonego wsparcia i przyczynia się do osiągnięcia założonego celu strategicznego?

Priorytet 8 „Zdrowie"

Obszar 1

Ocena realizacji celów i wskaźników Priorytetu 8 „Zdrowie" oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" - poziom instytucjonalny.

a. Czy i w jakim stopniu projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" przyczyniły się lub mogą przyczynić do osiągnięcia celów programu RPO WD oraz Priorytetu 8 „Zdrowie"?
b. W jakich obszarach, jeżeli takie występują, projekty są niezgodne lub mało spójne z celami programu RPO WD oraz celami Priorytetu 8 „Zdrowie"
c. Czy zakładane w wybranych do realizacji projektach wskaźniki produktu i rezultatu, po ich wypełnieniu dają gwarancję osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika realizacji celu szczegółowego (III) programu RPO WD oraz wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu celu Priorytetu 8 „Zdrowie"
d. Jaka była skuteczność działań informacyjno - promocyjnych podejmowanych przez IZ RPO w ramach konkursów związanych z Priorytetem 8 „Zdrowie" RPO WD
e. Jak system zarządzania wyborem projektów (kryteria, preferencje, nabory celowane, projekty indywidualne, typy projektów, współczynnik „P") wpłynął na realizację zakładanych celów w Priorytecie 8 „Zdrowie"?
f. Jak system zarządzania wyborem projektów stosowany w innych IZ RPO wpływa na realizację celów zakładanych w obszarach wsparcia analogicznych do znajdujących się w Priorytecie 8 „Zdrowie" RPO WD? (na przykładzie 3 województw)
g. Jakie rodzaje realizowanych projektów w Priorytecie 8 „Zdrowie" były najbardziej skuteczne w generowaniu nowych miejsc pracy, a w jakich skutkiem była redukcja zatrudnienia, biorąc pod uwagę cele Priorytetu?
h. Czy wsparcie sektora ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim powinno być kontynuowane w przyszłej perspektywie finansowej? Jeśli tak, to jakie zmiany należy wprowadzić, by było ono jeszcze bardziej efektywne?
i. Czy i w jakim stopniu projekty wybrane do dofinansowania mogą przyczynić się do wdrożenia i upowszechnienia polityk horyzontalnych UE w regionie?
j. Jakie działania mogłyby zmotywować beneficjentów do większego zaangażowania w realizowaniu polityk horyzontalnych UE na poziomie projektów?
k. Czy i w jakim stopniu projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" przyczyniły się do poprawy sytuacji w obszarze zdrowie (m.in. w zakresie dostępności i standardów usług)?

Obszar 2

Ocena Priorytetu 8 „Zdrowie" w kontekście systemu zarządzania IZ RPO WD, realizacji celów i wskaźników oraz wdrażania polityk horyzontalnych w projektach wybranych do dofinansowania - poziom wnioskodawców.

a. Czy wybór wskaźników przez wnioskodawców był adekwatny do założeń ujętych w celach programu RPO WD?
b. Czy zapisy dotyczące polityk horyzontalnych UE są dostępne zrozumiałe dla beneficjentów? Jaka jest wiedza i stosunek beneficjentów w wybranych do dofinansowania projektach do polityk horyzontalnych?
c. Jak beneficjenci realizują zalecenia środowiskowe, wynikające z procedury konsultacji środowiskowych z partnerami społecznymi (przedstawicielami ekologicznych organizacji pozarządowych oraz Regionalnym Konserwatorem Przyrody)?
d. Czy podczas aplikowania o środki i realizacji projektów pojawiły się problemy powtarzalne u więcej niż jednego beneficjenta (ze szczególnym uwzględnieniem tematyki pomocy publicznej i zamówień publicznych). Czy i jak udało się je przezwyciężyć?
e. Czy projekty realizowane w Priorytecie 8 „Zdrowie" byłyby zrealizowane (w takim samym wymiarze) również wtedy, gdyby nie uzyskano dofinansowania na ich realizację?
f. Czy projekty, które nie otrzymały dofinansowania w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" zostały zrealizowane lub zostaną zrealizowane w takim samym wymiarze mimo braku wsparcia w ramach RPO WD?
g. W jakim zakresie wsparcie przyznane dla projektów z zakresu ochrony zdrowia doprowadzi/doprowadziło do polepszenia dostępu mieszkańców Dolnego Śląska do usług medycznych/specjalistycznych?
h. Czy zmniejszył się czas oczekiwania na poszczególne usługi medyczne z wykorzystaniem sprzętu zakupionego w ramach realizowanych projektów?
i. Czy inwestycja w sprzęt medyczny przyczyniła się do poszerzenia katalogu usług świadczonych: przez beneficjentów/w województwie dolnośląskim?
j. W jakim stopniu wykorzystywany jest zakupiony sprzęt?
k. Jakie inwestycje stanowiły element wyróżniający Dolny Śląsk na tle innych regionów (konkurencyjny względem inwestycji dokonywanych na innych obszarach)? Czy w ramach Priorytetów 8 „Zdrowie" RPO WD realizowane były projekty innowacyjne? W jakim zakresie?
l. Jaka część inwestycji dofinansowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD związanych z zakupem sprzętu/wyposażenia dotyczyła: zakupu sprzętu zwiększającego zakres świadczonych przez beneficjenta usług/zakupu sprzętu przeznaczonego na wymianę zużytego sprzętu?

Obszar 3

Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanymi ze środków unijnych.

a. Czy i z jakimi projektami zrealizowanymi w ramach ZPORR są komplementarne projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" RPO WD?
    - Jaki jest to rodzaj komplementarności (funkcjonalna, bezpośrednia, przedmiotowa, geograficzna)?
    - Na czym polega komplementarność tych projektów?
b. Czy i z jakimi projektami realizowanymi w ramach RPO WD są komplementarne projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" RPO WD?
    - Jaki jest to rodzaj komplementarności (funkcjonalna, bezpośrednia, przedmiotowa, geograficzna)?
    - Na czym polega komplementarność tych projektów?
    - Czy projekty wybrane do dofinansowania były komplementarne zgodnie z założeniami określonymi w punkcie 13 URPO WD (Komplementarność z innymi działaniami i priorytetami)?
c. Czy i z jakimi projektami realizowanymi ze środków UE w obecnej perspektywie finansowej (PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT) są komplementarne projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" RPO WD?
    - Jaki jest to rodzaj komplementarności (funkcjonalna, bezpośrednia, przedmiotowa, geograficzna)?
    - Na czym polega komplementarność tych projektów?
    - Czy projekty wybrane do dofinansowania były komplementarne zgodnie z założeniami określonymi w punkcie 13 URPO WD (Komplementarność z innymi działaniami i priorytetami)?
d. Czy przy realizacji komplementarnych projektów zauważany jest efekt synergii?
e. Jaki jest efekt netto realizowanych projektów w Priorytecie 8 „Zdrowie"?
f. Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020?
g. Czy i na ile środki zaangażowane w realizację projektów wpisujących się w cele Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 są adekwatne do potrzeb określonych w Priorytecie 8 „Zdrowie"?

h. Jakie są realne potrzeby regionu w zakresie realizacji projektów komplementarnych biorąc pod uwagę Priorytet 8 RPO WD i inne fundusze dostępne dla podmiotów z województwa dolnośląskiego w zakresie zdrowia i edukacji?
i. Jaka jest praktyczna skuteczność i efektywność realizacji działań komplementarnych stosowanych dotychczas w ramach projektów Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD?
j. Czy komplementarność występująca w realizowanych projektach wpływa na efektywność udzielonego wsparcia i przyczynia się do osiągnięcia założonego celu strategicznego?

2. Metodologia ewaluacji

2.1. Szczegółowy opis metod badawczych zastosowanych w badaniu służących rejestracji danych

Cele badania zostały zrealizowane poprzez wyczerpujące, logiczne i spójne przeanalizowanie zakresu tematycznego badania w tym dokumentacji wskazanej na poziomie raportu metodologicznego. W celu uzyskania wiarygodnych wyników ewaluacji i udzielenia wyczerpującej odpowiedzi na założone pytania badawcze, zgodnie z naczelną zasadą prowadzenia badań ewaluacyjnych, w badaniu wykorzystane zostały następujące metody triangulacji:

- **triangulacja źródeł danych** – analizie poddane zostały zarówno dane zastane (pozyskane w wyniku analizy *desk research*) jak i dane wywołane, tj. uzyskane w trakcie badania (IDI, FGI, ITI, CATI, CAWI, studium przypadku);
- **triangulacja metod badawczych** – zastosowane zostały różne metody badawcze celem dogłębnego poznania i zrozumienia badanych zjawisk, a następnie ich dokładnego przeanalizowania pod katem punktów widzenia poszczególnych przedstawicieli grup docelowych badania;
- **triangulacja perspektyw badawczych** – badanie ewaluacyjne przeprowadzone zostało przez sześciu członków zespołu badawczego, a także ekspertów ds. zdrowia i edukacji, dzięki czemu uzyskany obraz przedmiotu badania jest pełniejszy, bardziej wiarygodny i obiektywny.

2.1.1. Analiza danych zastanych (*desk research*)

Dzięki analizie *desk research* członkowie zespołu badawczego uzyskali szeroką wiedzę na temat specyfiki oraz zakresu realizowanych projektów w zakresie zdrowia i edukacji. Etap analizy *desk research* posłużył do skonstruowania metodologii, narzędzi badawczych oraz zapoznania się członków zespołu z badanym zagadnieniem. W dalszym etapie analiza dostarczyła szczegółowych informacji zarówno na temat stanu usług medycznych i edukacyjnych w roku 2007 (rok poprzedzający podjęte inwestycje) oraz w roku 2011 (po zakończeniu inwestycji), jak również

szczegółów inwestycji poczynionych w ramach Priorytetu 7 i 8 RPO WD (wnioski o dofinansowanie).

2.1.2. Wywiady telefoniczne (CATI, z ang. Computer Assisted Telephone Interviewing) z wnioskodawcami

W telefonicznych wywiadach standaryzowanych realizowanych techniką CATI wzięły udział dwie grupy respondentów:

- Przedstawiciele wszystkich wnioskodawców (np. kierownicy projektów), których projekty znalazły się na listach projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 7 RPO WD „Edukacja" oraz Priorytetu 8 RPO WD „Zdrowie";
- Przedstawiciele wszystkich wnioskodawców (np. kierownicy projektów), których projekty nie znalazły się na listach projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 7 i 8 z wyłączeniem propozycji projektów odrzuconych na etapie preselekcji w trybie systemowym.

Wybrana technika polegała na przeprowadzeniu standaryzowanych wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo. Wywiady zostały przeprowadzone przez zespół doświadczonych i odpowiednio przeszkolonych ankieterów, pracowników profesjonalnie wyposażonego studia badań CATI. Wywiady zostały wystandaryzowane, to znaczy, że każdemu respondentowi zadany został ten sam zestaw pytań.

W badaniu tą techniką został zastosowany dobór próby pełnej tzn. że skontaktowano się z wszystkimi wnioskodawcami z bazy. Łącznie tą metodą zrealizowano 205 wywiadów. W przypadku jednego z beneficjentów Priorytetu 8 RPO WD nastąpiła odmowa udzielenia wywiadu.

2.1.3. Pogłębione wywiady telefoniczne (ITI, z ang. Individual Telephone Interview)

W pogłębionych wywiadach telefonicznych wzięły udział dwie grupy respondentów:

- Przedstawiciele IZ RPO innych województw (wielkopolskiego, mazowieckiego, śląskiego);
- Konsultanci wojewódzcy (z takich dziedzin jak radiologia i diagnostyka obrazowa, onkologia, anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia, pulmonologia, medycyna rodzinna).

Wywiady odbyły się na podstawie specjalnie przygotowanych narzędzi badawczych – scenariuszy. Zawierających wyłącznie pytania otwarte. Wywiady zostały przeprowadzone przez moderatora - członka zespołu badawczego.

W przypadku tej techniki zastosowany został celowy dobór próby. Łącznie ta techniką zrealizowano ostatecznie 8 wywiadów: 6 wywiadów wśród konsultantów wojewódzkich oraz 2

wywiady wśród przedstawicieli IZ RPO. Jeden z wywiadów z IZ RPO został przeprowadzony techniką wywiadu bezpośredniego z dwójką respondentów (diada)[1].

2.1.4. Wywiady pogłębione (IDI, z ang. Individual In-depth Interviews)

W indywidualnych wywiadach pogłębionych wzięli udział następujący respondenci:

- Kadra placówek, które są bezpośrednimi beneficjentami otrzymanego wsparcia w ramach Priorytetu 7 RPO WD (wywiady prowadzone w ramach studium przypadku);
- Przedstawiciele personelu medycznego (wyższego i niższego szczebla) i administracyjnego placówek medycznych reprezentującymi podmioty, które otrzymały wsparcie w ramach Priorytetu 8 RPO WD (wywiady prowadzone w ramach studium przypadku);
- Eksperci z dziedziny edukacji (przedstawiciel Dolnośląskiego Kuratorium Oświaty i Wydziału Edukacji i Nauki: w UMWD);
- Eksperci z dziedziny zdrowia (przedstawiciel Dolnośląskiego NFZ i Wydziału Zdrowia w UMWD).

W przypadku wywiadów z przedstawicielami placówek edukacyjnych i placówek służby zdrowia respondentami były osoby korzystające bezpośrednio z efektów zrealizowanej inwestycji. Wywiady zostały przeprowadzone w ramach 12 studiów przypadku.

Wywiady odbyły się na podstawie specjalnie przygotowanych narzędzi badawczych – scenariuszy. Narzędzie składało się wyłącznie z pytań otwartych oraz instrukcji słownych dla moderatora. W przypadku tej techniki zastosowany został celowy dobór próby. Łącznie ta techniką zrealizowano 24 wywiady (w tym 4 wywiady wśród ekspertów oraz 20 wywiadów wśród kadry placówek, które były bezpośrednimi beneficjentami wsparcia (10 w obszarze „Zdrowia" i 10 w obszarze „Edukacji").

2.1.5. Zogniskowane wywiady grupowe (FGI, ang. Focus Group Interviews) z beneficjentami i przedstawicielami IZ RPO WD

W zogniskowanych wywiadach grupowych wzięli udział:

- Beneficjenci Priorytetu 7 RPO WD (kierownicy projektów lub inne osoby uczestniczące w realizacji projektu) – 7 respondentów;
- Beneficjenci Priorytetu 8 RPO WD (kierownicy projektów lub inne osoby uczestniczące w realizacji projektu) – 8 respondentów;
- Pracownicy IZ RPO WD (w tym opiekunowie projektów) – 8 respondentów.

[1] Zmiana została wprowadzona na życzenie respondentów biorących udział w wywiadzie

Zogniskowane wywiady grupowe (FGI) polegały na wspólnej dyskusji grupy uczestników spotkania, na temat związany z problematyką badania. Wywiady zostały przeprowadzone w specjalnie przygotowanej do tych celów sali we Wrocławiu.

2.1.6. Studium przypadku (case study)

W ramach studium przypadku została przeprowadzona analiza jakościowa każdego przypadku obejmująca:

- Analizę dokumentacji projektowej;
- Wywiady pogłębione (telefoniczne lub bezpośrednie) z przedstawicielem danego beneficjenta;
- Wywiady pogłębione z przedstawicielami placówek służby zdrowia i placówek edukacyjnych;
- Wizja lokalna i dokumentacja fotograficzna zrealizowanej inwestycji (obserwacja nieuczestnicząca;
- Dane pozyskane z wywiadu telefonicznego CATI i ankiety internetowej CAWI.

W przypadku studiów przypadku został zastosowany celowy dobór próby. Przypadki zostały wybrane w porozumieniu z Zamawiającym. Łącznie przeanalizowanych zostało 6 przypadków projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu 7 Edukacja RPO WD i 6 przypadków projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD.
W ramach studium przypadku został zbadany również efekt netto zrealizowanych inwestycji tj. efekt przypisany tylko i wyłącznie interwencji publicznej, w przeciwieństwie do efektów brutto. Efekt netto był liczony w sposób odgórny – polegający na wyliczaniu efektu brutto, a następnie oszacowaniu, w jakim stopniu został on spowodowany przez interwencję publiczną (część efektu brutto, która została spowodowana przez interwencję związaną z realizowanym projektem).
Dla każdego z projektów wybranych do studium przypadku określone zostały wskaźniki. Następnie od Beneficjentów zbierane były dane dotyczące poszczególnych wskaźników w okresie przed i po dokonaniu inwestycji. W dalszej kolejności oszacowany został efekt netto poprzez wskazanie wpływu jaki przeprowadzone inwestycje miały w efekcie brutto. Wskazane zostały także inne, kluczowe działania mające wpływ na efekt brutto.

2.1.7. Ankieta internetowa (CAWI, ang. Computer Aided Web Interview)

Badanie za pomocą tej metody opierało się na specjalnie przygotowanym skrypcie, umożliwiającym dotarcie do pełnej próby respondentów i bezproblemowe dla respondentów udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte w narzędziu. Ankieta została wysłana poczta elektroniczną do wszystkich szpitali z obszaru woj. dolnośląskiego (N-51) działających w systemie

publicznej i niepublicznej służby zdrowia (N-51) oraz do wszystkich pozostałych placówek, w których były realizowane projekty w ramach Priorytetu 8 RPO WD świadczących podstawową opiekę zdrowotną i specjalistyczną opiekę ambulatoryjną. (łącznie do 119 placówek służby zdrowia). Docelowo Wykonawca dążył do otrzymania odpowiedzi od każdego podmiotu znajdującego się w operacie. W razie zaistnienia takiej potrzeby (deklaracja respondenta) wywiad mógł zostać przeprowadzony przez telefon lub osobiście.

W celu uzyskania odpowiedniego poziomu responsywności, podjęte zostały trzy próby kontaktu z placówką służby zdrowia objętą badaniem:

1. Nawiązanie kontaktu i przesłanie linku do ankiety (CAWI);
2. W przypadku braku odpowiedzi, przypomnienie drogą elektroniczną, telefoniczną lub ewentualnie przesłanie informacji o badaniu faksem;
3. W razie konieczności, kolejne monitowanie;

Dobór respondentów do próby badawczej miał charakter próby pełnej, co oznacza, że ankieta została przesłana do wszystkich podmiotów zawartych w operacie. Wyniki ankiety CAWI posłużyły do konstrukcji Modelu ekonomicznego będącego częścią niniejszego opracowania.

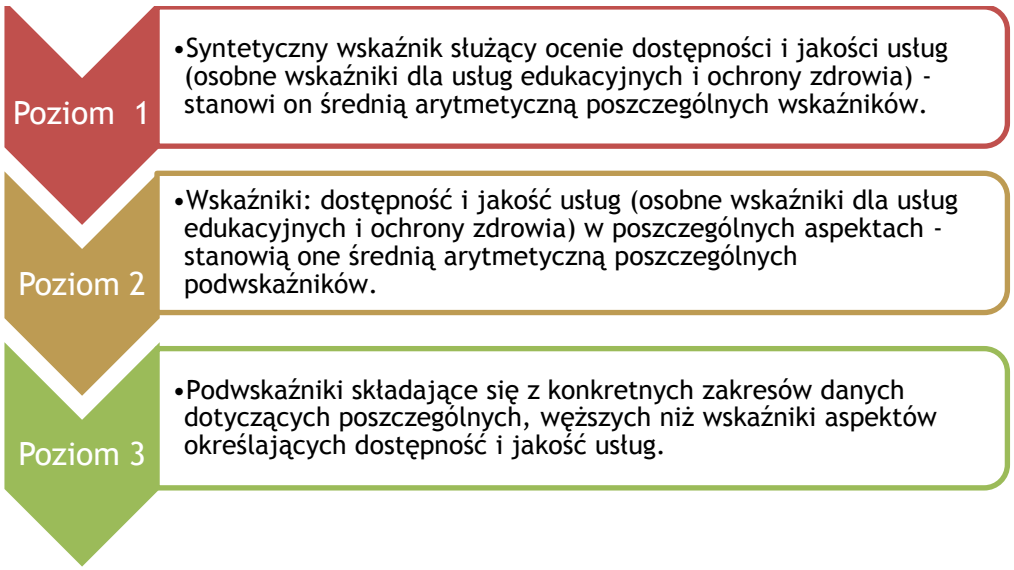
2.1.8. Metoda delficka

W ramach badania realizowanego metodą delficką, Wykonawca skonfrontował wstępne wnioski płynące z badania z opiniami wybranych ekspertów z dziedziny edukacji i zdrowia. Zasięgnięto także ich opinii na temat sformułowanych propozycji rekomendacji. Dzięki temu Wykonawca miał możliwość skonfrontowania wniosków płynących z badania z opiniami ekspertów, praktyków z wybranych dziedzin.

2.1.9. Model ekonomiczny

Przeprowadzona analiza oparta o model ekonomiczny powstała na podstawie zbudowanego zestawu wskaźników zgodnie z następującym schematem:

Tabela 1. Ogólny schemat budowy wskaźników.



Dane zbierane były dla następujących lat: 2007 oraz 2011. Na tej podstawie zbudowane zostały dwa rodzaje wskaźników:

- Wskaźnik prezentujący aktualną sytuację dla roku 2011.
- Wskaźnik prezentujący zmianę w roku 2011 w odniesieniu do roku 2007.

Agregacja terytorialna miała dowolny charakter, przy czym wyniki były rozpatrywane przynajmniej na następujących poziomach:

- Analiza różnic pomiędzy gminami w przypadku komponentu Edukacja.
- Analiza różnic pomiędzy powiatami w przypadku komponentu Zdrowie.

Użyta metoda oparta była na trzech głównych etapach zbierania i analizy danych:

1. Etap doboru zakresów danych oraz łączenia ich w podwskaźnik i wskaźniki.
2. Etap zamiany zakresów danych na punkty, poprzez odniesienie wartości przyporządkowanej każdej gminie (w tym z podziałem na obszary miejskie i wiejskie) do średniej dla wszystkich badanych jednostek terytorialnych.

3. Ustalenie poziomu podwskaźników oraz wskaźników dla każdego z podstawowych obszarów oraz ustalenie poziomu wskaźnika głównego będącego agregatem poszczególnych wskaźników.

Metoda ta polegała na skonstruowaniu zestawu wskaźników określających rzeczywisty potencjał obszarów (województwa[2], a także powiaty w przypadku komponentu Zdrowie, a w przypadku komponentu Edukacja także gminy oraz obszary miejskie i wiejskie) w oparciu o szereg cech standaryzowanych w procesie analitycznym, w razie konieczności także w przedziałach czasowych.

Wskaźniki budowane były w oparciu o dane statystyczne – na poszczególne wskaźniki składają się określone zakresy danych będące ze sobą powiązane.

Wszystkie wskaźniki zostały skonstruowane w taki sposób, że wartości liczbowe są wartościami endogenicznymi i wskazują na rzeczywisty potencjał jednostek (powiaty, gminy, obszary miejskie i wiejskie) w badanych aspektach. Liczba 1,0 oznacza umowny środek skali, a więc średni wynik dla wszystkich jednostek objętych badaniem. Progresja (powyżej 1,0) i regresja (poniżej 1,0) wartości wskaźnika została określana na podstawie procentowego odchylenia w górę lub w dół mierzonej cechy od (określanego dla każdego wskaźnika oddzielnie) umownego środka skali. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług skonstruowany został na zasadzie agregacji poszczególnych wskaźników szczegółowych. Identycznie sytuacja wyglądała w przypadku konstrukcji elementów analizy na każdym z poziomów (podwskaźnik, wskaźniki). W praktyce oznaczało to, że wartości przyjmowane przez poszczególne wskaźniki zostały sumowane, a następnie podzielone przez ich liczbę (średnia arytmetyczna). Choć budowa modelu to umożliwia, zrezygnowano z systemu nadawania poszczególnym wskaźnikom wag – pozwala to na wykluczenie subiektywnego i arbitralnego wpływu nadawania znaczenia poszczególnym elementom. Schemat budowy wskaźników został umieszczony w aneksie niniejszego opracowania.

2.1.10. Analiza mocnych i słabych stron działań podjętych w ramach Priorytetu 7 i 8 RPO WD

Analiza SWOT była ostatnim etapem oceny. Do przeprowadzenia analizy wykorzystane zostały dane uzyskane przy analizie danych zastanych oraz podczas realizacji pozostałych elementów badania. Pozwoliła ona na syntetyczne podsumowanie uzyskanych informacji, poprzez zdefiniowanie mocnych i słabych stron dokonanych do tej pory inwestycji w sprzęt medyczny, a także na określenie szans i zagrożeń jakie mogą zaistnieć w przyszłej perspektywie finansowania. Analiza SWOT została przeprowadzona oddzielnie dla każdego obszaru, czyli oddzielnie dla „Zdrowia" i oddzielenie dla „Edukacji".

[2] Celem wykazania konkurencyjności regionu wobec innych województw porównane zostały dane dla wszystkich województw.

3. Wnioski płynące z badań

3.1. Ocena realizacji celów i wskaźników Priorytetu 7 „Edukacja" oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja"

3.1.1. System edukacji na Dolnym Śląsku – liczebność i struktura

Edukacja jest jedną z dziedzin, która ma ogromny wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy regionu. Analizując zmiany w liczbie szkół na przestrzeni lat 2007-2010 na Dolnym Śląsku, nie można wskazać na występowanie dużych wahań, jedynie wśród średnich szkół zawodowych (technika oraz licea profilowane) nastąpił znaczny spadek ilości placówek.

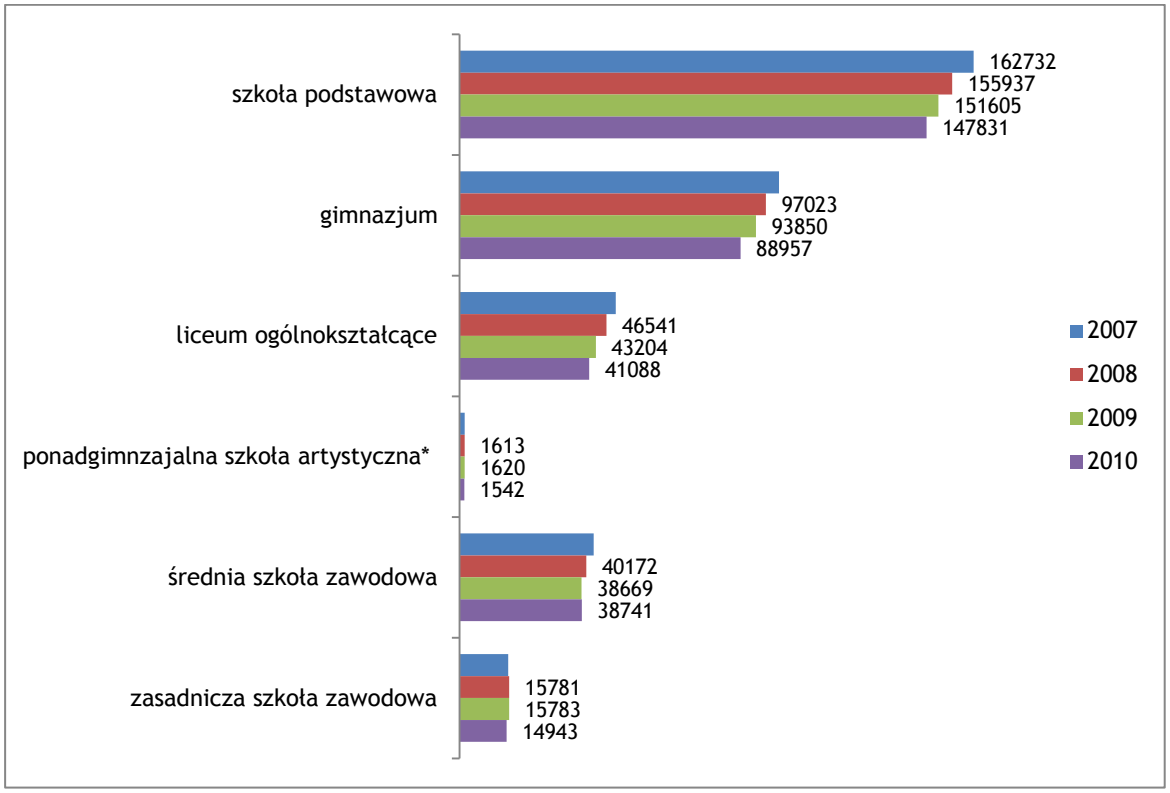
Tabela 2. Liczba szkół wg typu w województwie Dolnośląskim w latach 2007-2010 – opracowanie własne podstawie danych GUS

Typ szkoły	2007	2008	2009	2010
szkoła podstawowa	844	824	822	821
gimnazjum	487	490	492	495
liceum ogólnokształcące	162	159	153	149
ponadgimnzajalna szkoła artystyczna*	21	20	20	20
średnia szkoła zawodowa**	253	236	201	167
zasadnicza szkoła zawodowa	93	94	95	95

*Szkoła artystyczna dająca uprawnienia zawodowe
** Szkoła średnia zawodowa – technikum +liceum profilowane

Na przestrzeni lat 2007-2010 nastąpił zauważalny spadek ilości uczniów wśród wszystkich typów szkół, związane jest to przede wszystkim z niżem demograficznym. Największy spadek liczebności nastąpił w grupie uczniów w przedziale wiekowym 7-12 lat (szkoły podstawowe). Dane zostały zaprezentowane na wykresie na kolejnej stronie.

Wykres 1. Liczebność uczniów w poszczególnych typach szkół w latach 2007-2010 – opracowanie własne na podstawie danych GUS



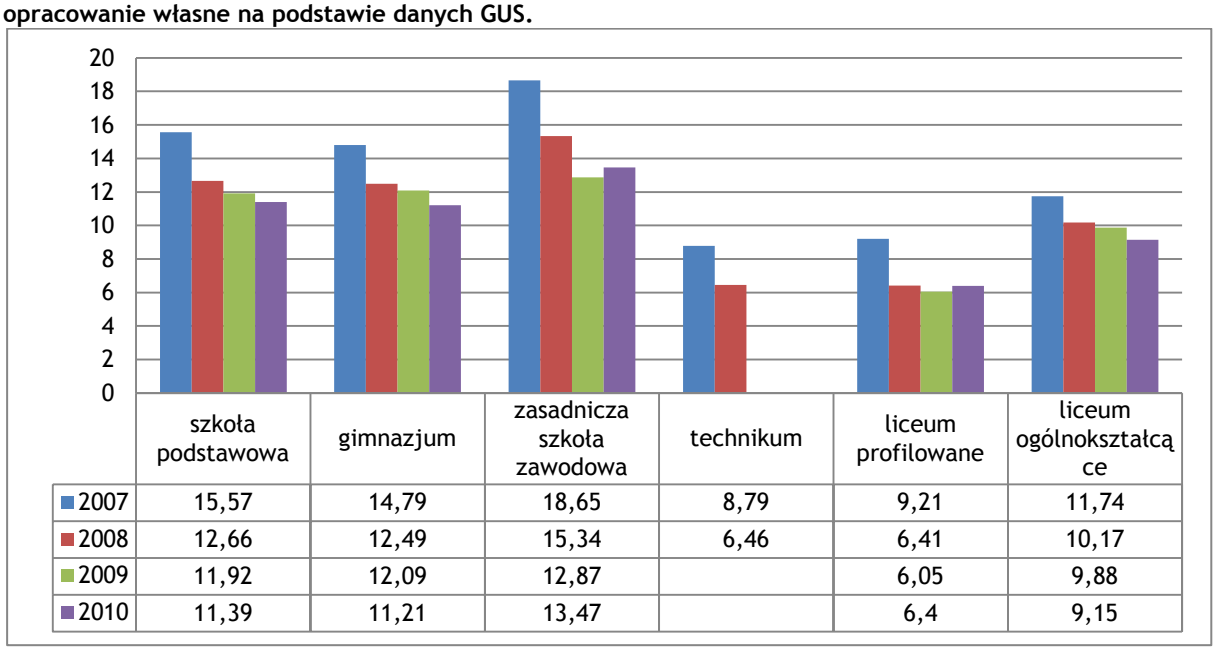
*Szkoła artystyczna dająca uprawnienia zawodowe
** Szkoła średnia zawodowa – technikum +liceum profilowane

Z analizy danych GUS wynika, że na przestrzeni ostatnich lat spadł wskaźnik komputeryzacji wszystkich typów szkół na terenie Dolnego Śląska, co oznacza, że z roku na rok coraz mniej uczniów przypada na jeden komputer z dostępem do Internetu, tym samym zwiększa się dostępność do sprzętu informatycznego.

Trzeba jednak zaznaczyć, że wciąż pojawiają się placówki, które nie posiadają komputera z dostępem do Internetu przeznaczonego dla użytku uczniów (sytuacja taka ma najczęściej miejsce w szkołach podstawowych zlokalizowanych na terenach wiejskich).[3]

[3] *Zob.* Analiza systemu edukacji w świetle zmian demograficznych i społecznych regionu. Określenie zapotrzebowania na edukację na różnych poziomach w regionie w świetle prognoz demograficznych i społecznych – raport z badań, 2010

Wykres 2. Wskaźnik komputeryzacji – uczniowie przypadający na 1 komputer z dostępem do Internetu, przeznaczony do użytku uczniów na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2007-2010 – opracowanie własne na podstawie danych GUS.

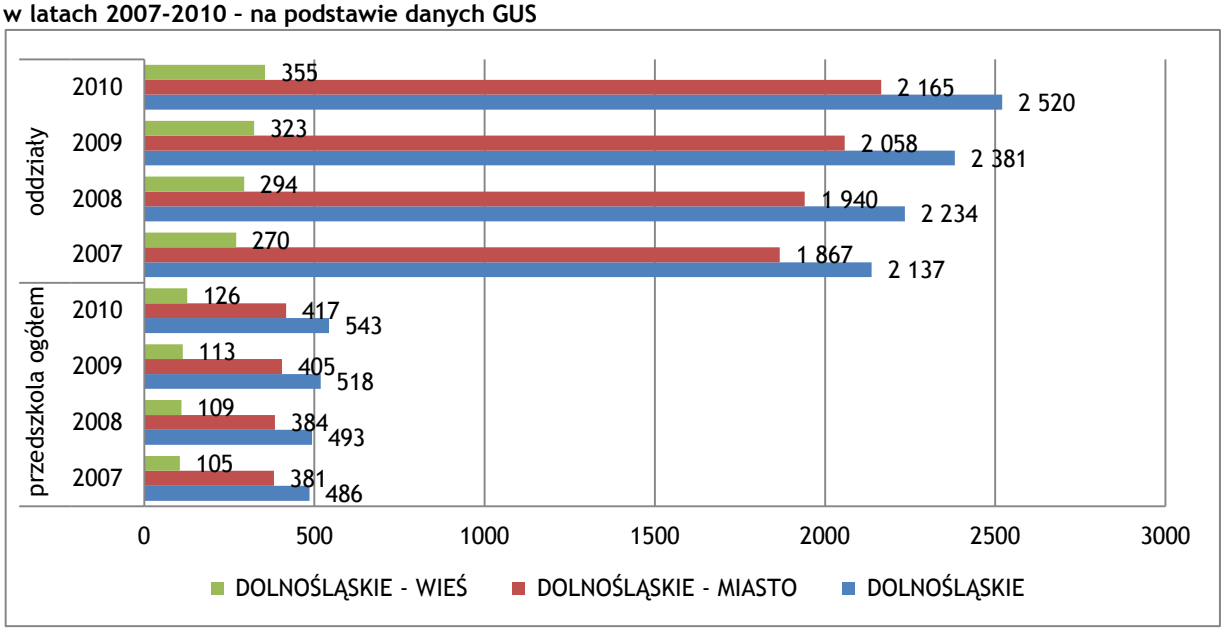


	szkoła podstawowa	gimnazjum	zasadnicza szkoła zawodowa	technikum	liceum profilowane	liceum ogólnokształcące
2007	15,57	14,79	18,65	8,79	9,21	11,74
2008	12,66	12,49	15,34	6,46	6,41	10,17
2009	11,92	12,09	12,87		6,05	9,88
2010	11,39	11,21	13,47		6,4	9,15

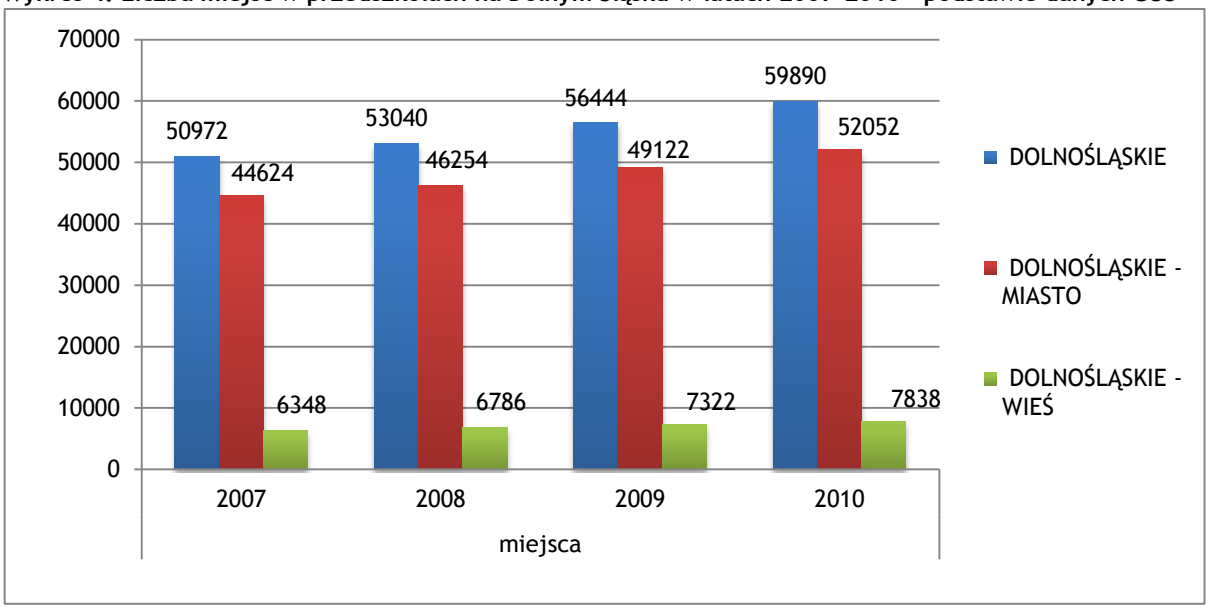
Z analizy danych statystycznych podanych przez GUS wynika, że w latach 2007-2010 poprawiła się dostępność do edukacji przedszkolnej na terenie Dolnego Śląska. Dostępność ta wyraża się głównie poprzez zwiększenie liczby przedszkoli oraz oddziałów przedszkolnych, które determinują miejsca w placówkach wychowania przedszkolnego. Znacznie większy wzrost nastąpił na terenach miejskich niż wiejskich, mimo to zauważalna jest tendencja upowszechniania się edukacji przedszkolnej w całym regionie, zarówno w mieście, jak i na wsi.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Wykres 3. Liczba przedszkoli oraz oddziałów przedszkolnych na terenie Dolnego Śląska w latach 2007-2010 – na podstawie danych GUS



Wykres 4. Liczba miejsc w przedszkolach na Dolnym Śląsku w latach 2007-2010 – podstawie danych GUS



Województwo dolnośląskie zajmuje bardzo ważne miejsce na mapie edukacyjnej kraju w zakresie szkolnictwa wyższego. Pod względem liczy studentów uplasowało się na jednym z czołowych miejsc w kraju. Warto również podkreślić, że w grupie wiekowej 19-24 w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców nastąpił wzrost liczby studentów.

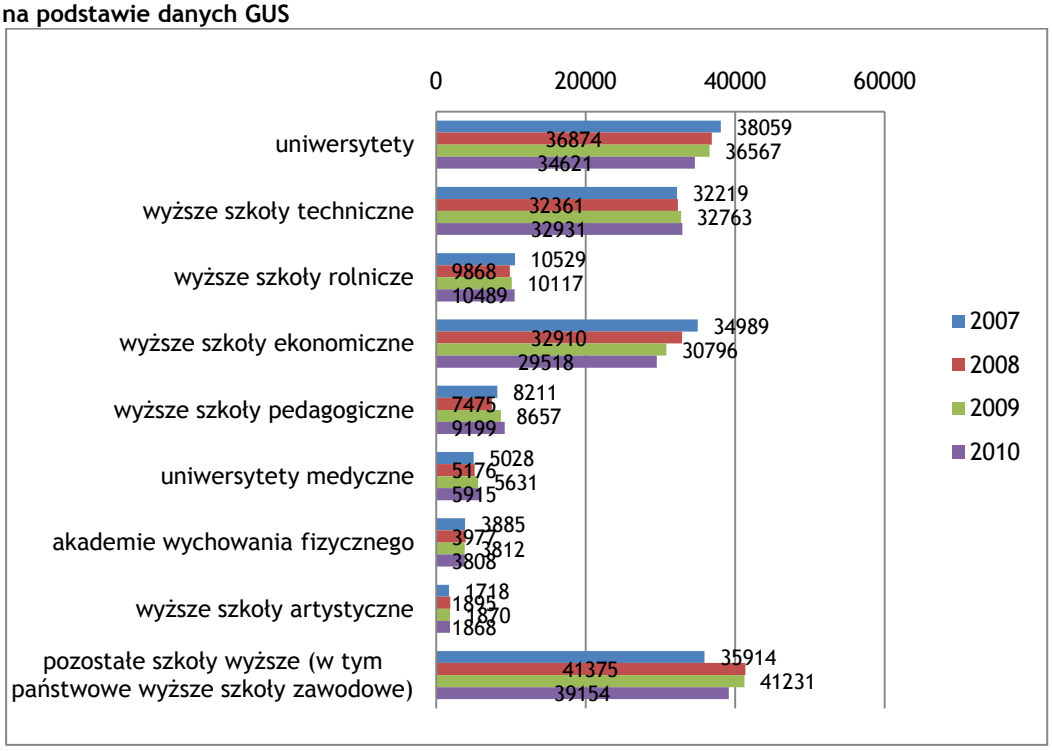
Ponadto, jak wynika z opracowania pn. *„Analiza systemu edukacji w świetle zmian demograficznych i społecznych regionu…”* rozpatrując rozmieszczenie liczby szkół wyższych

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

i studentów w poszczególnych podregionach Dolnego Śląska wyraźnie widać, że szkolnictwo wyższe koncentruje się głównie we Wrocławiu. W 2009 roku ponad 66% wszystkich uczelni znajdujących się na terenie województwa dolnośląskiego zlokalizowanych było we Wrocławiu. W przypadku liczby studentów dominacja ta jest jeszcze bardziej widoczna, gdyż aż 85% z liczby ogólnej studentów Dolnego Śląska studiowało w jego stolicy.[4]

Należy także zwrócić uwagę na fakt, że choć dominują studenci kształcący się na kierunkach uniwersyteckich i ekonomicznych, to na przestrzeni lat 2007-2010 systematycznie wzrastała liczba studentów kształcących się na kierunkach technicznych, w 2010 roku niemalże dorównując liczbie studentów uniwersyteckich. Potwierdzają to również autorzy opracowania pn."Analiza systemu edukacji w świetle zmian demograficznych i społecznych regionu…", wskazując, że relatywnie więcej studentów kształciło się na kierunkach inżynieryjno-technicznych, informatycznych, architektury i budownictwa, ekonomii i administracji, produkcji i przetwórstwa oraz usług dla ludności. Z kolei relatywnie mniej studentów, niż średnio w kraju, kształciło się w kierunkach społecznych, pedagogicznych czy humanistycznych, po ukończeniu których absolwentom znacznie trudniej jest znaleźć pracę zgodną z wykształceniem.[5]

Wykres 5. Liczba studentów wg typów szkół wyższych w województwie Dolnośląskim w latach 2007-2010 – na podstawie danych GUS



[4] *Zob*. Analiza systemu edukacji w świetle zmian demograficznych i społecznych regionu. Określenie zapotrzebowania na edukację na różnych poziomach w regionie w świetle prognoz demograficznych i społecznych – raport z badań, 2010
[5] *ibidem*

3.1.2. Projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja", a cele programu RPO WD oraz Priorytetu 7

Cele Regionalnego Programu **O**peracyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (RPO) są spójne ze Strategią Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku (SRWD), wpisują się też w cele Polityki Spójności wspierającej wzrost gospodarczy i zatrudnienia przedstawione w Strategicznych Wytycznych Wspólnoty dla spójności (SWW) oraz na poziomie krajowym w Narodowych Strategicznych Ramach Odniesienia (NSRO). Ustalając strategię programu uwzględniono również potrzebę zdynamizowania realizacji odnowionej Strategii Lizbońskiej określoną na szczeblu państw członkowskich w „Zintegrowanym Pakiecie Wytycznych dla Wzrostu Zatrudnienia na lata 2005-2008", a w Polsce w „Krajowym Programie Reform na lata 2005-2008 na rzecz realizacji Strategii Lizbońskiej"(KPR)[6].

W Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego edukacja zajmuje szczególne miejsce stanowiąc zarówno cel sam w sobie, jak i podstawowe narzędzie w osiąganiu pozostałych celów strategicznych. Projekty realizowane w ramach RPO WD realizowały cel strategii zwiany z rozwojem sfery społecznej poprzez następujące działania sformułowane w ramach Priorytetu 3 Strategii: Poprawa jakości i efektywności systemu edukacji i badań naukowych, który miał być realizowany poprzez następujące:

1. Zapewnienie powszechnego dostępu do technologii informacyjno-komunikacyjnych.
2. Zwiększenie liczby studiujących na kierunkach matematyczno przyrodniczych i technicznych.
3. Kształtowanie drożnego systemu edukacyjnego umożliwiającego kształcenie ciągłe.
4. Dostosowanie oferty edukacyjnej do faktycznych potrzeb indywidualnych odbiorców i rynku pracy.
5. Wzmocnienie powiązań edukacji z gospodarką, nauką oraz środowiskiem lokalnym. [7]

Głównym celem RPO WD było i jest: ***Podniesienie poziomu życia mieszkańców Dolnego Śląska oraz poprawa konkurencyjności regionu przy respektowaniu zasad zrównoważonego rozwoju***. Cel główny był realizowany poprzez 3 cele szczegółowe, przy czym jeden z nich odnosił się do obszaru Edukacji: ***Poprawa bytu mieszkańców i wzrost konkurencyjności regionu poprzez modernizację i rozbudowę infrastruktury społecznej***. Cel ten dotyczy warunków bytowych ludności w wielu aspektach m.in. dostępności i jakości usług edukacyjnych, kulturalnych

[6] Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013
[7] Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku przyjęta uchwałą Sejmiku Województwa Dolnośląskiego nr XLVIII/649/2005 z dnia 30 listopada 2005 roku

i zdrowotnych. Był realizowany w ramach trzech Priorytetów RPO WD (Priorytety 7-9) w tym Priorytetu 7 Edukacja i dwóch działań tego Priorytetu:

- 7.1 Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego;
- 7.2 Rozwój infrastruktury placówek edukacyjnych.

W ramach Priorytetu 7 wsparcie miały uzyskać przedsięwzięcia w zakresie edukacji mające na celu zwiększenie jej efektywności, atrakcyjności programowej, unowocześnienie poprzez inwestycje związane z infrastrukturą obiektów edukacyjnych (wraz z niezbędnym, nowoczesnym wyposażeniem dydaktycznym), ich bazy socjalnej i zaplecza sportowego. Wsparcie miało dotyczyć placówek edukacyjnych od etapu przedszkolnego po szkolnictwo wyższe, placówek uwzględniających specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży, jak również ośrodków prowadzących działalność związaną z kształceniem i doskonaleniem zawodowym osób dorosłych, w tym nauczycieli. Ze względu na niewystarczające, w stosunku do potrzeb rynkowych, kształcenie zawodowe młodzieży wsparciem objęte miały zostać również przedsięwzięcia inwestycyjne w infrastrukturę bazy dydaktycznej służącej praktycznemu kształceniu zawodowemu w szkołach ponadgimnazjalnych[8].

Jeśli chodzi o Działanie 7.2 podstawowym jego celem była poprawa warunków nauczania i możliwości rozwoju osób uczących się poprzez przedsięwzięcia inwestycyjne w placówkach edukacyjnych. Cel ten miał zostać osiągnięty przez realizację projektów podnoszących efektywność oraz popularyzujących nauczanie przedmiotów technicznych, przyrodniczych i matematycznych. Ponadto wspierany miał być rozwój bazy dydaktycznej służącej praktycznemu kształceniu zawodowemu i ustawicznemu. Zgodnie z zapisami zły stan infrastruktury oświatowej oraz braki w wyposażeniu były szczególnie widoczne na obszarach wiejskich. Dotyczy to m.in. braku odpowiedniej i właściwie wyposażonej infrastruktury sportowej wykorzystywanej w systemie edukacyjnym. W ramach działania wspierane były również inicjatywy mające na celu wyrównywanie szans edukacyjnych dzieci w wieku 3-6 lat (preferowane były projekty dotyczące wyrównywania szans edukacyjnych na terenach wiejskich i małych miast) oraz przedsięwzięcia inwestycyjne, których celem była poprawa jakościowa i ilościowa infrastruktury placówek prowadzących działalność dla dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Wszystkie inwestycje infrastrukturalne w publicznym systemie edukacji miały wynikać z racjonalizacji sieci placówek edukacyjnych (dotyczy to wyłącznie placówek przedszkolnych, szkolnych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych i kształcenia ustawicznego). Istotnym elementem wszystkich przedsięwzięć realizowanych w tym działaniu miało być uwzględnienie potrzeb osób niepełnosprawnych. W ramach

[8] Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013(Uszczegółowienie RPO WD), rok 2012

realizowanych projektów możliwe było zastosowanie nowoczesnych technologii energooszczędnych, dotyczących m.in. termomodernizacji oraz wykorzystania energii słonecznej[9].

Działanie 7.1 Priorytetu 7 było adresowane do uczelni wyższych z obszaru woj. dolnośląskiego. Celem tego działania była poprawa warunków infrastrukturalnych ośrodków akademickich służących podniesieniu jakości i zwiększeniu dostępności kształcenia na poziomie wyższym z uwzględnieniem e-usług w edukacji. Ze względu na potrzebę rozwoju regionalnej gospodarki opartej na wiedzy oraz potrzebę dostosowania nauczania do potrzeb rynku pracy dofinansowane miały być projekty w dziedzinach nauk inżynieryjnych, technicznych, matematycznych i przyrodniczych, co wynikało z potrzeby zwiększenia liczby specjalistów w tych dziedzinach[10].

W ramach Priorytetu 7 narastająco od momentu uruchomienia Programu wartość dofinansowania ze środków EFRR dla 104 pozytywnie ocenionych wniosków o dofinansowanie wynosiła 500 502 849, 75 PLN. Wykorzystanie alokacji Priorytetu w pozytywnie ocenionych wnioskach o dofinansowanie stanowi 119,83%. Ze względu na wcześniejsze uruchomienie naborów, alokacja na Priorytet została już wyczerpana, do wykorzystania pozostaną jedynie środki powstałe w wyniku oszczędności w projektach już realizowanych. Projekty, które otrzymały największe kwoty dofinansowania były to przede wszystkim projekty realizowane w trybie indywidualnym w ramach Działania 7.1 infrastruktura szkolnictwa wyższego (związane z naukami techniczno przyrodniczymi):

- *Budowa kompleksu edukacyjno-badawczego GEOCENTRUM Politechniki Wrocławskiej (Etap I)* – 46 711 455 zł (tryb indywidualny);
- *Budowa i wyposażenie Ośrodka Badawczo-Naukowo-Dydaktycznego Dolnośląskiej Farmacji we Wrocławiu* – 34 682 445 zł (tryb indywidualny);
- *Dolnośląskie Centrum Informacji Naukowej i Ekonomicznej* 29 172 150 (tryb indywidualny);
- *Centrum Nauk o Żywności i Żywieniu* - 27 731 550 zł (tryb indywidualny);

Łączna kwota dofinansowana przeznaczona na Działanie 7.1 Priorytetu 7 dotyczące infrastruktury szkolnictwa wyższego (projekty przyjęte do dofinansowania) wyniosła 196 033 080 zł, natomiast na Działanie 7.2 dotyczące infrastruktury placówek edukacyjnych 248 077 734 zł. Największa kwota w ramach obszaru Edukacji została ulokowana we Wrocławiu, ze względu na lokalizacje w tym mieście największych ośrodków akademickich.

W ramach Działania 7.2 RPO WD zostało zrealizowanych 60 projektów. Jeśli chodzi o podział na typy szkół, w jakich były zrealizowane przedsięwzięcia i typy realizowanych działań, to[11]:

[9] *ibidem*
[10] *ibidem*
[11] Informacje na podstawie analizy wniosków o dofinansowanie

- 11 projektów zostało zrealizowanych w szkołach podstawowych, 8 z tych projektów było związanych z infrastrukturą sportową i wspieraniem kierunku jakim jest wychowanie fizyczne, we wszystkich projektach dokonano budowy, modernizacji całej szkoły lub jej części.

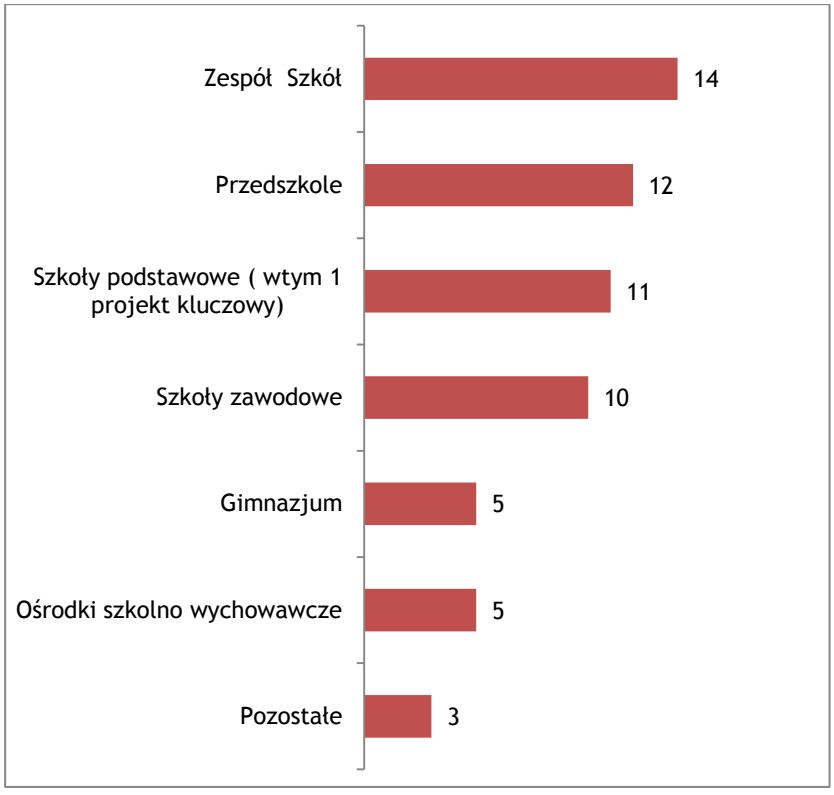
W szkołach podstawowych (na obszarze 120 gmin) był również realizowany projekt „Pracowania przyrodnicza w każdej gminie" beneficjentem projektu był Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego i był to projekt wpisany na listę projektów indywidualnych (kluczowych dla rozwoju województwa). Założeniem projektu był zakup i wyposażenia 118 pracowni przyrodniczych służących realizacji zajęć, z wykorzystaniem eksperymentu uczniowskiego, w ramach bloku przedmiotowego przyroda w klasach IV-VI szkół podstawowych oraz dwóch pracowni specjalistycznych, zlokalizowanych w ośrodkach edukacji ekologicznej (łącznie projekt objął 120 pracowni). Dostarczony sprzęt miał pozwolić na zaprojektowanie i przeprowadzanie większości doświadczeń uczniowskich przewidzianych w programach nauczania przedmiotu przyroda oraz na rozwijanie zainteresowań i umiejętności uczniów związanych z poznawaniem i badaniem środowiska naturalnego oraz jego ochroną. Na wyposażeniu pracowni miały znaleźć się również odpowiednie multimedia pozwalające na wizualizację przebiegu i wyników prowadzonych eksperymentów, a także interaktywne systemy informatyczne umożliwiające bieżące i efektywne sprawdzanie wiedzy i umiejętności uczniów. Projekt miał znaczenie, jeśli chodzi o wzbudzanie zainteresowania uczniów szkół podstawowych naukami przyrodniczymi, co idzie za tym być może wybór takiego kierunku kształcenia w przyszłości.

- 14 projektów zostało zorganizowanych w Zespołach Szkół, w tym 6 projektów dotyczyło budowy hali sportowej lub sportowo widowiskowej, natomiast 8 rozbudowy lub modernizacji obiektów szkolnych;
- 5 projektów zostało zrealizowanych w gimnazjach w tym wszystkie dotyczyły budowy sali gimnastycznej lub hali sportowej;
- 12 projektów dotyczyło wychowania przedszkolnego, były to projekty dotyczące budowy lub modernizacji obiektu wraz z wyposażeniem, projekty były realizowane przede wszystkim na obszarach wiejskich na terenie gmin Wądroże Wielkie, Legnickie Pole, Domaniów, Lubań, Prochowice, Jerzmanowa, Lubin – miasto Marciszów, Przeworno, Kunice, Pielgrzymka, Udanin;
- 10 projektów zostało zrealizowanych w szkołach zawodowych w tym 3 projekty dotyczyły wyposażenia pracowni kształcenia praktycznej nauki zawodu, natomiast 7 modernizacji obiektu lub modernizacji wraz z wyposażeniem;
- jeden z projektów *„Modernizacja centrów kształcenia zawodowego na Dolnym Śląsku"* był kompleksowy i dotyczy unowocześnienia sytemu edukacji zawodowej na Dolnym Śląsku poprzez stworzenie branżowych centrów kształcenia w 7 branżach i 9 powiatach oraz doposażenie ich w nowoczesny sprzęt specjalistyczny do prowadzenia zajęć dydaktycznych, odpowiadających

potrzebom gospodarki opartej na wiedzy. Był realizowany w takich miejscowościach jak: Bolesławiec, Jelenia, Góra, Głogów, Legnica, Polanica Zdrój, Świdnica, Wałbrzych, Oleśnica, Wrocław, Biedrzychowice, Bożków, Nowa Ruda, Strzegom, Bystrzyca Kłodzka, Stronie Śląskie, Syców, Kudowa-Zdrój, Kłodzko, Żarów, Świebodzice;

- 5 projektów zostało zorganizowanych w ośrodkach szkolno-wychowawczych, w tym 5 dotyczyło przebudowy lub modernizacji budynku natomiast dwa projekty rozbudowy infrastruktury sportowej, z czego jeden pn."Budowa infrastruktury sportowo-rehabilitacyjnej w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym Dzieci Niewidomych we Wrocławiu" znajdował się liście projektów kluczowych;
- jeden projekt był realizowany w ośrodku rehabilitacyjno-wychowawczym;
- jeden projekt był realizowany w centrum szkoleniowym (Projekt: Regionalne Centrum Szkoleń Spawalniczych i Operatorskich w Lubinie -budowa i wyposażenie budynku szkoleniowo-instruktażowego);
- jeden projekt był realizowany w szkole policealnej i dotyczył modernizacji obiektu (*Rozbudowa i modernizacja Nauczycielskiego Kolegium Języków Obcych we Wrocławiu*).

Wykres 6. Liczba projektów w podziale na typy szkół, w jakich były realizowane w ramach Działania 7.2 Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD



**W zakresie szkolnictwa podstawowego był realizowany projekt kluczowy adresowany do 120 szkół z różnych gmin*

Na 28 projektów dotyczących szkół podstawowych, gimnazjów, w tym 2 szkół specjalnych:

- 20 inwestycji związanych było z budową lub modernizacją infrastruktury sportowej (sale gimnastyczne);
- 8 inwestycji skierowanych było na rozbudowę i modernizację obiektów szkolnych.

W ramach Działania 7.1 zostało zrealizowanych 17 projektów na terenie 14 Uczelni Wyższych. Były to takie ośrodki jak: Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Politechnika Wrocławska (2 projekty), Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy, Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu, Akademia Sztuk Pięknych im. Eugeniusza Gepperta we Wrocławiu, Wyższa Szkoła Filologiczna we Wrocławiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Wyższa Szkoła Zarządzania i Finansów we Wrocławiu, Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze, Uniwersytet Wrocławski, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu (3 projekty). 6 projektów znalazło się na liście projektów kluczowych dla rozwoju województwa i było realizowanych w trybie indywidualnym. Wsparcia udzielono dla takich kierunków kształcenia jak: ekonomiczny, wychowanie fizyczne, farmacja, techniczny, artystyczny, filologiczny, prawo i administracja, nauki przyrodnicze, techniczno-przyrodniczy.

- 6 ze zrealizowanych projektów dotyczyło budowy obiektów wraz z zakupem wyposażenia (wyposażeniem pracowni i laboratoriów);
- 5 projektów dotyczyło zakupu infrastruktury informatycznej i wprowadzenia e-learningu;
- 5 projektów dotyczyło modernizacji obiektów;
- 1 projekt był związany z infrastrukturą sportową.

Wśród 17 projektów realizowanych w ramach działania 7.1 (dotyczących szkół wyższych) 5 inwestycji w bezpośredni sposób było skierowanych na wsparcie preferowanych kierunków kształcenia, a dokładniej: 4 projekty dotyczyły wparcia kierunków przyrodniczych, 1 projekt dotyczył kierunku technicznego.

Wśród efektów zrealizowanych inwestycji wymieniane były przez beneficjentów Priorytetu 7 przede wszystkim: polepszenie warunków nauki studentów/uczniów, polepszenie warunków pracy kadry dydaktycznej, polepszenie jakości świadczonych dotychczas usług edukacyjnych, zwiększenie dostępu uczniów do bazy dydaktycznej, a także zwiększenie dostępu uczniów z niepełnosprawnościami do usług oferowanych przez placówkę.

Realizowane inwestycje w najmniejszym stopniu przyczyniły się do wykorzystania placówki do celów kształcenia ustawicznego, wykorzystaniu placówki, jako centrum edukacji społeczności

lokalnej, udostępnienia placówki dla szerszego grona odbiorców np. mieszkańców środowiska lokalnego.

Realizowane inwestycje miały wymiar przede wszystkim związany z polepszeniem warunków nauczania oraz dostępu uczniów do bazy dydaktycznej, natomiast w mniejszym stopniu służyły wprowadzeniu na teren placówki nowych zajęć dydaktycznych, nowego zakresu świadczonych usług, nowoczesnych technik nauczania, czy też udostępnieniu placówki na potrzeby kształcenia ustawicznego. Dane zostały zaprezentowane na wykresie poniżej.

Wykres 7. Efekty zrealizowanych inwestycji w ramach Priorytetu 7 „Edukacja „ RPO WD

Pytanie 4. Przeczytam teraz kilka stwierdzeń. Przy każdym z nich proszę powiedzieć czy inwestycja przyczyniła się do uzyskania następującego efektu? (suma odpowiedzi zdecydowanie tak i raczej tak); **N-75**

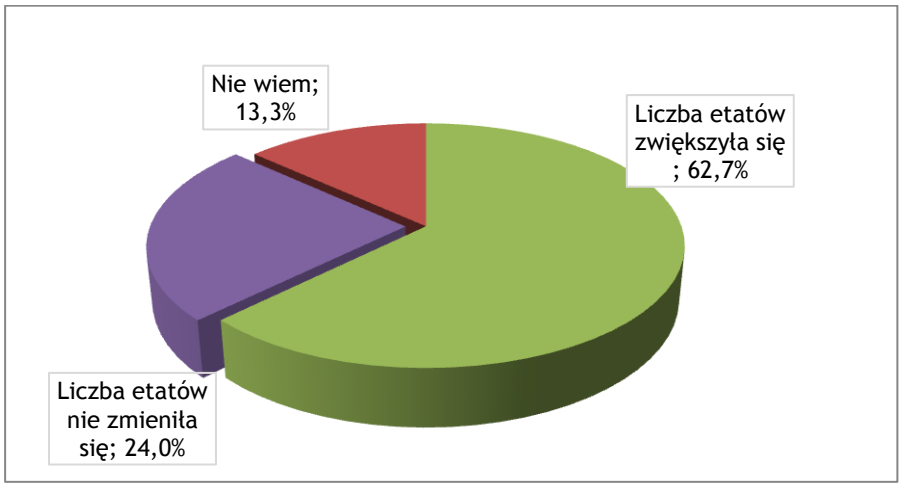
Jednym z ważnych efektów inwestycji realizowanych w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zarówno z punktu widzenia celów programu, jak i założeń i celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020, był wzrost zatrudnienia (utworzenie nowych etatów).

Około 87% badanych respondentów zadeklarowało, że w wyniku zrealizowanych inwestycji dofinansowanych w ramach Priorytetu 7 RPO WD zmianie uległa liczba etatów, przy czym w przypadku 62,7% projektów liczba etatów uległa zwiększeniu. W badaniu telefonicznym 47 beneficjentów stwierdziło, że nastąpiła taka zmiana (na poziomie deklaracji we wnioskach o dofinansowanie taką zmianę zadeklarowano również na poziomie 47 projektów). Na podstawie wyników badań CATI możemy powiedzieć, że w przypadku 4 projektów utworzono jeden etat, w przypadku 11 projektów – 2 etaty, w przypadku 8 projektów utworzono 3-4 etaty, w przypadku 10 projektów utworzono 5-6 etatów, natomiast powyżej 9 etatów w przypadku 7 projektów. W żadnym przypadku beneficjenci nie zadeklarowali, że liczba etatów została zredukowana. Z deklaracji beneficjentów wynika, że łącznie utworzono 235 etatów na terenie placówek objętych inwestycjami.

Większość beneficjentów biorących udział w badaniu telefonicznym (N-75) zadeklarowało, że zakupiony w ramach projektu sprzęt /zmodernizowane pomieszczenia są w pełni wykorzystywane (przypadki zakończonych inwestycji) - 96%. Przeciwnego zdania było 4% respondentów (3 beneficjentów), przyczyną braku pełnego wykorzystania sprzętu było to, że projekt jest w trakcie realizacji i obiekty nie zostały jeszcze udostępnione.

Wykres 8. Odsetek beneficjantów Priorytetu 7 RPO WD deklarujących utworzenie etatów w wyniku zrealizowanej inwestycji

Pytanie. W jaki sposób zrealizowana inwestycja wpłynęła na liczbę etatów w placówce? N-75

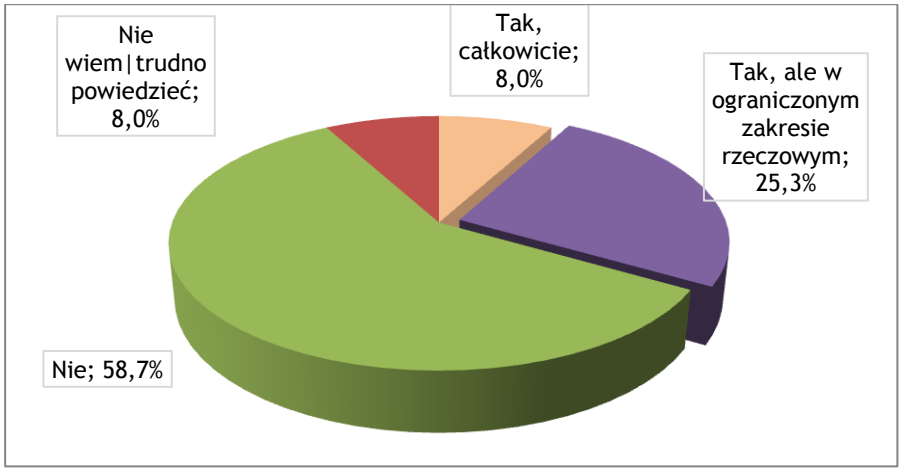


Tylko 8,0% beneficjentów stwierdziło, że inwestycja zostałyby zrealizowana pomimo braku dofinansowania (n-8 respondentów), natomiast 25,3%, że zostałby zrealizowana w ograniczonym

zakresie rzeczowym. W 58,7% przypadków w ogóle nie doszłoby do realizacji inwestycji, co potwierdza dodatkowo zasadność wydatkowanych środków.

Wykres 9. Możliwości realizacji przeprowadzonych w ramach Priorytetu 7 RPO WD inwestycji mimo braku dofinansowania ze środków UE

Pytanie. Czy inwestycja/e został-aby/-yby zrealizowana/e pomimo braku dofinansowania ze środków unijnych w ramach Priorytetu 8 RPO WD? **N-74**



3.1.3. Wybierane przez beneficjentów wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektu, wartości docelowej wskaźnika realizacji celu szczegółowego (III) programu RPO WD oraz wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu celu Priorytetu 7 „Edukacja"

Zasady doboru i określania docelowych wartości wskaźników ustalone są w dokumentacji konkursowej dla danego naboru wniosków o dofinansowanie oraz w załączniku nr 3 do wytycznych Ministra Rozwoju Regionalnego w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej. Zgodnie z powyższym beneficjent przedstawia zaplanowane do osiągnięcia cele realizacji projektu w postaci mierzalnych wskaźników określonych w części wniosku o dofinansowanie projektu. Na poziomie projektu wyróżnia się dwie kategorie wskaźników: produktu i rezultatu. **Wskaźniki produktu** odnoszą się przede wszystkim do rzeczowych postępów realizacji projektu, które osiągane są w trakcie jego realizacji. Natomiast **wskaźniki rezultatu** odzwierciedlają efekty wynikające z wdrożenia projektu, możliwe do zmierzenia z chwilą jego zakończenia. Beneficjenci są zobowiązani do prowadzenia systematycznych pomiarów i informowania przedstawicieli IZ RPO WD odnośnie osiągniętych wartości wszystkich wskaźników zaplanowanych we wniosku o dofinansowanie, tj. wskaźników wybranych z listy przedstawionej przez IZ RPO WD oraz wskaźników autorskich. Częstotliwość dokonywania przez beneficjenta pomiarów poszczególnych wskaźników uzależniona jest głównie od okresu realizacji projektu,

zakończenia poszczególnych etapów jego realizacji i obowiązku zachowania osiągniętych efektów zrealizowanego projektu (w trakcie i na zakończenie realizacji projektu, jak również w okresie trwałości projektu). Wyniki przeprowadzonych pomiarów dla poszczególnych wskaźników należy podawać we wnioskach o płatność (część dot. przebiegu realizacji projektu) i sprawozdaniach z trwałości projektów, które zgodnie z postanowieniami umowy o dofinansowanie składane są do Instytucji Zarządzającej RPO WD. Osiągnięte wartości wszystkich wskaźników podanych przez beneficjenta we wniosku o dofinansowanie są przedmiotem kontroli na miejscu realizacji projektu. Przyjęty system umożliwia prowadzenie monitoringu postępów na poziomie Działania, danej osi priorytetowej RPO WD, a także w zakresie wskaźników kluczowych w ramach Krajowego Systemu Informatycznego (KSI, SIMIK 07-13). Wskaźniki z listy wskaźników kluczowych w KSI pozwalają na dostarczenie aktualnych informacji odnośnie rzeczowych efektów wdrażania funduszy Unii Europejskiej w przekroju terytorialnym, według sektorów gospodarki, rodzaju beneficjenta, obszaru realizacji, itd. Naruszenie zasad monitorowania wskaźników może stanowić przesłankę do rozwiązania umowy o dofinansowanie i w konsekwencji konieczność zwrotu przez beneficjenta całości lub części pobranego dofinansowania.

Każdy ze wskaźników wybranych przez beneficjenta miał posiadać następujące cechy[12]:

- **trafność** - wskaźnik powinien być dostosowany do charakteru projektu oraz oczekiwanych efektów związanych z jego realizacją;
- **mierzalność** - wskaźnik powinien być kwantyfikowalny, a więc wyrażony w wartościach liczbowych;
- **wiarygodność** - wskaźnik powinien być zdefiniowany w taki sposób, aby jego ewentualna weryfikacja nie nastręczała trudności;
- **dostępność** - wskaźnik powinien być łatwy do wygenerowania;
- **określenie w czasie** - powinien zostać określony rok osiągnięcia wartości docelowej wskaźnika.

Dobierając wskaźniki produktu i rezultatu opisujące projekt beneficjenci są zobowiązani wykorzystać w pierwszej kolejności **wskaźniki opisujące cele i priorytety Programu**, które w Uszczegółowieniu RPO WD są oznaczone symbolem RPO, a w rozwijanej liście są wyróżnione poprzez gwiazdkę (*). Jeżeli użycie tych wskaźników jest niemożliwe lub niecelowe ze względu na charakter projektu beneficjent ma wykorzystać **wskaźniki agregowane w Krajowym Systemie Informatycznym**, które w Uszczegółowieniu RPO WD są oznaczone symbolem MRR, a na rozwijanej liście są wyróżnione poprzez dwie gwiazdki (**). Jeżeli użycie tych wskaźników również jest

[12] Poradnik dla beneficjenta – str. 54

niemożliwe lub niecelowe to należało skorzystać z pozostałych wskaźników lub zaproponować własny[13].

Wskaźnik ***„Liczba bezpośrednich utworzonych miejsc pracy”*** **jest wskaźnikiem celu głównego RPO WD.** Jest to obowiązkowy wskaźnik dla każdego projektu realizowanego w ramach Programu, za wyjątkiem priorytetu Pomoc Techniczna. W sytuacji, gdy w wyniku projektu nie było planowane utworzenie miejsca pracy, należały przedstawić w tym miejscu wartość „0”.
Zgodnie z zawartymi umowami w ramach Priorytetu 7 RPO WD było planowanych do utworzenia 228,24 nowych miejsc pracy, do końca 2011 utworzono 117,32 etatów. Deklaracja wzrostu zatrudnienia została określona na poziomie 45 wniosków o dofinansowanie, w przypadku 28 wniosków beneficjenci wpisali wartość 0.

Pozostałe wskaźniki opisujące cele i priorytety RPO WD wraz z określeniem wartości docelowej i osiągniętej zostały zamieszczone w tabelach na kolejnej stronie[14].

Jak wynika z prezentowanych danych największe trudności występują z osiągnięciem wskaźnika ***Liczba studentów korzystających z efektów projektów (z wyłączeniem e-edukacji*)**. Do końca 2011 roku został on osiągnięty na poziomie 0,25%, natomiast na podstawie zapisów w umowach wskaźnik tez może zostać osiągnięty na poziomie 41,76% do końca 2013 roku. Sytuacja ta jest z jednej strony spowodowana tym, że większość wskaźników została zaplanowana do osiągnięcia do 2012/13 roku, z drugiej strony nie wszyscy beneficjenci Działania 7.2 dokonali wyboru tego wskaźnika. Negatywnie na wartość docelową wskaźnika może również oddziaływać niż demograficzny prowadzący do zmniejszania się liczby studentów na uczelniach wyższych.

Kolejnym wskaźnikiem osiągniętym w niewystarczającym stopniu jest wskaźnik - ***Liczba studentów kierunków inżynieryjno - technicznych, matematycznych (w tym: informatycznych i przyrodniczych) korzystających z efektów projektów)***. Do końca 2011 roku został on osiągnięty na poziomie 29,63% natomiast na podstawie zapisów w umowach wskaźnik tez może zostać osiągnięty na poziomie 112,38% do końca 2013 roku. Zagrożeniem dla realizacji wskaźnika mogą być takie czynniki zewnętrzne jak niż demograficzny, w drugiej strony zbyt mała liczba projektów w kierunkach inżynieryjno - technicznych, matematycznych (w tym: informatycznych i przyrodniczych).

[13] Poradnik dla beneficjenta – str. 55
[14] Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (Uszczegółowienie RPO WD); rok 2012, str.2010

Tabela 3. Lista wskaźników opisujące cele i priorytety Programu zawartych w uszczegółowieniu RPO WD – Działanie 7.1

Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego						
7.1.	produkt	Liczba projektów dotyczących infrastruktury szkolnictwa wyższego	szt.	IZ RPO	Wartość docelowa: 0 (2010) 10 (2013) 12 (2015)	Wartość osiągnięta: 15 (125%)
7.1.	rezultat	Liczba studentów kierunków inżynieryjno - technicznych, matematycznych (w tym: informatycznych i przyrodniczych) korzystających z efektów projektów	osoby	beneficjent	Wartość docelowa: 0 (2010) 10 000 (2013) 12 000 (2015)	Wartość osiągnięta: 3 555 (29,63%)
7.1.	rezultat	Liczba studentów korzystających z efektów projektów (z wyłączeniem e-edukacji)	osoby	beneficjent	Wartość docelowa: 0 (2010) 25 000 (2013) 32 000 (2015)	Wartość osiągnięta: 79 (0,25%)

Tabela 4. Lista wskaźników opisujące cele i priorytety Programu zawartych w uszczegółowieniu RPO WD – Działanie 7.2

Rozwój infrastruktury placówek edukacyjnych						
7.2.	produkt	Liczba projektów zrealizowanych w ramach działania, w tym: - liczba projektów dotyczących infrastruktury kształcenia ustawicznego i zawodowego	szt.	IZ RPO	Wartość docelowa: ogółem 0 (2010), 52 (2013), 66 (2015); kształcenie ustawiczne i zawodowe 0 (2010), 4 (2013), 6 (2013)	Wartość osiągnięta: Liczba projektów 45 (58%) kształcenie ustawiczne i zawodowe – 7 (117%)
7.2.	rezultat	Liczba miejsc w przedszkolach na obszarach wiejskich wspartych w ramach priorytetu	osoby.	beneficjent	Wartość docelowa: 0 (2010) 240 (2013) 300 (2015)	Wartość osiągnięta: 534 (178%)
7.2.	rezultat	Liczba uczniów korzystających z efektów projektów (z wyłączeniem e-edukacji)	osoby	beneficjent	Wartość docelowa: 0 (2010) 11 000 (2013) 14 500 (2015)	Wartość osiągnięta: 12 016 (87%)

Podczas standaryzowanych wywiadów telefonicznych większość z badanych beneficjentów zadeklarowało, że osiągnęło zakładane na poziomie wniosku o dofinansowanie wskaźniki rezultatu. Pięciu beneficjentów stwierdziło, że nie osiągnęło wszystkich założonych wskaźników. Nieosiągnięte wskaźniki dotyczyły liczby studentów/uczniów oraz liczby utworzonych miejsc pracy.

Wśród przyczyn nieosiągnięcia założonych wskaźników rezultatu wymienione zostały (pojedyncze wypowiedzi):

- Osiągnięcie wskaźników planowane na 2012 rok;
- Osiągnięcie wskaźników planowane na 2013 rok;
- Brak przekształcenia szkoły w Zespół Szkół;
- Sytuacja demograficzna;
- Projekt jest w trakcie realizacji;

Wykres 10. Odsetek beneficjentów deklarujących osiągnięcie wskaźników rezultatu założonych na poziomie projektu

Pytanie. Czy wszystkie zakładane przez P. wskaźniki rezultatu zostały osiągnięte? **N-75**

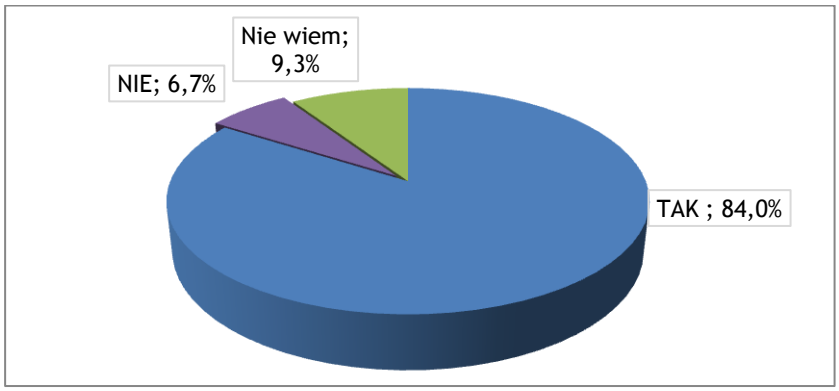


Tabela 5. Wskaźniki rezultatu, jakich nie udało się osiągnąć

	Liczba wskazań
Liczba bezpośrednich utworzonych miejsc pracy	2
Liczba studentów kierunków inżynieryjno - technicznych, matematycznych (w tym: informatycznych i przyrodniczych) korzystających z infrastruktury wspartej w wyniku realizacji projektu	1
Liczba studentów kierunków innych niż inżynieryjno-techniczne, matematyczne (w tym: informatyczne i przyrodnicze) korzystających z infrastruktury wspartej w wyniku realizacji projektów	2
Liczba uczniów korzystających z infrastruktury wspartej w wyniku realizacji projektów	3

3.1.4. System zarządzania wyborem projektów (kryteria, preferencje, nabory celowane, projekty indywidualne, typy projektów), a realizacja zakładanych celów RPO WD w Priorytecie 7 „Edukacja"

W przypadku większości projektów infrastrukturalnych występowały jednolite kryteria dla wszystkich Priorytetów RPO WD. W przypadku Priorytetu 7 „Edukacja" kryteria specyficzne (merytoryczne) dotyczyły:

- W przypadku Działania 7.1 RPO WD – wdrożenia w wyniku realizacji projektu systemów informatycznych mających wpływ na poprawę dostępu do usług z zakresu e-edukacji (nazwa kryterium: Zwiększenie dostępu do edukacji, ocena na skali 0-1);
- W przypadku Działania 7.2 RPO WD - optymalizacji sieci placówek na terenie gminy lub powiatu (Nazwa kryterium: Racjonalizacja sieci placówek edukacyjnych, ocena na skali 0-1).

Dodatkowo w przypadku Działania 7.2 zwracano uwagę na ukierunkowania wsparcia do małych miast i wsi (w przypadku przedszkoli, szkół podstawowych i gimnazjów). Założenie to było realizowane poprzez gwarancję zapisaną w celach Priorytetu 7, zgodnie z którą w budżecie Priorytetu udział projektów dotowanych na obszarach wiejskich i małych miast miał wynosić nie mniej niż 15%. Dodatkowo projekty realizowane w ramach Priorytetu 7 (w ramach obydwu Działań) miały uwzględniać działania mające na celu poprawę dostępu dla osób niepełnosprawnych. Założenie to było realizowane na etapie oceny merytorycznej na podstawie kryterium dodatkowego *„Wpływ realizacji projektu na politykę równych szans"*.

Alternatywą dla bardziej szczegółowych (specyficznych dla danego obszaru) kryteriów były nabory celowane, gdzie projekty podobne konkurowały między sobą (w swoich kategoriach). Nabory celowane w opinii pracowników IZ RPO WD pozwoliły ukierunkować wsparcie na obszarach małych miast i wsi (w przypadku Działania 7.2) oraz spełnić główne cele i założenia Programu[15].

W ramach Działania 7.1 ogłoszono 2 nabory. Wyższa alokacja w ramach Działania 7.1 Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego była przeznaczona na projekty związane z modernizacja/budową i wyposażeniem placówek –78 878 095 zł. Druga znacznie mniejsza alokacja przypadła na E-usługi i e-edukację – 7 252 428 zł. Dane zostały zaprezentowane w tabeli poniżej.

[15] Na podstawie zogniskowanego wywiadu pogłębionego (FGI) z przedstawicielami IZ RPO WD

Tabela 6. Liczba zrealizowanych projektów i alokacja środków w ramach Działania 7.1 Priorytetu 7 RPO WD

Numer naboru	Typ realizowanych projektów - Uczelnie Wyższe	Liczba projektów	Wartość projektu (PLN)	Wartość dofinansowania (PLN)
nabór 1/K/7.1/2008	Modernizacja/budowa i wyposażenie	5	151 343 433	78 878 095
nabór 2/K/7.1/2008	E-usług + e-edukacja	6	10 864 466	7 252 428
2 nabory	**RAZEM**	11	162 207 899	86 130 523

W ramach Działania 7.1 zostało zrealizowanych 6 projektów indywidualnych (kluczowych):

- Dolnośląskie Centrum Informacji Naukowej i Ekonomicznej (Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu) - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 29 172 150 zł;
- Budowa i wyposażenie Ośrodka Badawczo-Naukowo-Dydaktycznego Dolnośląskiej Farmacji we Wrocławiu - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 34 682 445 zł;
- Centrum Nauk o Żywności i Żywieniu (Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu) - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 27 731 550 zł;
- Budowa kompleksu boisk do gier otwartych wraz z zapleczem dydaktyczno-naukowym na terenie Pól Marsowych w kompleksie Stadionu Olimpijskiego we Wrocławiu (Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu) - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 23 110 826 zł;
- Budowa kompleksu edukacyjno-badawczego GEOCENTRUM Politechniki Wrocławskiej (Etap I) - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 46 711 455 zł;
- Modernizacja budynku Instytutu Historycznego Uniwersytetu Wrocławskiego - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 2 518 358 zł.

Zrealizowane projekty miały znaczenie ogólnowojewódzkie (ze względu na zasięg oddziaływania uczelni wyższych). Ich wybór został dokonany po ustaleniach z przedstawicielami kluczowych dla regionu Uczelni Wyższych, które wewnętrznie podzieliły między siebie środki przeznaczone na projekty kluczowe dedykowane do uczelni wyższych. Co ważne uczelnie wyższe otrzymały również wsparcie z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, w związku z tym część ich potrzeb została zaspokojona w ramach tych Programów. W przypadku trzech projektów kluczowych wsparcie zostało ukierunkowane na obszar

nauk przyrodniczych i technicznych, pozostałe trzy dotyczyły nauk humanistyczno-społecznych i wychowania fizycznego.

W przypadku zbyt małej liczby projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7 udało się uzyskać cel RPO WD, jakim była poprawa jakości i efektywności kształcenia w zakresie nauk technicznych, matematycznych i przyrodniczych z uwzględnieniem innowacyjnych form nauczania oraz integracyjnej roli technologii nauczania. Należy w tym miejscu podkreślić, że charakter realizowanych projektów wynikał również z zapotrzebowania i propozycji projektowych stosowanych ze strony samych Beneficjentów, a także, że Beneficjenci - uczelnie wyższe były finansowane również centralnie, w ramach ogólnopolskich Programów Operacyjnych takich jak PO IŚ oraz PO IG.

W przypadku Działania 7.2 ogłoszono odrębne nabory dla szkół, przedszkoli, kształcenia ustawicznego, szkolnictwa zawodowego, szkolnictwa wyższego. Ustalono odrębne alokacje na poszczególne nabory (łącznie 7). Najwyższa alokacja w ramach Działania 7.2 Rozwój infrastruktury placówek edukacyjnych była przeznaczona na szkoły podstawowe i gimnazja, zespoły szkół w tym głównie infrastrukturę sportową (w ramach dwóch naborów) - 109 500 920 zł, druga co do wielkości kwota przypadła na szkolnictwo zawodowe - 74 403 657 zł. Najniższa kwota dofinansowania w ramach Działania 7.2 została przeznaczona na przedszkola. Dane zostały zaprezentowane w tabeli poniżej.

Tabela 7. Liczba zrealizowanych projektów i alokacja środków w ramach Działania 7.2 Priorytetu 7 RPO WD

Numer naboru	Typ placówek	Liczba projektów	Wartość projektu (PLN)	Wartość dofinansowania (PLN)
nabór 5/S/7.2/2008	Szkolnictwo zawodowe	12	110 548 385	74 403 657
nabór 3/S/7.2/2008 - dodatkowy	Zespoły szkół/szkoły podstawowe/gimnazja	13	111 734 935	65 090 883
nabór 3/S/7.2/2008	Zespoły szkół/szkoły podstawowe/gimnazja	12	74 697 082	44 410 037
nabór 4/S/7.2/2008	Infrastruktura dla osób niepełnosprawnych	8	44 767 158	29 975 085
nabór 2/S/7.2/2008	Przedszkola	13	21 194 018	11 037 600
5 naborów	**Razem**	58	362 941 578,55	224 917 262,42

W ramach Działania 7.2 zostały zrealizowane dwa projekty indywidualne:

- *Budowa infrastruktury sportowo-rehabilitacyjnej w Ośrodku Szkolno-Wychowawczym Dzieci Niewidomych we Wrocławiu* - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości 10 588 410 zł.
- *Pracownia przyrodnicza w każdej gminie - projekt otrzymał dofinansowanie w wysokości* 16 285 890 zł.

Zrealizowane projekty miały znaczenie ogólno-wojewódzkie i oddziaływanie regionalne. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Dzieci Niewidomych jest jedynym tego typu ośrodkiem na terenie woj. dolnośląskiego. Ośrodek posiada zaplecze w postaci wysoko wykwalifikowanej kadry, nowego kompleksu budynków, przystosowanych dla uczniów niewidomych, również poruszających się na wózkach, dobrze wyposażone gabinety rewalidacyjne, salę do prowadzenia stymulacji wzroku, zaplecze środków dydaktycznych, specjalistyczne programy, bibliotekę brajlowską działającą jako centrum multimedialne o charakterze środowiskowym itp. Wszyscy uczniowie spoza Wrocławia mają zapewnione miejsce w internatach, całodobową opiekę pedagogiczną od poniedziałku do niedzieli oraz w niektóre dni świąteczne z wyjątkiem ferii. Z kolei projekt - P*racownia przyrodnicza w każdej gminie został zrealizowany* w szkołach podstawowych 120 gminach na Dolnym Śląsku. Był to projekt związany ściśle z kierunkiem przyrodniczym, czyli preferowanym w ramach celów/kierunków Priorytetu 7 RPO WD.

Podczas zogniskowanego wywiadu grupowego przedstawiciele IZ RPO WD poinformowali, że w ramach Priorytetu 7 odbył się jeden nabór dotyczący przedsięwzięć z zakresu współpracy międzynarodowej i międzyregionalnej (m.in. seminaria i konferencje) w celu zapewnienia wymiany dobrych praktyk i doświadczeń w obszarze tematycznym 7.1 i 7.2. Na konkurs ten nie zgłosili się jednak wnioskodawcy, a środki zostały przesunięte na inne nabory.

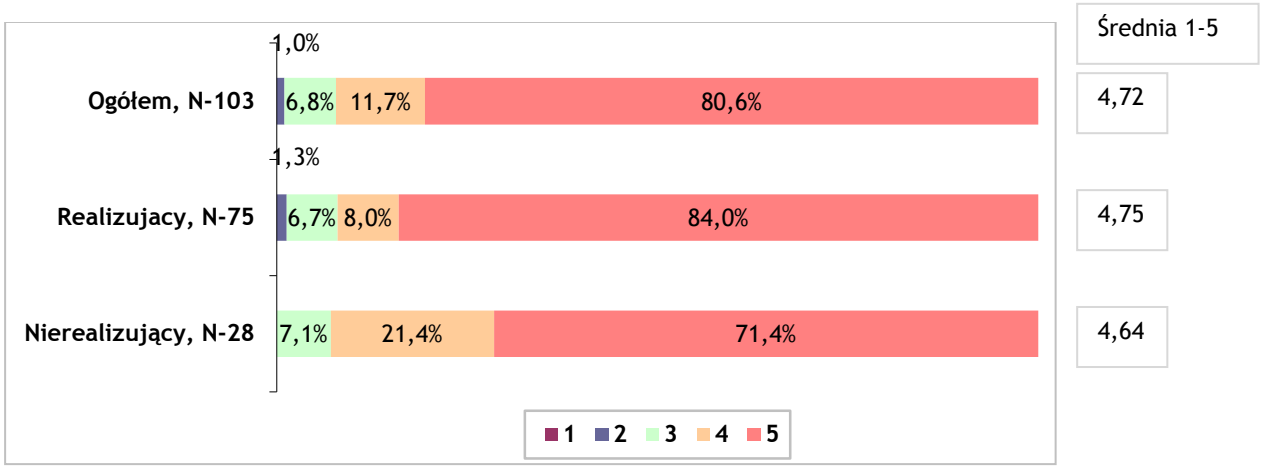
3.1.5. Skuteczność działań informacyjno - promocyjnych podejmowanych przez IZ RPO w ramach konkursów związanych z Priorytetem 7 „Edukacja" RPO WD

Dostępność informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD w województwie dolnośląskim oceniona została przez projektodawców i potencjalnych projektodawców na wysokim poziomie. Bez problemu do źródła informacji (osoby, instytucji) dotarło 92,3% respondentów, tylko nieco mniej z nich zadeklarowało, że poszukiwane informacje uzyskali w wyczerpującym zakresie (92,0%). Większe trudności z dotarciem do pełnego zakresu informacji mieli wnioskodawcy, którzy złożyli wnioski o dofinansowanie ale nie realizują projektów (różnica istotna statystycznie) – 78,5% z nich wskazało, że nie miało problemów z dotarciem do informacji, natomiast 21,4% miało trudności z uzyskaniem pełnej informacji

na temat aplikowania w ramach Priorytetu 7 RPO WD.

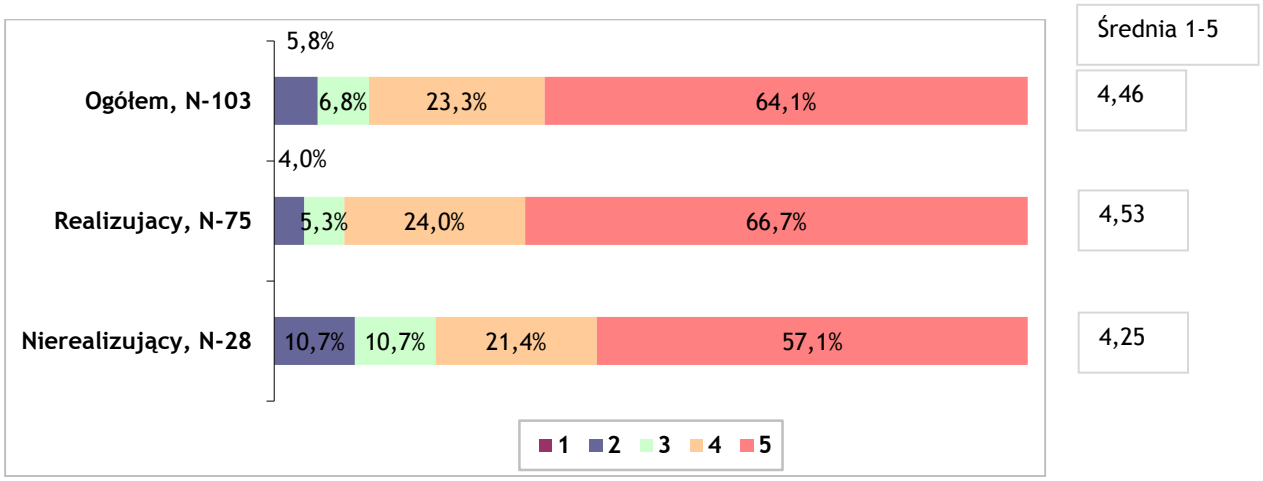
Wykres 11. Ocena dostępności źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD

Bez problemu dotarłem/am do źródła informacji np. osoby, instytucji (ocena dokonywana na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak).



Wykres 12. Ocena zakresu źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD

Poszukiwane informacje uzyskałem/am w wyczerpującym zakresie (ocena dokonywana na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak).



Oferta informacyjna dla potencjalnych beneficjentów i beneficjentów Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zawierała przede wszystkim dwa podstawowe źródła informacji na temat prowadzonych naborów w ramach priorytetu 7 RPO WD, a także szczegółów dotyczących aplikowania i przygotowania wniosku o dofinansowanie:

- Stronę WWW RPO WD (http://www.rpo.dolnyslask.pl/);
- Szkolenia dla potencjalnych beneficjentów.

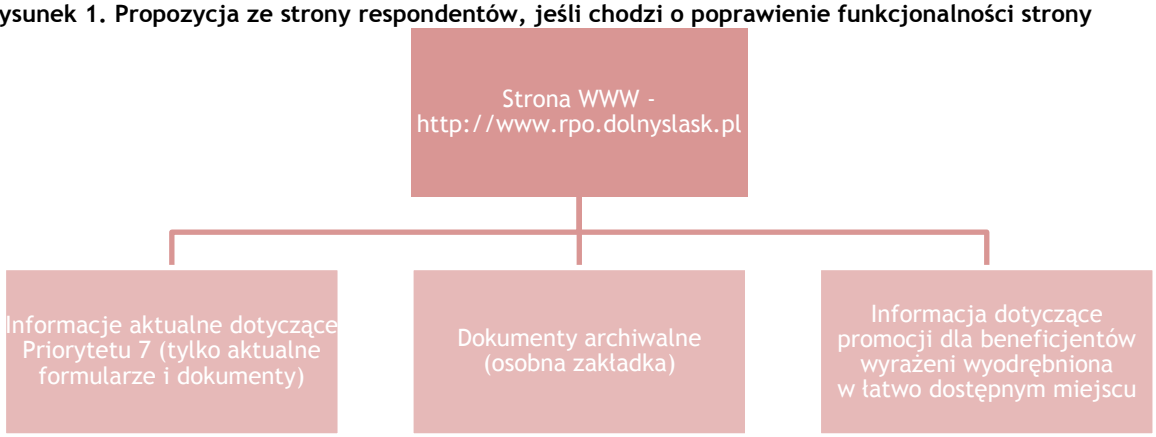
Respondenci zarówno w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego jak i podczas wywiadów telefonicznych (CATI) dokonali oceny obydwu źródeł informacji.

a. Strona WWW (http://www.rpo.dolnyslask.pl/)

Jeśli chodzi o stronę http://www.rpo.dolnyslask.pl/ najniżej była oceniana funkcjonalność strony. Miało to też swoje odzwierciedlenie w dyskusji prowadzonej w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego z beneficjentami Priorytetu 7, gdzie strona została oceniona przez respondentów jako mało intuicyjna i funkcjonalna. Respondenci w trakcie spotkania zgłaszali następujące uwagi, co do funkcjonowania strony:

- słabo działająca wyszukiwarka na stronie;
- konieczność poświęcenia dużej ilości czasu na poszukiwanie informacji i nabycie umiejętności ich wyszukiwania;
- dużym utrudnieniem dla odbiorców było to, że dokumenty archiwalne gromadzone były w jednym miejscu z dokumentami aktualnymi, (przez co może dochodzić do omyłkowego pobrania ze strony nieaktualnego dokumentu, formularza);
- respondenci zgłaszali trudności ze znalezieniem na stronie informacji jak powinna wyglądać promocja projektu.

Rysunek 1. Propozycja ze strony respondentów, jeśli chodzi o poprawienie funkcjonalności strony

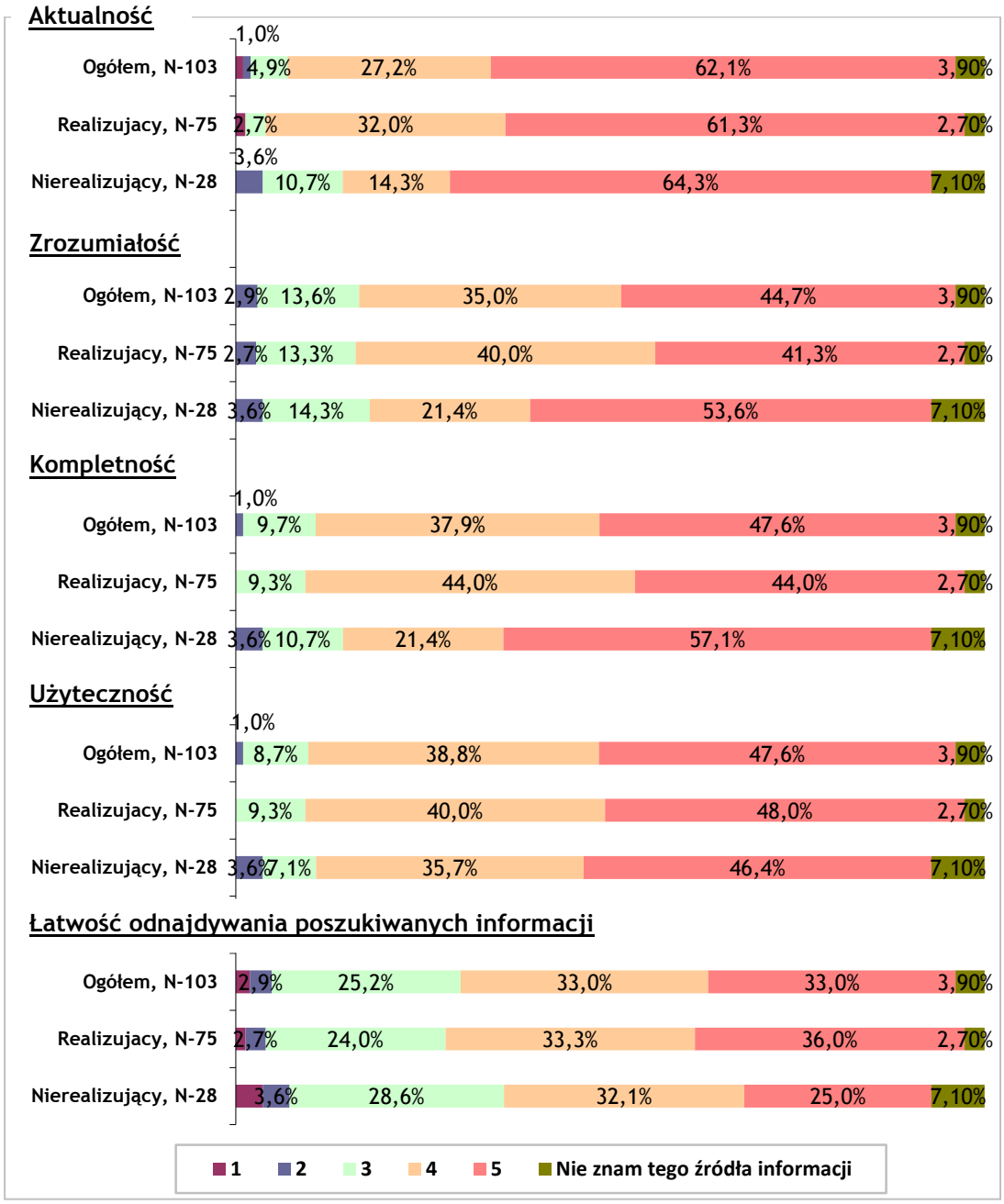


Jeśli chodzi o ocenę dokonaną w trakcie badań ilościowych to 89,3% respondentów pozytywnie oceniło aktualność informacji zawartych na stronie, 79,6% pozytywnie oceniło zrozumiałość informacji, 85,4% respondentów pozytywnie oceniło kompletność przekazywanych informacji, natomiast 86,4% pozytywnie oceniło ich użyteczność. Najniższą ocenę otrzymała łatwość odnajdywania poszukiwanych informacji (funkcjonalność, intuicyjność) - pozytywnie oceniło ten aspekt 66% respondentów, średnia 4,0 na skali od 1 do 5 gdzie 5 ocena bardzo wysoka. Styczności z tym źródłem informacji nie miało 3,9% respondentów. W przypadku oceny nie było różnic

istotnych statystycznie pomiędzy realizującymi i nierealizującymi projekty. Opisane dane zostały zaprezentowane na wykresach poniżej i na kolejnej stronie.

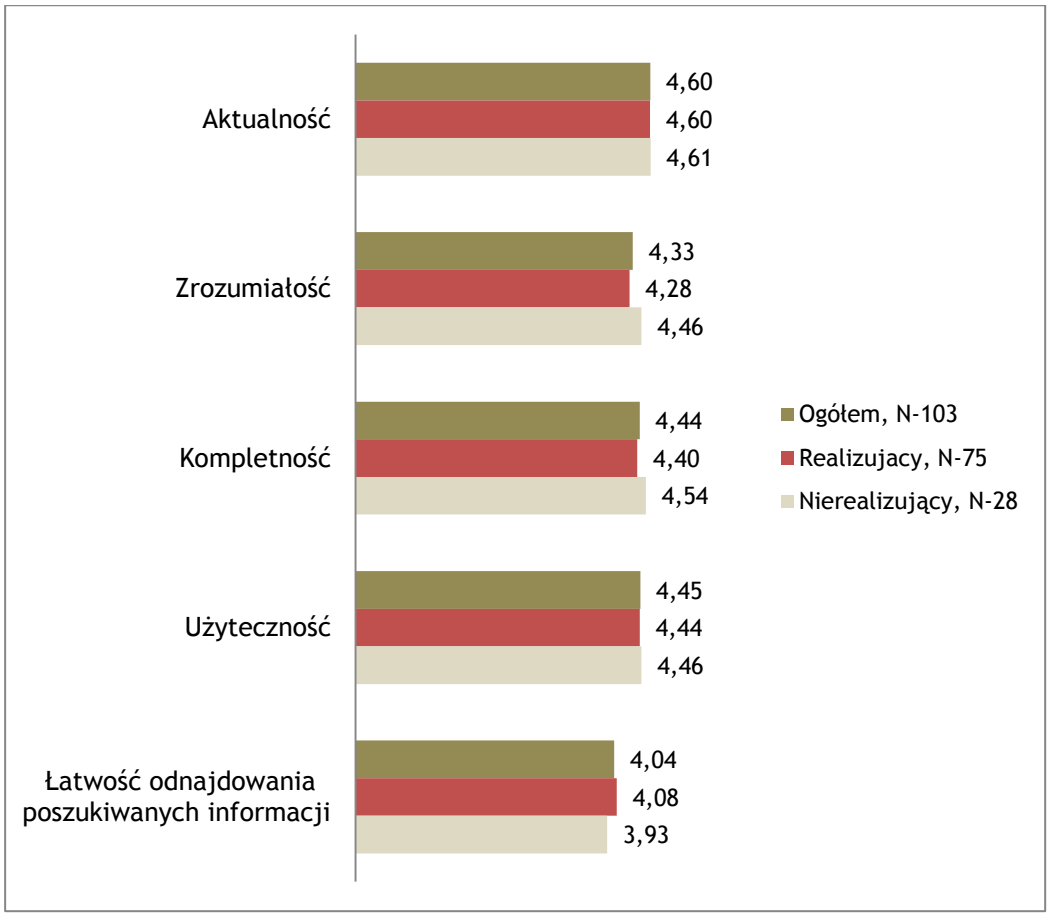
Wykres 13. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/ składania wniosków w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD dostępne na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



Wykres 14. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka.

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/ składania wniosków w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD dostępne na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



b. Szkolenia organizowane przez UMWD dla potencjalnych beneficjentów Priorytetu 7

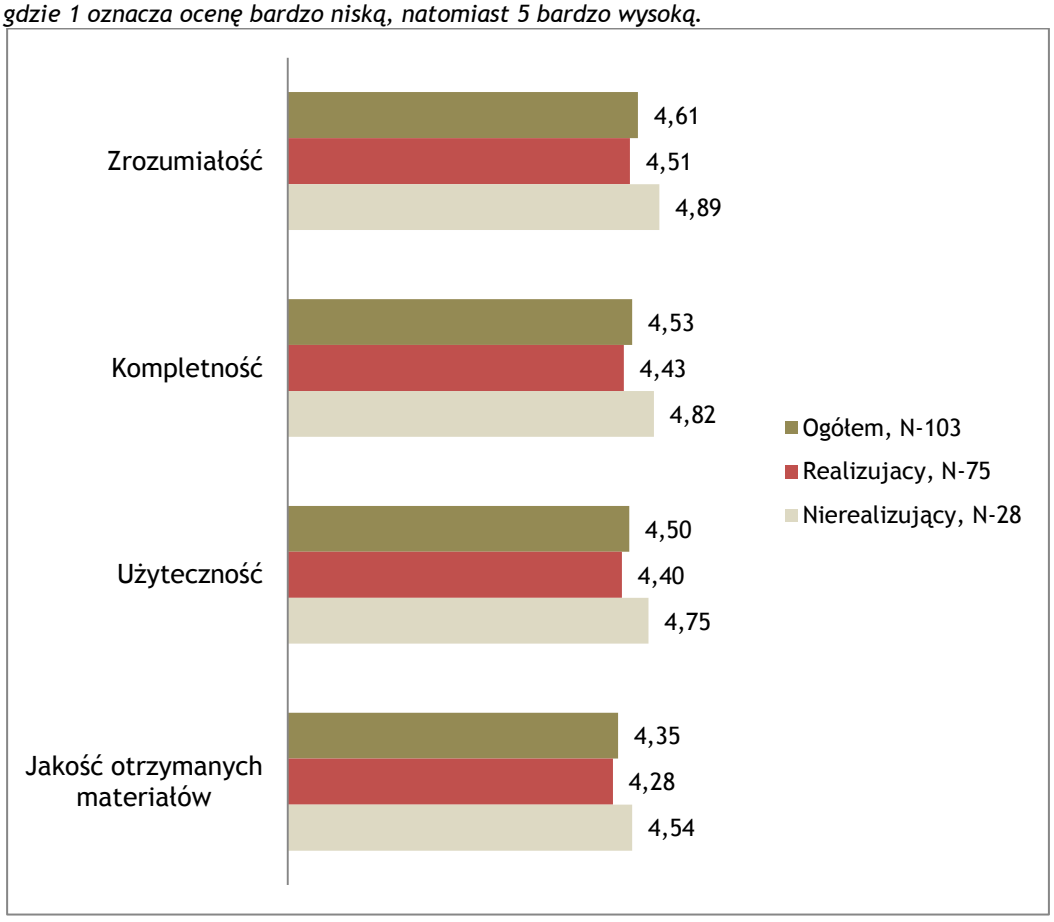
Jeśli chodzi o szkolenia przeznaczone dla potencjalnych beneficjentów Priorytetu 7 RPO WD to zostały one bardzo dobrze ocenione przez beneficjentów biorących udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym, podczas rozmowy respondenci nie mieli negatywnych uwag, co tego źródła informacji. Docenili przede wszystkim możliwość zadawania pytań indywidualnych, bezpośredni kontakt z trenerem, zakres przekazywanej wiedzy oraz możliwość wymiany doświadczeń pomiędzy uczestnikami szkoleń.

Respondenci udzielający odpowiedzi podczas wywiadów telefonicznych CATI, równieżwysoko oceniali szkolenia. Pojawiły się tylko pojedyncze negatywne oceny dotyczące kompletności

przekazanych informacji oraz jakości otrzymanych materiałów informacyjnych. Ze szkoleń nie skorzystało 15,5% respondentów, byli to częściej wnioskodawcy, którzy złożyli wnioski, ale nie realizowali projektów. Można więc wysunąć hipotezę, że uczestnictwo w szkoleniu daje większą gwarancję przygotowania wniosku poprawnego pod względem merytorycznym i formalnym.

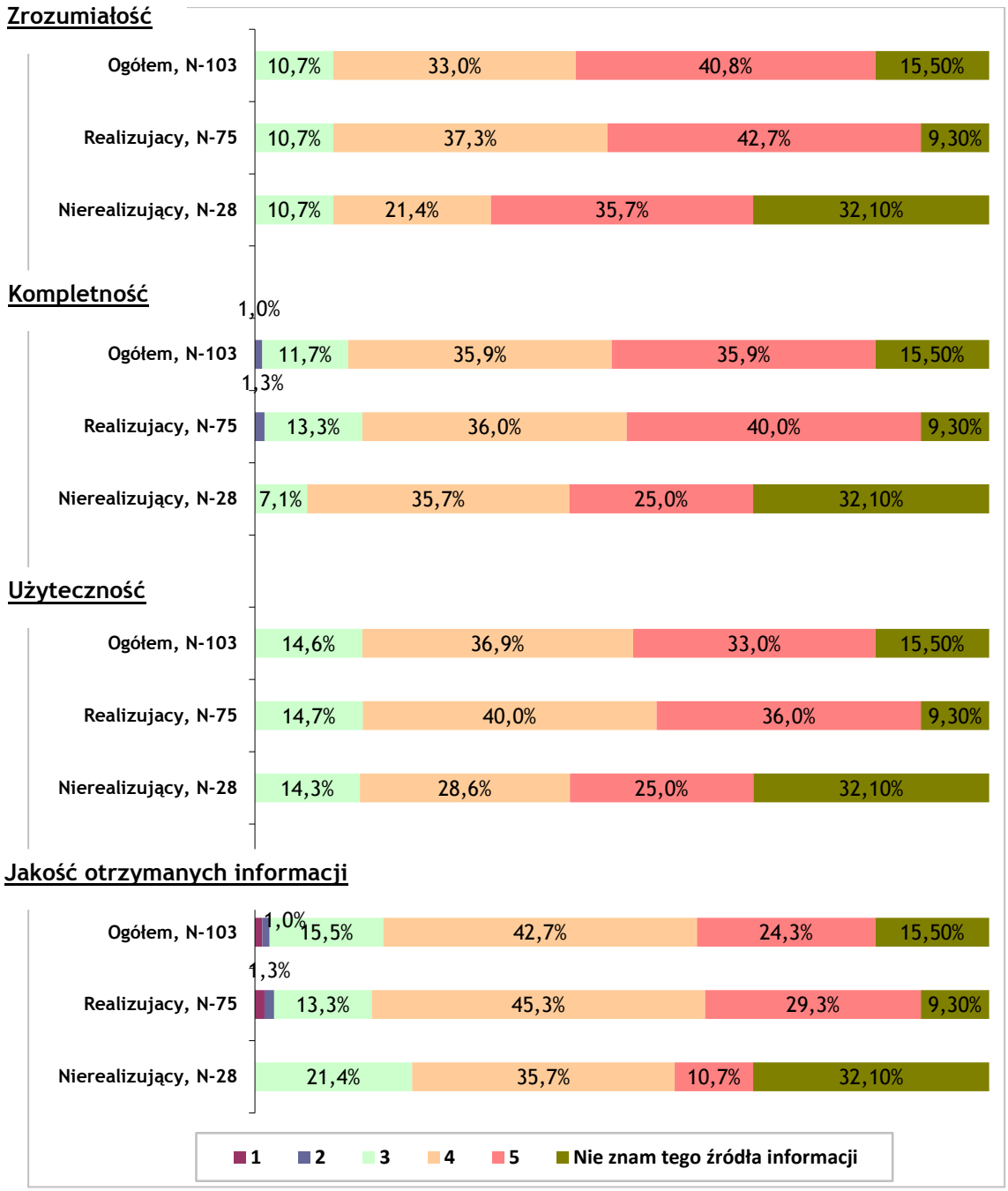
Opisane dane zostały zaprezentowane na wykresach poniżej i na kolejnych stronach.

Wykres 15. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 7)
Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/składania wniosków w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD przekazywane podczas szkoleń organizowanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



Wykres 16. Ocena szkoleń pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 7)

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/składania wniosków w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD przekazywane podczas szkoleń organizowanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



Wśród innych źródeł informacji zostały wymienione przez beneficjentów biorących udział w zogniskowanych wywiadach grupowych firmy zewnętrzne zatrudnione do opracowania wniosku o dofinansowanie. Główny problem, na który wskazywali respondenci jeśli chodzi o współprace z tymi firmami, to nieadekwatność oraz zawyżone wartości wskaźników wykazywanych we wnioskach. W opinii jednego z respondentów wynikało to z faktu, że firmy zewnętrzne korzystają z dokumentów przygotowanych do innych projektów, dlatego mogą pojawić się błędy jeśli chodzi o zakładane wskaźniki czy studium wykonalności. Przy wykazywaniu wskaźników bardzo ważną rolę pełni sięgniecie do danych z będących w posiadaniu JST/placówki i prognoza na tej podstawie, jak również konsultacje wskaźników z przedstawicielami placówek. Kwestia doboru, konieczności realizacji określonych we wnioskach wskaźników i odpowiedzialności beneficjenta powinna być przedmiotem szkoleń dla pracowników placówek współodpowiedzialnych za tworzenie wniosków o dofinansowanie.

3.1.6. Potrzeby kontynuowania wsparcia infrastruktury edukacyjnej w przyszłej perspektywie finansowej w województwie dolnośląskim oraz propozycje podniesienia efektywności udzielonego wsparcia

a. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej

Większość z instytucji aplikujących w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zadeklarowało, że jest są zainteresowani realizacją inwestycji dofinansowanych ze środków UE w kolejnej perspektywie finansowej (85,4%). Realizacją inwestycji jest zainteresowanych taki sam odsetek jednostek aplikujących w ramach Działania 7.1 (uczelnie wyższe) i jednostek aplikujących w ramach Działania 7.2. Największa liczba z planowanych do realizacji inwestycji dotyczyła budowy, rozbudowy, modernizacji infrastruktury szkolnej, dydaktycznej – takie plany ma 8 jednostek aplikujących w ramach Działania 7.1 i 15 jednostek aplikujących w ramach Działania 7.2.

Wykres 17. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej - odsetek placówek/instytucji zainteresowanych wykonaniem inwestycji

Pytanie. Czy jesteście Państwo zainteresowani również realizacją inwestycji dofinansowywaną ze środków UE w przyszłym okresie programowania 2013? N-102

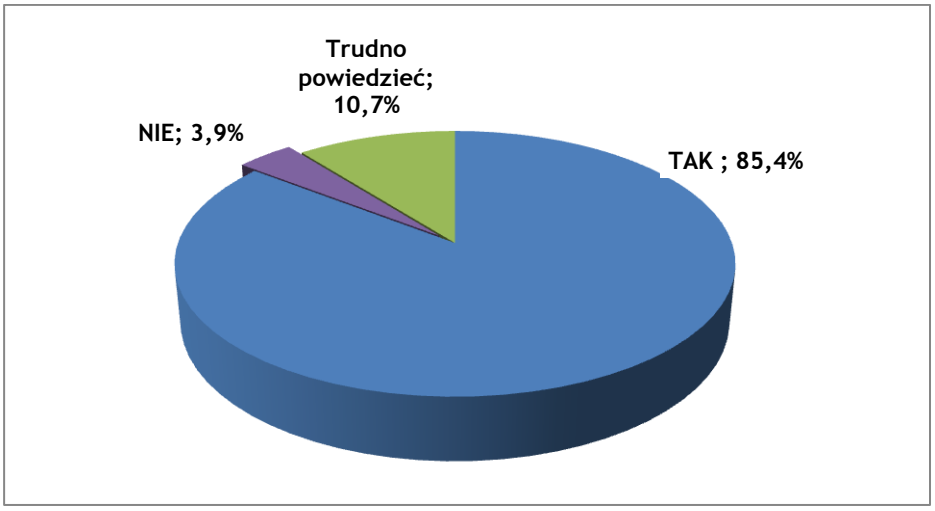


Tabela 8. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej - planowane do realizacji inwestycje

Pytanie. Jaką konkretnie inwestycję chcieliby Państwo zrealizować w kolejnym okresie programowania - 2013?

	Ogółem - Priorytet 7		Działanie 7.1		Działanie 7.2	
Planowane inwestycje	Liczba wskazań	% odpowiedzi	Liczba wskazań	% odpowiedzi	Liczba wskazań	% odpowiedzi
Budowa, rozbudowa, modernizacja infrastruktury szkolnej, dydaktycznej	23	26,1%	8	33,3%	15	23,4%
Budowa, rozbudowa infrastruktury sportowej w obrębie obiektów edukacyjnych	13	14,8%	1	4,2%	12	18,8%
Inwestycje edukacyjne	7	8,0%	4	16,7%	3	4,7%
Budowa, rozbudowa, modernizacja obiektów sportowych	6	6,8%	1	4,2%	5	7,8%
Budowa, rozbudowa, modernizacja infrastruktury przedszkolnej	6	6,8%	1	4,2%	5	7,8%
Wyposażenie obiektów	5	5,7%	5	20,8%	0	0,0%

	Ogółem - Priorytet 7		Działanie 7.1		Działanie 7.2	
Planowane inwestycje	Liczba wskazań	% odpowiedzi	Liczba wskazań	% odpowiedzi	Liczba wskazań	% odpowiedzi
dydaktycznych						
Dostosowanie instytucji publicznych przedszkola, biblioteki do potrzeb osób niepełnosprawnych	2	2,3%	1	4,2%	1	1,6%
Inwestycje związane z rozwojem społeczeństwa informacyjnego	2	2,3%	1	4,2%	1	1,6%
Termomodernizacja budynków	1	1,1%	0	0,0%	1	1,6%

Istotną informacją jeśli chodzi plany inwestycyjne gmin w przyszłej perspektywie finansowania jest to, że obecnie bardzo dużo gmin jest zadłużonych i spłaca obecne projekty, do tego momentu nie będą mogły podjąć się kolejnych inwestycji. Na kształt i liczbę beneficjentów chętnych do zrealizowania inwestycji może również wpłynąć zmiana kwalifikowalności[16] VAT (obecnie beneficjenci mogą odzyskać kwotę VAT jako wydatek kwalifikowany, przy zachowaniu pewnych warunków).

b. Opinie ekspertów na temat zakresu kontynuacji udzielonego wsparcia w obszarze Edukacji

W opinii ekspertów z obszaru „Edukacji”[17], przed rozpoczęciem inwestycji dofinansowanych z RPO WD w ramach Priorytetu 7 w 2007 roku największe potrzeby/braki dotyczyły:

- infrastruktury edukacyjnej (bardzo zły stan infrastruktury - stare, zaniedbane budynki),
- infrastruktury sportowej - niewielka liczba placówek posiadała salę gimnastyczną,
- sprzętu, pomocy dydaktycznych, w tym w szczególności niewystarczające wyposażenie lub brak laboratoriów szkolnych,
- infrastruktury dot. szkolnictwa zawodowego, przede wszystkim warsztatów, pracowni nauczania praktycznego, braków sprzętu, narzędzi, przestarzałego zaplecza,
- infrastruktury w małych miejscowościach oddalonych od dużych centrów miejskich,

[16] Podatek od towarów i usług VAT będzie wydatkiem kwalifikowalnym tylko wtedy, gdy został rzeczywiście i ostatecznie poniesiony przez beneficjenta. VAT podlegający odzyskaniu w jakikolwiek sposób nie będzie uważany za kwalifikowalny, nawet jeśli nie został faktycznie odzyskany przez beneficjenta, a jedynie zaistniała taka możliwość, wskazana w przepisach prawa. W takim przypadku VAT będzie zawsze wydatkiem niekwalifikowalnym.
[17] Przedstawiciele Wydziału Edukacji UMWD i Kuratorium oświaty

- kształcenia niedostosowanego do potrzeb rynku pracy.

W opinii ekspertów z obszaru „Edukacji", obecnie powinno nadal kłaść się nacisk na:

- szkoły zawodowe – zakup wyposażenia – sprzętu potrzebnego do zajęć praktycznych, modernizacja warsztatów,
- doposażenie szkół w pomoce dydaktyczne w zakresie przedmiotów matematyczno-przyrodniczych oraz języków obcych,
- modernizację i doposażenie bibliotek,
- doposażenie i modernizacja przedszkoli – budowanie nowych obiektów przedszkolnych,
- przystosowanie obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- większe dostosowanie kształcenia do potrzeb rynku pracy – dofinansowanie kierunków, na które jest zapotrzebowanie,
- dalszą modernizację infrastruktury edukacyjnej (modernizacja/budowanie sal gimnastycznych, remonty zaniedbanych placówek),
- zakup wyposażenia/pomocy dydaktycznych – wyposażenie szkół podstawowych i ponagimnazjalnych w laboratoria chemiczne/fizyczne/biologiczne,
- informatyzację szkół.

3.1.7. Wybrane do dofinansowania projekty w Priorytecie 7 „Edukacja", a upowszechnienia polityk horyzontalnych UE w regionie

W *Poradniku dla beneficjenta*[18] udostępnionym na stronie http://www.rpo.dolnyslask.pl/ zostały zawarte wyjaśnienia dotyczące *Polityk horyzontalnych UE* mówią one m.in. o tym, że zapisy rozporządzeń WE na lata 2007-2013 zobowiązują państwa członkowskie do przestrzegania wszystkich polityk horyzontalnych WE (konkurencji i zamówień publicznych, ochrony środowiska, równości szans i niedyskryminacji, społeczeństwa informacyjnego). Należy również odpowiednio stosować pkt. 15) wstępu do SWW odnoszący się do polityki spójności. W ramach NSRO ww. polityki muszą odnosić się do wszystkich programów operacyjnych. Projekty realizowane w ramach RPO WD powinny być zgodne z założeniami polityk horyzontalnych Unii Europejskich (Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju Regionalnego: www.mrr.gov.pl). Mają one zapewnić równowagę pomiędzy efektywnością wspieranych w ramach RPO WD przedsięwzięć a wymogami związanymi z wdrażaniem idei trwałego rozwoju przy równoczesnym zachowaniu równości szans wszystkich osób (bez względu m.in. na płeć, sprawność

[18] „Poradnik dla Beneficjenta w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 z wyłączeniem Działania 1.1, 1.2, 5.1 i 5.3 oraz Priorytetu 10" (wersja nr 12) zatwierdzony dnia 31 grudnia 2010 r. przez Dyrektora Departamentu Regionalnego Programu Operacyjnego

czy pochodzenie), upowszechnieniu dostępności do najnowszych rozwiązań technologicznych i informacji oraz spełnieniu wymogów w zakresie ochrony i poprawy jakości środowiska.

Analiza zapisów dotyczących poszczególnych polityk horyzontalnych UE zawartych w Poradniku dla beneficjenta prowadzi do wniosku, że zawierają one zbyt małą liczbę wskazówek praktycznych, przykładów występowania i stosowania *Polityki horyzontalnej UE* na poziomie projektów z konkretnego obszaru (np. szkół wyższych/szkół podstawowych/przedszkoli lub typów realizowanych inwestycji).

W wniosku o dofinansowanie znalazł się oddzielny punkt E. dotyczący wpływu projektu na realizację *Polityk horyzontalnych UE*, gdzie wnioskodawcy mieli możliwość określenia wpływu (pozytywny/neutralny/negatywny) i uzasadnienia swojego wyboru. Tylko w przypadku *Polityki konkurencji i zamówień publicznych* każdy z projektów przewidzianych do realizacji musiał być zgodny z tą polityką[19]. Odniesienie do *Polityki horyzontalnej UE* było dodatkowo punktowane na poziomie oceny merytorycznej.

W przypadku Priorytetu 7 RPO WD we wszystkich wnioskach o dofinansowanie wykazywane było powiązanie z *Polityka konkurencji i zamówień publicznych*, co wynikało z konieczności stosowania założeń tej polityki na poziomie projektów. Drugą w skali liczby powiązań z poszczególnymi projektami, była *Polityka równości szans i niedyskryminacji*. W przypadku Priorytety 7, wskazana została w niemalże 90% analizowanych projektów. W przypadku Priorytetu 7, najwyższa była liczba opisów neutralnych dotyczących *Polityki ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju (*66,66%*)*.

Tabela 9. Powiązania projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7 RPO WD z Politykami horyzontalnymi UE (wnioski o dofinansowanie przyjęte do realizacji)

Polityka horyzontalna UE	Pozytywne		Negatywne		Neutralne	
Równości szans i niedyskryminacji	27	89,99%	0	0%	3	9,99%
Ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju	10	33,33%	0	0%	20	66,66%
Społeczeństwa informacyjnego	20	66,66%	0	0%	10	33,33%
Konkurencji i zamówień publicznych	30	100%	0	0%	0	0%

Uzasadnienia dotyczące zastosowania na poziomie projektu Polityk horyzontalnych UE powiązane były za każdym razem z charakterem wniosku i przeznaczeniem środków, o które wnioskowano.

[19] Dofinansowanie będą mogły otrzymać tylko te projekty (objęte programami pomocy publicznej), w których przestrzegane są wszystkie warunki niezbędne do udzielenia takiej pomocy obowiązujące w momencie jej przyznawania oraz projekty realizowane zgodnie z zapisami Ustawy prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r., Nr 223, poz. 1655), Dyrektywy 2004/17/WE, Dyrektywy 2004/18/WE oraz m.in. Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1564/2005 (dostępne na stronie www.uzp.gov.pl).

Poniżej zaprezentowano elementy znajdujące się w uzasadnieniach w stosunku do poszczególnych elementów polityki:

Ochrona środowiska i polityka zrównoważonego rozwoju

1. Zastosowanie technologii związanych z ekologicznym budownictwem (m. in. termomodernizacji wpływającej na obniżenie zużycia energii cieplnej i zmniejszenie emisji zanieczyszczeń do atmosfery);
2. Prowadzenie badań powiązanych z ochroną środowiska w projektowym obiekcie;
3. Poprawa jakości powietrza/wód;
4. Fakt, że dany projekt nie wpłynie na tereny objęte programami ochrony środowiska, takimi jak NATURA 2000;
5. Równorzędne traktowanie racji społecznych, ekonomicznych i ekologicznych;
6. Zastosowanie nieinwazyjnych dla środowiska technologii informatycznych;

Równość szans i niedyskryminacja

1. Niwelowanie barier architektonicznych;
2. Wyrównanie szans obu płci w korzystaniu/zatrudnieniu w obiekcie, którego dotyczył wniosek;
3. Eliminacja dyskryminacji w ogóle;
4. Inkluzja użytkowania przestrzeni, której dotyczył projekt, z małymi dziećmi;
5. Równy dostęp dla mieszkańców różnych terenów;
6. Zapewnienie dostępu do edukacji na poziomie wyższym osobom niepełnosprawnym;
7. Wykorzystanie technologii e-usług;
8. Stworzenie nowych miejsc pracy i zatrudnianie zgodnie z polityką równości szans;

Społeczeństwo informacyjne

1. Wykorzystanie nowoczesnych multimediów;
2. Wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych;
3. Wykorzystanie nowoczesnych formom edukacji (e-learning, e-biblioteka, dostęp do Internetu dla itd.);
4. Kształcenie przyszłych aktorów, animatorów i innowatorów środowiska lokalnego;
5. Inkluzja ludności wiejskiej w proces nauczania poprzez e-learning;
6. Zapewnienie swobodnego i sprawnego przepływu informacji;
7. Zwiększenie użytkowania wirtualnych kanałów komunikacji w projektowym obiekcie;
8. Organizacja infrastruktury ułatwiającej dostęp do nowoczesnych rozwiązań informatycznych;

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

9. Propagowanie e-usług;
10. Zgodność z dokumentami takimi jak: Strategia rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce na lata 2007 – 2013, czy Strategia kierunkowa rozwoju informatyzacji Polski do roku 2013.

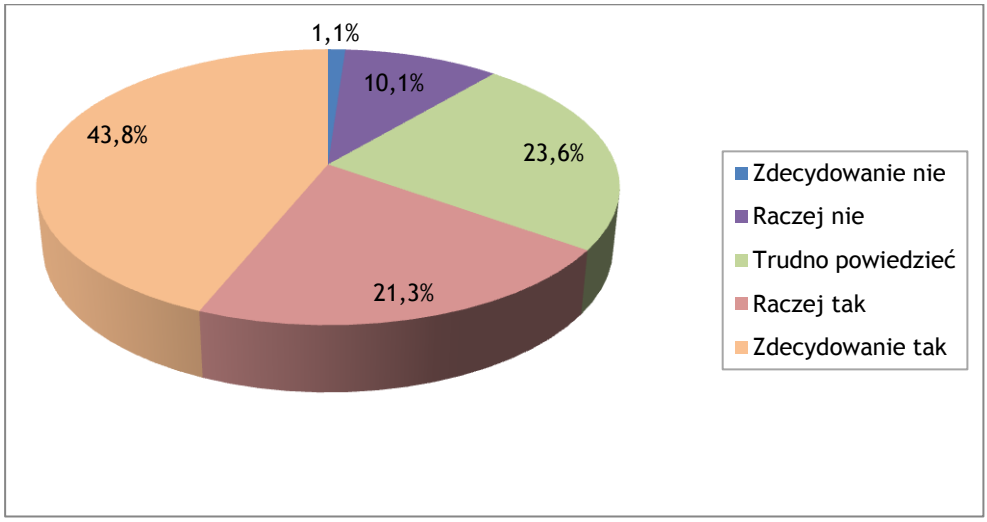
Polityka konkurencji i zamówień publicznych

1. Zapewnienie zgodności realizacji projektu z polskim prawem zamówień publicznych i dyrektywami unijnymi w zakresie polityki konkurencyjności i zamówień publicznych;
2. Wybór wykonawców poszczególnych zadań nastąpi zgodnie z przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych;
3. Przestrzeganie nałożonych ustawowo i projektowo terminów realizacji poszczególnych elementów projektu;

Większość z objętych badaniem wnioskodawców aplikujących w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" zapytanych czy informacje przekazywane przez IZ RPO WD dotyczące Polityki horyzontalnej UE są wystarczające odpowiedziała twierdząco (65,2%), natomiast odmiennego zdania było tylko 11,2% respondentów. Wystąpiła tutaj różnica jeśli chodzi o odpowiedzi podawane przez wnioskodawców realizujących projekty (69,7% uznało przekazane informacje za wystarczające) i tych, którzy nie otrzymali dofinansowanie (52,2% uznało przekazane informacje za wystarczające).

Wykres 18. Ocena zakresu informacji przekazywanych przez IZ RPO WD dotyczących Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców Priorytetu 7 RPO WD

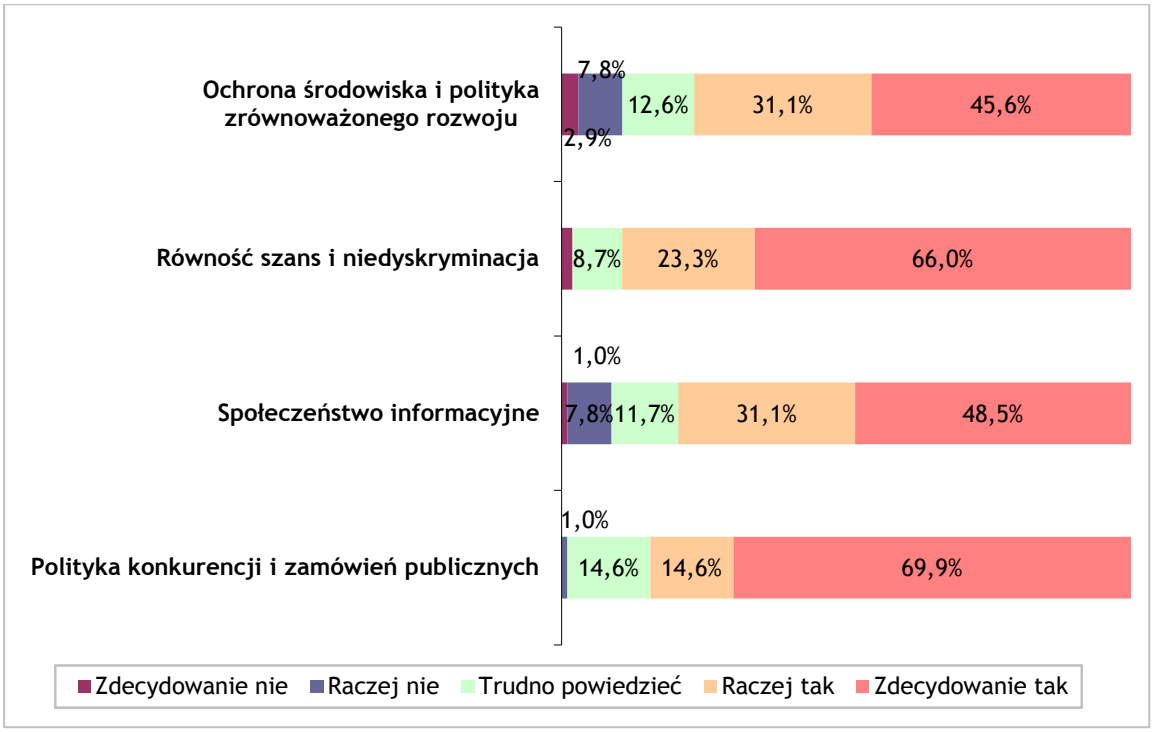
Pytanie. Czy informacje dotyczące polityki horyzontalnej przekazywane beneficjentom przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego uważa P. za wystarczające? **N-103**



Jeżeli chodzi o ważność poszczególnych aspektów Polityki horyzontalnej UE z punktu widzenia realizowanych projektów to najczęściej przez beneficjentów wskazywane były takie aspekty/założenia polityki horyzontalnej UE jak: równość szans i niedyskryminacja - 89,3% wskazań oraz polityka konkurencji i zamówień publicznych – 84,5%, miało to również swoje odzwierciedlenie w przypadku zapisów zawartych we wnioskach o dofinansowanie –powiązania z tymi Politykami najczęściej zaznaczane i opisywanie były jako pozytywne. Ważność Polityki ochrony środowiska zrównoważonego rozwoju ma znaczenie w realizowanych projektach w opinii mniejszej liczby respondentów – odpowiednio 76,7% i 79,6% respondentów. Jeśli chodzi o znaczenie aspektu społeczeństwo informacyjne, wystąpiła istotna różnica w odpowiedziach pomiędzy wnioskodawcami aplikującymi w ramach Działania 7.1 (uczelnie wyższe), a Działaniem 7.2 (w którym dofinansowane zostały szkoły niższego szczebla oraz przedszkola). Wnioskodawcy aplikujący w ramach Działania 7.1 uważają ten aspekt Polityki za ważniejszy, niż związani z Działaniem 7.2. Wynika to z pewnością z tego, że więcej projektów z zakresu e – edukacji i informatyzacji szkół było realizowanych na uczelniach wyższych.

Wykres 19. Znaczenie polityki horyzontalnej z punktu widzenie realizowanych projektów w ramach Priorytetu 7 RPO WD.

Pytanie. Wymienię teraz różne aspekty polityki horyzontalnej Proszę określić w stosunku do każdego z nich na ile ważne jest dla Pana/i, by realizowany projekt był zgodny z tym aspektem. N-103



Większość z wnioskodawców starających się o dofinansowanie w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" zadeklarowało, że zna pojęcie Polityki horyzontalnej UE (86,4%, w tym 26,2% respondentów zna je ale w ograniczonym zakresie). Respondenci deklarujący znajomość tego pojęcia nie zawsze potrafili je prawidłowo zdefiniować – definicje lub/i przedstawienie przykładów podało około 1/3 wnioskodawców. Około 1/10 respondentów wskazywało na pojedyncze aspekty Polityki horyzontalnej UE (znajdujące się we wniosku o dofinansowanie). Pojawiły się także sformułowania ogólne, takie jak: *polityka związana z horyzontalnym - szerokim postrzeganiem problemów, najważniejsze cele do osiągnięcia w danej perspektywie czasowej, wyznaczonej przez UE, jeden z wymogów UE*.

Wykres 20. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 7 RPO WD.

Pytanie. Czy jest Panu/i znane pojęcie polityki horyzontalnej UE? N-103

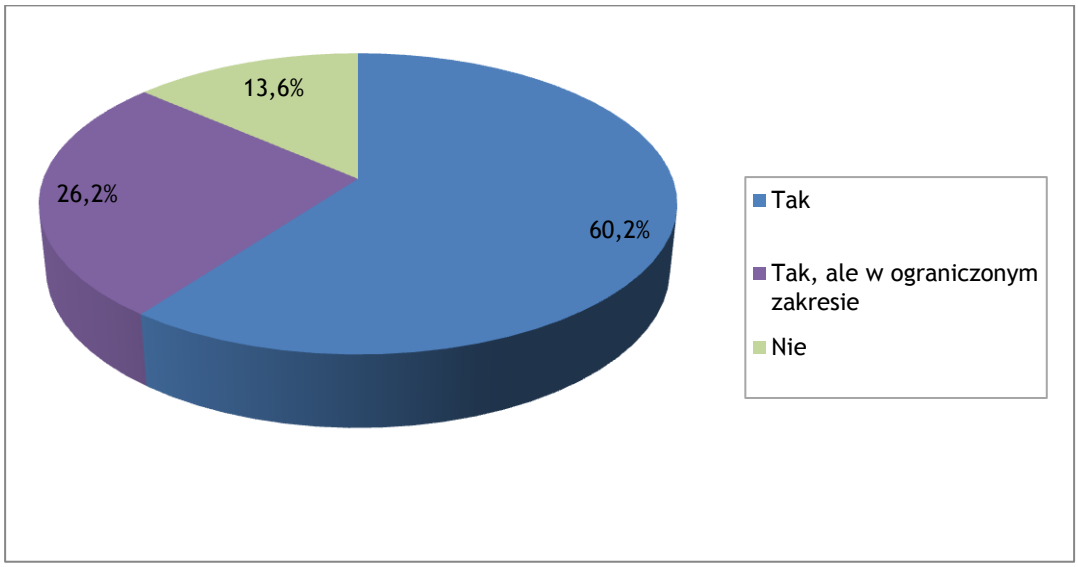


Tabela 10. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 7 RPO WD.

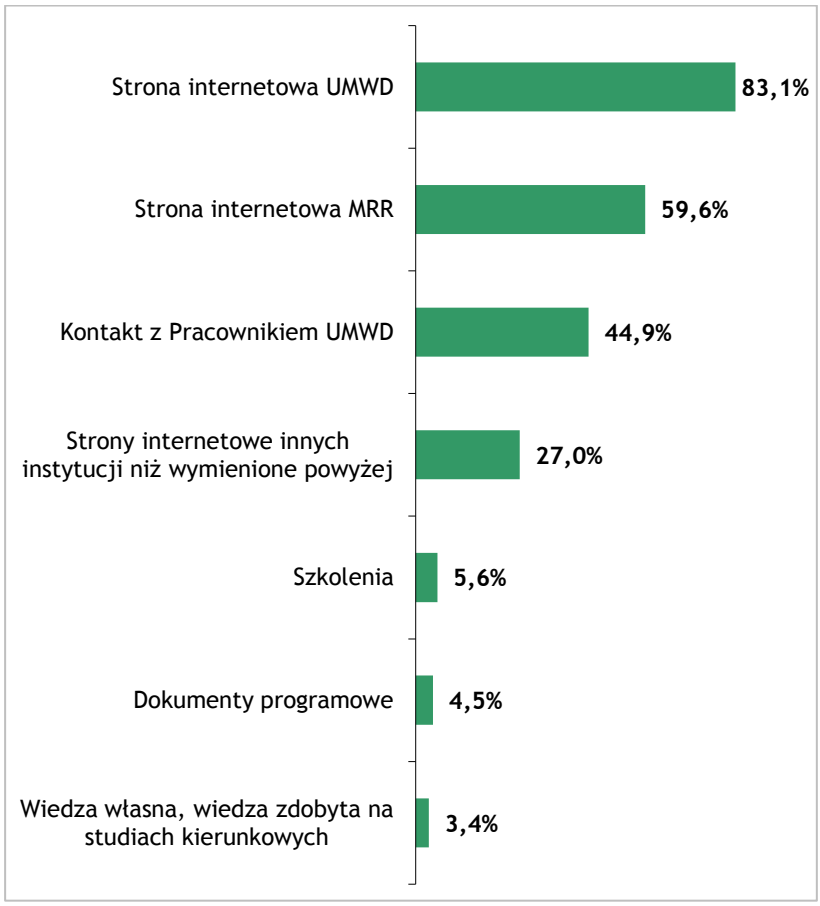
Pytanie. Co P. rozumie pod tym [Polityki horyzontalnej UE] pojęciem?

Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE	Ogółem N-88		Realizujący projekty N-65		Nierealizujący projektów N-23	
Są to podstawowe polityki, które ma realizować projekt UE - przedstawienie definicji lub omówienie na przykładach	30	34,1%	24	36,9%	6	26,1%
Polityka powiązana z zasadą równości szans	9	10,2%	4	6,2%	5	21,7%
Polityka powiązana ze zrównoważonym rozwojem	7	8,0%	2	3,1%	5	21,7%
Są to najważniejsze cele do osiągnięcia w danej perspektywie czasowej, wyznaczonej przez UE	6	6,8%	2	3,1%	4	17,4%
Wiąże się z horyzontalnym - szerokim postrzeganiem problemów	7	8,0%	5	7,7%	2	8,7%
Polityka uwzględniająca oddziaływanie na środowisko naturalne	2	2,3%	1	1,5%	1	4,3%
Odmowa, niewiedza, niechęć do udzielenia odpowiedzi	7	8,0%	7	10,8%	0	0,0%
Polityka związana z planowaniem długoterminowym, zorientowana na myślenie przyszłościowe	8	9,1%	8	12,3%	0	0,0%
Jeden z wymogów UE	2	2,3%	2	3,1%	0	0,0%

Wiedzę na temat Polityki horyzontalnej UE wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 7 RPO WD czerpali przede wszystkim ze strony internetowej UMWD (83,1%), mniej respondentów sięgnęło do innych źródeł takich jak strona internetowa MRR (59,6%), kontakt z pracownikiem UMWD (44,9%), strony innych instytucji (27%).

Wykres 21. Podstawowe źródła wiedzy na temat polityki horyzontalnej UE

Pytanie. Z jakich źródeł czerpał/a Pan/i wiedze na temat Polityki horyzontalnej UE w trakcie tworzenia wniosku lub realizacji projektu? N-89 (respondenci deklarujący znajomość pojęcia)



Pozostałe odpowiedzi - 2,2% wskazań: firmy consultingowe, poradnik dla beneficjenta, zarządzenia/ rozporządzenia

Według respondentów biorących udział w zogniskowanych wywiad grupowych zagadnienia zwiane z Polityki horyzontalną UE powinny być przedmiotem szkoleń dedykowanych do potencjalnych beneficjentów Priorytetu 7. W związku z tym, że nawiązanie do założeń Polityki horyzontalnej w projekcie było dodatkowo punktowane większość z projektodawców zaznaczał tą rubrykę we wniosku, jednak nie zawsze wiązało się to z głębszą refleksją na temat znaczenia poszczególnych aspektów tej polityki. Brak dokładnej znajomości pojęcia może wynikać również z faktu, że w przypadku części projektów za tworzenie wniosku odpowiedzialne były firmy zewnętrzne. Część z respondentów zadeklarowało, że powinna być to polityka realizowana na poziomie regionu, kraju, a nie na poziomie projektów.

Działania które mogą zmotywować do stosowania polityk horyzontalnych na poziomie projektu to: Zwiększenie poziomu świadomości beneficjentów na temat Polityki horyzontalnej UE, oraz praktycznego zastosowania jej wytycznych na poziomie projektu, poprzez informacje przekazywaną na szkoleniach oraz informację przekazywaną na stronach WWW RPO WD.

3.1.8. Występujące problemy w procesie aplikowania i realizacji projektów w ramach Priorytetu 7 RPO WD i propozycje zmian

a. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD

Jeśli chodzi o problemy występujące w trakcie procesu aplikacji to wnioskodawcy biorący udział w badaniu skarżyli się na zbyt dużą liczbę załączników koniecznych do załączenia do wniosku o dofinansowanie, a także skomplikowanie procedury aplikacyjnej. Brakowało im także pełnej wiedzy na temat aplikowania, co wynikło w części przypadków z niedoprecyzowania wymogów (konieczność składania wyjaśnień i uzupełniania załączników). Znaczna część wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych).

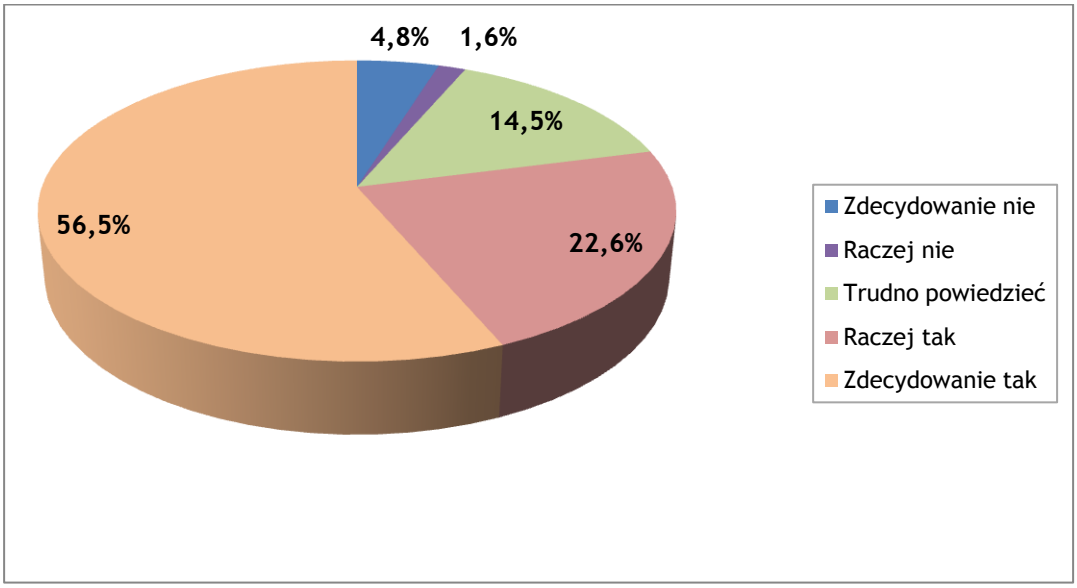
Problemem na jaki wskazywali beneficjenci w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego, poza zbyt częstą zmianą dokumentów i formularzy, była kwestia kwalifikowalności wydatków. W opinii badanych w projektach brakuje możliwości świadczenia usług zewnętrznych dla szerszej publiczności ponieważ podlega ona pod pomoc publiczną. Ogranicza to możliwości wykorzystania projektu dla potrzeb kształcenia ustawicznego czy społeczności lokalnej.

Tabela 11. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD
*Pytanie. Jakie problemy najczęściej pojawiały się w trakcie aplikowania o środki UE w ramach Priorytetu 7 RPO WD? **N-62** – respondenci którzy wskazali że w trakcie aplikowania o środki wystąpiły problemy*

Występujące problemy	Ogółem		Działanie 7.1		Działanie 7.2	
	Odpowiedzi	%	Odpowiedzi	%	Odpowiedzi	%
Ilość załączników, skomplikowana biurokracja	17	27,4%	2	11,1%	15	34,1%
Skomplikowana procedura aplikacyjna	10	16,1%	1	5,6%	9	20,5%
Brak wiedzy na temat występujących problemów	9	14,5%	3	16,7%	6	13,6%
Niedoprecyzowanie wymogów ze strony Instytucji Zarządzającej	4	6,5%	1	5,6%	3	6,8%
Problemy z zamówieniami publicznymi	4	6,5%	1	5,6%	3	6,8%
Duża ilość potencjalnych beneficjentów	3	4,8%	0	0,0%	3	6,8%
Trudność z interpretacją przepisów	3	4,8%	1	5,6%	2	4,5%
Problemy przy tworzeniu studium wykonalności	3	4,8%	2	11,1%	1	2,3%
Generator wniosków, nieumiejętność wypełnienia wniosków	3	4,8%	1	5,6%	2	4,5%
Problemy z wkładem własnym	2	3,2%	0	0,0%	2	4,5%
Zawiłe przepisy procedury środowiskowej	2	3,2%	0	0,0%	2	4,5%
Dotrzymywanie terminów	2	3,2%	1	5,6%	1	2,3%
Kwalifikowalność wydatków	2	3,2%	1	5,6%	1	2,3%
Problemy z pomocą publiczną	1	1,6%	1	5,6%	0	0,0%
Długi okres oczekiwania na wyniki naboru wniosków	1	1,6%	1	5,6%	0	0,0%
Trudny audyt energetyczny	1	1,6%	0	0,0%	1	2,3%
Wielkość dostępnych środków	1	1,6%	1	5,6%	0	0,0%

Większość z respondentów uważa, że występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane (79,1%), natomiast tylko 6,4% respondentów było przeciwnego zdania.

Wykres 22. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD
Pytanie. Czy występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane? **N-62**



b. Problemy występujące w trakcie realizacji projektów w ramach Priorytetu 7 RPO WD

Jeśli chodzi o problemy występujące w trakcie procesu realizacji projektu to beneficjenci Priorytetu 7 RPO WD biorący udział w badaniu wymieniali najczęściej jakość usług firm, które wygrały przetarg, a także problemy z samymi procedurami przetargowymi. Znacząca część beneficjentów miała również trudności z interpretacją zmieniających się przepisów prawa i zapisów RPO WD. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych), a także interpretacji zapisów (zmieniających się) zawartych w Poradniku dla beneficjenta.

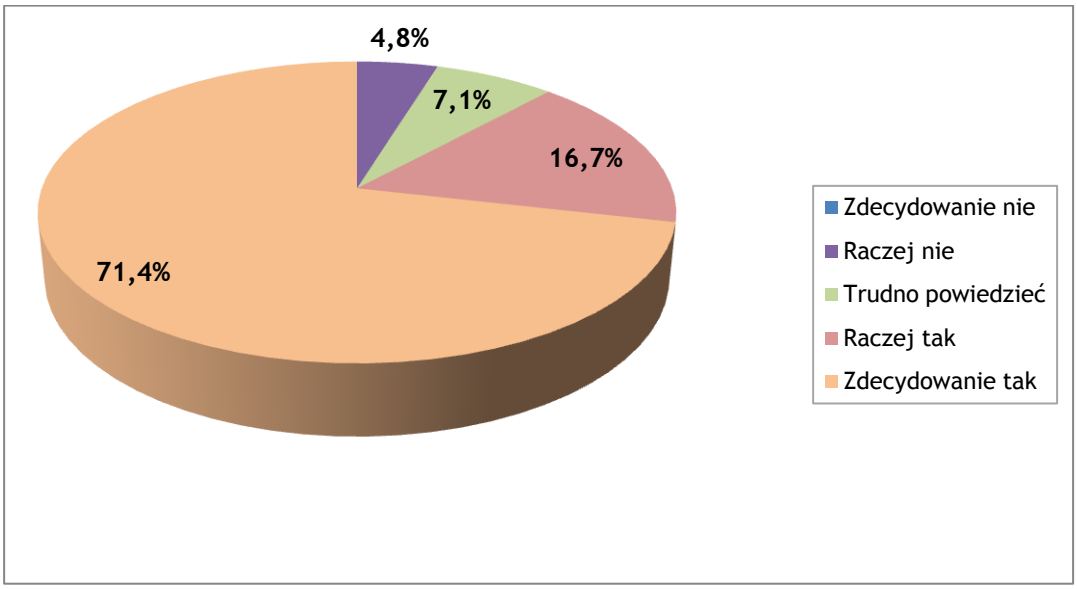
Beneficjenci Priorytetu 7 biorący udział w zogniskowanych wywiadach grupowych mieli najczęściej problem z aktualnością i odnalezieniem aktualnych informacji dotyczących projektu (np. aktualnych formularzy) przekazywanych przez IZ RPO WD informacji, a także (podobnie jak w przypadku badań CATI) interpretacją zmieniających się przepisów prawa i zapisów RPO WD.

Tabela 12. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD
Pytanie. Jakie problemy najczęściej pojawiały się w trakcie aplikowania o środki UE w ramach Priorytetu 7 RPO WD? ***N-42 – beneficjenci, którzy wskazali, że w trakcie aplikowania o środki wystąpiły problemy***

Występujące problemy	Ogółem		Działanie 7.1		Działanie 7.2	
	liczebność	%	liczebność	%	liczebność	%
Jakość usług firm, które wygrały przetarg	11	26,8%	1	9,1%	10	33,3%
Problemy z procedurami przetargowymi	4	9,8%	1	9,1%	3	10,0%
Interpretacja zmieniających się przepisów prawa i zapisów RPO WD	4	9,8%	3	27,3%	1	3,3%
Dotrzymanie harmonogramu rozliczania wniosków	4	9,8%	2	18,2%	2	6,7%
Interpretacja nowych zapisów w kolejnych wersjach Poradnika dla beneficjenta	3	7,3%	2	18,2%	1	3,3%
Kwalifikowalność środków/wydatków	2	4,9%	1	9,1%	1	3,3%
Problemy z zamówieniami publicznymi	2	4,9%	0	,0%	2	6,7%
Dotrzymanie realizacji harmonogramu	2	4,9%	1	9,1%	1	3,3%
Prowadzenie zbędnej w oczach beneficjenta dokumentacji	2	4,9%	0	0,0%	2	6,7%
Trudno powiedzieć	2	4,9%	0	0,0%	2	6,7%
Skompletowanie niezbędnej dokumentacji	1	2,4%	0	0,0%	1	3,3%
Weryfikacja dokumentacji rozliczeniowej	1	2,4%	0	0,0%	1	3,3%
Opóźnienie finansowania wynikające z braku środków	1	2,4%	0	0,0%	1	3,3%
Konieczność podjęcia nieprzewidzianych na etapie planowania projektu działań	1	2,4%	0	0,0%	1	3,3%

Większość z respondentów uważa, że występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane (88,1%), natomiast tylko 4,8% respondentów było przeciwnego zdania.

Wykres 23. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie realizacji projektów
Pytanie. Czy występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane? N-42



c. Problemy ze stosowaniem prawa zamówień publicznych

Beneficjent może wykonywać zadania związane zlecaniem poszczególnych czynności realizowanych w ramach projektu przede wszystkim w oparciu o ustawę z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2007r., Nr 223, poz. 1655) a także ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96 poz. 873, z późn. zm.). Zlecanie zadań może więc przybrać formę zamówienia publicznego lub otwartego konkursu ofert, którego celem będzie realizacja zadania publicznego. Ustawa Prawo zamówień publicznych jest podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie udzielania zamówień publicznych, rozumianych jako zawieranie umów odpłatnych między zamawiającym a wykonawcą, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane. Szczegóły dotyczące zmówień publicznych zostały zamieszczone w Poradniku dla beneficjenta w rozdziale 4.7.

Wśród występujących problemów w trakcie realizacji projektu niewielka grupa beneficjentów Priorytetu 7 (6 respondentów) wymieniła problemy z zamówieniami publicznymi, czy procedurami przetargowymi, opinii takiej nie wyrażali uczestnicy FGI. Przedstawiciele IZ RPO WD biorący udział w wywiadzie informowali, że stałym problemem w realizacji projektów jest stosowanie Prawa Zamówień Publicznych, wykazywanym również przy kontroli inwestycji. W opinii pracowników IZ problem ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych wynika głównie z braku doświadczenia jednostek w tej kwestii, braku odpowiedniej kadry, przygotowanej merytorycznie do stosowania procedur. Brak wiedzy w tym zakresie sygnalizowali również beneficjenci biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym. Twierdzili również, że zakres informacji przekazywanych

przez IZ w tej kwestii jest niewystarczający. W związku z pojawiającymi się problemami IZ zamieściła pod koniec 2011 roku dodatkowe zapisy w Uzupełnieniu RPO WD: przywołano obowiązujące Wytyczne programowe IZ w zakresie ogólnych zasad udzielania zamówień i wyboru wykonawców w transakcjach nieobjętych przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych w projektach realizowanych w ramach Priorytetów 1-9 Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (z wyłączeniem Działania 1.3)[20].

Z pewnością gminy mają większe doświadczenie w stosowaniu procedur związanych ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych ze względu na stałe stosowanie procedury przetargowej i posiadaniu specjalnej komórki wewnątrzorganizacyjnej.

d. Problemy ze stosowaniem zasady kwalifikowalności wydatków

Ocena kwalifikowalności wydatku dokonywana jest zarówno na etapie oceny i wyboru projektu do dofinansowania, kiedy to sprawdzeniu podlega potencjalna kwalifikowalność wydatków ujętych we wniosku, jak również w trakcie realizacji projektu, kiedy Beneficjent składa kolejne wnioski o płatność oraz podczas przeprowadzania kontroli na miejscu realizacji projektu. Informacje nt. zasad ogólnych dotyczących kwalifikowalności przedstawione zostały w rozdziale 1.4 Uszczegółowienia RPO WD oraz Poradniku dla beneficjenta. Wydatek kwalifikuje się do współfinansowania wyłącznie wtedy kiedy spełnia łącznie następujące warunki, m.in.:

- został poniesiony w okresie kwalifikowalności wydatków;
- jest zgodny z obowiązującymi przepisami prawa wspólnotowego oraz prawa krajowego;
- jest zgodny z postanowieniami RPO WD;
- jest zgodny z kategoriami wydatków wynikającymi z postanowień umowy o dofinansowanie projektu/ Uchwały Zarządu Województwa Dolnośląskiego.

Dwóch beneficjentów biorących udział w badaniach telefonicznych (CATI) zwróciło uwagę na problemy realizacyjne wynikające z określenia kwalifikowalności wydatków. Na poziomie opracowania wniosku o dofinansowanie ten problem wystąpił u takiej samej liczby beneficjentów. Analiza informacji zawartych w Poradniku dla beneficjenta (w obecnym kształcie) prowadzi do wniosku, że przekazywana beneficjentom w tym źródle informacja jest pełna i jasno opisana.

W związku z pojawiającymi się problemami (jeśli chodzi o stosowanie zasady kwalifikowalności u wszystkich beneficjentów RPO WD) IZ zamieściła pod koniec 2011 roku dodatkowe zapisy w Uzupełnieniu RPO WD: - Załącznik nr 6 *Wykaz wydatków wyłączonych z kwalifikowalności*

[20] Sprawozdanie okresowe z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

doprecyzowano zapisy dotyczące: Zabezpieczenia należytego wykonania umowy/Kwoty zatrzymane. W związku z pojawiającymi się w umowach z wykonawcami dodatkowymi formami zabezpieczeń należytego wykonania umów (tj. zadatkiem i odstępnym).

e. Propozycje zmian w kolejnej perspektywie finansowej, na bazie doświadczeń z obecnego okresu programowania

Beneficjenci realizujący projekty i wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zapytani o zmiany konieczne do zastosowania w kolejnej perspektywie finansowej mówili przede wszystkim o uproszczeniu wszelkich procedur związanych z aplikowaniem o środki i realizacją projektów, czyli ograniczeniu liczby dokumentów koniecznych do wypełnienia przed i w trakcie realizacji projektu, uproszczeniu instrukcji, procedury wypełniania wniosków, uproszczeniu kwestii rozliczeń, składania wniosków o płatność, uproszczeniu procedury oceny wniosków (w tym bardziej przejrzyste kryteria oceny wniosków). Znacząca grupa wnioskodawców poruszała kwestie komunikacyjne: mówiła o konieczności poszerzenie zakresu informacji przekazywanych beneficjantom i potencjalnym beneficjentom, wprowadzenie większej liczby szkoleń, usprawnieniu komunikacji z Instytucją Zarządzającą. Respondenci objęci badaniem wspominali też o konieczności zwiększenia liczby środków przeznaczonych na obszar związany z edukacją.

Tabela 13. Propozycje zmian które maja zostać zastosowane w kolejnej perspektywie finansowej – beneficjenci Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD
Pytanie: Biorąc pod uwagę Państwa obecne doświadczenia jakie zmiany powinny być wprowadzone w kolejnej perspektywie finansowania aby wsparcie było bardziej efektywne? ***N-103***

Propozycje zmian	liczebność	%
Ograniczenie koniecznej dokumentacji dotyczącej projektu, zmniejszenie liczby dokumentów koniecznych do wypełnienia	28	27,2%
Zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na obszar związany z edukacją	10	9,7%
Uproszczenie instrukcji, procedury wypełniania wniosków	9	8,7%
Poszerzenie zakresu informacji przekazywanych beneficjantom informację wprowadzenie większej liczby szkoleń	9	8,7%
Uproszczenie kwestii rozliczeń, składania wniosków o płatność	7	6,8%
Skrócenie terminów rozpatrywania wniosków	6	5,8%
Skrócenie terminów oczekiwania na środki finansowe, skrócić procedurę rozliczania wniosków	4	3,9%
Wnioski programowe należy zastąpić konkursami systemowymi	4	3,9%
Ujednolicenie procedur w każdym programie	4	3,9%
Zwiększenie kwoty zaliczek, żeby uniknąć sytuacji refundacji	3	2,9%
Terminowość rozliczania projektu ze strony Instytucji Zarządzającej	2	1,9%
Usprawnienie komunikacji z Instytucją Zarządzającą	2	1,9%
Zaangażowanie instytucji wdrażającej projekt w jego prowadzenie	2	1,9%
Uproszenie procedury oceny wniosków/ przejrzyste kryteria oceny wniosków	2	1,9%
Zniesienie rozgraniczenie pomiędzy infrastrukturą edukacyjną, a naukową	2	1,9%
Uproszenie kwestii związanych z zabezpieczeniem środków na wkład własnych	2	1,9%
Dopuszczenie większej elastyczności przy realizacji inwestycji budowlanych	1	1,0%
Zwiększenie nakładów na infrastrukturę	2	1,9%
Udostępnienie środków na rekultywację składowisk śmieci, budowę i modernizację dróg gminnych, na rewitalizację	1	1,0%
Dopuszczenie większej elastyczności przy realizacji inwestycji budowlanych	1	1,0%
Uniezależnienie punktacji od rodzaju gminy	1	1,0%
Zapewnienie tego, że jeśli wniosek jest dobrze przygotowany, to przejdzie	1	1,0%
Brak potrzeby wprowadzania zmian	18	17,5%
Trudno powiedzieć/ brak odpowiedzi	13	12,6%

3.2. Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanych ze środków unijnych

3.2.1. Sposób definiowania komplementarności przyjęty na potrzeby opracowania

Komplementarność jest jedną z zasad przyznawania wsparcia przez Unię Europejską państwom członkowskim UE, określoną w Rozporządzeniu Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającym przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające Rozporządzenie (WE)1260/1999. Art. 9 powyższego rozporządzenia stanowi:

„Fundusze zapewniają pomoc, która uzupełnia działania krajowe, w tym działania na poziomie regionalnym i lokalnym, włączając do nich priorytety Wspólnoty. Komisja i państwa członkowskie zapewniają zachowanie spójności pomocy funduszy z działaniami, politykami i priorytetami Wspólnoty oraz jej komplementarności z innymi wspólnotowymi instrumentami finansowymi."

„Powyższa zasada obowiązuje zatem Państwa Członkowskie wprost, a wynikającym z niej zadaniem jest zapewnienie mechanizmów pozwalających na wdrożenie przedmiotowej zasady w sposób jak najbardziej efektywny."

Przyjęta na poziomie niniejszego opracowania definicja komplementarności brzmi następująco:

Komplementarnością określamy synergię i wzajemne uzupełnianie się świadomie podejmowanych działań poprzez skierowanie strumienia wsparcia na ich realizację dla efektywniejszego rozwiązania problemu bądź osiągnięcia założonego celu na poziomie lokalnym, regionalnym, ponadregionalnym lub krajowym.

Kluczowym w tym kontekście jest określenie wspólnego dla uzupełniających się przedsięwzięć celu. Zapewnienie komplementarności podejmowanych działań finansowanych ze środków wspólnotowych służy zmaksymalizowaniu ich efektywności.

Możemy wyróżnić kilka rodzajów komplementarności:

Komplementarność międzyprogramowa – zachodzi w przypadku działań finansowanych z różnych programów operacyjnych.

Komplementarność wewnątrzprogramowa – zachodzi w przypadku działań finansowanych w ramach tego samego programu operacyjnego.

Komplementarność międzyfunduszowa – zachodzi w przypadku synergii działań finansowanych z różnych funduszy, np. EFS i EFFR lub EFFR i EFR

Komplementarność wewnątrzfunduszowa – zachodzi w przypadku uzupełniania się działań finansowanych z tego samego funduszu.

Komplementarność międzyokresowa – zachodzi pomiędzy funduszami lub/i programami finansowanymi w różnych okresach programowania, np. okres programowania 2004-2006 i okres programowania 2007-2013.

Komplementarność jednookresowa – zachodzi w przypadku finansowania działań w tym samym okresie programowania, np. w okresie programowania 2007-2013.

Dla potrzeb niniejszego opracowania konieczne jest również doprecyzowanie definicyjne następujących pojęć:

Komplementarność geograficzna (terytorialna) - występuje w przypadku ukierunkowania wsparcia pochodzącego z różnych źródeł na te same tereny bądź do tych samych środowisk, przy czym są to tereny rozumiane węższej niż teren danego województwa.

Komplementarność przedmiotowa - występuje w przypadku ukierunkowania wsparcia na konkretny problem społeczno-gospodarczy lub określoną branżę.

Komplementarność funkcjonalna - to wpisywanie się projektu w istniejącą już sieć działań/projektów/inwestycji jako kolejny element tej sieci. Funkcjonalnie powiązane mogą być różne pod względem typów projekty realizowane przez jednego lub przez większą liczbę beneficjentów.

Kryterium komplementarności bezpośredniej – jest to kryterium, które w swej treści odwołuje się do komplementarności np. preferuje projekty, które są komplementarne z inwestycjami zrealizowanymi, realizowanymi bądź planowanymi do realizacji ze źródeł wspólnotowych innych niż Europejski Fundusz Społeczny.

Komplementarność instytucjonalno-systemowa - rozumiana, jako system instytucjonalny, a także systemy realizacji przyjęte w poszczególnych programach operacyjnych ukierunkowane na zapewnienie stosowania zasady komplementarności na poziomie projektów.

3.2.2. Efekty zastosowania zasady komplementarności w realizowanych projektach w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD

Zakres wsparcia realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego w ramach Priorytetu 7 Działanie 7.1 Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego może być potencjalnie komplementarny z innymi działaniami i priorytetami[21]:

- Działaniem 7.2, Priorytetu 7 RPO WD;

[21] Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (Uszczegółowienie RPO WD) str. 152

- Priorytetem 1, 2 i 9 RPO WD;
- Działaniem 14.1 PO IŚ;
- Priorytetem 3, 4 PO KL;
- Działaniem 2.1,oraz 2.2,2.3 PO IG.

Zakres wsparcia realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego w ramach Priorytetu 7 Działanie 7.1 Rozwój infrastruktury placówek edukacyjnych może być potencjalnie komplementarny z innymi działaniami i priorytetami[22]:

- Działaniem 7.1 Priorytetu 7 RPO WD;
- Priorytetem 9 RPO WD;
- Priorytetem 3, 7, 9 PO KL.

We wniosku o dofinansowanie w punkcie: *„C 2.8. Komplementarność - powiązanie projektu z innymi projektami realizowanymi/zrealizowanymi w ciągu ostatnich 3 lat”* wnioskodawcy mogli wpisać projekty, które są komplementarne z projektem przewidzianym do realizacji wraz z uzasadnieniem. Za zapisy dotyczące komplementarności zostały przewidziane dodatkowe punkty w ocenie merytorycznej[23]. Możliwe było otrzymanie maksymalnie 6 pkt. za zapisy dotyczące komplementarności projektów. Zapis dot. komplementarności został przedstawiony poniżej.

Czy istnieją projekty powiązane ze zgłoszonym projektem (pod względem technicznym ukierunkowane na osiąganie podobnych celów lub prowadzące do efektów synergicznych), które zostały zrealizowane w ciągu ostatnich 3 lat lub zostały zgłoszone w naborze w ramach RPO?

- *brak komplementarności (0)*
- *komplementarność wobec zrealizowanych i realizowanych projektów (2)*
- *komplementarność wobec innych zgłoszonych projektów w ramach RPO (4)*

Na podstawie analizy zapisów o komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie możemy powiedzieć, że najczęściej stosowana była komplementarność geograficzna charakteryzująca się ukierunkowania wsparcia pochodzącego z różnych źródeł na te same tereny (74 przypadków komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie), w drugiej kolejności wpisywana we wnioskach była komplementarność funkcjonalna polegająca na wpisywanie się projektu w istniejącą już sieć działań/projektów/inwestycji jako kolejny element tej sieci (37 przypadki komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie), natomiast

[22] Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (Uszczegółowienie RPO WD) str. 156
[23] Kryteria wyboru operacji finansowanych (…) 2.5 Sekcja 5 Kontekst projektu (dotyczy projektu) strona 97

w przypadku 35 przypadków była to komplementarność przedmiotowa, polegająca na ukierunkowaniu wsparcia na konkretny problem społeczno-gospodarczy lub określoną branżę. W przypadku 15 zapisów we wnioskach o dofinansowanie wystąpiła komplementarność międzyokresowa (ze ZPORR i SPO RZL), natomiast w przypadku 11 wewnątrzpropgramowa (z RPO WD). W przypadku znaczącej części wniosków były wymieniane komplementarne projekty finansowane z innych źródeł. W przypadku 18 zapisów były to inwestycje sponsorowane ze środków własnych, natomiast w 26 przypadkach wymaniane były inne źródła finansowania inwestycji takie jak np. *Moje boisko orlik*, czy inne programy (charakterystyczne dla danego projektu).

Tabela 14. Dane dotyczące rodzajów komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD

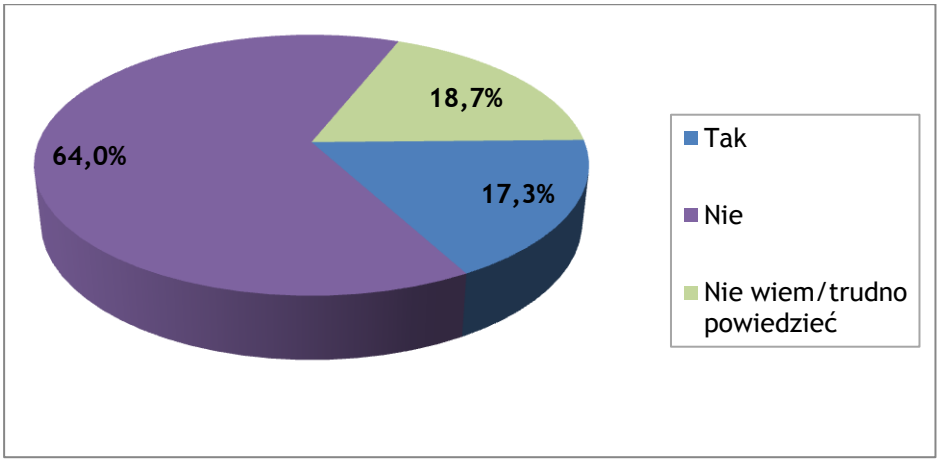
Rodzaje komplementarności	Liczba zapisów we wnioskach	Inne informacje
geograficzna	74	
przedmiotowa	35	
funkcjonalna	37	
międzyokresowa	15	(w tym ZPORR 11, SPO RZL 1)
międzyprogramowa	16	(w tym PO IŚ 1, PO KL 14, PROW 1)
wewnątrzpropgramowa (RPO WD)	11	
inne źródło finansowania -środki własne	18	
inne źródło finansowania	26	

a. Komplementarność międzyokresowa - międzyprogramowa (ze ZPORR)

Tylko 17,3% z objętych badaniem beneficjentów zadeklarowało, że realizowany projekt był komplementarny z innym projektem realizowanym w poprzedniej perspektywie finansowej w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego. Brak wiedzy na ten temat zadeklarowało 18,7% badanych.

Wykres 24. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR

Pytanie. Czy projekt realizowany przez Państwo w ramach Priorytetu 7 RPO WD jest komplementarny z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR? **N-75**



Respondenci mówiąc o zastosowaniu komplementarności posługiwali się przede wszystkim ogólnymi hasłami. Zaledwie dwie wypowiedzi zostały skonkretyzowane i uszczegółowionych do na poziomu projektu (wystąpiły w nich wskazania na konkretne Priorytety, Działania i realizowane inwestycje). Najczęściej wskazywana była komplementarność w obrębie dydaktyki, uwspólnienia zaplecza edukacyjno dydaktycznego, respondenci wskazywali też na podobną tematykę i cele do osiągnięcia w realizowanych projektach. Dane zostały zaprezentowane w tabeli na kolejnej stronie.

Tabela 15. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR

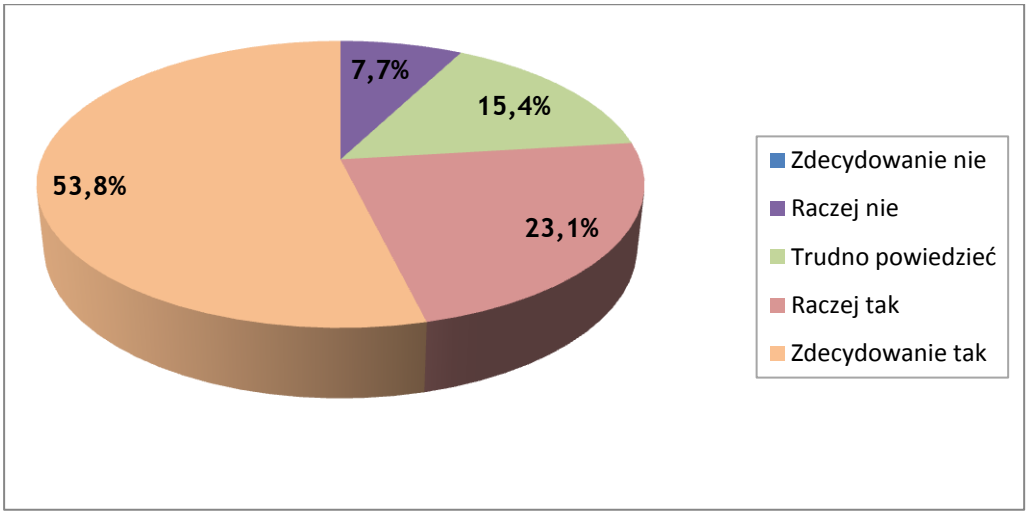
Pytanie. Na czym polega komplementarność tych projektów? **N-13**

Na czym polegała komplementarność projektów	liczebność	Odsetek odpowiedzi,
Komplementarność w obrębie dydaktyki, realizacji działań edukacyjnych	3	25,0%
Uwspólnienie zaplecza edukacyjno-dydaktycznego	3	25,0%
Podobna tematyka	2	16,7%
Podobne cele do osiągnięcia	2	16,7%
Modernizacja obiektów mieszkalnych pokrywa się z termomodernizacją obiektów dydaktycznych	1	8,3%
Polepszenie bazy teleinformatycznej, rozwój usług informatycznych	1	8,3%
Modernizacja jednego budynku, kompleksu za pomocą dwóch projektów	1	8,3%
Na tym, że projektem zostały objęte wszystkie placówki	1	8,3%
Na podnoszeniu kwalifikacji specjalistów	1	8,3%

Zdecydowana większość beneficjentów, którzy zastosowali komplementarność międzyokresową (ze ZPORR) na poziomie zrealizowanych projektów stwierdziła, że jej zastosowanie wzmocniło efekt końcowy projektu (76,9%), brak dodatkowych efektów zadeklarowała zaledwie jedna osoba. Dane zostały zaprezentowane na wykresie poniżej.

Wykres 25. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR wzmocniło efekt końcowy projektu

Pytanie. Czy zastosowanie komplementarności wzmocniło w Pana/i opinii efekt końcowy projektu, niż by to miało miejsce w przypadku gdyby jeden z projektów nie został zrealizowany? Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak. **N-13**

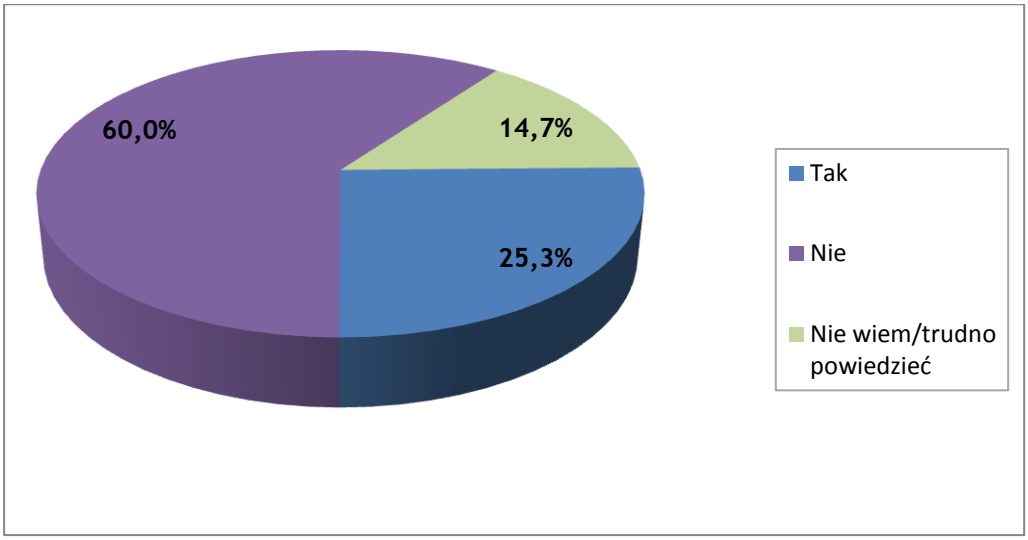


b. Komplementarność jednookresowa – wewnątrzprogramowa (w ramach RPO WD)

25,3% z objętych badaniem beneficjentów zadeklarowało, że realizowany projekt był komplementarny z innym projektem realizowanym w obecnej perspektywie finansowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego (w ramach innego projektu, priorytetu, działania). Brak wiedzy na ten temat zadeklarowało 14,7% badanych.

Wykres 26. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD

Pytanie. Czy projekt realizowany przez Państwo w ramach Priorytetu 7 RPO WD jest komplementarny z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD? **N-75**



Respondenci mówiąc o zastosowaniu komplementarności posługiwali się przede wszystkim ogólnymi hasłami. Zaledwie dwie wypowiedzi zostały skonkretyzowane i uszczegółowionych do poziomu projektu (wystąpiły w nich wskazania na konkretne Priorytety, Działania i realizowane inwestycje). Najczęściej wskazywana była komplementarność w obrębie dydaktyki, realizacji działań edukacyjnych, modernizacji jednego budynku, kompleksu za pomocą dwóch projektów, spójności celów - modernizacja budynków i przestrzeni miejskiej - poprawa dostępności dla mieszkańców, polepszenie bazy teleinformatycznej, rozwój usług informatycznych, podniesienie jakości infrastruktury sportowej, popularyzacja sportu i rekreacji.

Tabela 16. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD

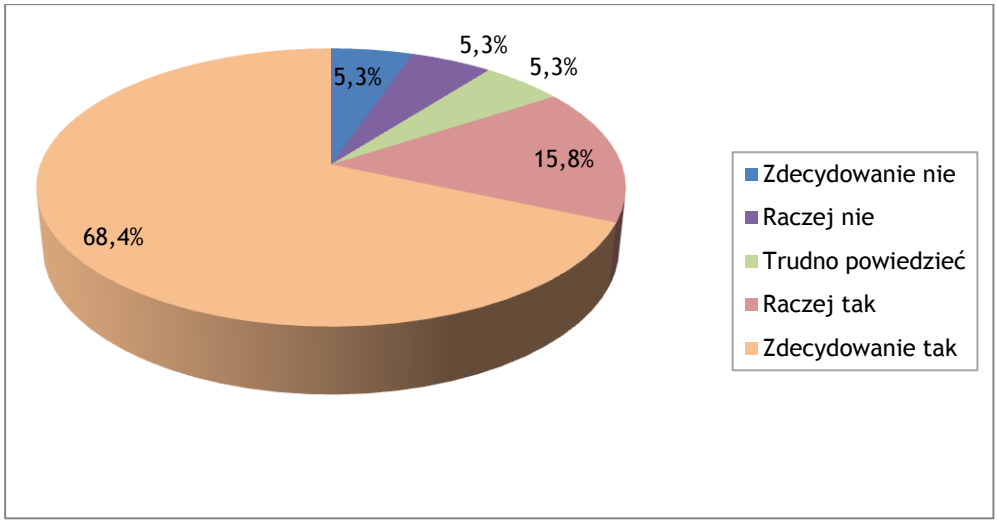
Pytanie. Na czym polega komplementarność tych projektów? **N-19**

Na czym polegała komplementarność projektów	liczebność	Odsetek odpowiedzi N-19
Komplementarność w obrębie dydaktyki, realizacji działań edukacyjnych	7	36,8%
Modernizacja jednego budynku, kompleksu za pomocą dwóch projektów	3	15,8%
Spójność celów - modernizacja budynków i przestrzeni miejskiej - poprawa dostępności dla mieszkańców	2	10,5%
Polepszenie bazy teleinformatycznej, rozwój usług informatycznych	2	10,5%
Podniesienie jakości infrastruktury sportowej, popularyzacja sportu i rekreacji	2	10,5%
Za mało precyzyjny opis, żeby móc wyciągnąć wnioski	2	10,5%
Modernizacja obiektów mieszkalnych pokrywa się z termomodernizacją obiektów dydaktycznych	1	5,3%
Uwspólnienie zaplecza edukacyjno-dydaktycznego	1	5,3%
Działanie na rzecz osób niepełnosprawnych i zagrożonych wykluczeniem	1	5,3%

Zdecydowana większość beneficjentów, którzy zastosowali komplementarność jednookresową wewnątrzprogramową (wewnątrz RPO WD) na poziomie zrealizowanych projektów, stwierdziła, że zastosowanie komplementarności wzmocniło efekt końcowy projektu (84,2%), brak dodatkowych efektów zadeklarowało dwie osoby. Dane zostały zaprezentowane na wykresie na kolejnej stronie.

Wykres 27. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarności projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD wzmocniło efekt końcowy projektu

Pytanie. Czy zastosowanie komplementarności wzmocniło w Pana/i opinii efekt końcowy projektu, niż by to miało miejsce w przypadku gdyby jeden z projektów nie został zrealizowany? Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak. **N-19**



c. Komplementarność jednookresowa - międzyprogramowa (PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT)

Z deklaracji beneficjentów wynika, ze komplementarność jednookresowa-międzyprogramowa występowała najczęściej - 41,3% z objętych badaniem beneficjentów zadeklarowało, że realizowany projekt był komplementarny z innym projektem realizowanym w obecnej perspektywie finansowej w ramach innego programu operacyjnego (PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT).

Największa grupa badanych beneficjentów zadeklarowała, że komplementarność na poziomie realizowanych projektów polegała uzupełnieniu zaplecza edukacyjno-dydaktycznego. Najczęściej wymieniana była komplementarność z PO KL, polegająca na polaczeniu projektów miękkich i twardych, wykorzystaniu utworzonej infrastruktury do realizacji różnych zajęć.

Wykres i tabela prezentujące dane zostały zamieszczone na kolejnej stronie.

Wykres 28. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT

Pytanie. Czy projekt realizowany przez Państwo w ramach Priorytetu 7 RPO WD jest komplementarny z innymi projektami realizowanymi w obecnej perspektywie finansowej w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT? **N-75**

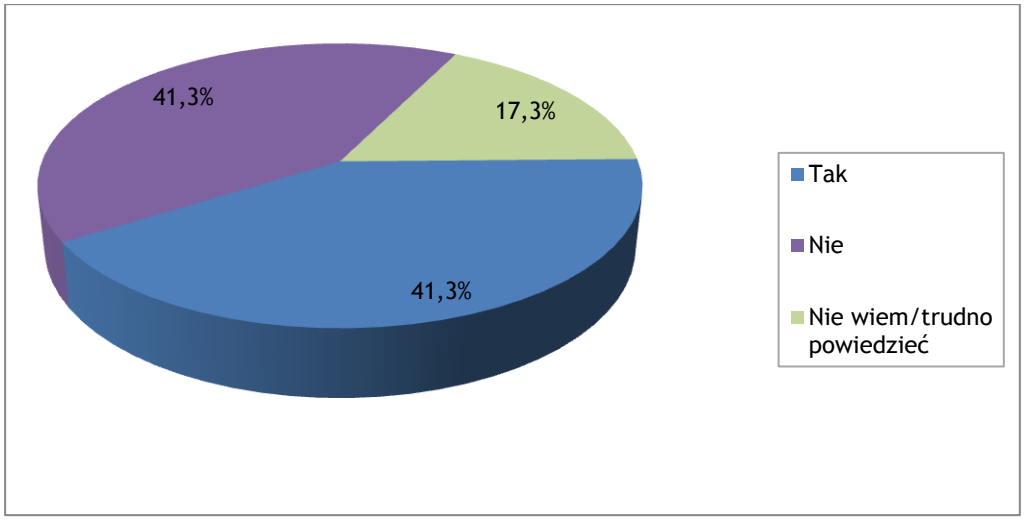


Tabela 17. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD

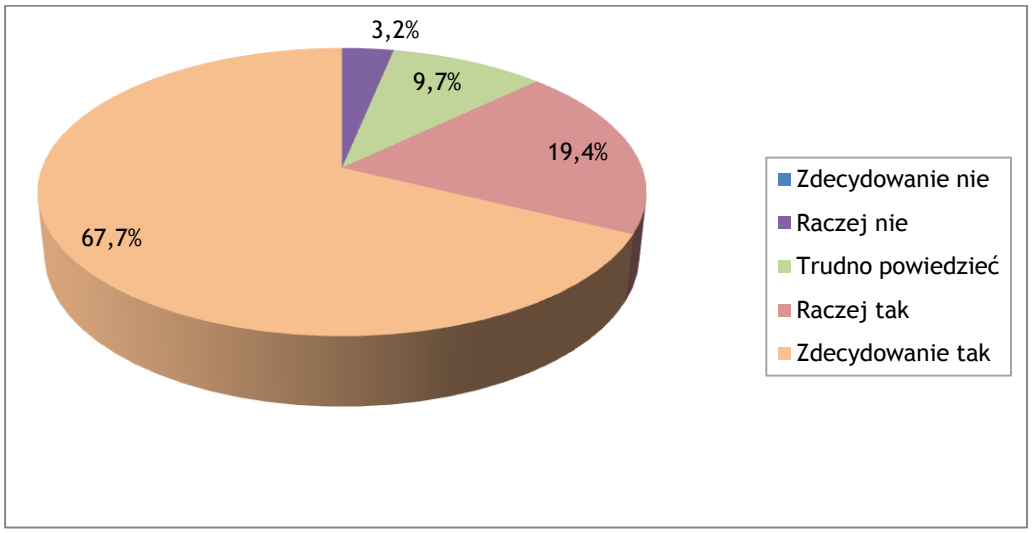
Pytanie. Na czym polega komplementarność tych projektów? **N-32**

Na czym polegała komplementarność projektów	liczebność	Odsetek odpowiedzi
Uwspólnienie zaplecza edukacyjno-dydaktycznego	14	43,8%
Komplementarność w obrębie dydaktyki, realizacji działań edukacyjnych	7	21,9%
Działanie na rzecz osób niepełnosprawnych i zagrożonych wykluczeniem	3	9,4%
Termomodernizowane pomieszczenia wykorzystywane do zajęć dydaktycznych	3	9,4%
Modernizacja jednego budynku, kompleksu za pomocą dwóch projektów	3	9,4%
Na podnoszeniu kwalifikacji specjalistów	2	6,3%

Zdecydowana większość beneficjentów, którzy zastosowali komplementarność wewnątrzokresową międzyprogramową na poziomie zrealizowanych projektów, stwierdziła, że zastosowanie komplementarności wzmocniło efekt końcowy projektu (87,1%), brak dodatkowych efektów zadeklarowało dwie osoby.

Wykres 29. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT

Pytanie. Czy zastosowanie komplementarności wzmocniło w Pana/i opinii efekt końcowy projektu, niż by to miało miejsce w przypadku gdyby jeden z projektów nie został zrealizowany? Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak. **N-32**



3.2.3. Wykorzystywanie możliwości cross-financingu na poziomie projektów oraz wpływ cross-financingu na skuteczność realizacji projektów

Cross-financing to zasada elastycznego (krzyżowego) finansowania projektów w ramach programu operacyjnego. Umożliwia ona finansowanie w sposób komplementarny działań objętych zakresem pomocy jednego funduszu ze środków innego funduszu. W odniesieniu do Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego polega odpowiednio na finansowaniu działań EFS - z EFRR oraz w przypadku EFRR - z EFS.

Cross-financing może dotyczyć wyłącznie takich kategorii wydatków, których poniesienie wynika z potrzeby realizacji danego projektu i stanowi logiczne uzupełnienie działań w ramach RPO WD. Zasadniczo powinny więc to być wydatki związane z zakresem merytorycznym projektu.

Cross-financing powinien być ponadto powiązany wprost z głównymi zadaniami realizowanymi w ramach danego projektu.

Maksymalny poziom finansowania w ramach *cross-financingu* został ustalony w wysokości 10% całkowitych wydatków kwalifikowanych. Poziom *cross-financingu* jest sprawdzany na etapie rozliczenia końcowego projektu i nie może on przekroczyć określonego we wniosku o dofinansowanie potwierdzonego zapisami umowy o dofinansowanie projektu, procentowego udziału w całkowitych wydatkach kwalifikowalnych projektu.

Zaledwie w dwóch projektach realizowanych w Priorytecie 7 zdrowie została zastosowana zasada *cross-financingu*. Dotyczyło to projektów realizowanych w ramach Działania 7.2 Priorytetu 7 RPO WD.

1. Budowa hali sportowej z zapleczem oraz łącznikiem do Szkoły Podstawowej i Gimnazjum w Pielgrzymce;
2. Modernizacja (przebudowa) Specjalnego Ośrodka Szkolno - Wychowawczego w Środzie Śląskiej;

W opinii beneficjentów zastosowanie *cross-financingu* wzmocniło efekt końcowy projektu.

3.2.4. Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020

Celem Strategii Lizbońskiej, przyjętej na szczycie przywódców UE w marcu 2000 roku oraz uzupełnionej na szczycie w Goeteborgu w czerwcu 2001 r. o wymiar środowiskowy, było uczynienie z Unii Europejskiej w ciągu 10 lat najbardziej dynamicznej, konkurencyjnej i opartej na wiedzy gospodarki na świecie, zdolnej do zapewnienia zrównoważonego wzrostu, oferującej więcej lepszych miejsc pracy, większą spójność społeczną, jak również poszanowanie środowiska naturalnego. Podczas szczytu wiosennego w 2005 r. Rada Europejska stwierdziła, że realizacja celów lizbońskich okazała się niejednolita w poszczególnych państwach członkowskich, a jej wcześniejsze wyzwania stają się jeszcze bardziej naglące w obliczu obserwowanych przekształceń w sferze gospodarczej i społecznej związanych z procesami globalizacyjnymi i wzrastającą konkurencją, procesami restrukturyzacyjnymi i wzrostem bezrobocia, migracjami zarobkowymi oraz starzeniem się społeczeństwa. Jako przyczyny niezadowalającego stopnia realizacji strategii wskazano zbyt obszerną listę priorytetów, niski poziom koordynacji między państwami członkowskimi ale niezaangażowanie odpowiednich nakładów finansowych na wdrażanie działań lizbońskich. W oparciu o tak zdiagnozowane źródła niepowodzenia „Lizbony", podjęto wspólne działania nad wypracowaniem stosownych rozwiązań mających doprowadzić do skoordynowania

i spójnego osiągania poszczególnych elementów Strategii Lizbońskiej we wszystkich państwach członkowskich. Wyrazem tych działań stało się przyjęcie pakietu tzw. Zintegrowanych Wytycznych na rzecz wzrostu i zatrudnienia na lata 2005-2008 zawierającego wykładnię odnowionej Strategii Lizbońskiej oraz nakładającego na państwa członkowskie obowiązek opracowania Krajowych Programów Reform (KPR) stanowiących wyraz „unarodowienia" celów i priorytetów lizbońskich. W ślad za tymi dokumentami przyjęto Strategiczne Wytyczne Wspólnoty dla spójności na lata 2007 - 2013, stanowiące mapę drogową dla transpozycji poszczególnych elementów polityki spójności na założenia „Lizbony" w ramach Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia (NSRO).

Określone zostały trzy główne nurty działań pro-lizbońskich:

1. Rozwój wiedzy i innowacji:

- wzrost i poprawa inwestycji w sferze B+R,
- pobudzenie innowacji, wykorzystanie ICT oraz zrównoważone wykorzystanie zasobów,
- przyczynienie się do rozwoju silnej europejskiej bazy przemysłowej.

2. Rozwój atrakcyjności UE jako miejsca dla inwestowania i pracy:

- rozszerzenie i pogłębienie wspólnego rynku,
- poprawa prawodawstwa europejskiego i krajowego,
- stworzenie otwartych i konkurencyjnych rynków w obrębie UE i poza nią,
- rozszerzenie i poprawa infrastruktury europejskiej.

3. Rozwój „mechanizmów" umożliwiających przedsiębiorstwom tworzenie większej liczby lepszych miejsc pracy:

- zaangażowanie większej liczby osób w aktywną działalność zawodową oraz modernizacja systemów zabezpieczeń społecznych,
- zwiększenie zdolności adaptacyjnych pracowników i przedsiębiorstw oraz elastyczności rynków pracy,
- wzrost inwestycji w kapitał ludzki poprzez lepsze systemy edukacji i zdobywanie umiejętności.

Dalszą konsekwencją reformy Strategii Lizbońskiej było również „odnowienie" polityki spójności UE. Chodzi tu przede wszystkim o ponowne zdefiniowanie celów tejże polityki („Konwergencja", „Konkurencyjność", „Współpraca terytorialna") oraz o modyfikację zakresu jej funduszy,

tj. środków strukturalnych - z których wyłączono środki wchodzące dotychczas w skład polityki rolnej i rybołówstwa - oraz Funduszu Spójności.

"Europa 2020 – strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu" jest nowym, długookresowym programem rozwoju społeczno-gospodarczego Unii Europejskiej na lata 2010-2020. Została zatwierdzona przez Radę Europejską 17czerwca 2010 r., zastępując w ten sposób realizowaną w latach 2000-2010 Strategię Lizbońską. Nowa strategia otwiera dyskusję na temat przyszłości gospodarki wspólnotowej oraz kierunków rozwoju Unii Europejskiej, bazując na doświadczeniach i osiągnięciach Strategii Lizbońskiej[24].

W opublikowanym 3 marca 2010 r. Komunikacie *„Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu"* podkreślona została potrzeba wspólnego działania państw członkowskich na rzecz wychodzenia z kryzysu oraz wdrażania reform umożliwiających stawienie czoła wyzwaniom związanym z globalizacją, starzeniem się społeczeństw czy rosnącą potrzebą racjonalnego wykorzystywania zasobów. W celu osiągnięcia powyższych założeń zaproponowano trzy podstawowe, wzajemnie wzmacniające się **priorytety**:

- **wzrost inteligentny (ang. smart growth),** czyli rozwój oparty na wiedzy i innowacjach,
- **wzrost zrównoważony (ang. sustainable growth)**, czyli transformacja w kierunku gospodarki niskoemisyjnej, efektywnie korzystającej z zasobów i konkurencyjnej,
- **wzrost sprzyjający włączeniu społecznemu (ang. inclusive growth)**, czyli wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniającej spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną.

KE zaproponowała wskaźniki umożliwiające monitorowanie postępów w realizacji ww. priorytetów za pomocą **pięciu nadrzędnych celów**, określonych na poziomie całej UE, w tym:

- osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia na poziomie 75%;
- poprawa warunków prowadzenia działalności badawczo rozwojowej, w tym przeznaczanie 3% PKB UE na inwestycje w badania i rozwój;
- zmniejszenie emisji gazów cieplarnianych o 20% w porównaniu z poziomami z 1990 r.; zwiększenie do 20% udziału energii odnawialnej w ogólnym zużyciu energii; dążenie do zwiększenia efektywności energetycznej o 20%;

[24] Strategia na rzecz inteligentnego zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu opracowanie Ministerstwa Gospodarki zamieszczone na stronie http://www.mg.gov.pl

- podniesienie poziomu wykształcenia, zwłaszcza poprzez zmniejszenie odsetka osób przedwcześnie kończących naukę do poniżej 10% oraz zwiększenie do co najmniej 40% odsetka osób w wieku 30–34 lat mających wykształcenie wyższe;
- wspieranie włączenia społecznego, zwłaszcza poprzez ograniczanie ubóstwa, mając na celu wydźwignięcie z ubóstwa lub wykluczenia społecznego 20 milionów obywateli.

Podstawowymi instrumentami realizacji celów strategii „Europa 2020" są opracowywane przez państwa członkowskie UE **Krajowe Programy Reform** oraz przygotowane przez KE **inicjatywy przewodnie** (ang. *flagship initiatives*), realizowane na poziomie UE, państw członkowskich, władz regionalnych i lokalnych. Te inicjatywy przewodnie to:

- *Unia innowacji* – poprawa warunków ramowych dla innowacji oraz wykorzystanie innowacji do rozwiązania najważniejszych problemów społecznych i gospodarczych wskazanych w strategii Europa 2020;
- *Mobilna młodzież* – poprawa jakości na wszystkich poziomach edukacji i szkoleń oraz zwiększanie atrakcyjności europejskiego szkolnictwa wyższego na arenie międzynarodowej;
- *Europejska agenda cyfrowa* – osiągnięcie trwałych korzyści gospodarczych i społecznych z jednolitego rynku cyfrowego, opartego na dostępie do szerokopasmowego Internetu;
- *Europa efektywnie korzystająca z zasobów* – wsparcie zmiany w kierunku gospodarki niskoemisyjnej i efektywniej korzystającej z zasobów środowiska oraz dążenie do wyeliminowania zależności wzrostu gospodarczego od degradacji środowiska przyrodniczego;
- *Polityka przemysłowa w erze globalizacji* – poprawa warunków dla przedsiębiorczości, zwłaszcza MŚP oraz wsparcie rozwoju silnej bazy przemysłowej, zdolnej do konkurowania w skali globalnej;
- *Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia* – stworzenie warunków do unowocześnienia rynków pracy, przez ułatwienie mobilności pracowników i rozwój ich umiejętności, w celu zwiększenia poziomu zatrudnienia oraz zapewnienie trwałości europejskich modeli społecznych;
- *Europejski program walki z ubóstwem* – zapewnienie spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej poprzez pomoc osobom biednym i wykluczonym oraz umożliwienie im aktywnego uczestniczenia w życiu ekonomicznym i społecznym.

Ustalając strategię Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 uwzględniono również potrzebę zdynamizowania realizacji odnowionej Strategii Lizbońskiej określoną na szczeblu państw członkowskich w „Zintegrowanym Pakiecie Wytycznych dla

Wzrostu Zatrudnienia na lata 2005-2008", a w Polsce w „Krajowym Programie Reform na lata 2005-2008 na rzecz realizacji Strategii Lizbońskiej"(KPR)[25].

W celu monitorowania wykorzystania środków polityki spójności na działania Strategii Lizbońskiej przyjęte zostały rozwiązania proceduralne, które zapewniają przedstawicielom instytucji odpowiedzialnej za koordynację procesu lizbońskiego udział w posiedzeniach komitetów monitorujących poszczególne Programy Operacyjne. Zasada ta obowiązuje zarówno w odniesieniu do programów wdrażanych centralnie, jak i do 16 Regionalnych Programów Operacyjnych. Instrumentem wspomagającym koordynację realizacji Krajowego Programu Reform jest Międzyresortowy Zespół ds. Realizacji Strategii Lizbońskiej w Polsce.

Projekty realizowane w ramach Priorytetu 7 RPO WD wpisujące się w cele **Strategii Lizbońskiej** oraz **KPR**, a także założenia programu „Europa 2020" w obszarze edukacji to ukierunkowane na:

- informatyzację placówek edukacyjnych;
- wprowadzenie e- learningu;
- ukierunkowane na wzrost atrakcyjności placówek i zwiększenie jakości i dostępności nauczania w kierunkach przyrodniczych, matematycznych i technicznych (celem dostosowania do potrzeb rynku pracy);
- wzmocnienie szkolnictwa zawodowego – jeśli chodzi o praktyczna naukę zawodu, stosowanie najnowszych technik w nauczaniu praktycznej nauki zawodu dostępnych na rynku pracy;
- wzmocnienie szkolnictwa wyższego;
- wzrost zatrudniania.

Warto wspomnieć, że znacząca cześć projektów z obszaru edukacji prowadziła do wzrostu zatrudnienia (był to odsetek większy niż w obszarze „Zdrowia"), większa liczba zatrudnionych w wyniku realizacji inwestycji przypadała na Działanie 7.1 związane z infrastrukturą szkolnictwa wyższego. Analiza jakościowa wniosków o dofinansowanie wskazuje, że celem projektów była przede wszystkim poprawa jakości nauczania, a także poprawa dostępności do infrastruktury edukacyjnej w mniejszym stopniu wprowadzenie na teren placówki nowych technologii, czy też innowacyjnych rozwiązań. Większy odsetek projektów w zakresie informatyzacji placówek edukacyjnych oraz e-learningu przypadał na szkolnictwo wyższe (Działanie 7.1), niż projekty realizowane w obszarze Działania 7.2.

W cele Strategii Lizbońskiej w małym stopniu wpisywały się projekty polegające na modernizacji szkół podstawowych i gimnazjów, choć w województwie dolnośląskim istniała wyraźna potrzeba

[25] Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

przeprowadzenia takich inwestycji szczególnie na obszarach wiejskich, celem wyrównania dostępności do infrastruktury edukacyjnej.

Beneficjenci Priorytetu 7 RPO WD biorący udział w FGI nie posiadali wiedzy na temat założeń Strategii Lizbońskiej.

Pośród analizowanych wniosków projektowych wystąpił jeden, w którym odniesiono się bezpośrednio do założeń Strategii Lizbońskiej uzasadniając jego opisowe wykorzystanie w następujący sposób:

„Projekt jest zgodny ze Strategią Lizbońską w zakresie: Zwiększenia dostępu do edukacji, wspierania otwartości systemu edukacji, doskonalenia jakości edukacji, reformy europejskiego rynku pracy. Strategia Lizbońska przyjęta przez Radę Europejską w Lizbonie, w 2000 roku wytyczyła bardzo istotne kierunki rozwoju Unii Europejskiej w dziedzinach, które na globalnym rynku dóbr i idei mają decydujące znaczenie. Projekt NKJO jest zgodny, spójny i wpisuje się w część Strategii Lizbońskiej dotyczącej Edukacji i Reformy europejskiego rynku pracy, w zakresie Inwestowania w zasoby ludzkie. W dokumencie tym stwierdza się, że: "Europejskie systemy edukacji i kształcenia muszą zostać dostosowane do potrzeb społeczeństwa opartego na wiedzy, jak również zapewnić poprawę poziomu i standardów (...). Ponadto w dokumencie wezwano państwa członkowskie, aby we współpracy z Komisją i Radą UE podjęły działania na rzecz, m.in. przekształcania szkół i ośrodków szkoleniowych w nowoczesne, ogólnodostępne centra edukacyjne o wielofunkcyjnym charakterze" .

Powyższy opis dotyczy wniosku o dofinansowanie na realizację projektu w ramach Działania 7.2 sfokusowanego wokół poprawy warunków nauczania i możliwości rozwoju przyszłych i czynnych zawodowo nauczycieli języków obcych.

W 20 kolejnych wnioskach wspomniano, że przyjęte założenia projektowe wpisują się w założenia Strategii Lizbońskiej, dzięki spełnianiu założeń innych dokumentów strategicznych, w skali krajowej lub regionalnej.

3.3. Studia przypadków projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD oraz efekt netto zrealizowanych inwestycji

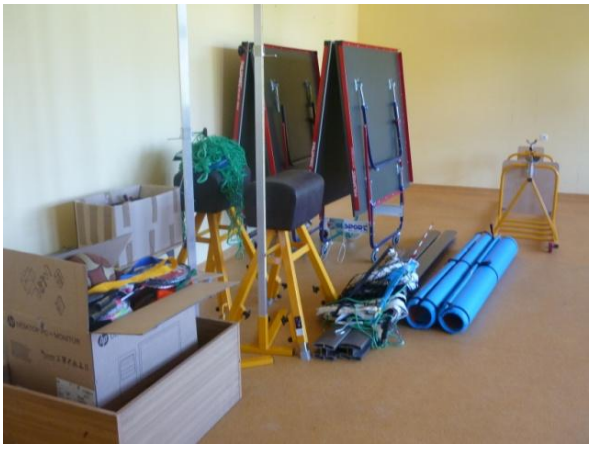
PRZYPADEK 1 PROJEKT: Budowa sali sportowej przy Szkole Podstawowej w Krzywej 52

Beneficjent: Gmina Chojnów

Beneficjent ostateczny: Szkoła Podstawowa w Krzywej 52

Całkowita wartość projektu: 3 042 453,01 zł

Wartość dofinansowania: 2 095 557,1 zł



Na terenie gminy funkcjonuje 8 szkół podstawowych, do których w roku szkolnym 2007/2008 uczęszczało 595 uczniów. Jednym z ważniejszych problemów gminy był brak infrastruktury sportowej, głównie sal gimnastycznych wyposażonych w sprzęt sportowy, aby można było prowadzić zajęcia wychowania fizycznego i upowszechniać sport. Przed rozpoczęciem projektu tylko jedna ze szkół posiadała niewielką salę sportową, natomiast w siedmiu pozostałych zajęcia z wychowania fizycznego odbywały się najczęściej w salach lekcyjnych, na korytarzach szkolnych. Dodatkowo projekt zapewnił dostęp osobom niepełnosprawnym do infrastruktury sportowej oraz możliwość dostępu do kompleksu mieszkańców gminy.

Budowa sali obejmowała: roboty budowlane: ziemne, fundamenty, ściany, słupy, stropy, dach, ścianki działowe, kominy, stolarka, tynki, posadzki, roboty wykończeniowe, elewacja, roboty zewnętrzne i uzupełniające, w zakresie tym uwzględniono roboty związane z dostosowaniem obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych: podjazd dla wózków inwalidzkich, toalety dla osób

niepełnosprawnych, salę rehabilitacyjną, posadzki antypoślizgowe; roboty instalacyjne: instalacja wodno-kanalizacyjna, ppoż., c.o. i wentylacji- roboty elektryczne: instalacja wewnętrzna i odgromowa; roboty drogowe: droga pożarowa z placem manewrowym; roboty dodatkowe: obniżenie części ławy fundamentowej, wykonanie ogniomurów i zamocowanie belek stalowych. W związku z powyższym powstał obiekt o pow. użytkowej 964,3m2 połączony za pośrednictwem łącznika z istniejącym budynkiem szkolnym, składający się z: jednokondygnacyjnej sali gimnastycznej o pow. 274,9m2- dwukondygnacyjnej części dydaktyczno-socjalnej o pow. 689,4m2, obejmującej: salę rehabilitacyjną, salę do gimnastyki korekcyjnej, siłownię, salę wystawową, magazyn na sprzęt, pokój nauczyciela wychowania fizycznego, szatnię, pomieszczenia sanitarne (w tym dla osób niepełnosprawnych) i socjalne. Inwestycja zrealizowana została w oparciu o nowoczesne, przyjazne środowisku rozwiązania. Sala zaprojektowana została w technologii tradycyjnej, murowanej z wykorzystaniem dobrej jakości materiałów i optymalnych rozwiązań konstrukcyjnych. Wybrana technologia zagwarantuje: odporność na długotrwałą eksploatację, dobrą izolacyjność akustyczną, dużą zdolność akumulacyjną ciepła i odpowiednią przepuszczalność pary wodnej, co pozwoli utrzymać właściwe warunki cieplne i wilgotnościowe sprzyjające dobremu samopoczuciu użytkowników sali sportowej. Obiekt charakteryzuje się prostotą i estetyczną kompozycją, funkcjonalnością i trwałością zastosowanych materiałów. W ramach projektu przewidziano także zakup i montaż wyposażenia sportowego, w tym: urządzeń do koszykówki, siatkówki, piłki ręcznej, tenisa stołowego oraz skoku wzwyż a także drabinek, odskoczni, skrzyń, kozłów, materaców, ławeczek gimnastycznych, tablicy wyników i piłek. Wyposażenie spełnia wymogi bezpieczeństwa określone w polskich i unijnych przepisach, posiada aktualne certyfikaty, jest estetyczne, łatwe w montażu i trwałe. Wybudowany obiekt otrzymał pozwolenie na użytkowanie (decyzja nr 19/09 z dn. 18.08.2009 r.) i od września 2009 r. jest użytkowany. Ponadto projekt przyczynia się do optymalizacji sieci placówek edukacyjnych na terenie gminy Chojnów, gdyż podnosi standard szkoły w Krzywej, zapewnia jej możliwość rozwoju, sprzyja prowadzeniu zajęć sportowych na wysokim poziomie oraz w perspektywie umożliwia poszerzenie obwodu szkoły o inne miejscowości.

Wszystkie sprzęty zakupione w ramach projektu zostały ocenione pozytywnie (7 punktów na skali 7 punktowej gdzie 7 to ocena bardzo wysoka).

W opinii przedstawicieli szkoły (dyrektor, nauczyciel) oraz koordynatora projektu w wyniku zrealizowanej inwestycji poprawiła się przede wszystkim dostępność do infrastruktury sportowej oraz jakość prowadzonych lekcji z wychowania fizycznego, jak i innych zajęć prowadzonych dla uczniów szkoły podstawowej z wykorzystaniem salki rehabilitacyjnej i z użyciem zakupionego sprzętu:

- zajęcia korekcyjne,

- zajęcia z integracji sensorycznej i kinezjologii edukacyjnej,
- integracyjne spotkania z dziećmi niepełnosprawnymi,
- kółko sportowe (piłka nożna - chłopcy, siatkówka – dziewczynki),
- zawody sportowe,
- imprezy szkolne.

W wyniku realizacji projektu znacznie wzrosła dostępność infrastruktury sportowej dla uczniów z Gminy Chojnów, ponieważ przed realizacja inwestycji na osiem szkół podstawowych w gminie, jedynie jedna dysponowała niewielką salą gimnastyczną. Sala gimnastyczna jest wykorzystywana przez uczniów wszystkich klas szkoły, w której się znajduje. Ponadto z sali gimnastycznej korzystają również uczniowie innych szkół z terenu gminy. Należy zaznaczyć, że sala gimnastyczna wykorzystywana jest również, jako obiekt, w którym przeprowadzane są szkolenia dla nauczycieli. Ponadto pełni funkcję kulturalno-rozrywkowo-informacyjną, organizowane są tutaj imprezy gminne, popołudniowe zajęcia sportowe przeznaczone dla ogółu mieszkańców czy nawet zebrania wiejskie. W związku z pełnym przystosowaniem obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych, w sali gimnastycznej lub sali rehabilitacyjnej prowadzone są zajęcia integracyjne i rehabilitacyjne dla osób ze specjalnymi potrzebami.

Wśród rezultatów projektu należy wymienić zwiększenie oferty rekreacyjno-sportowej zarówno dla uczniów, jak i ogółu mieszkańców, zwiększenie zainteresowania uczniów sportem - w związku z nowymi możliwościami infrastrukturalnymi uczniowie zapisali się do kółek sportowych. Uczniowie osiągają lepsze wyniki sportowe i chętniej uczęszczają na zajęcia.
Przedstawiciele szkoły zabiegają o kolejne pozyskiwanie funduszy, m.in. na budowę placu zabaw przy szkole, czy boiska „Orlik". Zdobyli już środki na wyposażenie i wkrótce planują otworzyć salę integracji sensorycznej.

We wniosku znalazły się zapisy dotyczące komplementarności projektu z dwoma innymi projektami realizowanymi na terenie szkoły:

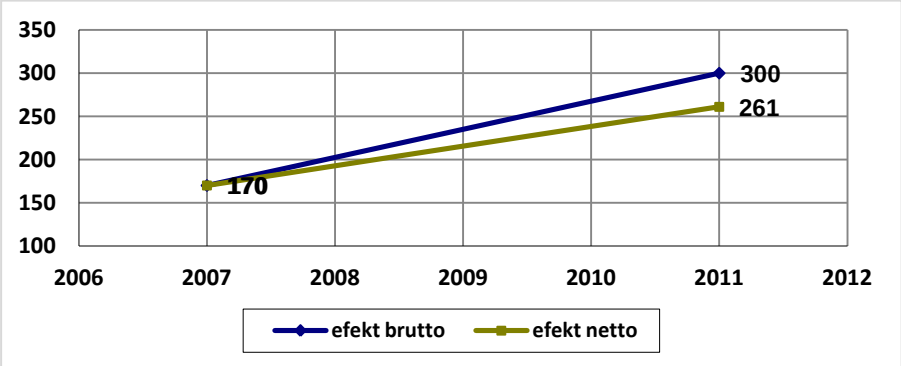
- *Wyposażenie boiska sportowego w zaplecze kontenerowe socjalne we wsi Krzywa* - Niniejszy projekt został zrealizowany przez gminę Chojnów w 2009 roku w ramach współfinansowania ze środków budżetu województwa dolnośląskiego z inicjatywy „Odnowa Wsi Dolnośląskiej". Realizacja tego projektu przyczyniła się do poprawy stanu infrastruktury sportowej we wsi Krzywa i całej gminie Chojnów.
- *Zakup pomocy dydaktycznych do miejsc zabaw dla Szkoły Podstawowej w Krzywej* - Niniejszy projekt został zrealizowany przez gminę Chojnów w 2009 roku w ramach rządowego programu „Radosna szkoła". Projekt ten wpłynął na poprawę warunków nauczania i efektywność kształcenia w Szkole Podstawowej w Krzywej.

Nie możemy tutaj obserwować efektu synergii wynikającego w związku z opisaną we wniosku komplementarnością.

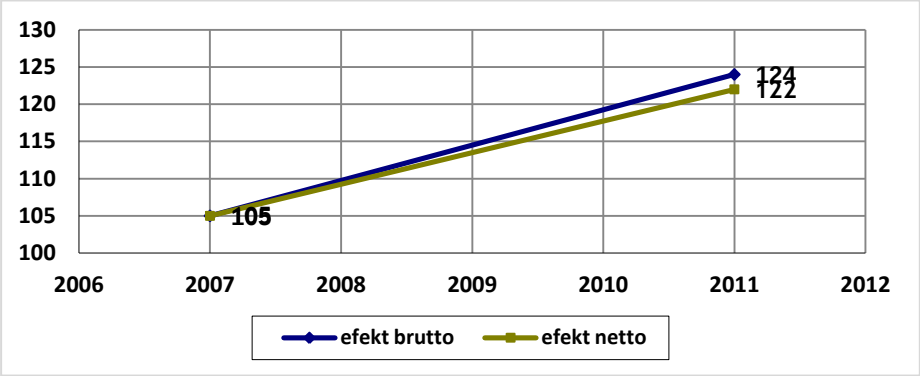
W wyniku zrealizowanej inwestycji doszło do utworzenia nowych etatów na terenie szkoły, zatrudniono pedagoga posiadającego uprawnienia do prowadzenia integracji sensorycznej oraz pedagoga ze specjalnością z zakresu kinezjologii edukacyjnej.

Jeśli chodzi o efekt netto zrealizowanej inwestycji przyczyniła się ona w 70% do wzrostu liczby dzieci z gminy korzystających z sali gimnastycznej (wzrost z 170 do 300 dzieci po zrealizowaniu inwestycji), przyczyniło się do tego wybudowanie nowego obiektu i uzupełnienie infrastruktury edukacyjnej w tym zakresie. Na wskaźnik ten oddziaływały również inne czynniki jak zatrudnienie pedagogów ze specjalnością do prowadzenia zajęć z integracji sensorycznej oraz kinezjologii edukacyjnej (30%). Dzięki realizacji inwestycji na terenie gminy powstały nowe zajęcia edukacyjne niedostępne do tej pory, poprawiła się tez znacząco jakość zajęć edukacyjnych z wychowania fizycznego. Zmianie nie uległa liczba nauczycieli wychowania fizycznego zatrudnionych w szkole. Dodatkowo w okresie po zrealizowaniu inwestycji wzrosła liczba uczniów uczących się na terenie placówki, zrealizowana inwestycja przyczynia się do tego w 90% (wzrost z 105 do 122 uczniów), wśród pozostałych czynników znalazło się zatrudnienie pedagoga ze specjalnością do prowadzenia zajęć z integracji sensorycznej (10%).

Wykres 30. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w gminie korzystających z sali gimnastycznej



Wykres 31. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w szkole



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

PRZYPADEK 2 PROJEKT: Specjalistyczne pracownie kształcenia zawodowego w ZSZ w Miliczu

Beneficjent: Starostwo Powiatowe w Miliczu

Beneficjent ostateczny: Zespół Szkół w Miliczu

Całkowita wartość projektu: 217 000,00 zł

Kwota dofinansowania: 151 900,00 zł

Przedmiotem projektu było stworzenie specjalistycznych pracowni kształcenia zawodowego wykorzystywanych na potrzeby zajęć praktycznych, w szczególności dla uczniów klas technikum informatycznego oraz technikum pojazdów samochodowych. W wyniku realizacji projektu w sposób kompleksowy i nowoczesny wyposażono 3 pracownie dydaktyczne w sprzęt informatyczny, diagnostyczny, ogólno dydaktyczny oraz wyposażenie podstawowe, zgodnie ze standardami i wytycznymi MEN jednocześnie adekwatne do aktualnie funkcjonujących i używanych technologii na rynku.

Zakres wyposażenia: Pracownia I (technik informatyk): eksploatacji sprzętu komputerowego: diagnozowania, montażu, konfigurowania, uruchamiania komputera, urządzeń peryferyjnych i elementów aktywnych sieci komputerowej: 1) Wyposażenie ogólno dydaktyczne (TV, DVD, rzutnik multimedialny i foliogramów, tablice poglądowe), 2) 16 stanowisk do montażu elektrycznego: zestaw komputerowy do konfigurowania, testowania, demontażu, montażu, lampy, zasilacze regulowane, maty antystatyczne, komplety narzędzi ręcznych, oscyloskop, mierniki uniwersalne i częstotliwości, generatory przebiegów sinusoidalnych i prostokątnych, zestawy: płyta główna, karty: graficzne, dźwiękowe, sieciowe; 3) 16 zestawów stołów montażowych oraz 2 krzesła.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Pracownia II (technik informatyk): administrowania sieciowymi systemami operacyjnymi: wykonywanie instalacji i konfiguracji danego operacyjnego systemu, uruchamianie i sprawdzanie poprawności działania komponentów sieci): 16 stanowisk sieciowych: komputer stacjonarny lub przenośny z oprogramowaniem, drukarki tradycyjne, drukarka specjalistyczna, skanery, licencja na oprogramowanie Novell na 8 stanowisk, licencja na oprogramowanie Windows na 16 stanowisk, serwer z okablowaniem i instalacją; 2) 16 zestawów ławka oraz 2 krzesła

Pracownia III (technik pojazdów samochodowych): diagnostyki pojazdów samochodowych: sprawdzanie stanu technicznego zespołów i elementów instalacji elektrycznej i elektronicznej pojazdów, montaż i demontaż instalacji oraz urządzeń elektrycznych i elektronicznych w pojazdach samochodowych: 1) Wyposażenie ogólno dydaktyczne (TV, DVD, rzutnik multimedialny i foliogramów, tablice poglądowe); 2) Zestawy przyrządów pomiarowych i narzędzi do testowania: spawarka: gazowa i MIG/Mag, mierniki uniwersalne, komputer diagnostyczny i oprogramowanie, prostowniki testowe, stanowiska do wykonywania prób silników elektrycznych, dokumentacje techniczne napraw i obsługi sam., układy: klimatyzacji, centralnego zamka, alarmu, katalogi, literatura; 3) 14 zestawów stół montażowy oraz 2 krzesła.

Wszystkie sprzęty zakupione w ramach projektu zostały ocenione pozytywnie (7 punktów na skali 7 punktowej gdzie 7 ocena bardzo wysoka).

W opinii przedstawicieli szkoły (dwóch nauczycieli) oraz koordynatora projektu w wyniku zrealizowanej inwestycji poprawiła się jakość prowadzonych zajęć specjalistycznych z wykorzystaniem sprzętu komputerowego m.in. z takich przedmiotów jak:

- systemy operacyjne i sieci komputerowe,
- urządzenia techniki komputerowej.

Ponadto zakupiony sprzęt wykorzystywany jest do prowadzenia zajęć w ramach policealnego studium informatycznego oraz zajęć dodatkowych m.in.:

- konkursów informatycznych (np. Międzynarodowy Konkurs Informatyczny „Bóbr", Konkurs wiedzy o Internecie – Olimpiada DialNet Master, Konkurs matematyczno-informatyczno-językowy E-MAILING)
- kółek informatycznych, lekcji otwartych, zajęć wyrównawczych z informatyki,
- szkoleń dla nauczycieli (np. dot. obsługi dzienników elektronicznych).

Inwestycja ta wpłynęła na wzrost atrakcyjności prowadzonych zajęć, poprawę pracy nauczycieli. W wyniku realizacji projektu zwiększyła się dostępność dla uczniów z całego powiatu do kształceniach w określonych kierunkach objętych projektem. W Powiecie Milickim nie ma drugiej placówki, kształcącej w analogicznych profilach i posiadających podobne pracownie, placówka ta nie dysponowała wcześniej ani pracownią informatyczną, ani pracownią przystosowaną do nauczania w kierunku technik samochodowy. Pracownie są wykorzystywane przez uczniów

kształcących się w kierunkach: technik informatyk, technik pojazdów samochodowych oraz przez słuchaczy policealnego studium informatycznego. Należy zaznaczyć, że przedstawiciele szkoły wskazują na dalszą potrzebę tworzenia kolejnych pracowni i zakup specjalistycznego sprzętu, który jest niezbędny do nauczania przedmiotów praktycznych (np. obrabiarka, która powinna być wykorzystywana na warsztatach samochodowych).

Wśród rezultatów projektu należy wymienić przede wszystkim wzrost liczby uczniów uczęszczających do szkoły, zwiększenie zainteresowania uczniów informatyką. Wykorzystanie multimediów i sprzętów umożliwiających prowadzenie zajęć warsztatowych wpłynęło na lepsze przyswajanie wiedzy przez uczniów, a także poszerzenie zakresu umiejętności praktycznych. Zajęcia odbywają się w grupach kilku lub kilkunasto osobowych, przy czym każdy uczeń ma swoje stanowisko pracy (pracownia I – technik informatyk - dostępnych jest 16 stanowisk, pracownia II technik informatyk – dostępnych jest 16 stanowisk, pracownia III technik pojazdów samochodowych – dostępnych jest 14 stanowisk).

Warto w tym miejscu podkreślić, że Zespół Szkół w Miliczu jest aktywną placówką starającą się pozyskać środki finansowe na modernizację i dalszy rozwój z różnych źródeł. Od 2008 roku przeprowadzono wiele prac modernizacyjnych i remontowych. Najważniejsze inwestycje szkolne to: remonty i modernizacje placówki (m.in. sali gimnastycznej, termomodernizacja obiektu, wymiana stolarki okiennej, etc.), zakup pomocy dydaktycznych (m.in. tablic do gabinetu informatycznego i matematycznego, zestaw nagłośnieniowy, sprzęt do siłowni, etc.). Szkoła wzbogaciła się również o nowy kompleks sportowy w ramach programu "Orlik 2012".

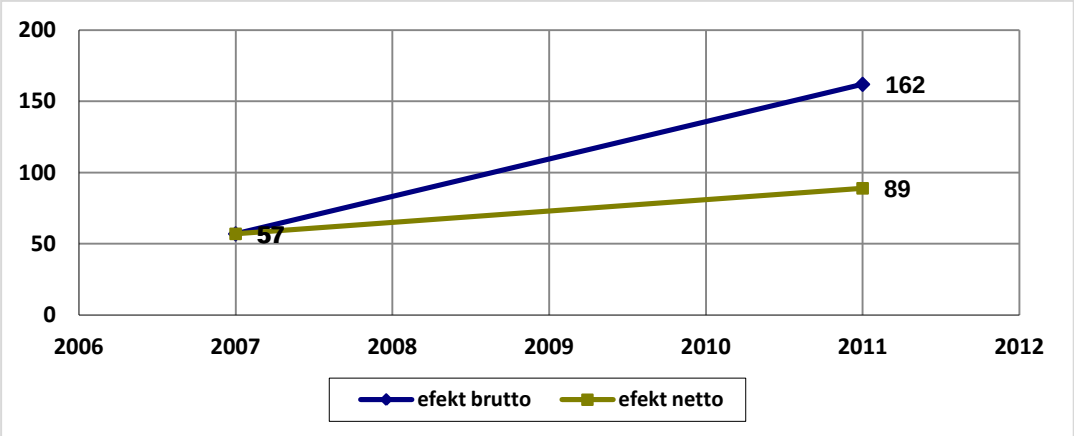
Na terenie Zespołu Szkół w Miliczu zostały również zrealizowane dwa projekty w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki: „Szkoła Kluczowych Kompetencji", „E-dukacja w szkole" przyczyniło się to do wzrostu jakości nauczania i większego wykorzystywania urządzeń multimedialnych oraz wzrostu zainteresowania technologiami informacyjno-komunikacyjnymi (ITC). Bardzo dobry efekt przynosi łączenie projektów twardych (infrastrukturalnych związanych z zakupem wyposażenia) z miękkimi szkoleniowymi dla nauczycieli lub wprowadzającymi możliwość dodatkowych zajęć da uczniów.

W wyniku zrealizowanej inwestycji doszło do utworzenia dwóch nowych etatów dla nauczycieli nauczających w kierunku: technik informatyk oraz trzech etatów dla nauczycieli kształcących w kierunku: technik pojazdów samochodowych.

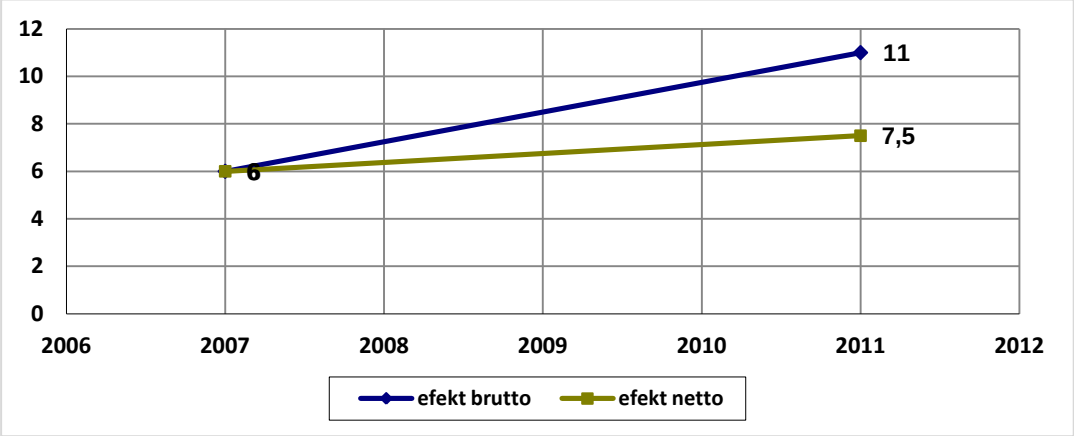
Jeśli chodzi o efekt netto zrealizowanej inwestycji przyczyniła się ona w 30% do wzrostu liczy uczniów na terenie szkoły, poprzez podniesienie atrakcyjności placówki. Na wskaźnik ten oddziaływały również inne czynniki jak współpraca z Uczelniami Wyższymi, szkolenia nauczycieli, udział w innych projektach infrastrukturalnych oraz współpraca z pracodawcami, które podniosły atrakcyjność szkoły (70%). Dzięki realizacji inwestycji na terenie powiatu powstały kierunki niedostępne do tej pory – wyłączny wkład realizowanej inwestycji wzrost z 0-1 (100% efekt netto

zrealizowanej inwestycji). Wzrosła również liczba nauczycieli zatrudnionych w szkole, przy czym dzięki zrealizowanej inwestycji nastąpił wzrost zatrudnienia o 30%, co stanowi 1,5 etatu.

Wykres 32. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w szkole.



Wykres 33. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby etatów w szkole



PRZYPADEK 3 PROJEKT: Przebudowa i wyposażenie części pomieszczeń Szkoły Podstawowej w Przewornie w celu utworzenia Gminnego Przedszkola Publicznego

Beneficjent: Gmina Przeworno

Beneficjent ostateczny: Gminne Przedszkole Publiczne w Przewornie

Całkowita wartość projektu: 330 602,41 zł

Wartość dofinansowania: 228 271,88 zł

Przed dokonaniem inwestycji na ternie gminy Przeworno nie było przedszkola. Gmina liczyła 5249 mieszkańców (stan na 30 czerwca 2008), w tym 174 dzieci w wieku 3-5 lat. Najbliższe przedszkola znajdowały się w Strzelinie, Kuropatniku, Wiązowie oraz Ziębicach w odległości co najmniej 15 km. Każda ww. placówka posiadała komplet, a dzieci z terenu gminy Przeworno wpisywane były na listę "rezerwowych" oczekujących na miejsca w przedszkolu. Ponadto konieczność dowozu dzieci do przedszkoli położonych w sąsiednich gminach stanowiła duży problem dla rodziców pragnących realizować się zawodowo.

Głównym założeniem projektu była przebudowa oraz wyposażenie istniejących pomieszczeń na potrzeby utworzenia Gminnego Przedszkola Publicznego. Projekt realizowany był w dwóch etapach: I. przebudowa pomieszczeń znajdujących się w Szkole Podstawowej w Przewornie o powierzchni 218,30m2. Pomieszczenia te zostały całkowicie przebudowane i zostało zmienione ich dotychczasowe przeznaczenie. Wykorzystując istniejący układ pomieszczeń zaprojektowano: - szatnie dzieci, które są pomieszczeniem, w którym poza przechowywaniem ubrania dzieci

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

opanowują umiejętność samodzielnego ubierania się. Szatnie zaprojektowano tworząc odrębne boksy dla każdego oddziału. Szatnie zostały zlokalizowane na parterze w bezpośrednim sąsiedztwie wejścia i hallu. Szatnia I 10.23 m2. Szatnia II 11.27 m2. Sale zajęć przeznaczone są dla realizacji zadań wychowawczo-dydaktycznych, zabaw, spożywania posiłków oraz wypoczynku. Sala zajęć z zespołem sanitarnym stanowi kompleks pomieszczeń dla jednego oddziału. - sala przedszkolna I 49.24m^2 - sala przedszkolna II 54.03m^2- Zespoły sanitarne zaprojektowano odrębne dla każdego oddziału. Zespół sanitarny zlokalizowano w bezpośrednim sąsiedztwie sali zajęć. W zespole przewidziano: 2 miski ustępowe o zmniejszonych wymiarach, 3 umywalki o zmniejszonych wymiarach. Kabiny są zamykane drzwiczkami dwuskrzydłowymi o wysokości umożliwiającej wgląd personelu opiekuńczego, umywalnia I 6.16m^2 w.c. I 8.54 m2, umywalnia II 6.09m^2, w.c. II 8.54 m2. Przedszkole korzysta również z istniejących schowków porządkowych szkoły. Hall -poczekalnia dla rodziców służy rodzicom do rozbierania dzieci z odzieży wierzchniej oraz do oczekiwania na dziecko po skończeniu zajęć. Korytarz 28.20m^2. Ponadto wykonane zostały nowe (dostosowane do nowo powstałych pomieszczeń) instalacje sanitarne (wody, kanalizacji), elektryczne, c.o., które zostały dołączone do istniejących instalacji w Szkole Podstawowej w Przewornie; II. zakupiono wyposażenie niezbędne do funkcjonowania placówki. Kompletnie zostały wyposażone dwie sale dydaktyczne (meble, sprzęt RTV, pomoce dydaktyczne oraz zabawki), szatnia (wieszaki ubraniowe), zespoły sanitarne, w stołówce zostało wydzielone pomieszczenie dla dzieci przedszkolnych, do którego zostały zakupione stoliki i krzesełka. Na rzecz realizacji projektu został opracowany projekt budowlano-wykonawczy oraz studium wykonalności.

W wyniku zrealizowanego projektu w 100% zwiększyła się dostępność do edukacji przedszkolnej na terenie Gminy Przeworno, ponieważ wcześniej na opisywanym terenie nie funkcjonowało żadne przedszkole. Zarówno koordynator projektu oraz przedstawiciel przedszkola pozytywnie oceniają zakupione wyposażenie i pomoce dydaktyczne, które są w pełni wykorzystywane podczas zajęć z dziećmi. Powstała placówka jest też otwarta na organizowanie zajęć dla dzieci niepełnosprawnych, prowadzono już specjalne zajęcia dla dziecka z autyzmem. Warto jednak zaznaczyć, że w celu przystosowania obiektu dla osób niepełnosprawnych ruchowo, należy wybudować jeszcze podjazd umożliwiający wejście do budynku.

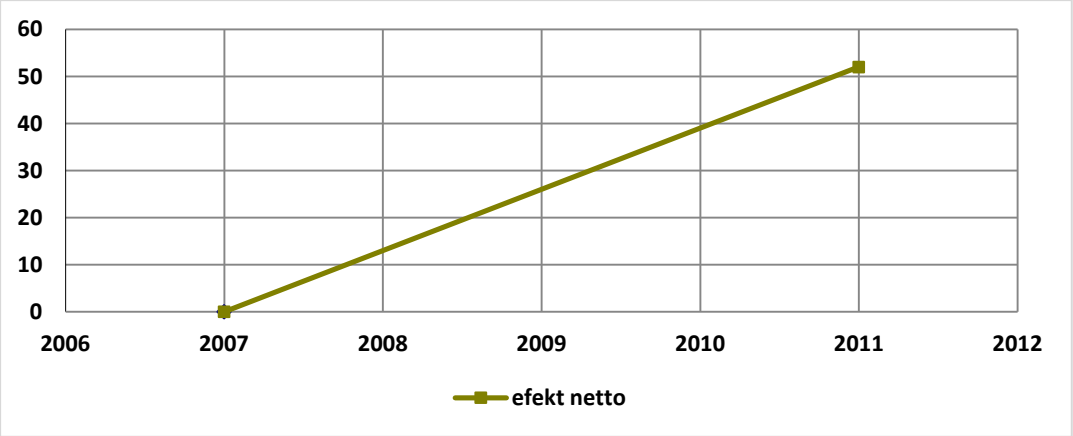
Ponadto przedstawiciel przedszkola, jak i koordynator projektu zgodnie stwierdzili, że zainteresowanie przedszkolem jest na tyle duże, że powstała potrzeba rozbudowania istniejącej placówki, powiększenia jej o kolejny oddział, tak aby przedszkole było w stanie przyjąć większą liczbę dzieci.

Wśród rezultatu projektu należy wymienić także zwiększenie stopnia kompetencji społecznych dzieci. Wcześniej, w większości przypadków dziećmi zajmowali się rodzice lub dziadkowie, aktualnie przedszkolaki mają stały kontakt z większą grupą rówieśniczą, co pozwala im na częstsze wchodzenie w interakcje i nabywanie nowych umiejętności społecznych.

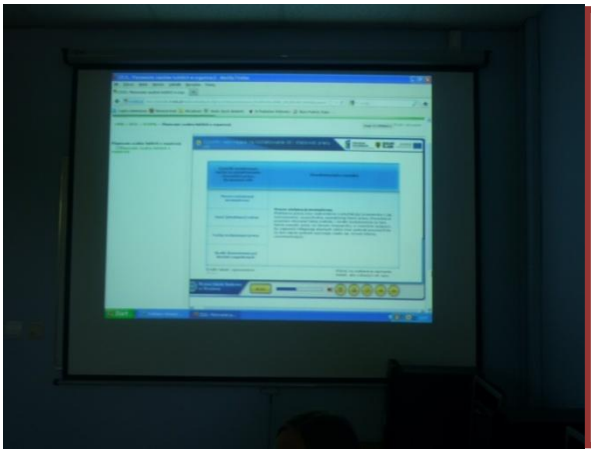
Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

W wyniku zrealizowanej inwestycji nie doszło do utworzenia nowego etatu na terenie przedszkola. Etat został przeniesiony ze szkoły. Liczba dzieci uczęszczających do przedszkola z gminy Przeworno wyniosła 52 (w tym 46 dzieci w wieku do 4 lat i 6 dzieci w wieku 5-6 lat), wcześniej liczba dzieci była równa 0 nastąpił wiec wzrost o 100%, przy czym do efektu przyczyniła się w 100 % zrealizowana inwestycja (efekt netto =51 dzieci z gminy Przeworno uczęszczających do placówki wychowalnia przedszkolnego). Po dokonaniu inwestycji wzrosła o 1 szt. liczba przedszkoli oferujących wolne miejsca w gminach ościennych, przed inwestycją takich przedszkoli nie było – efekt ten można uznać za ujemny. Dzięki realizacji inwestycji w Gminie powstało nowe przedszkole (niedostępne dotychczas na jej terenie) wkład realizowanej inwestycji wzrost z 0-1 (100% efekt zrealizowanej inwestycji).

Wykres 34. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – liczba dzieci w gminie uczęszczających do przedszkola



PRZYPADEK 4 PROJEKT: Wdrożenie e-usług oraz modernizacja infrastruktury informatycznej Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu



Beneficjent: Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu

Całkowita wartość projektu:
1 021 488,40 zł

Wartość dofinansowania:
715 041,88 zł

Celem głównym projektu była poprawa dostępności i stosowania e-usług oraz e-learningu poprzez zwiększenie jakości infrastruktury informatycznej Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu.
Projekt 'Wdrożenie e-usług oraz modernizacja infrastruktury informatycznej Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu" realizowany był w okresie od I do III kwartału 2009 roku. Inwestycja polegała na: a) zakupie oprogramowania umożliwiającego oferowanie e-usług: System Elektronicznej Legitymacji Studenta (SELS), Client Relationship Management Studenci (CRM Studenci), elektroniczna karta obiegowa, elektroniczny wybór seminariów, specjalności i przedmiotów, multimedialny przewodnik po szkole b) zakupie programów umożliwiających prowadzenie działalności edukacyjnej na odległość: wdrożenie 8 konwentów e-learningowych c) zakupie następującego sprzętu informatycznego oraz oprogramowania: 11 licencji Microsoft Office 2007 (do czytelni internetowej), 11 stacji komputerowych roboczych (jw.), 11 monitorów LCD 17” (jw.), 2 routery bezprzewodowego Internetu (jw.), przyłącza, okablowanie z podłączeniem do Internetu (jw.), 3 drukarki termosublimacyjne (do systemu SELS), 1 skaner do

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

zdjęć (jw.), 2 czytniki kart (jw.), 1 serwer (zapewnienie sprawnego działania e-usług i kontentów e -learningowych). Projekt przyczynił się do podniesienia efektywności funkcjonowania uczelni dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii. Zastosowane technologie i infrastruktura informatyczna przyczyniły się również do upowszechniania korzystania z technik informatyczno - komunikacyjnych wśród społeczeństwa, a w szczególności wśród studentów.

Wszystkie sprzęty zakupione w ramach projektu zostały ocenione pozytywnie (7 punktów na skali 7 punktowej, gdzie 7 ocena bardzo wysoka).

W opinii przedstawicieli szkoły (koordynator projektu, pracownik dziekanatu) w wyniku zrealizowanej inwestycji znacznie poprawiła się jakość obsługi studentów. Dzięki informatyzacji placówki, wprowadzeniu Systemu Elektronicznej Legitymacji Studenta, Client Relationship Management, czy elektronicznego wyboru przedmiotów, specjalności, seminariów, etc. studenci większość spraw mogą załatwić drogą elektroniczną.

Zwiększyła się również dostępność, głównie poprzez wykorzystanie platformy e-learningowej, czyli kształcenia na odległość. Studenci mają możliwość korzystania z kontentów e-learningowych, dzięki temu mogą wyrównywać swoją wiedzę i kompetencji, kontenty e-learningowe mogą stanowić również uzupełnienie treści dydaktycznych zajęć stacjonarnych.

Warto podkreślić, że wzrosła także o 100% dostępność do czytelni elektronicznej, wcześniej uczelnia nie posiadała możliwości pozwalających na uruchomienie powyższej funkcji.

Uczelnia jest nastawiona na ciągły rozwój, aktywnie działa i stale pozyskuje nowe środki na modernizację placówki. W przyszłości placówka planuje stworzenie platformy informacyjnej, pozwalającej na komunikację studentów z pracodawcami.

Projekt jest komplementarny z dwoma innymi projektami realizowanymi na terenie uczelni:

• *Budowa Wyższej Szkoły Bankowej - budynek B przy ul. Fabrycznej 29-31 we Wrocławiu. Całkowita wartość projektu: 4 027 782,90 zł (prywatne środki założyciela uczelni)*- Projekt "Wdrożenie e-usług oraz modernizacja infrastruktury informatycznej Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu" jest spójny z projektem budowy budynku B, gdyż łącznie służą poprawie warunków kształcenia na poziomie wyższym, tym samym prowadzą do zwiększenia poziomu wykształcenia i kwalifikacji oraz dostosowania umiejętności mieszkańców regionu do potrzeb rynku pracy.

• *„Marketing on-line - path to enter new markets", 533 333 EUR, Program Leonardo da Vinci* - Projekt "Marketing on-line – path to enter new markets" polegał na wytworzeniu kontentów e - learningowych w międzynarodowym partnerstwie szkół wyższych. Wyniki prac projektu zostały udostępnione w marcu 2009. Projekt "Wdrożenie e-usług oraz modernizacja infrastruktury informatycznej Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu" przyczynił się do osiągnięcia wspólnego celu obydwu projektów - wzrostu stosowania e-learningu w procesie dydaktycznym.

Możemy tutaj obserwować efekt synergii wynikający z zastosowania komplementarności. Dzięki realizacji projektu "Marketing on-line – path to enter new markets" związanej z wytworzeniem

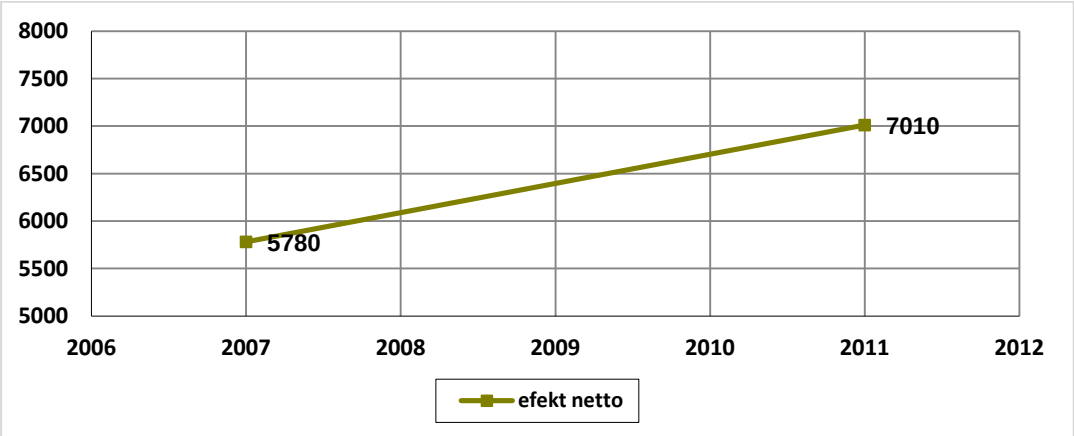
kontentów e-learningowych w międzynarodowym partnerstwie szkół oraz przedmiotowej inwestycji możliwe było pełniejsze wykorzystanie sprzętu, wiedzy i możliwości. Dzięki realizacji inwestycji poszerzyła się oferta edukacyjna szkoły (oferta kształcenia w formie e-learning).

Zakupiony sprzęt jest w pełni wykorzystywany przez uczelnię. Dodatkowym atutem e-usług oferowanych przez placówkę jest możliwość korzystania z nich za pomocą każdego komputera mającego podłączenie do Internetu lub telefonu komórkowego posiadającego tą funkcję. Bezpośrednio w wyniku zrealizowanej inwestycji utworzono dwa nowe etaty na terenie uczelni.

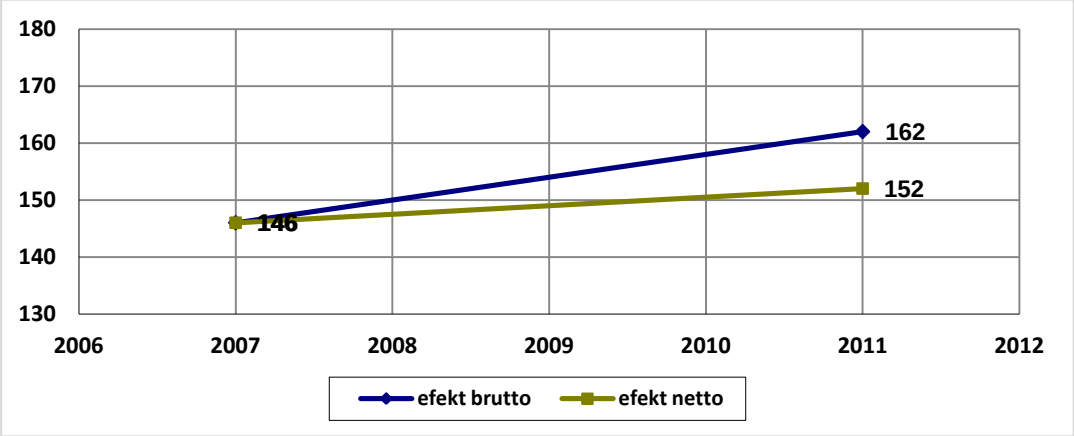
Jeśli chodzi o efekt netto zrealizowanej inwestycji przyczyniła się ona w 100% do wzrostu liczy osób korzystających z usług on-line. Na wskaźnik nie oddziaływały żadne inne czynniki. Dzięki realizacji inwestycji na terenie placówki powstała czytelnia internetowa (niedostępna dotychczas na jej terenie) wkład realizowanej inwestycji wzrost z 0-1 (100% efekt zrealizowanej inwestycji), przy czym liczba osób korzystających z czytelni wynosi 623. Uruchomiono 12 usług on-line (przed rozpoczęciem inwestycji żadna usługa on-line nie była dostępna).

W wyniku zrealizowanej inwestycji utworzono 11 nowych etatów na uczelni (w tym 6 jeśli chodzi o pracowników naukowych i 5 pracowników administracji) pozostałe 15 etatów jakie powstały było wynikiem prowadzonych szkoleń. Efekt netto jeśli chodzi o pracowników naukowych wyniósł 40%, natomiast pracowników administracji 40%. W wyniku zrealizowanej inwestycji wzrosła liczba studentów korzystających z e-learningu z 3126 do 5678 i był to wyłączny efekt netto zrealizowanej inwestycji. Liczba studentów niepełnosprawnych korzystających z e-learningu wzrosła z 71 do 92 (100% efekt zrealizowanej inwestycji).

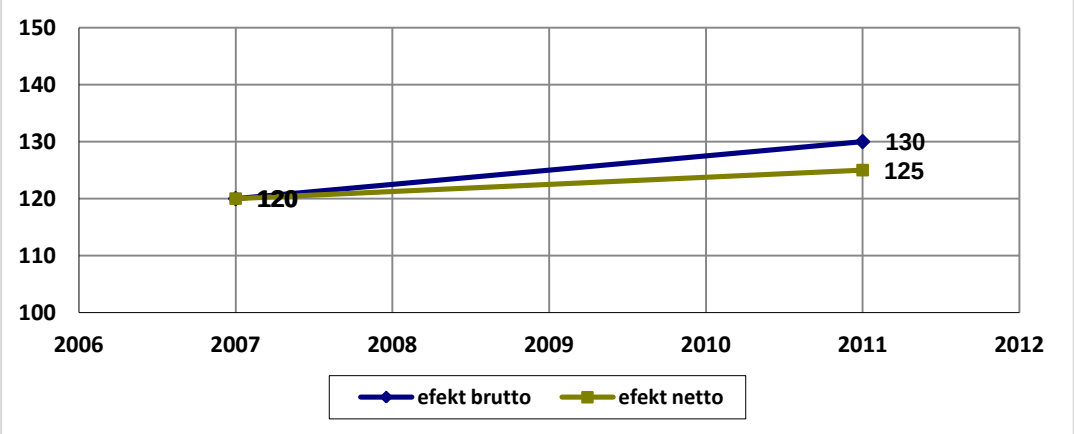
Wykres 35. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby osób korzystających z usług on-line



Wykres 36. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pracowników naukowych zatrudnionych na Uczelni



Wykres 37. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pracowników administracji zatrudnionych na Uczelni



PRZYPADEK 5 PROJEKT: PRACOWNIA PRZYRODNICZA W KAŻDEJ GMINIE

Beneficjent: Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego

Beneficjent ostateczny: Szkoła Podstawowa w Długołęce

Całkowita wartość projektu: 23 250 035,31 zł

Wartość projektu w danej placówce: 195 772,51 zł

Założeniem projektu był zakup i wyposażenia 118 pracowni przyrodniczych służących realizacji zajęć, z wykorzystaniem eksperymentu uczniowskiego, w ramach bloku przedmiotowego przyroda w klasach IV-VI szkół podstawowych oraz dwóch pracowni specjalistycznych, zlokalizowanych w ośrodkach edukacji ekologicznej (łącznie projekt objął 120 pracowni). Dostarczony do szkoły sprzęt pozwolił na zaprojektowanie i przeprowadzanie większości doświadczeń uczniowskich przewidzianych w programach nauczania przedmiotu przyroda oraz na rozwijanie zainteresowań i umiejętności uczniów związanych z poznawaniem i badaniem środowiska naturalnego oraz jego ochroną. Na wyposażeniu pracowni znalazły się również odpowiednie multimedia pozwalające na wizualizację przebiegu i wyników prowadzonych eksperymentów, a także interaktywne systemy informatyczne umożliwiające bieżące i efektywne sprawdzanie wiedzy i umiejętności uczniów.

Szkoła Podstawowa w Długołęce jest beneficjentem ostatecznym projektu „Pracownia przyrodnicza w każdej gminie". Szkoła w ramach projektu otrzymała między innymi: 6 zestawów komputerowych, sprzęt laboratoryjny, oprogramowanie użytkowe umożliwiające sterowanie realizacją eksperymentów, czujniki do pomiarów różnych wielkości, zestawy sprzętowe do prowadzenia doświadczeń (z zakresu biologii, chemii, fizyki), tablet, wizualizer, tablicę interaktywną, system Testico EDU oraz aparat fotograficzny. Ponadto w pracowni przyrodniczej wymieniono meble szkolne i dokonano remontu (między innymi założono nową instalację elektryczną).

Wszystkie sprzęty zakupione w ramach projektu zostały ocenione pozytywnie (6 lub 7 punktów na skali 7 punktowej gdzie 7 ocena bardzo wysoka).

W opinii przedstawicieli szkoły (dyrektor, nauczyciel) w wyniku zrealizowanej inwestycji poprawiła się jakość prowadzonych zajęć zarówno jeśli chodzi o lekcje przyrody, jak i inne zajęcia prowadzone dla uczniów szkoły podstawowej z użyciem zakupionego sprzętu:

- kółko krajoznawczo-turystyczne,

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

- kółko matematyczne (wyrównawcze),
- kółko historyczne,
- zajęcia ekologiczne.

W 100% zwiększyła się dostępność dla uczniów z Gminy Długołęka, ponieważ żadna ze szkół w gminie nie dysponowała wcześniej pracownią przyrodniczą. Pracownia jest wykorzystywana przez uczniów wszystkich klas szkoły w której się znajduje. W przyszłości również uczniowie innych szkół podstawowych z terenu Gminy Długołęka będą mogli korzystać z pracowni w ramach przedmiotu przyrody. W najbliższym czasie jest planowana lekcja pokazowa dla nauczycieli innych szkół z Gminy Długołęka oraz szkolenie dla nauczycieli w zakresie obsługi sprzętu.

Wśród rezultatów projektu należy wymienić zwiększenie zainteresowania uczniów naukami przyrodniczymi - uczniowie lepiej przygotowują się na zajęcia, więcej uczniów zapisało się również na kółko przyrodnicze. Wykorzystanie multimediów i sprzętów umożliwiających prowadzenie eksperymentu uczniowskiego, a także umożliwia lepszą koncentrację uwagi uczniów w trakcie trwania zajęć. Zajęcia odbywają się w grupach pięcioosobowych, przy czym każde dziecko ma swoje stanowisko pracy (łącznie dostępnych jest 30 stanowisk). Zrealizowana inwestycja (jej planowanie) w efekcie doprowadziło do utworzenia „Planu rozwoju szkoły" a następnie do wdrożenia na jej terenie innych inwestycji m.in. rozbudowy oddziału przedszkolnego o oddział żłobkowy (efekt dźwigni).

Projekt jest komplementarny z czterema innymi projektami realizowanymi na terenie szkoły:

- *Dolnośląska szkoła liderem projakościowych zmian w polskim systemie edukacji* - projekt ten dotyczy w szczególności wdrażania programów rozwojowych szkół w zakresie przedmiotów przyrodniczo-matematycznych oraz ICT. Dostarczone wyposażenie w ramach przedmiotowego projektu miało na celu wzmocnienie efektywności zaplanowanych przez szkoły działań, rozwijając zainteresowania i uzdolnienia uczniów w zakresie wymienionych dyscyplin. Projekt był dofinansowywany w ramach PO KL ze środków EFS.
- *Szkolenia nauczycieli w zakresie rozwijania kompetencji kluczowych uczniów* - przewidziane tutaj szkolenia nauczycieli z udziałem partnera ponadnarodowego (Uniwersytet w Getyndze) umożliwiały efektywne wykorzystywanie zakupionych pracowni oraz zapoznanie się ze sprawdzonymi rozwiązaniami w regionie partnerskim. Projekt był dofinansowywany w ramach PO KL ze środków EFS.
- *Dolnośląska e-szkoła* - projekt ten dotyczył w szczególności wdrażania programów rozwojowych szkół w zakresie przedmiotów przyrodniczo- matematycznych oraz ICT. Dostarczone wyposażenie w ramach przedmiotowego projektu znakomicie wzmocniło efektywność zaplanowanych przez szkoły działań, rozwijając zainteresowania i uzdolnienia uczniów w zakresie wymienionych dyscyplin. Projekt był dofinansowywany w ramach RPO WD ze środków EFERR.

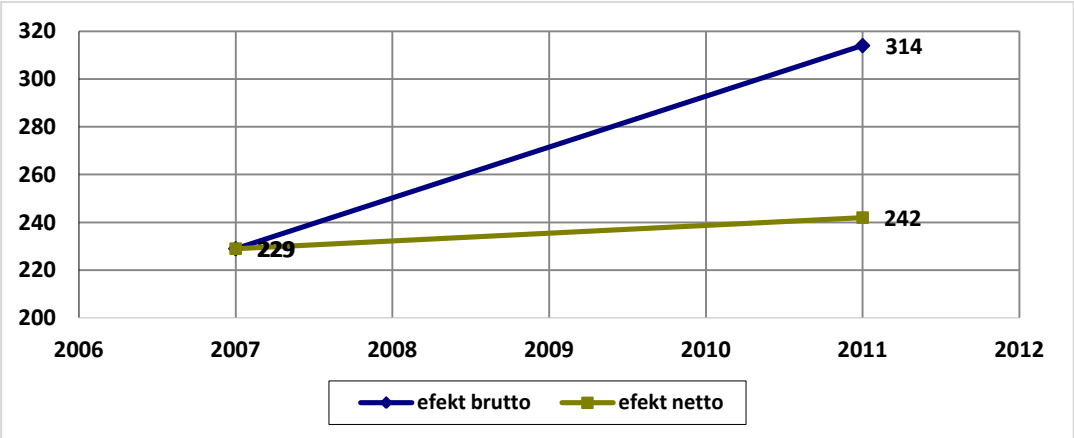
• *Indywidualizacja procesu nauczania i wychowania uczniów klas I – III* - celem działań podejmowanych w ramach projektu było wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów, poprzez indywidualizację procesu dydaktyczno-wychowawczego w klasach I-III szkoły podstawowej (projekt dofinansowany w ramach PO KL). Pracownia była wykorzystywana podczas prowadzonych zajęć. Projekt był dofinansowywany w ramach PO KL ze środków EFS.

Możemy tutaj obserwować efekt synergii wynikający z zastosowania komplementarności. Dzięki realizacji inwestycji związanej z pracowanią przyrodniczą możliwe było pełniejsze wykorzystanie wiedzy i możliwości w ramach pozostałych projektów. Dzięki realizacji inwestycji poszerzyła się oferta edukacyjna szkoły (oferta zajęć pozalekcyjnych rozwijających zdolności i umiejętności uczniów), efekt ten został osiągnięty przy współdziałaniu projektu: *Indywidualizacja programu nauczania (…)*. Bardzo dobry efekt przynosi łączenie projektów twardych (infrastrukturalnych związanych z zakupem wyposażenia) z miękkimi szkoleniowymi dla nauczycieli lub wprowadzającymi możliwość dodatkowych zajęć da uczniów.

Zakupiony sprzęt jest w pełni wykorzystywany przez szkołę (również w trakcie zajęć pozalekcyjnych), dodatkowym atutem pracowni jest to, że pracownia ma połączenie z Internetem. Inwestycja nie była związana z poprawa dostępności placówki dla osób niepełnosprawnych. (niepełnosprawni uczniowie nie mogą mieć dostępu do pracowni ze względu na to, że lokuje się ona na I piętrze budynku). W wyniku zrealizowanej inwestycji nie doszło do utworzenia nowego etatu na terenie szkoły.

Jeśli chodzi o efekt netto zrealizowanej inwestycji przyczyniła się ona w 15% do wzrostu liczy uczniów na terenie szkoły, poprzez podniesienie atrakcyjności placówki. Na wskaźnik ten oddziaływały również inne czynniki jak reforma edukacji i demografia (75%). Dzięki realizacji inwestycji w Gminie powstała pracownia przyrodnicza (niedostępna dotychczas na jej terenie) wkład realizowanej inwestycji wzrost z 0-1 (100% efekt zrealizowanej inwestycji).

Wykres 38. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w szkole.



PRZYPADEK 6 PROJEKT: Centrum nauk o żywności i żywieniu

Beneficjent: Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu

Całkowita wartość projektu: 64 382 896 zł

Wartość dofinansowania: 27 731 550 zł

Przedmiotem projektu było wybudowanie dla Wydziału Nauk o Żywności, jednego z pięciu wydziałów Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, budynku dydaktyczno-badawczego, w którym podjednostka uczelni mogłaby skupić zarówno działalność dydaktyczną, jak i badawczą oraz kompensować braki ilościowe i jakościowe w pomieszczeniach wykładowych i laboratoryjnych, a także specjalistycznych pracowniach laboratoryjnych. Jednym z najważniejszych aspektów projektu była zmiana standardu kształcenia na Wydziale Nauk o Żywności Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu poprzez budowę Centrum Nauk o Żywności i Żywieniu w kierunku pogłębienia nauczania specjalistycznego i praktycznego. Projekt wpisuje się w realizację potrzeb regionu związanych ze zmianami w strukturze systemu edukacji szkolnictwa wyższego. Inwestycja zrealizowana została na terenie stanowiącym własność uczelni. Jego częściami składowymi było:

1. przygotowanie dokumentacji projektowo-technicznej nowego budynku;
2. budowa budynku i jego wyposażenie (umeblowanie oraz sprzęt specjalistyczny).

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

W budynku umiejscowione zostały: 1 sala wykładowa na 200 osób, o wielkości 200mkw, z której korzysta średnio 50-70 studentów, 1 sala wykładowa na 100 osób, o wielkości 120mkw, z której korzysta średnio 30-50 osób, 5 sal seminaryjno-wykładowych, o metrażu 40mkw, mieszczących po 20 osób, 2 sale (pracownie) komputerowe, mieszczące po 20 użytkowników przy jednoosobowych stanowiskach pracy, 12 laboratoryjnych sal ćwiczeniowych mieszczących po 20 użytkowników przy jednoosobowych stanowiskach pracy, laboratoria badawcze dla magistrantów i doktorantów po 20 użytkowników przy jednoosobowych stanowiskach pracy, 40 pracowni specjalistycznych (w tym pracownie: chromatograficzna, reologiczna, mikrobiologiczna, sensoryczna i inne), pomieszczenia specjalne (pokoje do spalań, chłodnie, pożywkownie i inne), 20 pomieszczeń dla pracowników oraz pomieszczenia administracyjne (sekretariat, dziekanat) o wielkości od 20mkw do 40 mkw. W skład projektu wchodziło również wybudowanie parkingu o pojemności 50 miejsc postojowych oraz infrastruktury komunikacyjnej(chodniki i drogi), służącej przede wszystkim użytkownikom Centrum Nauk o Żywności i Żywieniu.

Zestawienie powierzchni budynku przedstawia się następująco: powierzchnia użytkowa - 6.595,50 m2, powierzchnia netto - 8.824,00 m2, kubatura - 39.000,00 m^3. Planowane niezbędne wyposażenia przedstawia się następująco: stoły laboratoryjne (wyspowe, na 6 miejsc pracy plus zlewy) - 75 szt., stoły laboratoryjne (przyścienne, na 3 miejsca pracy plus zlew) - 63 szt., konsola - długość 5m - 62 szt., dygestoria kwasowe - 24 szt., dygestoria eterowe - 11szt., stoły laboratorium sensorycznego - 1szt., wyposażenie stałe sal wykładowych (200 i 100 osób), szatnie, korytarze. Projekt wykonano z uwzględnieniem wszystkich wytycznych(maksymalna wysokość budynku, wymagana liczba miejsc parkingowych, nieprzekraczalne linie zabudowy, maksymalna powierzchnia subdominanty projektowanego budynku.) Miejscowego Planu Zagospodarowania Przestrzennego (MPZP), przyjętego przez Radę Miasta Wrocławia uchwałą nr XXIII/1991/04 z dnia 20.05.2006 r..Centrum Nauk o Żywności i Żywieniu ma charakter stricte edukacyjny. Wykonany w ramach projektu budynek jest zakwalifikowany jako obiekt użyteczności publicznej.

W związku z faktem, iż jest to jedna z najprężniej rozwijających się dziedzin nauki, absolwenci Wydziału powinni posiadać zaawansowaną wiedzę zarówno teoretyczną, jak i praktyczną, co narzuca wysokie standardy nauczania i konkurencyjność na krajowym i międzynarodowym rynku pracy. Absolwenci powinni być przygotowani do podjęcia pracy m.in. w: laboratoriach analityczno-chemicznych, biochemicznych i mikrobiologicznych, w przemyśle fermentacyjnym i biopreparatów, przemyśle spożywczym, na stanowiskach technologów w przemysłach biotechnologicznych, w gastronomii, a także do pracy w służbach sanitarnych i placówkach badawczych (studium wykonalności).

Ewaluator oceniał zrealizowane w ramach projektu działania głównie na najwyższą notę – 7/7. W dwóch przypadkach ocena była o 1 punkt niższa. W przypadku obserwowanych pracowni specjalistycznych było to spowodowane brakiem komputerów na nowopowstałych stanowiskach

badawczych. Notę 6 otrzymał również nowo wybudowany parking o pojemności 50 miejsc postojowych. Zagospodarowana na jego potrzeby przestrzeń nie zaspokaja w pełni potrzeb parkingowych budynku Centrum Nauk o Żywności i Żywieniu. Ponadto parking naziemny stworzony został w znacznym oddaleniu od budynku stanowiącego główny przedmiot zrealizowanej inwestycji.

W opinii wykładowców uczelni oraz projektowego koordynatora, zrealizowana inwestycja wpłynęła diametralnie na jakość kształcenia związaną z akomodacją poszczególnych sal i pracowni Wydziału Nauk o Żywieniu Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, wspomagając zachowanie jej w czołówce uczelni krajowych o analogicznym profilu.

Wśród rezultatów projektu wymienić należy przede wszystkim zespolenie i unowocześnienie wydziałowego zaplecza dydaktycznego, adekwatnego do jego aktualnych i przewidywanych potrzeb. Zrealizowana inwestycja znacząco wpłynęła na zmianę wizerunku, uatrakcyjnienie całej uczelni. Wybudowane w jej ramach przestrzenie oraz pozyskane dobra, m. in. multimedia wykorzystywane są w 100%, a ich jakość mierzyć należy w skali światowej.

W przyszłości planowane jest dążenie do zespolenia ostatniego z dotychczas nieznajdujących się w Centrum Nauk o Żywieniu i Żywności wydziału, Wydziału Chemii oraz urynkowienie części badań w nim przeprowadzanych.

Projekt jest komplementarny z innym, realizowanym na terenie Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu:

- *Budowa Centrum Bioinżynierii dla Instytutu Inżynierii Rolniczej* wynika z realizacji Strategii rozwoju Uczelni i wpisują się w działalność dydaktyczno-naukową instytucji. Centrum Bioinżynierii, podobnie jak projekt będący przedmiotem studium przypadku stanowić będą optymalne zaplecze dla realizacji misji uczelni, projektów służących jej rozwojowi oraz uzupełnieniem posiadanych zasobów w wymiarze zarówno materialnym jak i niematerialnym:

  „(…)W tej placówce realizowane są również projekty z Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, z których też został zakupiony sprzęt. Są to projekty typowo badawcze, także też jest doposażony ten budynek dzięki komplementarnym projektom z [Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka] *(…).”*

Zakupiony do Centrum Nauk o Żywieniu i Żywności sprzęt jest w pełni wykorzystywany. Inwestycja nie była bezpośrednio związana z poprawą dostępności placówki dla osób niepełnosprawnych.

Po przeniesieniu Wydziału nastąpił znaczny rozwój kadry naukowej – przeprowadzono 11 przewodów doktorskich (10 doktorantów z Wydziału, 1 doktorant spoza Uczelni) oraz 9 przewodów habilitacyjnych (5 osób pracownicy Wydziału i 4 osoby spoza Uczelni).

W wyniku zrealizowanej inwestycji wzrosła liczba studentów (20 osób), a także liczba pracowników naukowych (2 etaty) oraz pracowników administracji (2 etaty). Jest to efekt netto zrealizowanej inwestycji. Wzrosła też jakość prowadzonych zajęć nauki praktycznej (na skali od 1 do 7, gdzie 1 bardzo słaba jakość, natomiast 7 najwyższa jakość) z 1 do 6 punktów.

Analizując dane zamieszczone w tabeli poniżej możemy zaobserwować wyraźną poprawę zarówno w jakości jak i dostępności zajęć dla studentów.

Tabela 18. Zmiany jakości i dostępności Wydziału Nauk o Żywności i Żywieniu dla studentów i pracowników naukowych

	Poszczególne elementy inwestycji		Przed dokonaniem inwestycji (wcześniej	Po dokonaniu inwestycji (obecnie wykorzystywane pomieszczenia, sprzęty)
1.	**sala wykładowa na 200 osób**	liczba miejsc w sali	0	200
		metraż	0	250 m^2
		liczba studentów korzystających z sali	0	W zależności od liczebności grup średnio 50-70 osób
2.	**sala wykładowa na 100 osób**	liczba miejsc w sali	0	100
		metraż	0	120 m^2
		liczba studentów korzystających z sali	0	W zależności od liczebności grup średnio 30-50 osób
3.	**sale seminaryjno-wykładowych,**	liczba miejsc	2	20
		metraż	30	Średnio 40 m^2
3a	**sale wykładowe**	Liczba sal wykładowych	0	2+5 sal sem-wykł.
4.	**sale (pracownie) komputerowe**	Liczba pracowni	1	2
		liczba stanowisk	15	2X20
		liczba studentów przypadających na jedno stanowisko w trakcie zajęć	3	1 student
		typ wykorzystywanego sprzętu (ocena jakości na skali 1-7, 7 najwyższa	2	6
5.	**laboratoryjne sale ćwiczeniowe**	Liczba sal laboratoryjnych	2	12
		liczba stanowisk	12	12X20 stanowisk
		liczba studentów przypadających na jedno stanowisko w trakcie zajęć	2	1
		typ wykorzystywanego sprzętu (ocena jakości na skali 1-7, 7 najwyższa	2	6

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

	Poszczególne elementy inwestycji		Przed dokonaniem inwestycji (wcześniej	Po dokonaniu inwestycji (obecnie wykorzystywane pomieszczenia, sprzęty)
6.	**laboratoria badawcze dla magistrantów i doktorantów**	Liczba laboratoriów	0	5
		liczba stanowisk	0	5X20 stanowisk
		liczba magistrantów/doktorantów przypadających na jedno stanowisko w trakcie zajęć	0	1
		typ wykorzystywanego sprzętu (ocena jakości na skali 1-7, 7 najwyższa jakość)	1	6
7.	**pracownie specjalistyczne (w tym pracownie: chromatograficzna , reologiczna, mikrobiologiczna, sensoryczna i inne),**	Liczba pracowni specjalistycznych	4	40
		Liczba stanowisk	12	Od 1 do 12
		Liczba studentów przypadających na jedno stanowisko w trakcie zajęć	3	1
		Typ wykorzystywanego sprzętu (ocena jakości)	1	5
8.	**pomieszczenia specjalne (pokoje do spalań, chłodnie, pozywkownie i**	Liczba pomieszczeń	3	8
		Metraż	10	Od 15 do 40 m^2
9.	**pomieszczenia dla pracowników oraz pomieszczenia administracyjne (sekretariat, dziekanat)**	Liczba pomieszczeń	6	Pokoje socjalne- 5 Sekretariaty-6 Pokój Kier. Katedry-6 Pokoje w dziekanacie: Dziekan-1, prodziekani-3, kierownik dziekanatu-1, Pokoje obsługi studentów-2
		Metraż	25	Od 20do40 m^2
10.	**parking na 50 miejsc**	Liczba miejsc parkingowych	2	33 miejsca parkingowe w budynku plus parking naziemny na ok.80 miejsc

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

3.3.1. Analiza SWOT działań podjętych w ramach Priorytetu 7 RPO WD

Tabela obrazuje mocne i słabe strony mechanizmów przeprowadzonych działań oraz możliwe szanse i zagrożenia jaki istnieją w kolejnej perspektywie finansowania.

Mocne strony	Słabe strony
1. Poprawa warunków kształcenia uczniów i studentów; 2. Poprawa jakości usług edukacyjnych i dostępności do infrastruktury (szczególnie sportowej) na obszarach wiejskich; 3. Poprawa jakości kształcenia w kierunkach przyrodniczych, technicznych na uczelniach wyższych; 4. Wprowadzenie projektu sieciowego (kluczowego) – *Pracownia przyrodnicza w każdej gminie* na poziomie Działania 7.2; 5. Realizacja projektów w szkołach zawodowych w zakresie bazy służącej praktycznej nauce zawodu w kierunkach zgodnych z zapotrzebowaniem na rynku pracy; 6. Inwestowanie części środków w dziedziny istotne z punktu widzenia potrzeb rynku pracy – nauki przyrodniczo- techniczne (uczelnie wyższe), praktyczna nauka zawodu (szkolnictwo zawodowe); 7. Realizacja projektów w dziedzinie nauk przyrodniczych i technicznych na poziomie projektów kluczowych w ramach Działania 7.1 (Uczelnie Wyższe); 8. Pozytywnie oceniona kampania informacyjna dla beneficjentów; 9. Pełne wykorzystanie założonej alokacji w ramach Priorytetu 7.	1. Zbyt mały odsetek projektów w zakresie nauk matematyczno przyrodniczych i technicznych. 2. Zbyt niski poziom stosowania zasady komplementarności na poziomie projektów; 3. Brak szczegółowej wiedzy beneficjentów na temat Polityk horyzontalnych UE i ich zastosowania na poziomie projektów; 4. Aspekt informacji i promocji: zbyt mała funkcjonalność strony www.rpo.dolnyslask.pl ; 5. Brak projektów dotyczących współpracy międzynarodowej i międzyregionalnej (mających na celu wymianę doświadczeń); 6. Brak projektów innowacyjnych; 7. Zbyt mała liczba projektów w zakresie informatyzacji szkół;

Szanse	Zagrożenia
1. Przeprowadzenie pełniejszej diagnozy jeśli chodzi o potrzeby placówek edukacyjnych z uwzględnieniem stopnia komputeryzacji szkół na poszczególnych obszarach; 2. Uwzględnienie niżu demograficznego na poziomie określania wskaźników dot. liczby studentów i uczniów na poziomie regionalnym i poziomie projektów; 3. Współpraca z Wydziałami Edukacji w poszczególnych jednostkach samorządu terytorialnego , Kuratorium Oświaty, Kolegium Rektorówww zakresie oceny potrzeb i możliwości placówek edukacyjnych; 4. Realizacja projektów kluczowych dostosowanych do potrzeb rynku pracy; 5. Realizacja projektów wprowadzających nowe technologie i rozwiązania (innowacyjne); 6. Realizacja projektów w zakresie e- edukacji, informatyzacji szkół; 7. Kompleksowe podejście do realizowanych inwestycji i partnerski sposób realizacji inwestycji; 8. Wymiana doświadczeń pomiędzy placówkami; 9. Specjalistyczny system szkoleń w zakresie opracowania wniosków i realizacji projektów dostosowany do potrzeb odbiorców ze szczególnym uwzględnieniem zakresu tematycznego: prawo zamówień publicznych i kwalifikowalności wydatków, uwzględniający doświadczenia płynące z obecnej perspektywy finansowej; 10. Poprawienie funkcjonalności strony WWW.	1. Ograniczenie środków UE na obszar edukacji na poziomie regionalnym w kolejnej perspektywie finansowania lub ścisłe ukierunkowanie inwestycji na wybrane dziedziny np. informatyzację szkół; 2. Niż demograficzny zmniejszenie liczby uczniów i studentów; 3. Zmniejszanie się liczby studentów na kierunkach technicznych i przyrodniczych; 4. Pozbawione komplementarności z RPO finansowanie kierunków technicznych i przyrodniczych (Uczelnie Wyższe) oraz w zakresie informatyzacji szkół ze środków centralnych; 5. Niedostosowanie profili i kierunków kształcenia do specyfiki rynku pracy; 6. Zbyt wysokie zadłużenie gmin niepozwalające na finansowanie dalszych inwestycji; 7. Błędne założenia co do wartości docelowej wskaźników na poziomie celów RPO WD.

3.4. Ocena realizacji celów i wskaźników Priorytetu 8 „Zdrowie" oraz ocena wdrażania polityk horyzontalnych na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8

3.4.1. Stan służby zdrowia w województwie dolnośląskim

Kształt systemu ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku jest silnie uwarunkowany czynnikami historyczno-politycznymi. Region ten do lat 80-tych XX wieku stanowił zaplecze szpitalno-rehabilitacyjne dla wojsk Układu Warszawskiego, co doprowadziło do sytuacji ewidentnej dysproporcji liczby i charakteru łóżek szpitalnych w stosunku do uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych oraz ich niekompatybilności wobec standardów nowoczesnej medycyny. W konsekwencji spowodowało to zbyt małą, w stosunku do potrzeb, liczbę łóżek opieki długoterminowej, przy jednoczesnym nadmiarze liczby łóżek krótkoterminowych, co wiązało się z wystąpieniem zjawiska lokalnej asymetrii w dostępie do świadczeń wybranych specjalności oraz niskim poziomem wykorzystania dostępnych zasobów medycznych.

Należy podkreślić, że w wielu przypadkach nie istniały racjonalne powody funkcjonowania szpitali w danej lokalizacji i kształcie, praktycznie w każdym z licznych miast i miasteczek. W przypadku lecznictwa pulmonologicznego i ftyzjatrycznego zjawisko to miało charakter wyjątkowo jaskrawy. Placówki pulmonologiczne (podobnie jak do niedawna psychiatryczne) zlokalizowane były często również zgodnie z przyjmowanymi przed ponad 50- laty założeniami niezbędnej izolacyjności oraz wpływem czynników klimatyczno-balneologicznych. Lokalizacja oddziałów i placówek pulmonologicznych bardzo często nie miała medycznych przesłanek.

Przed rozpoczęciem wdrażania projektów realizowanych w ramach RPO Priorytetu VII „Zdrowie" szereg dziedzin medycyny na Dolnym Śląsku wykazywało istotne zapóźnienia w stosunku do sytuacji w kraju. Zapóźnienia te cechowały się przede wszystkim brakiem zrównoważonego dostępu do świadczeń, jaki warunkowego ich udzielania. Ponadto infrastruktura obiektów szpitalnych w przeważającej mierze była przestarzała (znacząca część placówek funkcjonowała w obiektach powstałych przed II wojną światową, a niektóre zostały zbudowane jeszcze w XIX wieku). Stopień wyposażenia placówek w urządzenia i sprzęt medyczny, podobnie jak stan infrastruktury był bardzo zróżnicowany. W wielu placówkach w użyciu był zdekapitalizowany sprzęt pracujący w oparciu o przestarzałe technologie, działający niejednokrotnie na granicy dopuszczalnych prawem norm. W zakresie lecznictwa pulmonologicznego funkcjonowały małe placówki, w niektórych przypadkach nieposiadające sprawnego aparatu RTG, nie mówiąc o dostępności do bardziej zaawansowanych procedur diagnostycznych. Ponadto wysoka dynamika postępu technicznego w zakresie technologii medycznych, powodująca skracanie się „cykli życia" infrastruktury technicznej wymusza konieczność podejmowania stosownych działań inwestycyjnych. Niedostosowanie infrastruktury implikowało szereg problemów determinujących ostateczną ocenę skuteczności i efektywności

funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w regionie, co powodowało konieczność radykalnych działań modernizacyjnych, w tym w szczególności w zakresie dostosowania ich do obowiązujących wymogów MZ. Sejmik Województwa Dolnośląskiego w czerwcu 2008 roku przyjął uchwałę w sprawie stanowiska dotyczącego współpracy na rzecz zintegrowanego regionalnego systemu stacjonarnej opieki zdrowotnej, zawierającą wytyczne kierunkowe do działań modernizacyjnych i naprawczych.

W latach 2007-2010 na Dolnym Śląsku doszło do istotnych zmian w zakresie liczebności i struktury placówek leczenia stacjonarnego. W 2007 roku działało ogółem 64 szpitale, w tym 18 niepublicznych. W 2010 roku odnotowano już 67 szpitali, w tym aż 32 niepubliczne. Widoczny jest trend zmiany formy prawnej placówek, tym samym wysoki wzrost liczby placówek niepublicznych.

Tabela 19. Szpitale ogólne wraz z liczbą łóżek- na podstawie danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z roku 2008, 2009, 2010 i 2011

Dolny Śląsk	2007	2008	2009	2010
szpitale				
ogółem	64	60	60	67
w tym niepubliczne	18	23	24	32
łóżka				
ogółem	13132	13582	13907	14126
w tym niepubliczne	2049	2730	2930	3151
wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	45,6	47,2	48,3	49,1

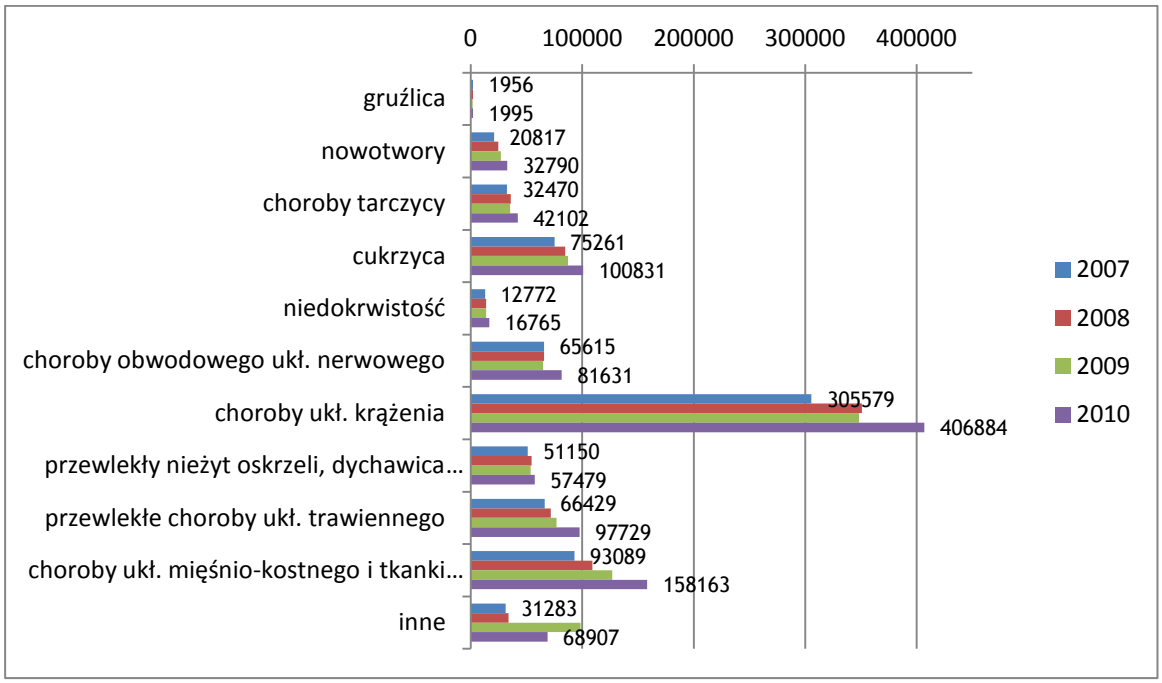
W latach 2007-2010 nastąpiły pozytywne zmiany dotyczące wskaźników obrazujących efekty procesów leczenia na Dolnym Śląsku. Przejawem tego był wzrost liczby bezwzględnej łóżek, a tym samym wzrost o 7,2% wskaźnika dostępności wyrażanego liczbą łóżek na 10 tys. mieszkańców, jak i wskaźnika wykorzystania łóżek.

Warto podkreślić, że 2010 roku w porównaniu do 2007 o 9,7% wzrosła liczba leczonych pacjentów, przy jednoczesnym skróceniu czasu przeciętnego pobytu pacjenta w szpitalu o 3,8%.

Tabela 20. Wskaźniki efektywności leczenia - na podstawie danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z roku 2008 i 2011

Parametr	J.M.	2007	Miejsce w kraju	2010	Miejsce w kraju	Zmiana
liczba łóżek ogółem	szt.	13132		14126		994
wskaźnik dostępności	łóżka/10 tys. mieszk.	45,6	5-6	49,1	6	3,5
liczba leczonych pacjentów	osoby	576041		637604		61563
długość przeciętnego pobytu chorego	doby	5,4	1	5,2	2	-0,2
wskaźnik wykorzystania łóżek	%	64,1	16	64,6	14	0,5

Wykres 39. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej pozostających pod opieką lekarza w latach 2007-2010 na Dolnym Śląsku- na podstawie danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z roku 2010



Dane na temat sytuacji zdrowotnej dotyczą zachorowań na gruźlicę, nowotwory, choroby tarczycy, cukrzycę, niedokrwistość, choroby układu nerwowego, choroby układu krążenia, przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawicę oskrzelową, przewlekłe choroby układu trawiennego, choroby układu mięsno-kostnego i tkanki łącznej oraz pozostałe. Zdecydowanie najbardziej dominującą przypadłością u osób powyżej 19 roku życia są choroby układu krążenia, następnie choroby układu mięsno-kostnego i tkanki łącznej oraz cukrzyca. Niestety, jak wynika z przedstawionego wyżej wykresu zachorowalność na wszystkie wymienione choroby z roku na rok wzrasta. Należy jednak pamiętać, że na wzrost wskaźników zachorowań ma również wpływ większa wykrywalność danych chorób. Ponadto należy zaznaczyć, że wśród wszystkich województw najwyższym współczynnikiem zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem, zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet charakteryzuje się województwo dolnośląskie (odpowiednio 434,1 i 414,1 zachorowań na 100 tys. ludności).[26]

Przedstawione w tabeli poniżej dane wskazują na ciągły wzrost liczby leczonych na oddziałach onkologicznych na Dolnym Śląsku. W 2010 roku w porównaniu do 2007 nastąpił wzrost leczonych na oddziałach onkologicznych w trybie stacjonarnym o 28,3%, wzrosła też liczba osób przypadająca na jedno łóżko na oddziale onkologicznym z 55,1 do 63,5.

[26] Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2011, s.8

Tabela 21. Leczeni w trybie stacjonarnym w ciągu roku na oddziale onkologicznym na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2007-2010 – podstawie danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z roku 2008, 2009, 2010, 2011

Rok	Leczeni w trybie stacjonarnym w ciągu roku na oddziale onkologicznym					Leczeni w trybie dziennym w oddz. stacjonarnych liczba bezwzgl.
	Liczba bezwzględna	Na 10 tys. ludności	Na jedno łóżko	Osobodni leczenia w tys.	Przeciętny pobyt chorego w dniach	
2007	221187	58	55,1	1183,1	5,3	157423
2008	256159	67,2	58,6	1285,5	5	174995
2009	269487	70,6	60,7	1246,4	4,6	189895
2010	283913	74,3	63,5	1217	4,3	198662

Na przestrzeni lat 2007-2010 doszło do polepszenia stanu systemu ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku, m.in. przez działania sanacyjne i restrukturyzacyjne, które doprowadziły do odwrócenia negatywnego trendu finansowego (w 2004 roku Województwo Dolnośląskie zajmowało pierwsze miejsce w kraju, pod względem wielkości zadłużenia jednostek ochrony zdrowia), jednak sytuacja finansowa sektora jednostek opieki zdrowotnej nadal wykazuje wrażliwość na zmieniające się tendencje makroekonomiczne, zatem konieczne jest prowadzenie działań mających na celu wsparcie placówek zdrowotnych i niedopuszczenie do wzrostu zadłużenia danych jednostek. Dzięki skróceniu czasu pobytu chorego w szpitalu, wzroście wskaźnika wykorzystywania łóżek czy wzroście wskaźnika dostępności nastąpiła zmiana In plus w efektywności leczenia. Na przestrzeni lat 2007-2010 wzrosła również liczba oraz dostępność personelu medycznego.

Istotną zmianą wpływająca na liczbę świadczeń opieki zdrowotnej, jakie NFZ jest w stanie sfinansować w latach 2008-2011 było wprowadzenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Został on wprowadzony stopniowo do poszczególnych rodzajów świadczeń: SZP II półrocze 2008, REH październik 2 i AOS II półrocze 2011 r. Dzięki temu systemowi NFZ jest wstanie płacić za konkretne procedury i finansować kompleksową diagnostykę pacjenta.

Wraz z wprowadzeniem systemu JGP w rodzaju Leczenie szpitalne wydzielono w ramach produktów z zakresów: anestezjologia i intensywna terapia, położnictwo i ginekologia, neonatologia poziomy referencyjne, Ogólne założenie funkcjonowania oddziałów w aspekcie różnych poziomów referencyjnych polega na tym, że na niższych poziomach przyjmowani są pacjenci leczeni w trybie standardowym, natomiast przypadki skomplikowane, wymagające specjalistycznego leczenia przyjmowani są na poziomach wyższych. NFZ został również zobligowany do przejęcia odpowiedzialności finansowej za tak zwane produkty ministerialne. Od dnia 01 lipca 2009 r. NFZ podpisuje umowy na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie produktów kontraktowych wydzielonych do zakresów: hematologia, okulistyka, transplantologia związanych głównie

z wykonywaniem przeszczepów.

Liczba umów zawieranych przez DOW NFZ ze świadczeniodawcami na realizację usług zdrowotnych zwiększyła się na przestrzeni lat 2008-2011 w porównaniu z rokiem 2007 w poszczególnych rodzajach świadczeń. Odstępstwem od tej reguły była liczba umów zawartych w rodzaju PRO na przestrzeni lat 2007 i 2008. Spadek liczby umów w w/w okresie wynika ze zmiany przepisów obowiązujących NFZ, a w szczególności związany jest z przesunięciem niektórych zakresów świadczeń z PRO do POZ lub AOS.

W przypadku większości świadczeń wzrastała systematycznie w latach 2007-2011 wartość kontraktu z NFZ. Wahania nastąpiły jeżeli chodzi o koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu oraz leczenia stomatologicznego (gdzie okresowo następowały spadki wielkości kontraktów). Dane te jednak nie świadczą jednoznacznie o stopniowym zwiększeniu się dostępności do usług świadczonych przez placówki służby zdrowia, gdyż poziom kolejek nie ulega zmniejszeniu. W związku z obowiązującymi przepisami prawa nie ma pewności co do rzetelności danych dotyczących liczby oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. Dlatego też ze strony OW NFZ trudno jednoznacznie określić, czy dostępność do świadczeń się poprawia.

DOW NFZ nie planuje środków na konkretne zabiegi, czy świadczenia. Szczegółowość planowania środków finansowych sprowadza się do produktu kontraktowego. W ramach Leczenia szpitalnego, które jest najwyżej finansowanym rodzajem świadczeń w ramach opieki stacjonarnej, największa pula środków przeznaczana jest na zakresy:

- Choroby wewnętrzne;
- Chirurga ogólna;
- Kardiologia;
- Ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

W ramach Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która jest najwyżej finansowanym rodzajem świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej, największa pula środków przeznaczana jest na zakresy:

- Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii;
- Świadczenia w zakresie okulistyki;
- Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej;
- Badania tomografii komputerowej (TK);
- Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii.

Najwyższe kwoty dofinansowania otrzymały 3 szpitale kliniczne. Wysokość kontraktów dla tych świadczeniodawców w dużej mierze zależy od ich potencjału, rodzaju oferowanych świadczeń, liczby personelu oraz strategicznego znaczenia na teranie Dolnego Śląska.

Najdłuższe kolejki w oddziałach szpitalnych występują na endoprotejzoplastykę stawową biodra i kolana na oddziałach urazowo ortopedycznych, na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) na oddziałach okulistycznych, oraz na oddziałach endokrynologicznych, rehabilitacyjnych, reumatologicznych i alergologicznych. Dla przypadków stabilnych w poszczególnych placówkach średni czas oczekiwania przeciętnie wynosi od kilku miesięcy do kilku lat. W lecznictwie ambulatoryjnym najdłuższy czas oczekiwania występuje w poradniach endokrynologicznych, rehabilitacyjnych, kardiologicznych, neurologicznych i chirurgicznych. Dla przypadków stabilnych w poszczególnych placówkach średni czas oczekiwania przeciętnie wynosi od kilku miesięcy do około roku. W przypadku pozostałych kolejek oczekujących na inne, niż wyżej wymienione świadczenia medyczne pacjenci średnio oczekują od kilku dni do kilku miesięcy.

DOW NFZ nie jest w stanie określić, jak będą się kształtowały kontrakty w 2013 roku, w związku z tym, że nie ustalono jeszcze Planu Finansowego na rok 2013. Prawdopodobne jest jednak utrzymanie dotychczasowych kierunków finansowania w zakresie priorytetów ustalonych na poziomie Ministerstwa Zdrowia, Centrali NFZ oraz DOW NFZ.

W opinii przedstawicieli DOW NFZ, w kwestii poprawy jakości usług medycznych w województwie dolnośląskim można zaryzykować stwierdzenie, że ich poziom poprawia się z każdym rokiem. Na rynku usług medycznych obowiązuje konkurencja. DOW NFZ podpisuje umowy na świadczenia opieki zdrowotnej z najlepszymi świadczeniodawcami. W procesie konkursowym dla NFZ kryterium ceny nie jest najistotniejsze. Oferent może zdobyć dużo więcej punktów rankingowych dzięki personelowi o wyższym stopniu specjalizacji lub z powodu posiadania sprzętu medyczny, który nie jest wymagany, ale dodatkowo rankingujący w porównaniu z ofertą zawierającą cenę niższą od oczekiwanej. Zjawiska konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami są szczególnie widoczne w dużych ośrodkach miejskich. Jedynie w rodzaju Leczenie szpitalne istotną barierą ograniczającą konkurencję jest w głównej mierze charakter jednostek, z którymi DOW NFZ podpisuje umowy. W tej grupie świadczeniodawców dominują podmioty, dla których organem założycielskim są samorządy wszystkich szczebli, Akademia Medyczna, Ministerstwa: Zdrowia, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Obrony Narodowej. Jednak bez opracowania spójnego planu, gwarantującego dopasowanie potencjału do rzeczywistych potrzeb ludności z jednej strony, zaś z drugiej do możliwego poziomu finansowania przy jednoczesnym założeniu optymalizacji poziomu wykorzystania zasobów nie można wskazać konkretnych specjalizacji, których dotyczyć powinny działania w ramach RPO.

3.4.2. Projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie", a cele programu RPO WD oraz Priorytetu 8

Cele Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (RPO) są spójne ze Strategią Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku (SRWD), wpisują się też w cele Polityki Spójności wspierającej wzrost gospodarczy i zatrudnienia przedstawione w Strategicznych Wytycznych Wspólnoty dla spójności (SWW) oraz na poziomie krajowym w Narodowych Strategicznych Ramach Odniesienia (NSRO). Ustalając strategię programu uwzględniono również potrzebę zdynamizowania realizacji odnowionej Strategii Lizbońskiej określoną na szczeblu państw członkowskich w „Zintegrowanym Pakiecie Wytycznych dla Wzrostu Zatrudnienia na lata 2005-2008, a w Polsce w Krajowym Programie Reform na lata 2005-2008 na rzecz realizacji Strategii Lizbońskiej"(KPR).

Działania podejmowane w ramach RPO WD związane z obszarem „Zdrowia" były zgodne z następującymi założeniami (działaniami) zawartymi w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego:

- Zwiększenie skuteczności zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia chorób;
- Zapewnienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w najbardziej optymalny i efektywny sposób (racjonalizacja i lepsze wykorzystanie placówek służby zdrowia)[27].

Głównym celem RPO WD jest: Podniesienie poziomu życia mieszkańców Dolnego Śląska oraz poprawa konkurencyjności regionu przy respektowaniu zasad zrównoważonego rozwoju. Cel główny był realizowany poprzez 3 cele szczegółowe, przy czym jeden z nich odnosił się do obszaru Zdrowia: ***Poprawa bytu mieszkańców i wzrost konkurencyjności regionu poprzez modernizację i rozbudowę infrastruktury społecznej***. Cel ten dotyczy warunków bytowych ludności w wielu aspektach m.in. dostępności i jakości usług edukacyjnych, kulturalnych i zdrowotnych. Był realizowany w ramach trzech Priorytetów RPO WD (Priorytety 7-9).

Głównym celem Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO DW była poprawa jakości opieki zdrowotnej poprzez podniesienie standardu usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Miało zostać to osiągnięte poprzez niezbędne i wymagane prawem modernizacje obiektów już istniejących zakładów opieki zdrowotnej, zakup nowoczesnego sprzętu medycznego i wdrożenie systemów informatycznych wspomagających zarządzanie i związanych z e - zdrowiem. Wszystkie inwestycje infrastrukturalne powinny wynikać z racjonalizacji sieci placówek ochrony zdrowia. Realizacja działania miała przyczynić się do poprawy zdrowia mieszkańców

[27] Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku przyjęta uchwałą Sejmiku Województwa Dolnośląskiego nr XLVIII/649/2005 z dnia 30 listopada 2005 roku

regionu i utrzymać liczbę osób aktywnych zawodowo. W ramach istniejącej lokalowej infrastruktury ochrony zdrowia miały być wspierane przedsięwzięcia dostosowujące obiekty do obowiązujących wymogów prawnych, które muszą spełniać jednostki ochrony zdrowia. Dofinansowanie mogły również uzyskać projekty związane z termomodernizacją budynków, łącznie z wykorzystaniem alternatywnych źródeł energii. Współfinansowanie budowy nowych obiektów miało być możliwe wyłącznie w sytuacji, gdy modernizacja istniejącej infrastruktury jest ekonomicznie nieuzasadniona. Preferowane były projekty wspierające rozwój zakładów leczenia i opieki długoterminowej przebiegający na bazie zasobów znajdujących się w posiadaniu zakładów opieki zdrowotnej (zamiana łóżek krótkoterminowych na łóżka opieki długoterminowej).[28]

W ramach Priorytetu 8 dofinansowywane mogły zostać zakupy nowoczesnego, niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej w tym specjalistycznych urządzeń diagnostycznych. Inwestycje w takie urządzenia miały umożliwić wczesne wykrywanie i leczenie chorób, co w efekcie doprowadzi do utrzymania liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. Na zwiększenie dostępności do usług medycznych miało wpłynąć również wdrożenie w ochronie zdrowia systemów informatycznych pozwalających na rozwój aplikacji telemedycznych umożliwiających świadczenie usług medycznych drogą elektroniczną (e-zdrowie). Dofinansowanie miało objąć projekty związane z informatyzacją placówek i wykorzystaniem technologii informacyjno-telekomunikacyjnych

W ramach Priorytetu 8 od momentu uruchomienia Programu, wartość dofinansowanie ze środków EFRR dla 94 pozytywnie ocenionych wniosków o dofinansowanie wyniosiło narastająco 267 360 433,96 PLN. Wykorzystanie alokacji Priorytetu w pozytywnie ocenionych wnioskach o dofinansowanie stanowi 120,52%. Ze względu na wcześniejsze uruchomienie naborów, alokacja na Priorytet została już wyczerpana.

Projekty, które otrzymały największe kwoty dofinansowania były to:

- *Budowa pawilonu pediatrycznego na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu* - 73 610 581 zł (tryb indywidualny);
- *Utworzenie Centrum Pulmonologicznego dla Górników w Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu* - 15 400 478 zł (tryb konkursowy);
- *Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy* – 9 696 468 zł (tryb konkursowy);
- *Modernizacja Oddziału Intensywnej Terapii i Bloku Operacyjnego wraz z niezbędnymi pomieszczeniami pomocniczymi zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia*

[28] [28] Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013(Uszczegółowienie RPO WD), rok 2012

10.11.2006r. w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu - 8 570 591 zł (tryb konkursowy);

Łączna kwota dofinansowana przeznaczona na Działanie 8.1 Priorytetu 8 (projekty przyjęte do dofinansowania z którymi podpisano umowy) wyniosła 262 002 604 zł. Największa kwota w ramach Zdrowia została ulokowana we Wrocławiu ze względu na lokalizacje w tym mieście największych placówek medycznych o oddziaływaniu ogólnowojewódzkim i jednego projektu realizowanego w trybie indywidualnym.

Na podstawie ilościowej analizy wniosków o dofinansowanie możemy powiedzieć, że dofinansowaniem zostały objęte następujące kategorie projektów:

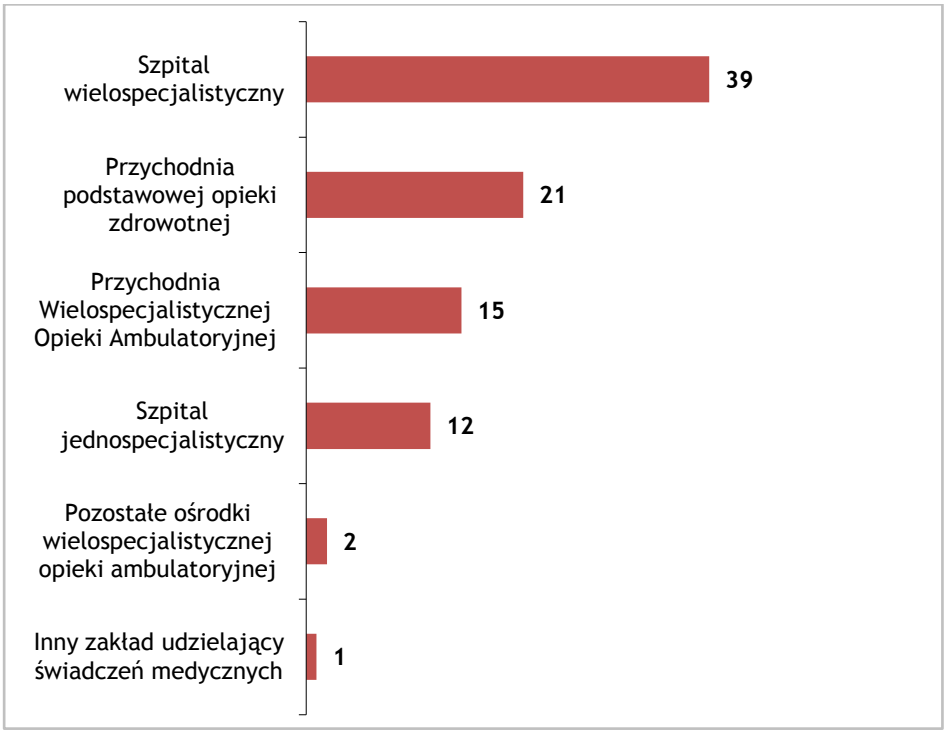
- Infrastruktura zdrowotna – 67 projektów;
- Technologie informacyjne i komunikacyjne (dostęp, bezpieczeństwo, interoperacyjność, zapobieganie zagrożeniom, badania, innowacje, treści cyfrowe itp.) – 21 projektów;
- Usługi i aplikacje dla obywateli (e-zdrowie, e-administracja, e-edukacja, e-integracja itp.) - 2 projekty;

Łącznie zostało zrealizowanych 90 inwestycji w tym 38 inwestycji w ośrodkach świadczących opiekę ambulatoryjną - w tym przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej – 21 przypadków, przychodniach wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej – 15 przypadków, a także innych dwóch ośrodkach wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej – 2 przypadki oraz 1 przypadek zakładu udzielającego świadczeń medycznych[29]. Pozostałe projekty były realizowane w placówkach świadczących opiekę stacjonarna - 51 szpitali jednospecjalistycznych i wielospecjalistycznych.

Dziedzina/specjalizacja anestezjologii i intensywnej terapii została wsparta w przypadku 4 projektów, dziedzina ginekologii i położnictwa w przypadku 3 projektów, kardiologia w przypadku 1 projektu, neonatologia – 1, inwestycje związane z badaniami diagnostycznymi były realizowane w przypadku – 17 inwestycji.

[29] ZOL w Jaszkotlu

Wykres 40. Liczba projektów w podziale na typy placówek medycznych w jakich były realizowane w ramach Działania 8.1 Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD



Zrealizowane w ramach Priorytetu 8 inwestycje możemy podzielić na związane z:

- zakupami sprzętu medycznego;
- systemami IT w tym systemami telemedycznymi;
- budową lub modernizacją obiektów.

Jeśli chodzi o inwestycje związane z zakupami sprzętu medycznego kupowano sprzęt diagnostyczny: EKG (w przypadku 16 projektów), USG (w przypadku 14 projektów), RTG (w przypadku 7 projektów) oraz Tomograf Komputerowy (w przypadku 2 projektów), sprzęt reanimująco-monitorujący (w przypadku 18 projektów), sprzęt służący do wyposażenia sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych (w przypadku 14 projektów), uniwersalny, w tym najczęściej pompy infuzyjne (w przypadku 13 projektów) dezynfekcyjno-myjący (11 projektów), sprzęt anestezjologiczny (10 projektów), sprzęt rehabilitacyjny (10 projektów), sprzęt z dziedziny pulmonologii (9 projektów). Szczegółowe dane prezentowane są w tabeli poniżej.

Tabela 22. Kupowane sprzęty medyczne w ramach projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Lp.	Kategorie sprzętów	Liczba projektów
1.	Diagnostyczny	
a.	EKG (diagnostyczny)	16
b.	USG (diagnostyczny)	14
c.	RTG/tomograf komputerowy (diagnostyczny)	9
d.	Pozostały sprzęt diagnostyczny	6
2.	Reanimująco-monitorujący	18
3.	Meble medyczne	16
4.	Wyposażenie sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych	14
5.	Sprzęt uniwersalny (w tym najczęściej pompy infuzyjne)	13
6.	Dezynfekcyjno-myjący	11
7.	Anestezjologiczny	10
8.	Sprzęt rehabilitacyjny	10
9.	Pulmonologiczny	9
10.	Sprzęt okulistyczny	7
11.	Ginekologiczny	6
12.	Stomatologiczny	5
13.	Chirurgiczny i operacyjny	5
14.	Endoskopowy	5
15.	Wyposażenie laboratoriów	4
16.	Sprzęt noworodkowy	4
17.	Otolaryngologiczny	2
18.	Kardiologiczny	2
19.	Ortopedyczny	2
20.	Onkologiczny	2

Drugi typ inwestycji dotyczył systemów IT, w tym systemów telemedycznych, które zostały zakupione w przypadku 12 projektów, oprogramowania informatycznego (część medyczna lub administracyjna lub obie łącznie) w przypadku 13 projektów, strony internetowej (przypadek 1 projektu).

Trzeci typ inwestycji z obszaru zdrowia dotyczył budowy lub modernizacji obiektów/oddziałów – budowa nowych obiektów została przeprowadzona w przypadku 17 inwestycji w tym 15 inwestycji dotyczyło dostosowania obiektów do rozporządzenia MZ. 42 inwestycje dotyczyły modernizacji już istniejących powierzchni (w tym 33 inwestycje dotyczyły dostosowania obiektów do rozporządzenia

MZ, 5 dostosowania do prawa budowlanego lub przeciw pożarowego, natomiast 4 dostosowania obiektów do nowych świadczeń). Zakup nowego obiektu wystąpił w przypadku jednej inwestycji.

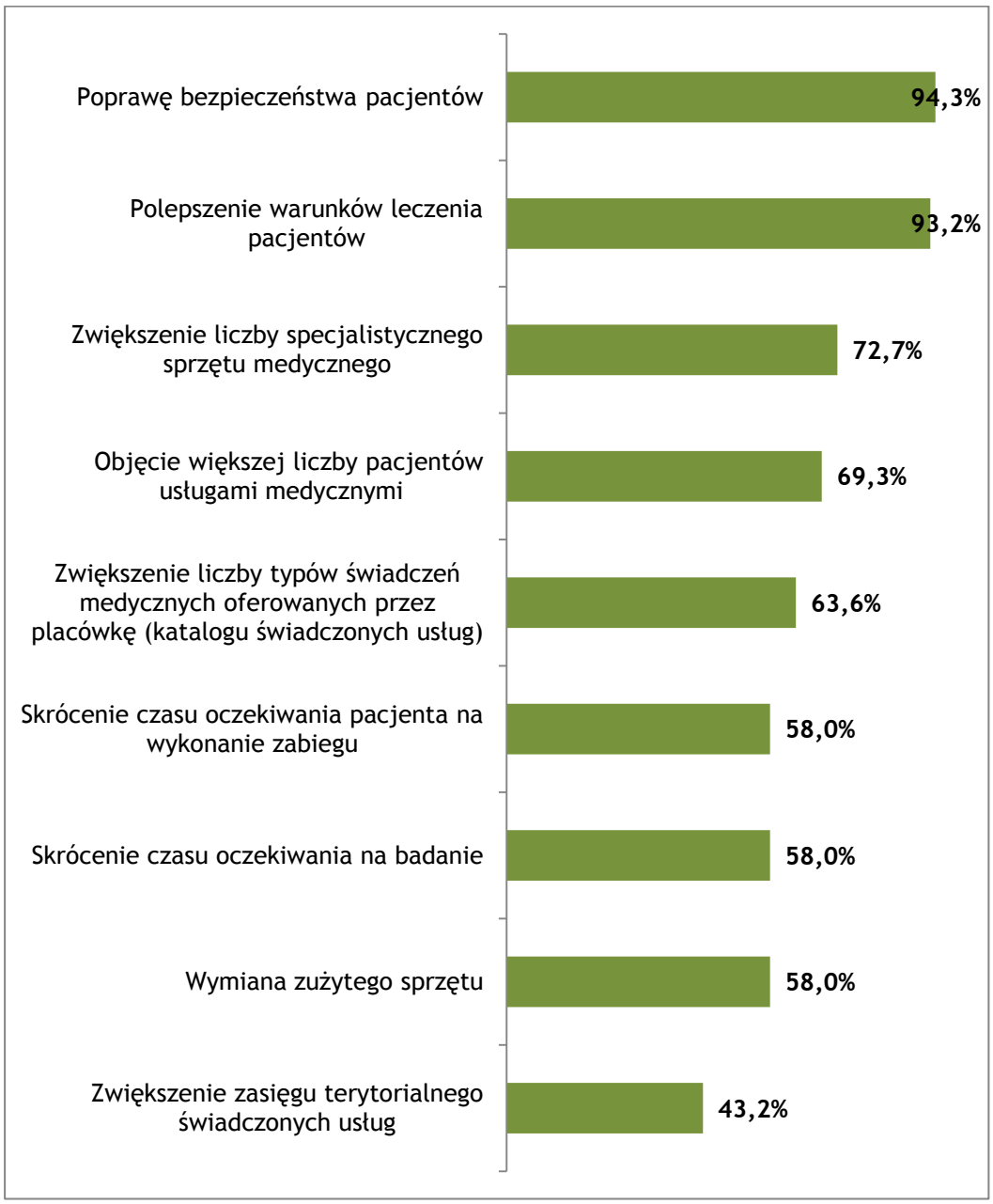
Wśród efektów zrealizowanych inwestycji wymieniane były przede wszystkim: poprawa bezpieczeństwa pacjentów i poprawa warunków leczenia pacjentów (ponad 90% zrealizowanych inwestycji przyczyniło się do ww. efektów).

Realizowane inwestycje w najmniejszym stopniu przyczyniły się do zwiększenia zasięgu terytorialnego świadczonych usług, skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na zabieg i badanie (około 60% zrealizowanych inwestycji). 69% inwestycji przyczyniło się do objęcia większej liczby pacjentów usługami medycznymi, natomiast 73% inwestycji do zwiększenia liczby specjalistycznego sprzętu medycznego.

Realizowane inwestycje miały wymiar przede wszystkim związany z podniesieniem jakości leczenia pacjentów, natomiast w mniejszym stopniu prowadziły do poprawy dostępności do usług medycznych.

Dane zostały zaprezentowane na wykresie na kolejnej stronie.

Wykres 41. Efekty zrealizowanych inwestycji w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie„ RPO WD
Pytanie 4. Przeczytam teraz kilka stwierdzeń. Przy każdym z nich proszę powiedzieć czy inwestycja przyczyniła się do uzyskania następującego efektu? (suma odpowiedzi zdecydowanie tak i raczej tak) N-75



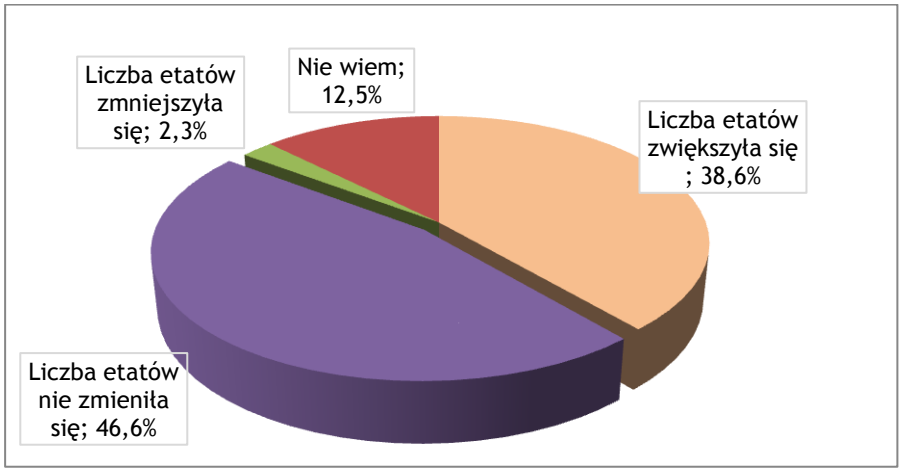
Jednym z ważnych efektów inwestycji realizowanych w ramach RPO WD zarówno z punktu widzenia celów programu, jak i założeń i celów Strategii Lizbońskiej i programu „Europa 2020”, był wzrost zatrudnienia (utworzenie nowych etatów).

Około 40% badanych respondentów zadeklarowało, że w wyniku zrealizowanych inwestycji dofinansowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD zmianie uległa liczba etatów, przy czym

w przypadku 38,6% projektów liczba etatów uległa zwiększeniu. W badaniu telefonicznym 34 beneficjentów stwierdziło, że nastąpiła taka zmiana, tymczasem na poziomie deklaracji we wnioskach o dofinansowanie taką zmianę zadeklarowano na poziomie 24 projektów. W przypadku 11 projektów utworzono 1 etat, w przypadku 12 – 2 etaty w przypadku 10 projektów utworzono 4 lub więcej etatów. W przypadku dwóch projektów beneficjenci zadeklarowali, że liczba etatów została zredukowana.

Większość beneficjentów biorących udział w badaniu telefonicznym (N-88) zadeklarowała, że zakupiony w ramach projektu sprzęt medyczny/zmodernizowane pomieszczenia są w pełni wykorzystywane (przypadki zakończonych inwestycji). Przeciwnego zdania było 6,8% respondentów (6 beneficjentów), przyczyną braku pełnego wykorzystania sprzętu był niewystarczający kontrakt z NFZ lub brak kontraktu.

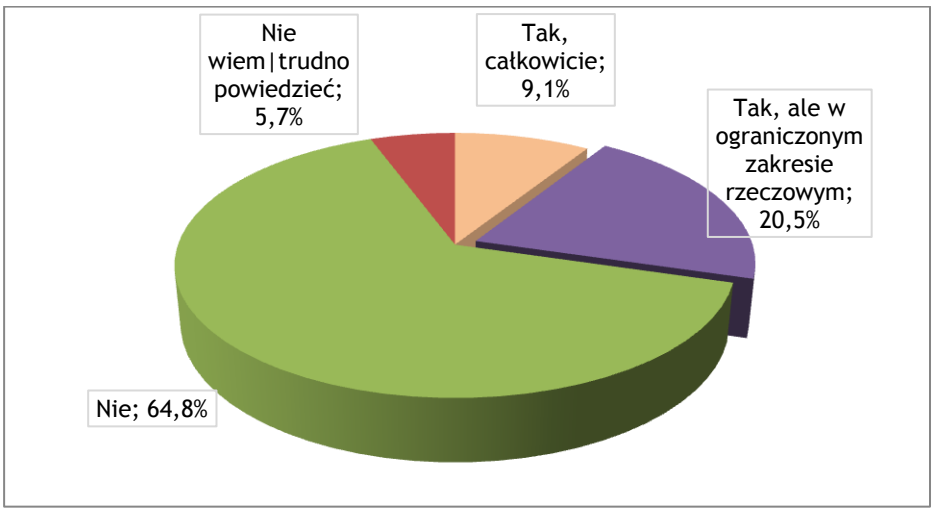
Wykres 42. Odsetek beneficjantów deklarujących utworzenie etatów w wyniku zrealizowanej inwestycji
Pytanie. W jaki sposób zrealizowana inwestycja wpłynęła na liczbę etatów w placówce? N-88



Tylko 9,1% beneficjentów stwierdziło, że inwestycja zostałby zrealizowana pomimo braku dofinansowania (n-8 respondentów), natomiast 20,5% że zostałby zrealizowana w ograniczonym zakresie rzeczowym, w 64,8% przypadkach w ogóle nie doszłoby do realizacji inwestycji, co potwierdza dodatkowo zasadność wydatkowanych środków.

Wykres 43. Możliwości realizacji przeprowadzonych w ramach Priorytetu 8 RPO WD inwestycji mimo braku dofinansowania ze środków UE

Pytanie. Czy inwestycja/e został-aby/yby zrealizowana/e pomimo braku dofinansowania ze środków unijnych w ramach Priorytetu 8 RPO WD? N-88



W wyniku zrealizowanych inwestycji skróceniu uległ czas oczekiwania na zabiegi (na zmodernizowanych oddziałach, z użyciem zakupionego sprzętu) z 72 dni do 41 dni, przy czym inwestycje dofinansowane z UE miały w tym średnio 44% udziału[30]. W wyniku zrealizowanych inwestycji skróceniu uległ również czas oczekiwania na badania (z użyciem zakupionego sprzętu) z 9 dni do 4 dni, przy czym inwestycje dofinansowane z UE miały w tym średnio 51% udział[31].

3.4.3. Wybierane przez beneficjentów wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektu, wartości docelowej wskaźnika realizacji celu szczegółowego RPO WD oraz wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu celu Priorytetu 8 „Zdrowie”

Zasady doboru wskaźników w ramach Priorytetu 8 RPO WD były takie same jak w ramach obszary Edukacji (Priorytet 7). Wskaźniki spełniające cele i priorytety RPO WD w Działaniu 8.1 Poprawa jakości opieki zdrowotnej zostały zaprezentowane w tabeli poniżej.

[30] Nie wszystkie jednostki posiadały dane pozwalające zmierzyć stan przed i po dokonaniu inwestycji
[31] Dane zebrane w trakcie wywiadu telefonicznego z przedstawicielem beneficjenta Priorytetu 8 RPO WD

Tabela 23. Wskaźniki spełniające cele i priorytety RPO WD w Działaniu 8.1 Poprawa jakości opieki zdrowotnej

		Poprawa jakości opieki zdrowotnej				
8.1.	produkt	Liczba projektów z zakresu ochrony zdrowia w tym: - liczba projektów dotyczących wyłącznie zakupu aparatury i sprzętu medycznego	szt.	IZ RPO	Wartość docelowa: ogółem 5 (2010), 48 (2013), 60 (2015); wyłącznie zakup aparatury i sprzętu 0 (2010), 20 (2013), 25 (2015)	Wartości osiągnięte: **35 (58%)** - liczba projektów dotyczących wyłącznie zakupu aparatury i sprzętu medycznego **7 (28%)**
8.1.	rezultat	Liczba zakładów opieki zdrowotnej podlegających Samorządowi Województwa objętych konsolidacją lub procesem konsolidacji w wyniku realizacji Programu	szt.	IZ RPO	Wartość docelowa: 0 (2010) 4 (2013) 4 (2015)	Wartości osiągnięte: **2 (50%)**
8.1.	rezultat	Liczba oddziałów/jednostek/działów zakładów opieki zdrowotnej dostosowanych do wymogów określonych prawem	szt.	beneficjent	Wartość docelowa: 0 (2010) 60 (2013) 75 (2015)	Wartości osiągnięte: **35 (47%)**
8.1.	rezultat	Potencjalna liczba specjalistycznych badań przeprowadzonych sprzętem zakupionym w wyniku realizacji RPO	szt.	beneficjent	Wartość docelowa: 0 (2010) 80 000 (2013) 100 000 (2015)	Wartości osiągnięte: **46 893 (47%)**

Poza wymienionymi wskaźnikami dla wszystkich priorytetów obowiązywał wskaźnik ***„Liczba bezpośrednich utworzonych miejsc pracy”***. W sytuacji, gdy w wyniku projektu nie były tworzone miejsca pracy, beneficjent był zobowiązany przedstawić w tym miejscu wartość „0”. Zgodnie z zawartymi umowami w ramach Priorytetu 8 RPO WD było planowanych do utworzenia 152 nowych miejsc pracy, do końca 2011 utworzono 114,76 etatów. Deklaracja wzrostu zatrudnienia został określona na poziomie 24 wniosków o dofinansowanie, w przypadku 65 wniosków beneficjenci wpisali wartość 0, a więc inwestycje nie prowadziły do wzrostu zatrudnienia.

Żaden z planowanych do realizacji wskaźników spełniających cele i założenia RPO WD nie został do końca 2011 roku osiągnięty w 100%.

Jak wynika z prezentowanych danych największe trudności mogą być z osiągnięciem wskaźnika – ***Liczba projektów dotyczących wyłącznie zakupu aparatury i sprzętu medycznego***. Do końca 2011 roku został on osiągnięty na poziomie 28%, natomiast na podstawie zapisów w umowach wskaźnik ten może zostać osiągnięty na poziomie 36% do końca 2013 roku. Sytuacja ta jest z jednej strony spowodowana charakterem realizowanych projektów. Beneficjenci znacznie częściej

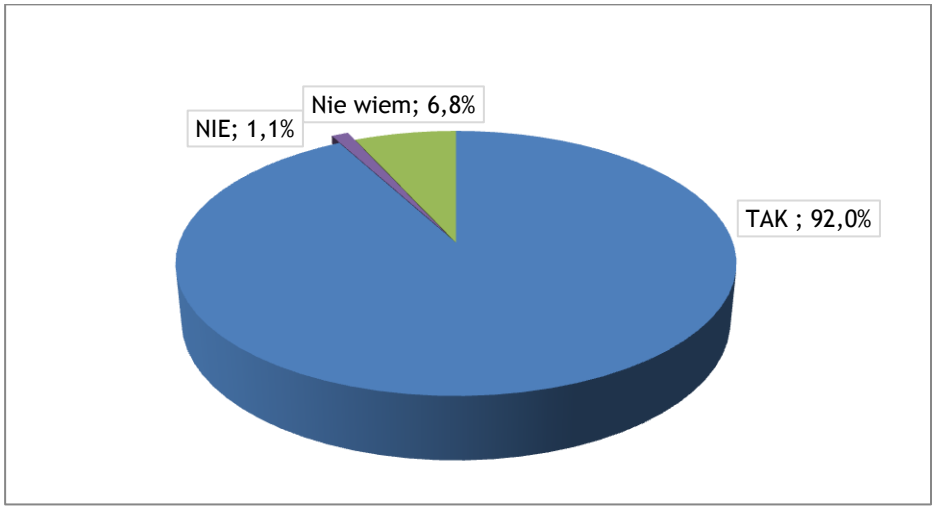
dokonywali szerszych inwestycji połączonych z modernizacją obiektów ze względu na znacznie wyższy koszt inwestycji modernizacyjnych (łatwiej jest je wykonać przy wsparciu dofinansowania niż ze środków własnych).

Kolejnym wskaźnikiem osiągniętym w niewystarczającym stopniu był wskaźnik - ***Liczba oddziałów/jednostek/działów zakładów opieki zdrowotnej dostosowanych do wymogów określonych prawem***. Do końca 2011 roku został on osiągnięty na poziomie 47% natomiast na podstawie zapisów w umowach wskaźnik ten może zostać osiągnięty na poziomie 121% (91 zmodernizowanych oddziałów dostosowanych do wymagań prawa) do końca 2013 roku.

Warto wspomnieć, że część projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8, szczególnie tych z konkursów ogłaszanych najpóźniej jest jeszcze w trakcie realizacji co może wpływać negatywnie na poziom realizacji wskaźników.

Większość z badanych beneficjentów Priorytetu 8 zadeklarowała, że osiągnięte zostały zakładane na poziomie wniosku o dofinansowanie wskaźniki rezultatu[32]. Tylko jeden z beneficjentów odpowiedział, że nie zostały osiągnięte wszystkie z założonych wskaźników. Nieosiągnięte wskaźniki dotyczyły liczby bezpośrednich utworzonych miejsc pracy, liczby osób korzystających z wysokiej jakości usług medycznych. Wśród przyczyn nieosiągnięcia założonych wskaźników rezultatu wymienione zostało: planowane osiągnięcie wskaźników w 2013 roku.

Wykres 44. Odsetek beneficjentów deklarujących osiągnięcie wskaźników rezultatu założonych na poziomie projektu
Pytanie. Czy wszystkie zakładane przez P. wskaźniki rezultatu zostały osiągnięte? N-88



[32] Badanie CATI zostało przeprowadzone w kwietniu 2012 roku, natomiast wcześniej przytoczone dane określają stan na koniec 2011 roku, dodatkowo 6,8% respondentów zadeklarowało brak wiedzy na ten temat

3.4.4. System zarządzania wyborem projektów (kryteria, preferencje, nabory celowane, projekty indywidualne, typy projektów, współczynnik P), a realizacja zakładanych celów RPO WD w Priorytecie 8 „Zdrowie"

W przypadku projektów z zakresu Priorytetu 8 „Zdrowie" występowały głównie (podobnie jak w „Edukacji") jednolite kryteria tożsame również dla innych Priorytetów RPO WD. Kryterium formalnym specyficznym dla tego Priorytetu było kryterium adekwatności – wymagające od projektodawcy aby działał w publicznym systemie ochrony zdrowia (miał podpisany kontrakt z NFZ). Wśród kryteriów merytorycznych specyficznych dla badanego obszaru znalazły się:

- Wpływ projektu na dostosowanie pomieszczeń i urządzeń do przepisów obowiązującego prawa (skala oceny 0-1);
- Poprawa jakości usług medycznych w wyniku realizacji projektu (skala 0-1).

W Priorytecie 8 „Zdrowie" RPO WD budowa nowych obiektów była możliwa jedynie w sytuacji, gdy modernizacja istniejącej infrastruktury była ekonomicznie nieuzasadniona. Założenie to zostało zapisane w ogłoszeniu o naborze projektów. Weryfikacja tego założenia była przeprowadzana na etapie oceny merytorycznej na podstawie kluczowego kryterium – *„Zgodność z założeniami programu"*. Zgodnie z założeniami wszystkie dotowane działania musiały prowadzić do racjonalizacji placówek służby zdrowia w regionie. Założenie to było weryfikowane na etapie wyboru projektów do dofinansowania przez Zarząd Województwa na podstawie strategicznego kryterium wyboru projektów *„Wpływ projektu na rozwój sektora/branży"*. Współfinansowanie zakupu nowego sprzętu możliwe było przede wszystkim w sytuacji, gdy posiadany sprzęt nie spełnia obowiązujących norm lub gdy jego wymiana doprowadzić miała do racjonalizacji procesu leczenia, bądź też brak sprzętu uniemożliwia leczenie. Założenie to zostało zapisane w ogłoszeniu o naborze projektów. Weryfikacja została przeprowadzona na etapie oceny merytorycznej na podstawie kluczowego kryterium *„Zgodność z założeniami programu"*.[33]

W Priorytecie 8 RPO WD zastosowane zostały nabory celowane:

- Nabór projektów z placówek świadczących opiekę stacjonarną (szpitale jednospecjalistyczne i wielospecjalistyczne – zarówno prywatne jak i publiczne);
- Nabór projektów z placówek świadczących opiekę ambulatoryjną (podstawową opiekę zdrowotna i ambulatoryjną opiekę specjalistyczna);

[33] Dokument: Kryteria wyboru operacji finansowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013, str. 141-142

- Nabór dotyczący dziedziny pulmonologii;
- Nabór związany z teleradiologią i informatyzacją placówek służby zdrowia.

Przeprowadzenie oddzielnego naboru z dziadziny pulmonologii wynikało, według pracowników IZ RPO WD, z następujących przesłanek:

- W województwie dolnośląskim został wprowadzony *Program modernizacji* [pulmonologii] *w latach 2010-2012;*
- Planowane wydatki w ramach RPO WD na Zdrowie uzyskały wsparcie Departamentu Zdrowia i były konsultowane ze środowiskiem medycznym;
- Pulmonologia i rehabilitacja są to dwie dziedziny, które nie były finansowane centralnie;
- Realizowane projekty w dziedzinie pulmonologii realizowały główne kierunki zmian organizacyjnych w placówkach pulmonologicznej opieki szpitalnej założone w *Programie modernizacji* (pulmonologii) *w latach 2010-2012:*

1) konsolidacja wokół ośrodków wielospecjalistycznych - mających kompletne zaplecze diagnostyczno- lecznicze, współpracujących z siecią placówek typu „emergency" położonych w promieniu do 40-50 km dysponujących dobrze rozwiniętym zapleczem logistycznym (karetki „R", karetki przewozowe); potrzeba tworzenia kompletnych ośrodków pulmonologicznych wiąże się również z rosnącą liczbą powikłań pulmonologicznych u pacjentów leczonych immunosupresyjnie czy też kwalifikacji do przeszczepu płuc;
2) tworzenie pulmonologicznych centrów medycznych - umożliwiających pełną diagnostykę i leczenie pulmonologicznych schorzeń onkologicznych (TK, NMR, bronchoskopia, chemioterapia, radioterapia);
3) intensywne wykorzystanie zaplecza diagnostycznego i zabiegowego – pracownie diagnostyczne (min. bronchoskopia) i działy terapeutyczne (bloki operacyjne) z systemem pracy dwuzmianowej czy też ciągłej;
4) skracanie czasu pobytu pacjenta w szpitalu, szczególnie w placówkach typu zabiegowego, interwencyjnego, wielospecjalistycznego;
5) wykorzystanie nowoczesnych technik teleinformatycznych w procesie diagnostycznym dla ograniczenia kosztów stałych personelu (ocena preparatów histopatologicznych i wyników badań obrazowych na odległość).

W ramach naboru dotyczącego technik informacyjnych i informatyzacji służby zdrowia zrealizowano 11 projektów z dziedziny teleradiologii:

- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Rentgenodiagnostyki w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oławie;
- Teleradiologia. Wdrożenie pośredniej radiografii cyfrowej oraz kompleksowego systemu informatycznego w CDT „Medicus";
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świdnicy;
- Teleradiologia. Wdrożenie pośredniej radiografii cyfrowej oraz kompleksowego systemu informatycznego w Jaworskim Centrum Medycznym;
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Pracowni Obrazowej w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej;
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Zakładu Diagnostyki Obrazowej ZOZ w Głogowie;
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze;
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Pracowni badań obrazowych w Izerskim Centrum Pulmonologii i Chemioterapii NZOZ w Szklarskiej Porębie;
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Pracowni Rentgenowskiej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Strzelińskiego Centrum Medycznego;
- Teleradiologia. Zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii komunikacyjnych na potrzeby Zakładu Radiodiagnostyki w Zespole Opieki Zdrowotnej w Złotoryi;
- Utworzenie Dolnośląskiego Centrum Teleradiologii na bazie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

W ramach ostatniego projektu utworzono Centrum Teleradiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu. Przedmiotem inwestycji było stworzenie infrastruktury dla centrum techniki teleradiologicznej. Najważniejszym zadaniem utworzonego Dolnośląskiego Centrum Teleradiologii (DCT) było świadczenie usług w zakresie diagnostyki obrazowej na rzecz zakładów opieki zdrowotnej działających na terenie województwa. Realizacja projektu umożliwia wprowadzenie nowych usług świadczonych drogą elektroniczną. Pozwala również na wykorzystanie drogą elektroniczną wiedzy i doświadczenia najlepszych specjalistów z dziedziny radiologii oraz znacznie skraca czas oczekiwania na badanie i jego opis. Dziedzina teleradiologii została dofinansowana na łączną kwotę 7 924 790 zł.

Pomimo, że działań w dziedzinie teleradiologii nie można uznać za innowacyjne w skali światowej dziedzina teleradiologii od niedawna zaczęła się rozwijać w Polsce. Teleradiologia jest najnowszą formą radiologii. Łączy w sobie elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny, a w szczególności radiologii. Dzięki wykorzystaniu nowych technologii pozwala na wymianę specjalistycznych informacji przesyłając obrazy statyczne, jak i dynamiczne (przesyłanie najwyższej jakości zdjęć USG, MRI). Pozwala na diagnozę na odległość. Umożliwia przesyłanie obrazów o wysokiej rozdzielczości, a także interaktywną transmisję audiowizualną z dużą dokładnością i w czasie rzeczywistym. Systemy wideokomunikacyjne (wideokodery) pracują na ogólnodostępnych cyfrowych liniach transmisyjnych ISDN, w ogólnoświatowej sieci Internet, a także na liniach satelitarnych. Zastosowanie tej techniki obniża koszty funkcjonowania szpitali i innych jednostek ochrony zdrowia, poprzez tworzenie centów opisowych świadczących usługi w zakresie teleradiologii, dzięki temu koszt funkcjonowania znacznie się obniża.

Jak pokazują dane zamieszczone w tabeli poniżej najwyższą kwotę dofinansowania otrzymały szpitale na dokonanie inwestycji związanych z budową/modernizacją i wyposażeniem obiektów. Kwota przeznaczona na modernizację i wyposażenie przychodni była niemal trzykrotnie mniejsza.

Tabela 24. Liczba zrealizowanych projektów i alokacja środków w ramach Działania 8.1 Priorytetu 8 RPO WD

Numer naboru	Typ realizowanych projektów – Uczelnie Wyższe	Liczba projektów	Wartość projektu (PLN)	Wartość dofinansowania (PLN)
nabór 6/S/8.1/2008	Modernizacja i wyposażenie szpitali	27	153 639 735	108 677 605
nabór 7/S/8.1/2008	Modernizacja i wyposażenie przychodni	34	57 029 392	36 463 302
nabór 3/K/8.1/2008	Teleradiologia i systemy informatyczne	23	25 728 808	21 350 895
nabór 15/S/8.1/2010	Pulmonologia	5	46 844 814	32 464 909
4 nabory	**RAZEM**	**89**	**283 242 749**	**198 956 711**

W ramach obszaru „Zdrowia" został zrealizowany jeden projekt kluczowy:

Budowa pawilonu pediatrycznego na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Projekt otrzymał dofinansowanie na kwotę 73 614 554 zł. Projekt był realizowany w celu poprawy usług medycznych świadczonych dla małych pacjentów. Budowany pawilon ma zastąpić funkcjonujący ówcześnie, ale w bardzo złym stanie technicznym i niespełniający wymogów współczesnego szpitala, dziecięcy szpital im. J. Korczaka (DCP) przy ul. Kasprowicza. W kwietniu 2009 r. przyłączono Dolnośląskie Centrum Pediatryczne do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego. Pawilon pediatryczny składa się z części diagnostyczno-zabiegowej i oddziałów łóżkowych.

Podczas zogniskowanego wywiadu grupowego przedstawiciele IZ RPO WD poinformowali, że w ramach Priorytetu 8 odbył się jeden nabór dotyczący przedsięwzięć z zakresu współpracy międzynarodowej i międzyregionalnej (m.in. seminaria i konferencje) w celu zapewnienia wymiany dobrych praktyk i doświadczeń w obszarze tematycznym związany z działaniem 8.1. Na konkurs ten nie zgłosili się jednak ogóle wnioskodawcy, a środki zostały przesunięte na inne nabory. Konkurs ten był istotny jeśli chodzi o lepsze planowanie przez placówki przyszłych inwestycji, na bazie doświadczeń placówek z innych regionów kraju lub zagranicy oraz tworzenie inwestycji

innowacyjnych w dziedzinie edukacji. W związku z wyczerpaniem alokacji ponowne ogłoszenie konkursu nie jest już możliwe.

Ze względu na charakter Systemu opieki zdrowotnej w Polsce (działanie jednostek zarówno w systemie publicznej jak i niepublicznej opieki zdrowotnej), podstawą do obliczenia poziomu dofinansowania w Priorytecie 8 RPO WD były przychody z całości świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez wnioskodawcę. Beneficjenci dokonywali **obliczeń „współczynnika wydatków kwalifikowanych" („P")**, który stanowi procentową proporcję przychodów jednostki uzyskiwanych na podstawie umowy z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego w całości przychodów wnioskodawcy uzyskanych ze świadczeń zdrowotnych w roku 2007 (czyli poprzednim okresie rozliczeniowym). Jeżeli w poprzednim okresie rozliczeniowym wnioskodawca nie podpisał umowy z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, ale na dzień ogłoszenia naboru działa już w publicznym systemie ochrony zdrowia, podstawą do wyliczeń współczynnika był okres od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ogłoszenia naboru. Wyliczony w ten sposób współczynnik „P" był podstawą do ustalenia wartości wydatków kwalifikowanych w ramach projektu. Aby obliczyć wartość wydatków kwalifikowalnych beneficjenci musieli pomnożyć wartość wydatków spełniających wymagania kwalifikowalności przez współczynnik „P". Uzyskana wartość stanowiła wartość wydatków kwalifikowanych. Wartość wydatków kwalifikowanych obliczona z wykorzystaniem współczynnika „P" była następnie wykorzystana do obliczenia poziomu dofinansowania zgodnie z art. 55 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. (luka finansowa). W trakcie realizacji projektu i w okresie 5 lat po jego zakończeniu (trwałość projektu) beneficjent był zobowiązany do utrzymania współczynnika na poziomie określonym we wniosku o dofinansowanie.

Z przeprowadzonych badań FGI (wśród beneficjentów Priorytetu 8 RPO WD) wynika, że beneficjenci mają problem z utrzymaniem wskaźnika na deklarowanym we wniosku poziomie (wskaźnik odchyla się najczęściej In minus).

Przyczyny takiego stanu rzeczy według uczestników badania wynikają z:

- Wprowadzenia na teren placówki większej ilości usług prywatnych;
- Otrzymaniu przez placówkę niższego kontraktu z NFZ;
- Zwiększenie liczby pacjentów (przychodnia) chcących korzystać z usług placówki odpłatnie (ze względu na wyższy standard świadczonych usług);
- Migracji ludności poza obszar dużego miasta do mniejszych miejscowości;

- Brak stabilnej sytuacji jeśli chodzi o kontrakty podpisywane z NFZ – brak wiedzy jakiej wielkości będą kontrakty w kolejnych latach, czy wszystkie usługi zostaną zakontraktowane;
- Powstanie nowych usług lub placówek na danym obszarze (niższy kontrakt z NFZ)

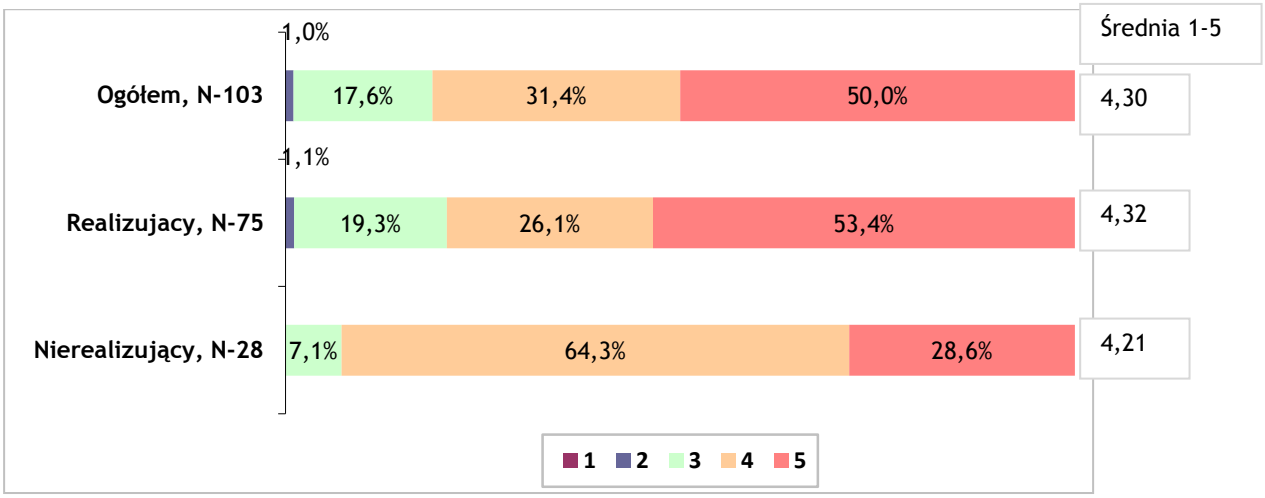
Beneficjenci zadeklarowali, ze brakuje im wiedzy na temat konsekwencji grożących za nieutrzymanie współczynnika „P" na takim samym poziomie w okresie realizacji projektu i przez kolejne 5 lat. W sytuacji niższego kontraktu jednostki nie mogą ograniczać usług świadczonych prywatnie, ponieważ zagrażałoby to funkcjonowaniu placówki (wysokie koszty utrzymania placówek służby zdrowia, sprzętu zakupionego ze środków UE). Wśród respondentów istnieje obawa, że komercjalizacja szpitali może zagrozić trwałości projektów i utrzymaniu założeń poczynionych na poziomie zawartej umowy i wniosku o dofinansowanie.

3.4.5. Skuteczność działań informacyjno - promocyjnych podejmowanych przez IZ RPO w ramach konkursów związanych z Priorytetem 8 „Zdrowie" RPO WD

Dostępność informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD w województwie dolnośląskim oceniona została przez projektodawców i potencjalnych projektodawców na stosunkowo wysokim poziomie, jednak niższym niż to miało miejsce w przypadku Priorytetu 7. Bez problemu do źródła informacji (osoby, instytucji) dotarło 81,4% respondentów, podobna co do wielkości grupa badanych zadeklarowała, że poszukiwane informacje uzyskali w wyczerpującym zakresie (79,4%). Większe trudności z dotarciem do pełnego zakresu informacji mieli wnioskodawcy, którzy złożyli wnioski o dofinansowanie ale nie realizują projektów (różnica istotna statystycznie) – 71,4% z nich wskazało, że nie miało problemów z dotarciem do informacji, natomiast 7,10% miała pewne trudności z uzyskaniem pełnej informacji na temat aplikowania w ramach Priorytetu 8 RPO WD.

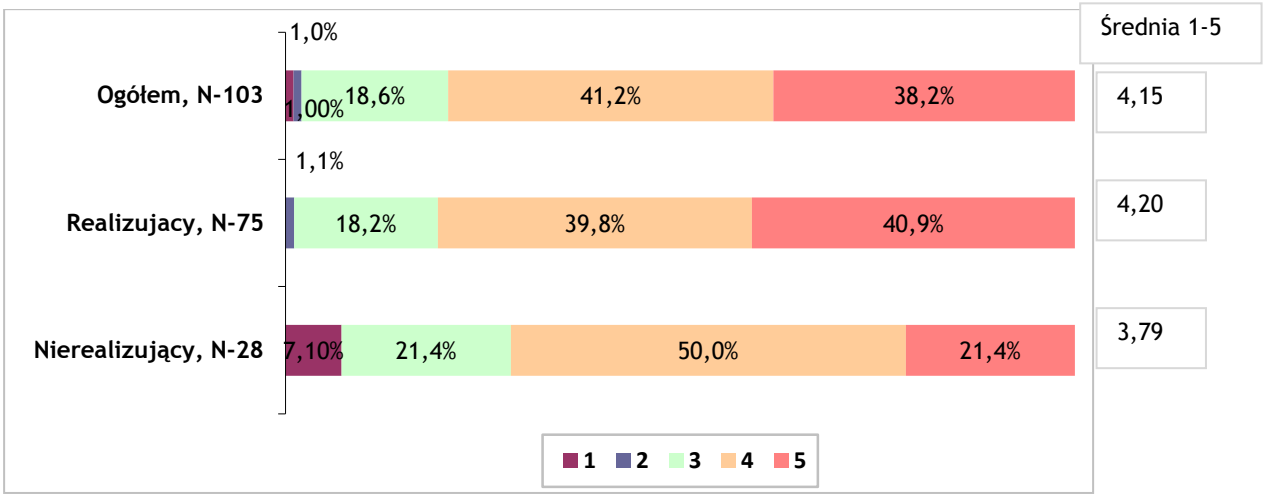
Wykres 45. Ocena dostępności źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD

Bez problemu dotarłem/am do źródła informacji np. osoby, instytucji (ocena dokonywana na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak).



Wykres 46. Ocena zakresu źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD

Poszukiwane informacje uzyskałem/am w wyczerpującym zakresie (ocena dokonywana na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak).



Oferta informacyjna dla potencjalnych beneficjentów i beneficjentów Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD zawierała przede wszystkim dwa podstawowe źródła informacji na temat prowadzonych naborów w ramach Priorytetu 8 RPO WD, a także szczegółów dotyczących aplikowania i przygotowania wniosków:

- Stronę WWW RPO WD (http://www.rpo.dolnyslask.pl/);
- Szkolenia dla potencjalnych beneficjentów.

Respondenci zarówno w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego jak i podczas wywiadów telefonicznych (CATI) dokonali oceny obydwu źródeł informacji.

Z rozmowy z respondentami (FGI) wynika, że strona internetowa pozostaje najważniejszym źródłem informacji dla beneficjantów Priorytetu 8, w drugiej kolejności są to opiekunowie projektów (w trakcie realizacji projektu), w dalszej kolejności wymieniane były szkolenia, a także doradztwo firm zewnętrznych – na poziomie konstruowania wniosków.

a. Ocena strony internetowej (http://www.rpo.dolnyslask.pl)

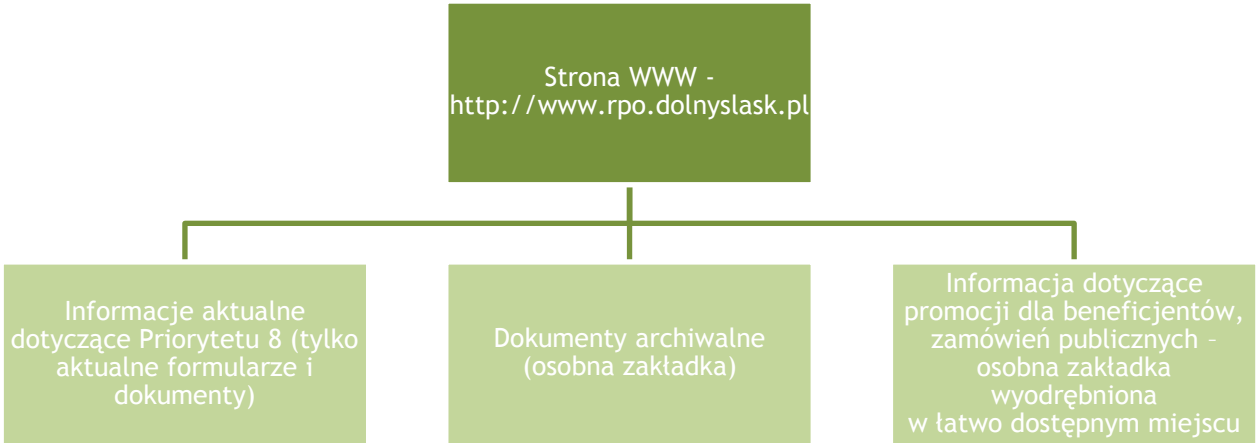
Strona WWW (http://www.rpo.dolnyslask.pl) została negatywnie oceniana przez respondentów jeśli chodzi o funkcjonalność i aktualność informacji. Respondenci biorący udział w zogniskowanych wywiadach grupowych zwrócili uwagę na:

- braku aktualnych danych na stronie (formularzy);
- występowanie aktualnych informacji w sąsiedztwie informacji archiwalnych (co może prowadzić do omyłkowego pobrania nieaktualnych danych/informacji/formularzy);
- konieczność poświęcenia dużej ilości czasu na poszukiwanie informacji;
- brak prostych ścieżek dostępu do najczęściej poszukiwanych przez beneficjentów informacji (promocja, zamówienia publiczne – stosowanie procedur);
- brak wyraźnego podziału informacji (np. Priorytetami).

Propozycja ze strony respondentów jeśli chodzi o poprawienie funkcjonalności strony:

- Informacje dotyczące danego Priorytetu w osobnej zakładce;
- Informacja dla beneficjentów o zmianach w dokumentach, przepisach;
- Tylko aktualne dane w danej zakładce (np. aktualny wniosek o płatność, aktualne wytyczne), dane zarchiwizowane umieszczone w innym miejscu.

Rysunek 2. Propozycja ze strony respondentów jeśli chodzi o poprawienie funkcjonalności strony

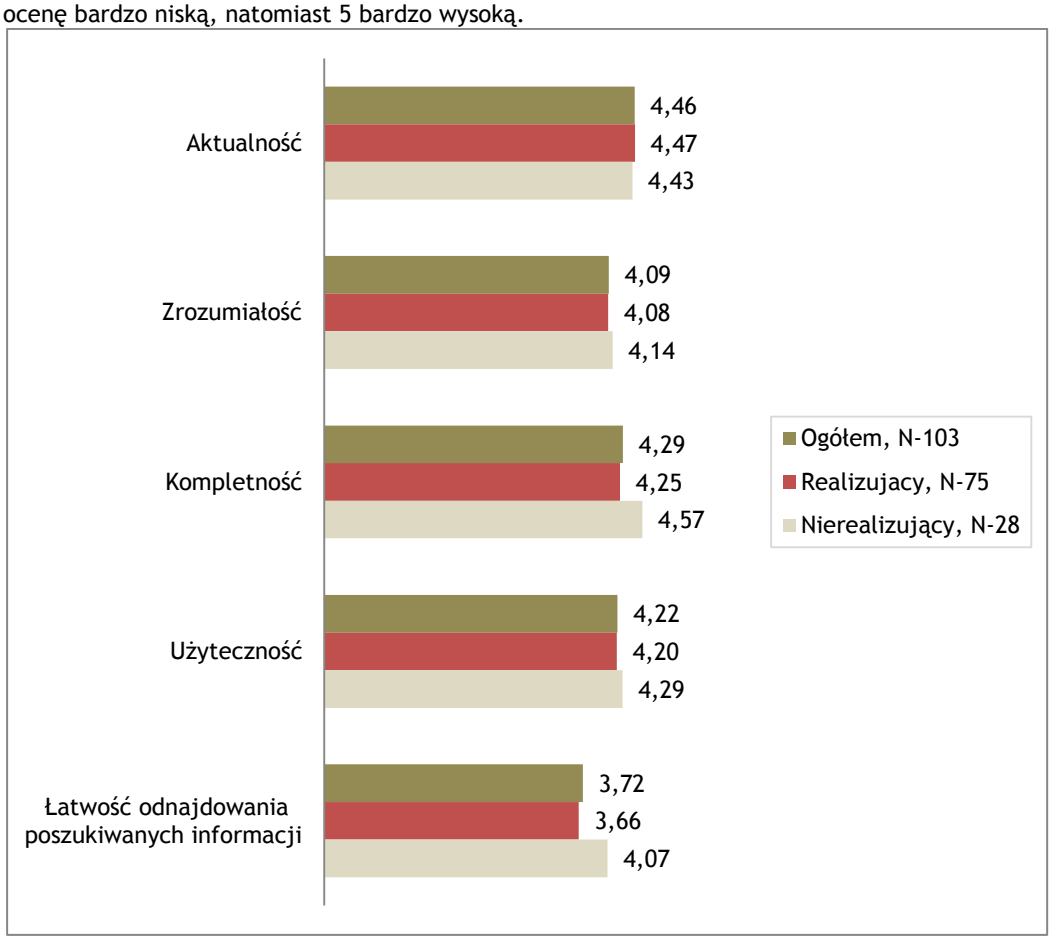


Jeśli chodzi o ocenę dokonaną w trakcie badań ilościowych to 88,2% respondentów pozytywnie oceniło aktualność informacji zawartych na stronie, 72,5% pozytywnie oceniło zrozumiałość informacji, 78,4% respondentów pozytywnie oceniło kompletność przekazywanych informacji, natomiast 81,4% pozytywnie oceniło ich użyteczność. Najniższą ocenę otrzymała łatwość odnajdywania poszukiwanych informacji (funkcjonalność, intuicyjność) - pozytywnie oceniło ten aspekt 55,9% respondentów, średnia 3,72 na skali od 1 do 5 gdzie 5 ocena bardzo wysoka. Styczności z tym źródłem informacji nie miało 3,9% respondentów (14,3% wnioskodawców, którzy nie realizowali projektów). W przypadku oceny łatwości odnajdywania informacji niżej oceny dokonali beneficjenci realizujący projekty w ramach Priorytetu 8, niż ci projektodawcy, których wnioski nie zostały przyjęte do realizacji. Na ocenę mogło wpłynąć dalsze korzystanie ze strony – już w trakcie realizacji projektu, a nie tylko sporządzenia wniosku o dofinansowanie.

Opisane dane zostały zaprezentowane na wykresach na kolejnej stronie.

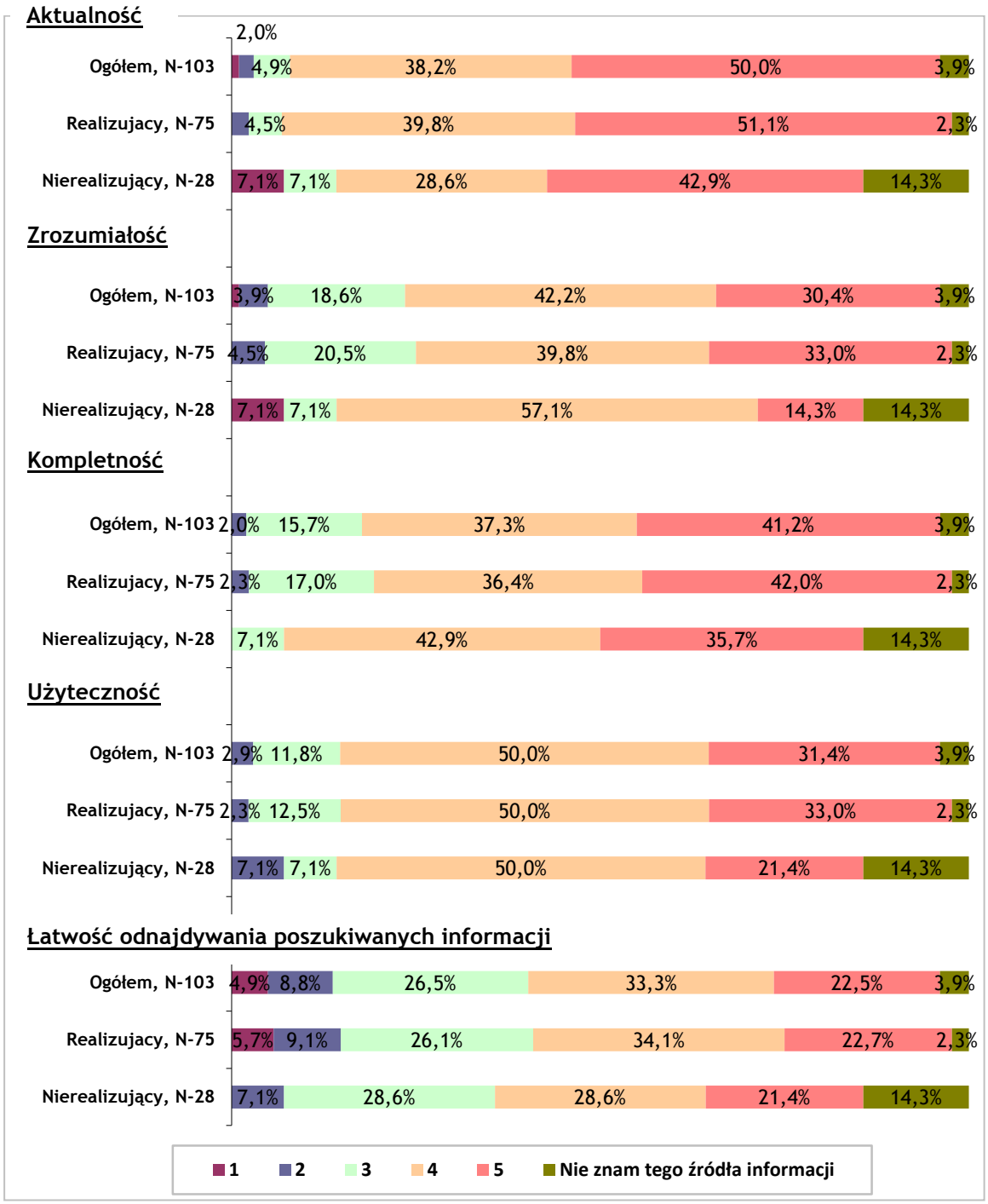
Wykres 47. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 8)

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/ składania wniosków w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD dostępne na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



Wykres 48. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 8)

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/ składania wniosków w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD dostępne na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką



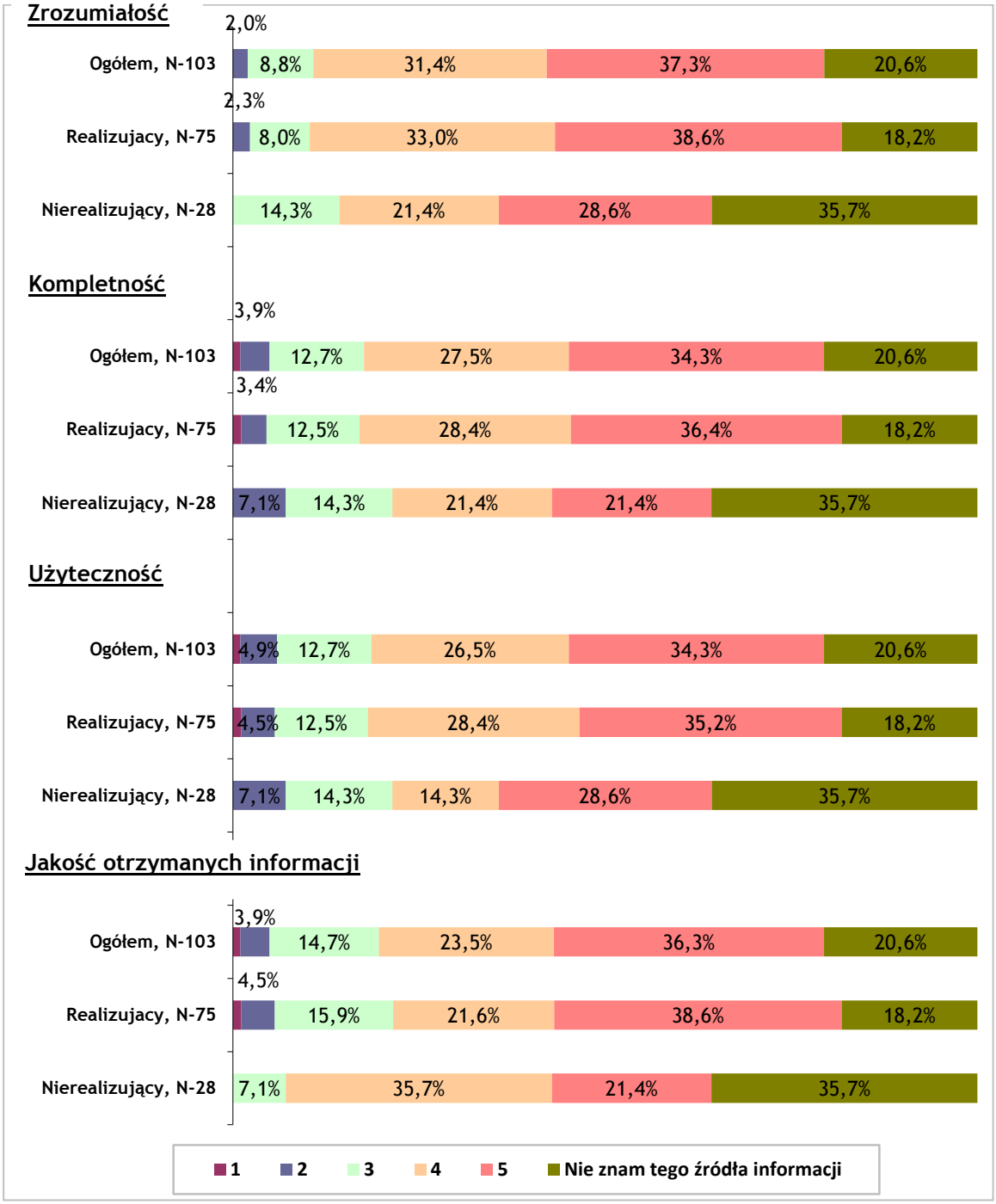
b. Szkolenia organizowane przez UMWD

Pierwsze szkolenia prowadzone przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego dla potencjalnych wnioskodawców Priorytetu 8 oceniane zostały przez uczestników spotkania (FGI) raczej negatywnie. Osobom prowadzącym szkolenia w opinii respondentów brakował kompetencji w zakresie wybranych zagadnień (m.in. prawo zamówień publicznych), uczestnicy szkoleń nie otrzymali bezpośredniej odpowiedzi na pytania zadawane w trakcie szkolenia (zostały one uzupełnione już w trakcie współpracy z opiekunem projektu, lub dosłane przez UMWD w późniejszym terminie). Nisko został oceniony poziom wiedzy trenerów w zakresie zamówień publicznych.

Respondenci udzielający odpowiedzi podczas wywiadów telefonicznych CATI, również dokonali oceny szkoleń. Negatywne oceny dotyczyły wszystkich aspektów szkoleń takich jak zrozumiałość, kompletność użyteczność i jakość otrzymanych materiałów. Większość z badanych (Powyżej 50% oceniło jednak szkolenia pozytywnie). Ze szkoleń nie skorzystało 20,6% respondentów, byli to częściej wnioskodawcy, którzy złożyli wnioski, ale nie realizowali projektów. Można wysunąć wiec hipotezę że uczestnictwo w szkoleniu daje większą gwarancję przygotowania wniosku poprawnego pod względem formalnym i wysoko ocenionego pod względem merytorycznym.
Opisane dane zostały zaprezentowane na wykresach na kolejnych stronach.

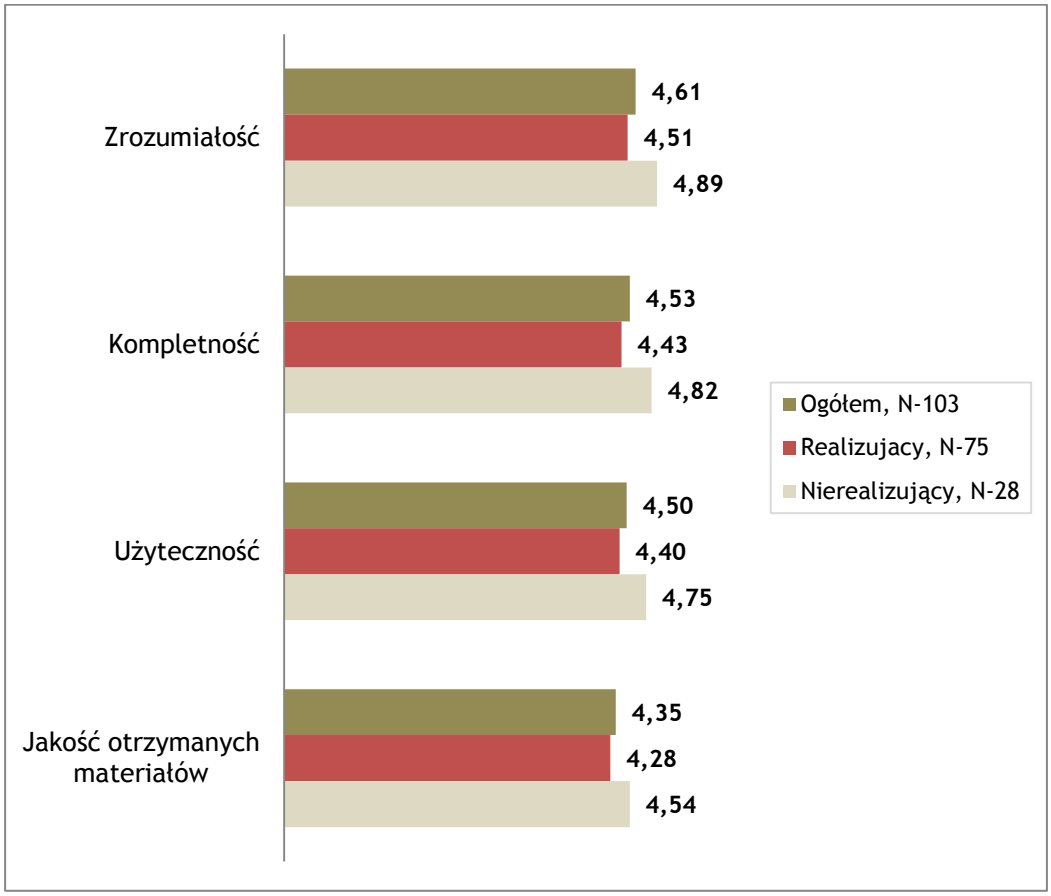
Wykres 49. Ocena szkoleń pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/składania wniosków w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD przekazywane podczas szkoleń organizowanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



Wykres 50. Ocena szkoleń pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka.

Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/składania wniosków w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD przekazywane podczas szkoleń organizowanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.



Wśród innych źródeł informacji zostały wymienione przez beneficjentów biorących udział w zogniskowanych wywiadach grupowych firmy zewnętrzne zatrudnione do opracowania wniosku o dofinansowanie. Beneficjenci wskazywali aspekty ważne przy wyborze firm tego typu takie jak:

- Wybór firmy sprawdzonej, z dużym doświadczeniem na rynku;
- Zabezpieczenie umową poszczególnych etapów tworzenia wniosku, uwzględnienie późniejszych poprawek;
- Stała współpraca z firma odpowiedzialną za tworzenie wniosków (szczególnie na etapie wyboru i określeniu wielkości wskaźników), ze względu na to, że firmy zewnętrzne nie znają struktur wewnętrznych placówki i zasad jej funkcjonowania;

Ustalenie realnego – możliwego do zrealizowania w dalszej perspektywie poziomu wskaźników.

Według respondentów na szkoleniach powinny być przekazywane informacje dotyczące współpracy z firmą zewnętrzną przy konstruowaniu wniosków i zestawu wskaźników. Należałby zwróć uwagę na dobór i szacownie wielkości docelowej wskaźników.

3.4.6. Potrzeby kontynuowania wsparcia infrastruktury zdrowotnej w przyszłej perspektywie finansowej w województwie dolnośląskim oraz propozycje podniesienia efektywności udzielonego wsparcia

a. Plany inwestycyjne jednostek z obszaru „zdrowia" w przyszłej perspektywie finansowej

Większość z instytucji aplikujących w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD zadeklarowało, że jest zainteresowanych realizacją inwestycji dofinansowanych ze środków UE w kolejnej perspektywie finansowej (87,3%). Większość z planowanych do realizacji inwestycji dotyczyło modernizacji budynków i pomieszczeń oraz wyposażenia placówek w sprzęt medyczny.

Wykres 51. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej - odsetek placówek/instytucji zainteresowanych wykonaniem inwestycji

Pytanie. Czy jesteście Państwo zainteresowani również realizacją inwestycji dofinansowywaną ze środków UE w przyszłym okresie programowania 2013? **N-102**

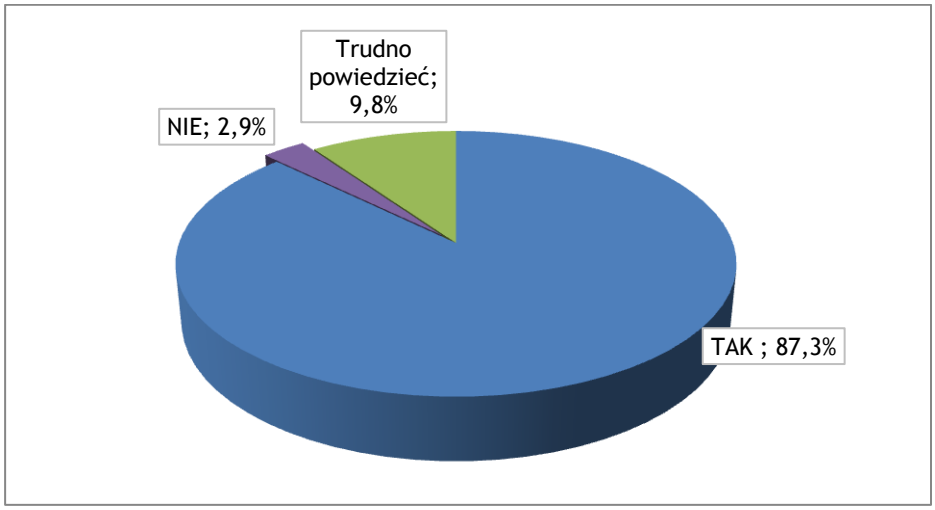


Tabela 25. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej – planowane do realizacji inwestycje

Pytanie. Jaką konkretnie inwestycję chcieliby Państwo zrealizować w kolejnym okresie programowania - 2013?
N-89

	liczebność	%
Deklarowane plany inwestycyjne w obszarze Zdrowia		
Modernizacja budynków i pomieszczeń	34	38,2%
Wyposażenie placówki w sprzęt	25	28,1%
Termomodernizacja	19	21,3%
Zakup nowych technologii informatycznych, m. in. inwestycje w zakresie e-Zdrowie	15	16,9%
Budowa podjazdu dla karetek	1	1,1%
Brak skonkretyzowanych planów	7	7,9%

b. Opinie ekspertów na temat zakresu kontynuacji udzielonego wsparcia w obszarze Zdrowia w kontekście oceny efektów dotychczasowych działań

W opinii eksperta z obszaru „Zdrowie”[34], przed rozpoczęciem inwestycji dofinansowanych z RPO WD w ramach Priorytetu 8 w 2007 roku największe potrzeby/braki w placówkach służby zdrowia dotyczyły:

- Zbytniego rozdrobnienie placówek zdrowia (duża liczba małych szpitali w bardzo złym stanie – stara infrastruktura, przestarzałe wyposażenie, bardzo duże zadłużenie placówek, wielość właścicieli ZOZ-ów);
- Złej alokacji środków przeznaczonych na służbę zdrowia;
- Niedostosowania placówek do wymogów prawnych określonych przez MZ.

Dziedziny wymagające największego wsparcia były to: psychiatria, ratownictwo medyczne, onkologia, perinatologia, pulmonologia.

Według eksperta w kolejnej perspektywie finansowej należałoby uwzględnić takie aspekty jak:

- Modernizacja placówek zdrowia, głównie szpitali – przychodnie są w zdecydowanie lepszym stanie;

[34] Przedstawiciele Wydziału Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia UMWD

- Zakup / wymiana specjalistycznego sprzętu medycznego;
- Modernizacja infrastruktury, dalsze dostosowanie do wymogów sanitarnych, polepszenie warunków leczenia;
- Informatyzacja służby zdrowia.

W ramach badania były brane pod uwagę opinie konsultantów wojewódzkich jako ekspertów z dziedzin istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz tych, w których do tej pory były dokonywane inwestycje, takich jak: onkologia, chirurgia ogólna, pulmonologia, radiologia i diagnostyka obrazowa, anestezjologia i intensywna terapia oraz medycyna rodzinna celem zaopiniowania dotychczasowych efektów programu, jak i koniecznych działań do wykonania w przyszłej perspektywie finansowej.

Chirurgia ogólna

W opinii eksperta modernizacja bloków operacyjnych oraz zakup nowego sprzętu wpłynął na zwiększenie dostępności zabiegów chirurgicznych dla pacjentów (wzrosła wydolność sal operacyjnych). Nadal jednak istnieją jeszcze potrzeby w tej dziedzinie, gdyż zbyt mało oddziałów chirurgii ogólnej uległo modernizacji. W przyszłej perspektywie finansowej należałoby na terenie małych jednostek szpitalnych działających na poziomie powiatów dokonać inwestycji związanych z zakupem podstawowych sprzętów medycznych z zakresu chirurgii ogólnej, natomiast duże specjalistyczne jednostki, powinny być objęte inwestycjami zwianymi z zakupem sprzęt wysokospecjalistyczny niezbędnego przy wykonywaniu skomplikowanych zabiegów. Preferowane powinny być zakupy sprzętu do wykonywania zabiegów małoinwazyjnych - laparoskopii, endoskopii, co pozwoliłoby obniżyć koszty leczenia pacjenta (krótszy pobyt w szpitalu pacjenta po zabiegu małoinwazyjnym niż po zabiegu zrealizowanym metodą tradycyjną, mniejsze ryzyko powikłań pooperacyjnych). W opinii eksperta występuje niedobór specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, który w przyszłości będzie bardziej odczuwalny.

Anestezjologia i intensywna terapia

W opinii eksperta zakup nowego sprzętu monitorującego i znieczulającego wpłynął na poprawę bezpieczeństwa pacjenta w trakcie prowadzonych badań, przyczynił się również do poprawy warunków pracy personelu medycznego oraz wzrostu bezpieczeństwa dla personelu. Nadal występuje niedobór stanowisk intensywnej terapii w województwie dolnośląskim, szczególnie w okresie jesienno-zimowym, co jest związane z większą zachorowalnością, związaną z niewydolnością oddechową u pacjentów. W związku z tym należałoby zwiększyć ilość stanowisk intensywnej terapii. W opinii eksperta należałoby również poszerzyć wachlarz usług oferowanych przez anestezjologów – większa liczba zabiegów może być znieczulanych (np. porody, kardioskopie,

korono skopie). Nadal należy dążyć do dostosowania stanowisk znieczulenia do wymogów MZ – aktualnie nie wszystkie stanowiska spełniają te wymogi. Modernizacji wymaga również sprzęt wykorzystywany przy leczeniu niewydolności oddechowej, wstrząsu septycznego.

Pulmonologia

Przed realizacją RPO WD 9 jednostek prowadziło leczenie szpitalne w tej dziedzinie, niektóre szpitale miały przestarzały, często niewystarczający sprzęt. Niedostosowane obiekty do wymogów diagnostyki i leczenia szpitalnego chorób płuc, wymagały przebudowy i adaptacji, aby spełnić standardy hospitalizacji. W wyniku realizacji inwestycji w dziedzinie pulmonologii zmieniono infrastrukturę części szpitali (przekształcono, połączono część jednostek), co doprowadziło w znaczącej mierze do poprawy warunków hospitalizacji. Wyszczególniono 2 ośrodki leczące chorych na gruźlicę - Oborniki Śląskie i Kowary, przy czym nastąpiła specjalizacja tych placówek w leczeniu chorób zakaźnych. W wyniku zrealizowanej inwestycji wzrosła jakość udzielanych świadczeń szpitalnych, w badanej dziedzinie występuje lepsze wyposażenie w sprzęt i nowoczesną aparaturę, możliwe jest szybsze diagnozowanie pacjentów.

W kolejnej perspektywie finansowej należałoby w opinii eksperta zadbać przede wszystkim o doposażenie zmodernizowanych placówek (m.in. utworzenie laboratorium prątka gruźlicy w Kowarach), informatyzację placówek, tak aby mogły odczytywać zdjęcia zapisane na CD czyli zadbać o dalsze inwestycje w dziedzinie teleradiologii, konieczne są również zakupy dla przychodni pulmonologicznych m.in. spirometry, puls oksymetry, nebulizatory, a także utworzenie ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, w tym stacjonarnych w przychodniach (stanowisko do neubilizacji, gabinet fizjoterapii, do ćwiczeń oddechowych).

Obecna dostępność leczenia szpitalnego w dziedzinie pulmonologii została oceniona na dobrym poziomie, czas oczekiwania pacjentów jest stosunkowo krótki. W przypadku przychodni czas oczekiwania jest uzależniony od lokalizacji ośrodka Zgorzelec, Kłodzko czy Wrocław czas oczekiwania nawet do 3 miesięcy, w niektórych ośrodkach występuje brak pulmonologów.

Medycyna rodzinna

Przed realizacją inwestycji największe zaniedbania jeśli chodzi o opiekę ambulatoryjną występowały na obszarach jeleniogórskim, legnickim i obwodach Wrocławia. Przychodnie wymagały modernizacji, dostosowania do wymogów MZ. Większość placówek służby zdrowia nie było przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Występowały również braki w podstawowym sprzęcie ambulatoryjnym. W wyniku realizacji projektów w ramach RPO WD poprawie uległ standard obiektów/przychodni zwiększył się stopień dostosowania placówek do wymogów MZ, obecnie większość obiektów spełnia standardy.

W kolejnej perspektywie należałoby zwiększyć dofinansowanie w podstawowy sprzęt diagnostyki ambulatoryjnej: aparaty EKG, sprzęt diagnostyczny chirurgiczny, ginekologiczny, laryngologiczny, tablice do badania wzroku. Inwestycje powinny wspierać praktykę lekarza rodzinnego (jako posiadającego szerokie kompetencje), a nie przychodni oferujących dostęp do wielu specjalistów, gdyż przychodnia wielospecjalistyczna generuje zbyt duże koszty. Konieczne są dalsze modernizacje placówek. Obecna dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej została oceniona na dobrym poziomie.

Onkologia chirurgiczna

W opinii eksperta kluczowym ośrodkiem w dziedzinie onkologii jest Dolnośląskie Centrum Onkologiczne, które jako jedyne w województwie zapewnia wysoki standard leczenia i jego kompleksowość, dlatego powinno się zwrócić szczególną uwagę na jego rozwój. Pacjenci operowani w ośrodkach referencyjnych, dysponujących pełną bazą diagnostyczno-terapeutyczną oraz możliwością leczenia skojarzonego, mają wyniki terapeutyczne o ponad 20 procent lepsze od innych pacjentów. Dotychczasowe inwestycje w DCO były niewystarczające, nadal występuje zapotrzebowanie na modernizację, przy czym konieczne byłoby utworzenie nowych sal operacyjnych. Obecnie na leczenie chirurgiczne oczekuje do 600 pacjentów ze schorzeniem onkologicznymi. Przyczyną tak dużej kolejki jest głównie fakt, iż pacjenci chcą poddać się leczeniu w ośrodku referencyjnym, jakim jest DCO. Jeśli chodzi o liczbę schorzeń onkologicznych stale obserwuję się tendencję wzrostową. Pacjenci mogą zgłaszać się do poradni chirurgii onkologicznej w zasadzie na bieżąco, ale usługi diagnostyczno-terapeutyczne, w zależności od rodzaju schorzenia, realizowane są w terminach od 1 tygodnia do 2 miesięcy.

W związku ze znaczącym wzrostem zachorowalności istnieje wyraźna potrzeba powiększenie bazy leczniczej DCO. Przykładami dobrych praktyk w tym zakresie jest Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Bydgoski Ośrodek Onkologiczny. DCO powinno być łatwo dostępne dla całej populacji Dolnego Śląska. W opinii eksperta powinien być stworzony przejrzysty i jasny program rozwoju zdrowia w województwie, w tym dziedziny onkologii. Należy w programach/programie regionalnych/ym uwzględnić równomierny szeroki rozwój chirurgii onkologicznej i onkologii połączony z wyraźną wcześniejszą oceną sytuacji epidemiologicznej. Sugerowane byłoby przeniesienie DCO do nowego budynku na obrzeżach Wrocławia ze względu na małe możliwości rozbudowy obecnej infrastruktury.

Kierunki rozwoju onkologii uwzględniające innowacyjne podejście to:

- wprowadzanie wszystkich nowoczesnych technik radioizotopowych;

- odpowiedni system szkolenia np. w dziedzinie chirurgii onkologicznej - treningu chirurgicznego;
- wprowadzenie informatycznego systemu dot. rejestracji, stopnia zaawansowania pacjentów i nadzoru nowotworów.

Radiologia i diagnostyka obrazowa

W opinii eksperta bardzo istotna dla rozwoju radiologii i diagnostyki obrazowej, była realizacja w ramach RPO WD projektów z dziedziny Teleradiologii. Obecnie stan wyposażenia placówek służby zdrowia w sprzęt RTG uległ zmianie jakościowej, zwiększyło się bezpieczeństwo pacjentów podczas wykonywanych badań. Zwiększyła się również dostępność do badań diagnostycznych. Jeśli chodzi o badanie rentgenowskie, czy tomografię nie ma długiego czasu oczekiwania pacjentów na badanie, ograniczenie mogą stanowić jedynie kontrakty z NFZ, a nie zaplecze sprzętowa. Jeżeli chodzi o sprzęt diagnostyczny w województwie istnieje jeszcze zapotrzebowanie na zakup rezonansu magnetycznego.

3.4.7. Wybrane do dofinansowania projekty w Priorytecie 8 „Zdrowie", a upowszechnienia polityk horyzontalnych UE w regionie

W przypadku Priorytetu 7 RPO WD we wszystkich wnioskach o dofinansowanie wykazywane było powiązanie z *Polityka konkurencji i zamówień publicznych*, co wynikało z konieczności stosowania założeń tej polityki na poziomie projektów. Drugą w skali liczby powiązań z poszczególnymi projektami, była *Polityka równości szans i niedyskryminacji* (85,1% powiązań). W przypadku Priorytetu 8, najwyższa była liczba nawiązań neutralnych dotyczących *Polityki społeczeństwa informacyjnego (50,0%) oraz polityki ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju* (49,4%)[35].

[35] Informacja pozyskana na podstawie ilościowej analizy wniosków o dofinansowanie

Tabela 26. Powiązania projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD z Politykami horyzontalnymi UE (wnioski o dofinansowanie przyjęte do realizacji)

Polityka horyzontalna UE	Pozytywne		Negatywne		Neutralne	
Równości szans i niedyskryminacji	81	85,1%	0	0%	24	25,0%
Ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju	57	59,9%	1	1,1%	47	49,4%
Społeczeństwa informacyjnego	57	59,9%	0	0%	48	50,0%
Konkurencji i zamówień publicznych	105	100%	0	0%	0	0,0%

W przypadku Priorytetu 8 każdy Polityka horyzontalna UE, której wykorzystaniem uzasadniano wartość i celowość projektu, miała swoje pozytywne uzasadnienie. Każdorazowo to uzasadnienie powiązane było z charakterem wniosku i przeznaczeniem środków, o które wnioskowano.

Poniżej zaprezentowano elementy znajdujące się w uzasadnieniach w stosunku do poszczególnych elementów polityki[36]:

Ochrona środowiska i polityka zrównoważonego rozwoju

1. Wykorzystanie nowoczesnych technologii zapewniających niski stopień ingerencji w środowisko naturalne;
2. Ograniczenie kosztów energetycznych i ekologicznych funkcjonowania projektowego obiektu, przez m. in. termomodernizację lub wymianę nieszczelnych okien;
3. Wymiana tradycyjnych źródeł zasilania na nowoczesne, energooszczędne;
4. Dostosowanie projektu do polskich i europejskich uwarunkowań prawnych;
5. Zapewnienie odpowiedniej utylizacji odpadów medycznych;
6. Poprawa jakości powietrza/wód w wyniku realizacji projektu;
7. Fakt, że dany projekt nie wpłynie na tereny objęte programami ochrony środowiska, takimi jak NATURA 2000;

Równość szans i niedyskryminacja

1. Zwiększenie dostępności do nowoczesnego sprzętu medycznego;

[36] Informacja pozyskana na podstawie ilościowej analizy wniosków o dofinansowanie

2. Niwelowanie barier architektonicznych;
3. Równość dostępu do usług medycznych bez względu na orientację seksualną, płeć czy pochodzenie;
4. Wyrównanie standardów usług medycznych na terenach miejskich i wiejskich;
5. Stworzenie nowych miejsc parkingowych przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych;
6. Stworzenie nowych miejsc pracy z uwzględnieniem równości szans;
7. Zapewnienie monitorowania problemu równości szans podczas trwania projektu;

Społeczeństwo informacyjne

1. Wykorzystanie nowoczesnych technologii teleinformatycznych;
2. Wykorzystanie nowoczesnych technologii IT w procesie diagnostycznym;
3. Zwiększenie jakości i dostępności korzystania z nowoczesnych mediów służących do agregowania i przesyłania informacji;
4. Integracja narzędzi informatycznych w projektowym obiekcie;
5. Zakup nowoczesnej aparatury medycznej skomunikowanej z systemami teleinformatycznymi;
6. Promocja projektu poprzez media elektroniczne;
7. Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w projektowym obiekcie;
8. Umożliwienie konsultacji medycznych na odległość;

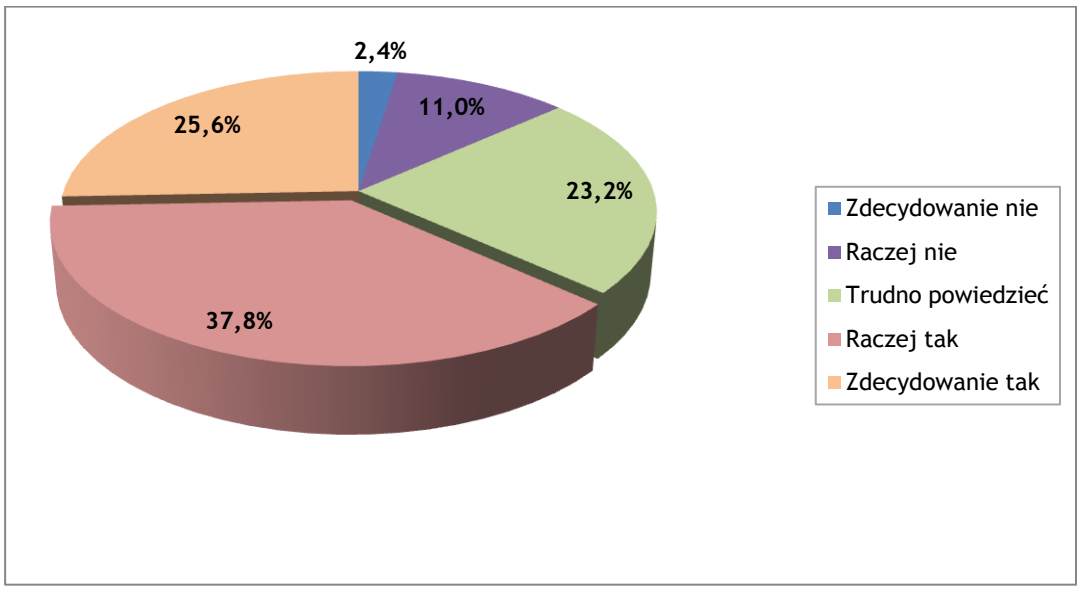
Polityka konkurencji i zamówień publicznych

1. Zabezpieczenie możliwości realizacji zasady równości konkurencji;
2. Projekt będzie realizowany zgodnie z przepisami wspólnotowymi i krajowymi regulującymi kwestie konkurencji i zamówień publicznych;
3. Zapewnienie realizacji poszczególnych zadań na drodze przetargów publicznych;
4. Działanie na podstawie przygotowanego studium wykonalności.

Większość z objętych badaniem wnioskodawców aplikujących w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" zapytanych, czy informacje przekazywane przez IZ RPO WD dotyczące Polityki horyzontalnej UE są wystarczające odpowiedziała twierdząco (63,4%), natomiast odmiennego zdania było 13,4% respondentów. Nie wystąpiła tutaj zasadnicza różnica jeśli chodzi o odpowiedzi podawane przez wnioskodawców realizujących projekty (63,9% z nich uznało przekazane informacje za wystarczające) i tych, którzy nie otrzymali dofinansowanie (60,0% z nich uznało przekazane informacje za wystarczające).

Wykres 52. Ocena zakresu informacji przekazywanych przez IZ RPO WD dotyczących Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców Priorytetu 8 RPO WD

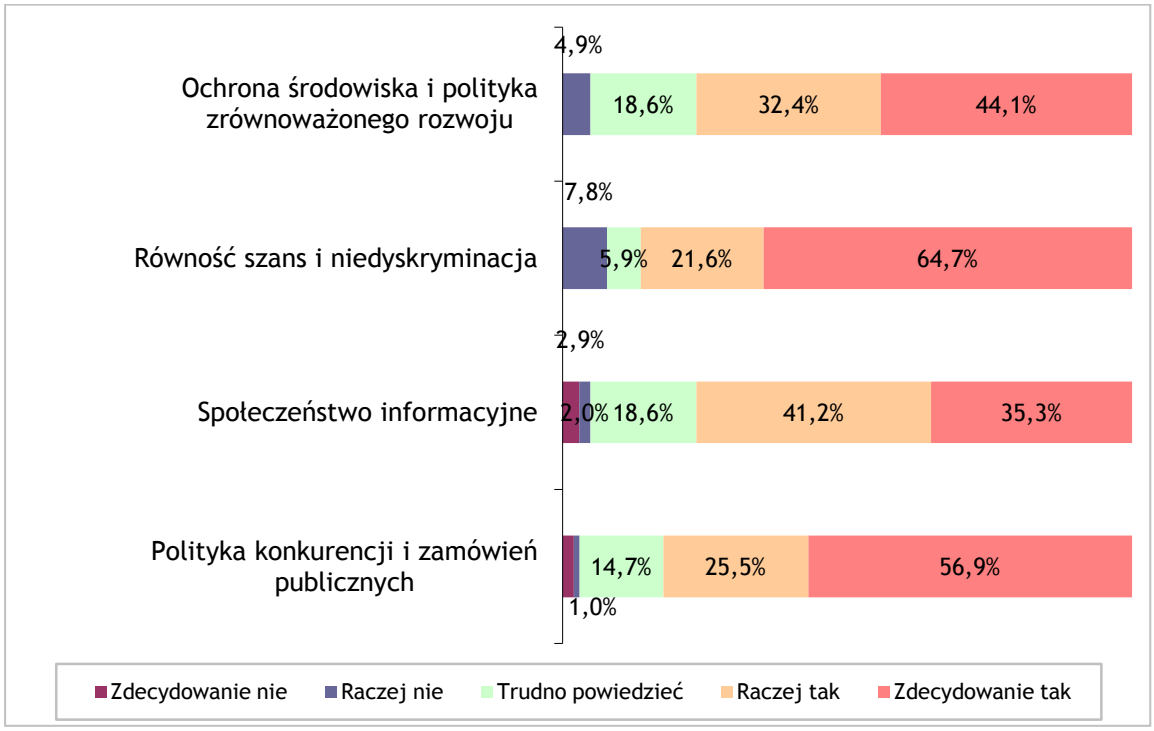
Pytanie. Czy informacje dotyczące polityki horyzontalnej przekazywane beneficjentom przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego uważa P. za wystarczające? N-82



Jeżeli chodzi o ważność poszczególnych aspektów Polityki horyzontalnej UE z punktu widzenia realizowanych projektów to najczęściej przez beneficjentów wskazywane były takie polityki horyzontalne UE jak: równość szans i niedyskryminacja - 86,3% wskazań oraz polityka konkurencji i zamówień publicznych – 82,4%, miało to również swoje odzwierciedlenie w przypadku zapisów zawartych we wnioskach o dofinansowanie – powiązania z tymi politykami najczęściej zaznaczane i opisywanie były jako pozytywne. Ważność polityki ochrony środowiska zrównoważonego rozwoju oraz społeczeństwa informacyjnego ma znaczenie w realizowanych projektach w opinii mniejszej liczby respondentów – po 76,5% pozytywnych wskazań.

Wykres 53. Znaczenie polityki horyzontalnej z punktu widzenie realizowanych projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Pytanie. Wymienię teraz różne aspekty polityki horyzontalnej Proszę określić w stosunku do każdego z nich na ile ważne jest dla Pana/i, by realizowany projekt był zgodny z tym aspektem. N-82



Większość z wnioskodawców starających się o dofinansowanie w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" zadeklarowało, że zna pojęcie Polityki horyzontalnej UE (80,3%), w tym 22,5% respondentów zna je ale w ograniczonym zakresie. Częściej na nieznajomość pojęcia wskazywali wnioskodawcy nierealizujący projektów, niż ci którzy otrzymali dofinansowanie. Respondenci deklarujący znajomość tego pojęcia nie zawsze potrafili je prawidłowo zdefiniować – pełną definicje lub/i przedstawienie przykładów podało około 1/5 wnioskodawców. Około 1/10 respondentów wskazywała na pojedyncze aspekty Polityki horyzontalnej UE (znajdujące się we wniosku o dofinansowanie). Pojawiły się także sformułowania ogólne, takie jak: *najważniejsze cele do osiągnięcia w danej perspektywie czasowej, polityka związana z horyzontalnym - szerokim postrzeganiem problemów, polityka związana z planowaniem długoterminowym, zorientowana na myślenie przyszłościowe*.

Wykres 54. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 8 RPO WD.

Pytanie. Czy jest Panu/i znane pojęcie polityki horyzontalnej UE? N-102

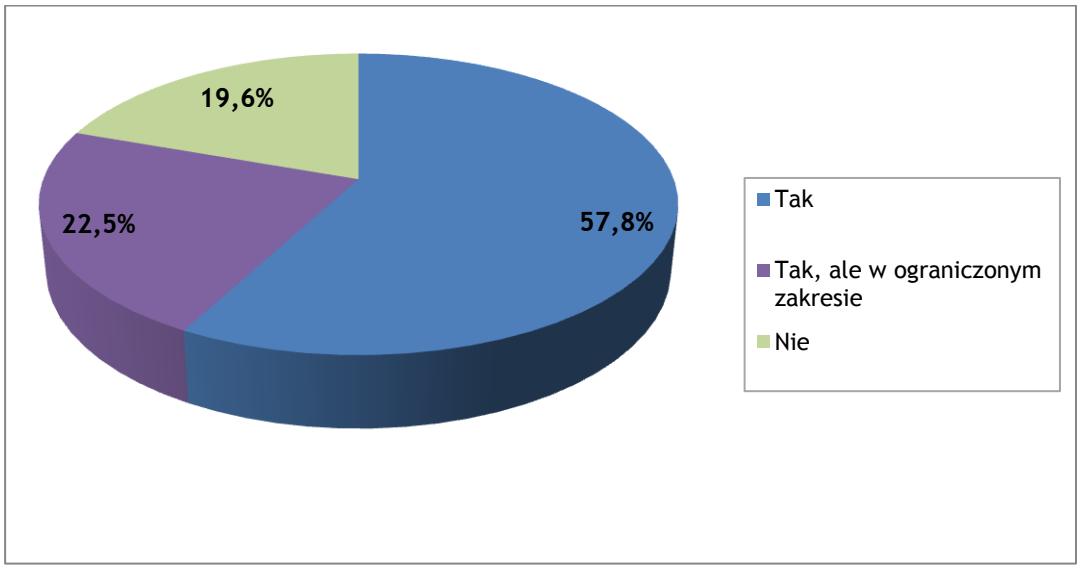


Tabela 27. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 8 RPO WD.

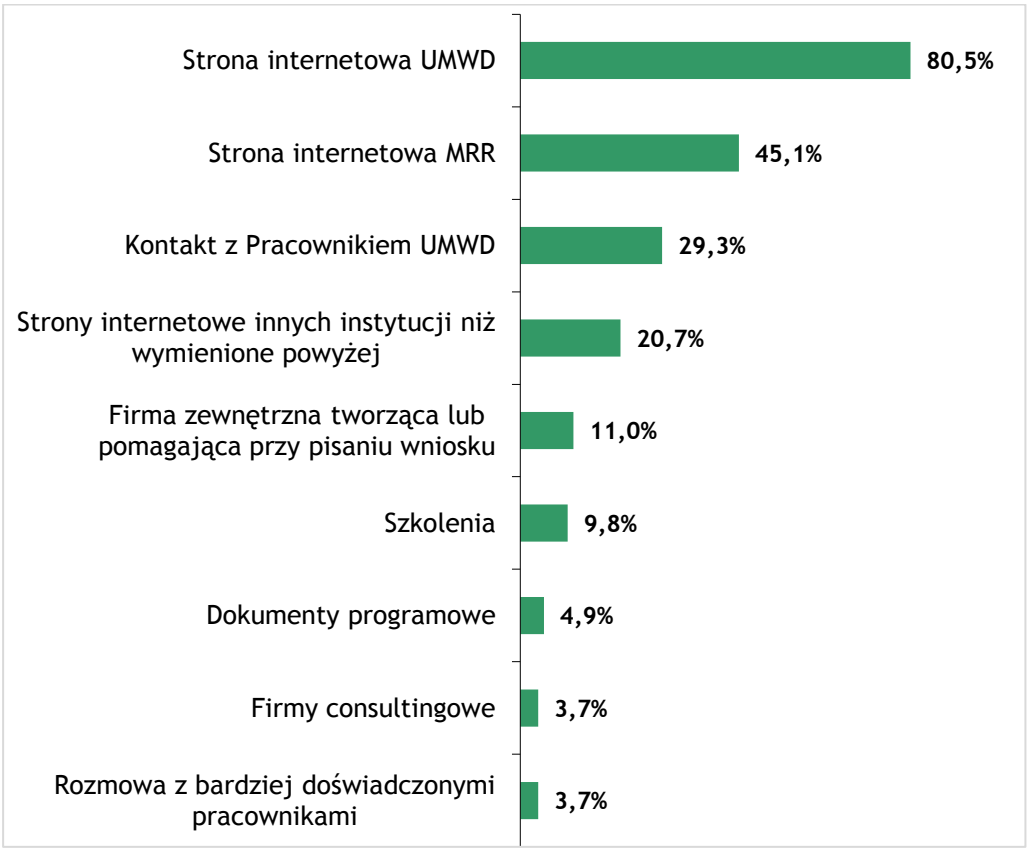
Pytanie: Co P. rozumie pod tym pojęciem [Polityki horyzontalnej UE]?

Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE	Ogółem N-82		Nierealizujący projektów		Realizujący projekty N-72	
Są to podstawowe polityki, które ma realizować projekt UE - przedstawienie definicji lub omówienie na przykładach	17	20,7%	15	20,8%	2	20,0%
Są to najważniejsze cele do osiągnięcia w danej perspektywie czasowej, wyznaczonej przez UE	16	19,5%	14	19,4%	2	20,0%
Polityka związana z planowaniem długoterminowym, zorientowana na myślenie przyszłościowe	13	15,9%	13	18,1%	0	0,0%
Polityka powiązana z zasadą równości szans	8	9,8%	6	8,3%	2	20,0%
Wiąże się z horyzontalnym - szerokim postrzeganiem problemów	8	9,8%	6	8,3%	2	20,0%
Polityka powiązana ze zrównoważonym rozwojem	4	4,9%	3	4,2%	1	10,0%
Trudno powiedzieć	8	9,8%	8	11,1%	0	0,0%
Odmowa, niewiedza, niechęć do udzielenia odpowiedzi	3	3,7%	3	4,2%	0	0,0%

Wiedzę na temat Polityki horyzontalnej UE wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD czerpali przede wszystkim ze strony internetowej UMWD (80,5%), mniej respondentów sięgnęło do innych źródeł takich jak strona internetowa MRR (45,1%), kontakt z pracownikiem UMWD (29,3%), strony innych instytucji (20,7%), a także firmy zewnętrzne pomagające w tworzeniu czy pisaniu wniosku (11,1%).

Wykres 55. Podstawowe źródła wiedzy na temat polityki horyzontalnej UE

Pytanie. Z jakich źródeł czerpał/a Pan/i wiedze na temat Polityki horyzontalnej UE w trakcie tworzenia wniosku lub realizacji projektu? **N-82** *(respondenci deklarujący znajomość pojęcia)*



Pozostałe odpowiedzi (poniżej 2,4% wskazań): wiedza własna, wiedza zdobyta na studiach kierunkowych zarządzenia, rozporządzenia, Poradnik dla beneficjenta

Według respondentów biorących udział w zogniskowanych wywiad grupowych zagadnienia związane z Politykami horyzontalnymi UE nie były przedmiotem szkoleń. Według respondentów na stronach dotyczących RPO WD lub podczas szkoleń powinny być przekazywane bardziej szczegółowe wytyczne dotyczące powiązań projektów z Polityką horyzontalna UE np. przykłady zastosowania Polityk na poziomie projektów odrębnie dla danego obszaru (zdrowia) i typu projektu.

3.4.8. Występujące problemy w procesie aplikowania i realizacji projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD i propozycje zmian

a. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 8 RPO WD napotykali najczęściej na problemy wynikające z niedostępności niektórych koniecznych informacji, a także ustalenia kwalifikowalności ponoszonych w ramach projektu wydatków. Wnioskodawcy skarżyli się również na zbyt dużą liczbę załączników koniecznych na poziomie wniosku o dofinansowanie. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych). Podobne wnioski można wyciągnąć na podstawie wypowiedzi pojawiających wśród uczestników zogniskowanego wywiadu grupowego, którzy zwrócili uwagę na brak pełnej i aktualnej informacji w trakcie szkoleń i na stronach WWW RPO WD, a także brak wystarczającej informacji na temat prawa zamówień publicznych.

Tabela 28. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD

*Pytanie. Jakie problemy najczęściej pojawiały się w trakcie aplikowania o środki UE w ramach Priorytetu 8 RPO WD? **N-64** – respondenci, którzy wskazali, że w trakcie aplikowania o środki wystąpiły problemy*

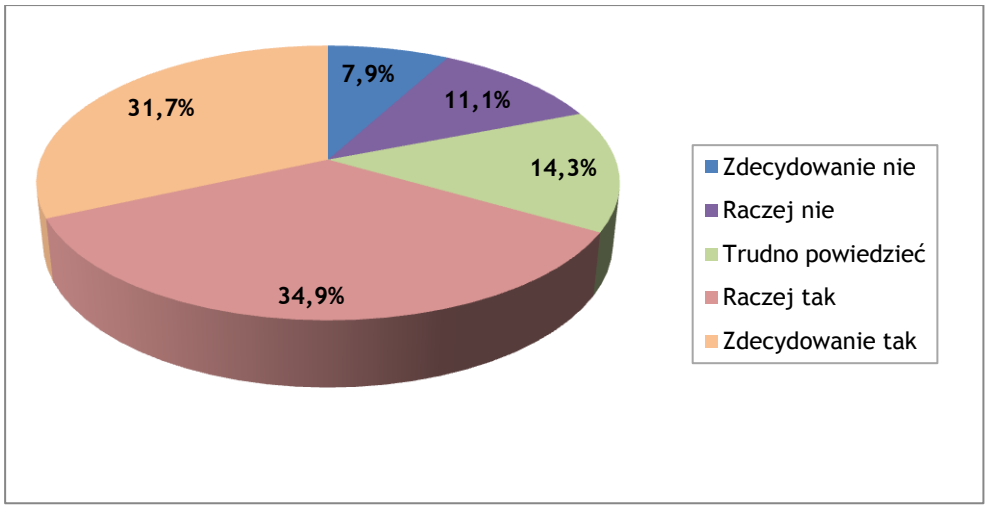
Występujące problemy	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi
Niedostępność niektórych koniecznych informacji	13	20,3%
Ustalenie, co jest kosztem kwalifikowanym, a co niekwalifikowanym, kwalifikowalność wydatków	13	20,3%
Zbyt duża liczba załączników do wniosku	10	15,6%
Generator wniosków, nieumiejętność wypisania wniosków	8	12,5%
Trudność z interpretacja przepisów	5	7,8%
Problemy przy tworzeniu studium wykonalności	5	7,8%
Konieczność wymiany całej dokumentacji, jeśli chce się złożyć poprawki	4	6,3%
Skomplikowana procedura aplikacyjna	3	4,7%
Problemy z wkładem własnym	3	4,7%
Problemy z zamówieniami publicznymi	3	4,7%
Zmienność przepisów w trakcie aplikowania	3	4,7%
Długi okres oczekiwania na wyniki	2	3,1%
Wielkość dostępnych środków	2	3,1%
Brak kadry mogącej przygotować projekt	2	3,1%

***Pozostałe wymieniane problemy (pojedyncze wskazania):** Niedoprecyzowanie wymogów ze strony instytucji zarządzającej, zawiłe przepisy procedury środowiskowej, dotrzymywanie terminów, problemy na etapie oceny formalnej, projekt nie został rozliczony*

Większość z respondentów uważa, że występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane (66,7%), natomiast 19% respondentów było przeciwnego zdania.

Wykres 56. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie aplikowania o środki

Pytanie. Czy występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane? N-63



b. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Beneficjenci Priorytetu 8 RPO WD w trakcie realizacji projektów napotykali najczęściej na problemy wynikające z niedotrzymania harmonogramu rozliczania wniosków, weryfikacji dokumentacji rozliczeniowej, opóźnień w finansowaniu projektu. Pojawiały się też często problemy z zamówieniami publicznymi lub procedurami przetargowymi. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności wynikających z konieczności dostosowanie rzeczywistości instytucji do wymogów projektu, trudności w dotrzymaniu terminów zawartych w harmonogramie konieczność' podjęcia nieprzewidzianych na etapie planowania projektu działań.

Problemy występujące w trakcie realizacji projektu na które zwrócili beneficjanci biorący udział w zogniskowanych wywiadach grupowych to zostały wymienione dodatkowo problemy wynikające z:

- Zbyt kosztownym utrzymaniem sprzętu – możliwość zakupu części wymiennych u jednego producenta (monopolizacja rynku);
- Brakiem możliwości zmiany parametrów kupowanego sprzętu – długi czas od momentu napisania wniosku do momentu podpisania wniosku, można otrzymać sprzęt o lepszych parametrach nowocześniejszy za taka samą cenę;

- Utrzymaniem, określonej na poziomie wniosku, wartości „współczynnika *P*";

Tabela 29. Problemy występujące w trakcie realizacji projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Pytanie. Jakie problemy najczęściej pojawiały się w trakcie aplikowania o środki UE w ramach Priorytetu 8 RPO WD? N-43 – respondenci którzy wskazali, że w trakcie aplikowania o środki wystąpiły problemy

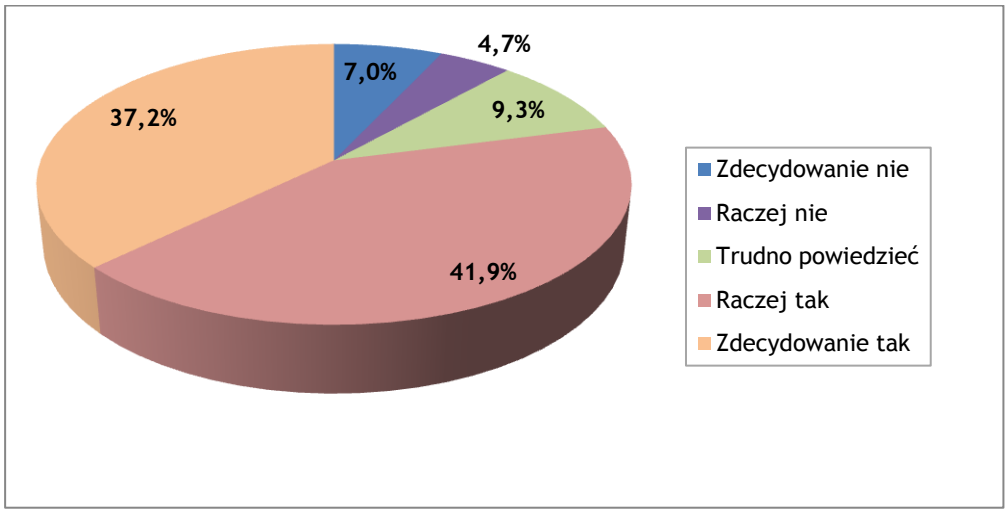
Występujące problemy	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi
Dotrzymanie harmonogramu rozliczania wniosków	10	23,3%
Weryfikacja dokumentacji rozliczeniowej	10	23,3%
Opóźnienie finansowania projektu	7	16,3%
Problemy z zamówieniami publicznymi	5	11,6%
Problemy z procedurami przetargowymi	5	11,6%
Dostosowanie rzeczywistości instytucji do wymogów projektu	5	11,6%
Dotrzymanie realizacji harmonogramu	3	7,0%
Konieczność podjęcia nieprzewidzianych na etapie planowania projektu działań	3	7,0%
Kwalifikowalność środków, wydatków	2	4,7%
Jakość usług firm, które wygrały przetarg	2	4,7%
Źle oszacowane wskaźniki	2	4,7%

Pozostałe wymieniane problemy (pojedyncze wskazania): *Skompletowanie niezbędnej dokumentacji, interpretacja zapisów w coraz to nowych poradnikach dla beneficjenta, interpretacja zmieniających się przepisów prawa i RPO, zbyt długi obieg dokumentów.*

Większość z respondentów uważa, że występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane (66,7%), natomiast 19% respondentów było przeciwnego zdania.

Wykres 57. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie realizacji projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Pytanie. Czy występujące problemy zostały sprawnie rozwiązane? N-43



c. Problemy ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych

Wśród występujących problemów w trakcie realizacji projektu znacząca grupa beneficjentów Priorytetu 8 (10 respondentów) wymieniła problemy z zamówieniami publicznymi, czy procedurami przetargowymi. Na problemy takie wskazywali również beneficjenci biorący udział w zogniskowanym wywiadzie grupowym. Przedstawiciele IZ RPO WD biorący udział w FGI informowali, że stałym problemem w realizacji projektów jest błędne stosowanie prawa zamówień publicznych (wykazywanym również na podstawie kontroli inwestycji). W opinii pracowników IZ problem z realizacją prawa wynika głównie z braku doświadczenia jednostek w tej kwestii, braku odpowiedniej kadry, przygotowanej merytorycznie do stosowania procedur. W związku z pojawiającymi się problemami IZ zamieściła pod koniec 2011 roku dodatkowe zapisy w Uzupełnieniu RPO WD, gdzie przywołano obowiązujące Wytyczne programowe IZ w zakresie ogólnych zasad udzielania zamówień i wyboru wykonawców w transakcjach nieobjętych przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych w projektach realizowanych w ramach Priorytetów 1-9 Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (z wyłączeniem Działania 1.3)[37].

Kontrola ex-ante (uprzednia) postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wg obowiązującej w 2011 r. procedurze została przeprowadzona w przypadku 18 projektów z obszaru Zdrowia i dotyczyła beneficjentów zobowiązanych do stosowania przepisów ustawy z dnia 29.01.2004 r.

[37] Sprawozdanie okresowe z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Prawo zamówień publicznych, w którym aktualna szacunkowa wartość zamówienia publicznego wynosi co najmniej 10 000 000 PLN dla robót budowlanych lub co najmniej 5 000 000 PLN dla dostaw bądź usług[38].

Stosownie Prawa Zamówień Publicznych powinno być przedmiotem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów obszaru Zdrowie, przy czym szkolenia powinny być przeprowadzone przez specjalistów w tej dziedzinie.

d. Problemy ze stosowaniem zasady kwalifikowalności wydatków

Dwóch beneficjentów biorących udział w badaniach telefonicznych (CATI) zwróciło uwagę na problemy realizacyjne wynikające z określenia kwalifikowalności wydatków, natomiast na poziomie opracowania wniosku o dofinansowanie ten problem wystąpił u 13 beneficjentów.

W związku z pojawiającymi się problemami IZ RPO WD zamieściła pod koniec 2011 roku dodatkowe zapisy w Uzupełnieniu RPO WD: - Załącznik nr 6 *Wykaz wydatków wyłączonych z kwalifikowalności* doprecyzowano zapisy dotyczące: Zabezpieczenia należytego wykonania umowy/Kwoty zatrzymane. W związku z pojawiającymi się w umowach z wykonawcami dodatkowymi formami zabezpieczeń należytego wykonania umów (tj. zadatkiem i odstępnym), zaistniała konieczność uzupełniania zapisów. Problem dotyczący *Zabezpieczenia należytego wykonania umowy (wadium),* był poruszany również w trakcie FGI z beneficjentami.

Sprawa kwalifikowalności wydatków powinna być przedmiotem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów obszaru Zdrowie.

e. Propozycje zmian w kolejnej pespektywę finansowej, na bazie doświadczeń z obecnego okresu programowania

Beneficjenci realizujący projekty i wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD zapytani o zmiany konieczne do zastosowania w kolejnej perspektywie finansowej mówili przede wszystkim o uproszczeniu wszelkich procedur związanych z aplikowaniem o środki i realizacją projektów, czyli ograniczeniu liczby dokumentów koniecznych do wypełnienia przed i w trakcie realizacji projektu, uproszczeniu instrukcji, procedury wypełniania wniosków, uproszczeniu kwestii rozliczeń, składania wniosków o płatność, uproszczeniu procedury oceny wniosków (w tym bardziej przejrzyste kryteria oceny wniosków). Znacząca grupa wnioskodawców poruszała kwestie komunikacyjne - mówiła o konieczności poszerzenie zakresu informacji przekazywanych beneficjantom i potencjalnym beneficjentom, wprowadzenia większej liczby szkoleń, usprawnieniu komunikacji z Instytucją Zarządzającą RPO WD, zatrudnieniu większej liczby pracowników zajmujących się rozpatrywaniem i rozliczaniem wniosków. Respondenci objęci

[38] Jw.

badaniem wspominali też o konieczności zwiększenia liczby środków przeznaczonych na obszar związany ze zdrowiem.

Tabela 30. Propozycje zmian które maja zostać zastosowane w kolejnej perspektywie finansowej - beneficjenci Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD

Pytanie. Biorąc pod uwagę Państwa obecne doświadczenia jakie zmiany powinny być wprowadzone w kolejnej perspektywie finansowania aby wsparcie było bardziej efektywne? ***N-102***

Propozycje zmian	liczebność	%
Ograniczenie koniecznej dokumentacji dotyczącej projektu, zmniejszenie liczby dokumentów koniecznych do wypełnienia	21	20,6%
Uproszczenie instrukcji, procedury wypełniania wniosków	10	9,8%
Skrócenie termin oczekiwania na środki finansowe, skrócenie procedury rozliczania wniosków	10	9,8%
Zwiększenie środków finansowych w obszarze Zdrowia	6	5,9%
Poszerzenie zakresu przekazywanych informacji, zwiększenie liczby szkoleń	6	5,9%
Uproszczenie kwestii rozliczeń oraz składania wniosków o płatność	5	4,9%
Zwiększyć kwotę zaliczek, żeby uniknąć sytuacji refundacji	5	4,9%
Usprawnienie komunikacji z Instytucją Zarządzającą	5	4,9%
Skrócenie terminów rozpatrywania wniosków	3	2,9%
Zatrudnienie większej liczby pracowników zajmujących się rozpatrywaniem i rozliczaniem wniosków	3	2,9%
Zwiększenie liczby projektów dedykowanych służbie zdrowia	2	2,0%
Wprowadzenie możliwości uzupełniania wniosków, a nie jego całościowej wymiany	2	2,0%
Wnioski programowe należy zastąpić konkursami systemowymi	1	1,0%
Ujednolicenie procedur w każdym programie	1	1,0%
Przystosowanie wskaźnika „P" do występujących zmian w finansowaniu z NFZ	1	1,0%
Zwiększenie elastyczności pomiędzy kwalifikowalnością i niekwalifikowalnością kosztów	1	1,0%
Zwiększenie liczby projektów dedykowanych osobom niepełnosprawnym	1	1,0%
Uproszczenie języka wnioskowania i dokumentacji	1	1,0%
Powinna być powołana komórka do analizy wniosku i później wykorzystania	1	1,0%
Umożliwienie wykorzystania zdobytych środków na inne cele	1	1,0%
Brak potrzeby wprowadzania zmian	23	22,5%
Trudno powiedzieć/ brak odpowiedzi	13	12,7%

3.5. Ocena realizacji zasady komplementarności oraz realizacji celów Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 na poziomie projektów wybranych do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" znajdujących się we wspólnym obszarze interwencji z projektami dofinansowanymi w ramach innych programów finansowanych ze środków unijnych

3.5.1. Efekty zastosowania zasady komplementarności w realizowanych projektach w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD

Zakres wsparcia realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego w ramach Priorytetu 8 Działanie 8.1 *Poprawa jakości opieki zdrowotnej* może być potencjalnie komplementarny z innymi działaniami i priorytetami[39]:

- Priorytetem 1, 2 RPO;
- Priorytetem 12 PO IŚ.

We wniosku o dofinansowanie w punkcie: *„C 2.8. Komplementarność - powiązanie projektu z innymi projektami realizowanymi/zrealizowanymi w ciągu ostatnich 3 lat"* wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 8 mogli wpisać projekty, które są komplementarne z projektem przewidzianym do realizacji wraz z uzasadnieniem. Za zapisy dotyczące komplementarności zostały przewidziane dodatkowe punkty w ocenie merytorycznej[40]. Możliwe było otrzymanie maksymalnie 6 pkt. za zapisy dotyczące komplementarności projektów:

Czy istnieją projekty powiązane ze zgłoszonym projektem (pod względem technicznym ukierunkowane na osiąganie podobnych celów lub prowadzące do efektów synergicznych), które zostały zrealizowane w ciągu ostatnich 3 lat lub zostały zgłoszone w naborze w ramach RPO?

- *brak komplementarności (0)*
- *komplementarność wobec zrealizowanych i realizowanych projektów (2)*
- *komplementarność wobec innych zgłoszonych projektów w ramach RPO (4)*

Na podstawie analizy zapisów o komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie możemy powiedzieć, że najczęściej stosowana była komplementarność geograficzna charakteryzująca się ukierunkowania wsparcia pochodzącego z różnych źródeł na te same tereny (46 przypadków komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie), w drugiej kolejności wpisywana we wnioskach była komplementarność przedmiotowa (43 przypadki

[39] Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (Uszczegółowienie RPO WD) str. 152
[40] Kryteria wyboru operacji finansowanych (…) 2.5 Sekcja 5 Kontekst projektu (dotyczy projektu) strona 97

komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie), natomiast w przypadku 30 projektów była to komplementarność funkcjonalna. W przypadku 13 zapisów we wnioskach o dofinansowanie wystąpiła komplementarność międzyokresowa (ze ZPORR i SPO RZL), natomiast w przypadku 15 wewnątrzpropgramowa (z RPO WD). W przypadku znaczącej części wniosków były wymieniane komplementarne projekty finansowane z innych źródeł. W przypadku 7 zapisów były to inwestycje sponsorowane ze środków własnych lub innych źródeł finansowania min. środków UMWD.

Tabela 31. Dane dotyczące rodzajów komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8

Rodzaje komplementarności	Liczba zapisów we wnioskach	UWAGI
geograficzna	46	
przedmiotowa	43	
funkcjonalna	30	
międzyokresowa	13	(w tym ZPORR 11, SPO RZL 2)
międzyprogramowa	3	(w tym PO IŚ 3)
wewnątrzpropgramowa (RPO WD)	15	
inne źródło finansowania -środki własne	7	
inne źródło finansowania	16	

Przykładem zastosowania komplementarności wywołującej związek między projektami jest zbiór projektów z zakresu teleradiologii. Utworzony system można określić w kategorii komplementarności funkcjonalno – przedmiotowej. Z jednej strony zastosowanie komplementarności prowadziło do utworzenia sieci połączonych funkcjonalnie projektów, z drugiej było ukierunkowane na wspieranie konkretnej dziedziny jaka jest radiologia i diagnostyka obrazowa[41].

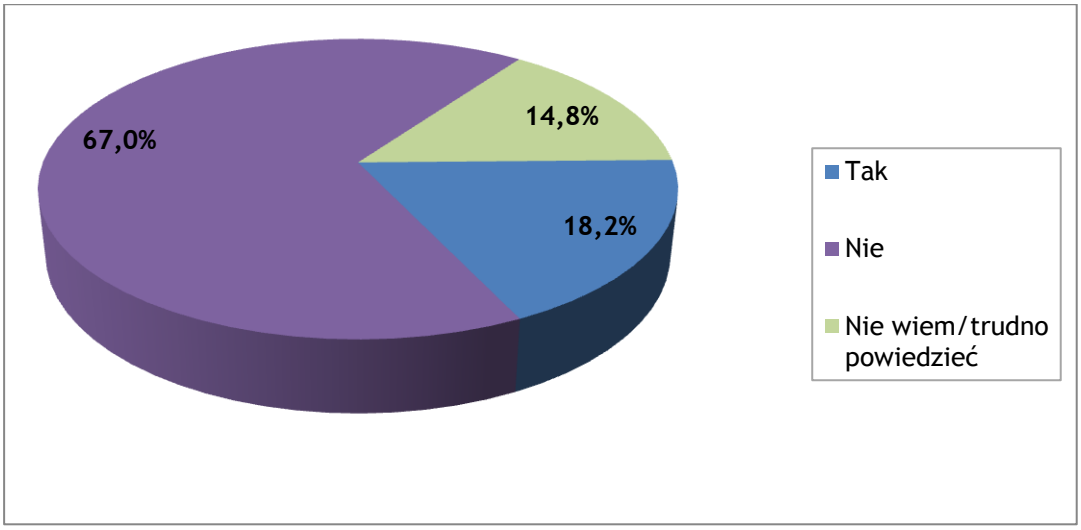
a. Komplementarność międzyokresowa - międzyprogramowa

Tylko 18,2% z objętych badaniem beneficjentów zadeklarowało, że realizowany projektu był komplementarny z innym projektem realizowanym w poprzedniej perspektywie finansowej w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego. Brak wiedzy na ten temat zadeklarowało 14,8% badanych.

[41] Więcej informacji na temat projektów zrealizowanych w tym obszarze zostało zawartych na stronach: niniejszego opracowania

Wykres 58. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR

Pytanie. Czy projekt realizowany przez Państwo w ramach Priorytetu 8 RPO WD jest komplementarny z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR? N-88



Respondenci mówiąc o zastosowaniu komplementarności posługiwali się przede wszystkim ogólnymi hasłami. Najczęściej wskazywana była komplementarność w obrębie projektów dotycząca informatyzacji i komunikacji za pomocą sieci teleinformatycznych. Beneficjenci mówili też o wzajemnym powiązaniu i uzupełnianiu się projektów. Dane zostały zaprezentowane w tabeli poniżej.

Tabela 32. Na czym polegała komplementarność projektu/ów realizowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR

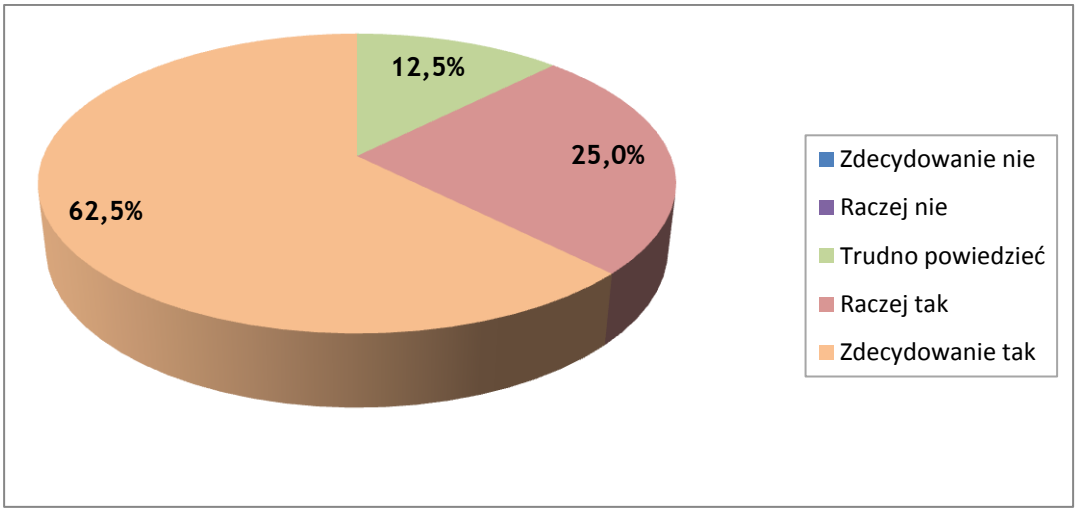
Pytanie. Na czym polega komplementarność tych projektów? ***N-16***

Na czym polegała komplementarność projektów	liczebność	Odsetek odpowiedzi
Istnienie projektów jest od siebie uzależnione, projekty uzupełniają się	6	37,5%
Projekty powiązane z możliwością informatyzacji i komunikacją za pomocą sieci teleinformatycznych	5	31,3%
Projekty dotyczą uzupełnienia sprzętu medycznego zakupionego w poprzedniej perspektywie	3	18,8%
Obydwa projekty dotyczą tego samego obiektu	2	12,5%
Projekty w zakresie ochrony zdrowia	1	6,3%

Zdecydowana większość beneficjentów, którzy zastosowali komplementarność międzyokresową (ze ZPORR) na poziomie zrealizowanych projektów stwierdziła, że jej zastosowanie wzmocniło efekt końcowy projektu (87,5%), żaden z respondentów nie wspominał o braku dodatkowych efektów realizacji zasady komplementarności na poziomie projektów. Dane zostały zaprezentowane na wykresie.

Wykres 59. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR wzmocniło efekt końcowy projektu

Pytanie. Czy zastosowanie komplementarności wzmocniło w Pana/i opinii efekt końcowy projektu, niż by to miało miejsce w przypadku gdyby jeden z projektów nie został zrealizowany? Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak. ***N-16***

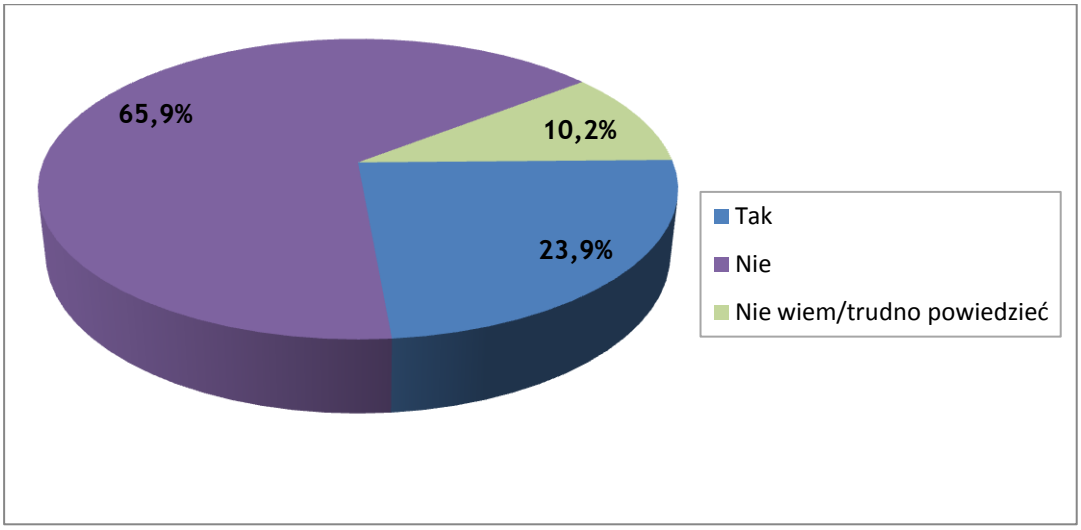


b. Komplementarność wewnątrzprogramowa

23,9% z objętych badaniem beneficjentów zadeklarowało, że realizowany projekt był komplementarny z innym projektem realizowanym w obecnej perspektywie finansowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego (w ramach innego projektu, priorytetu, działania). Brak wiedzy na ten temat zadeklarowało 10,2% badanych.

Wykres 60. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD

Pytanie. Czy projekt realizowany przez Państwo w ramach Priorytetu 8 RPO WD jest komplementarny z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD? **N-88**



Respondenci mówiąc o zastosowaniu komplementarności na poziomie projektu wewnątrzprogarmowej (z RPO WD) mówili przede wszystkim o powiązaniu projektów z możliwością informatyzacji i komunikacji za pomocą sieci teleinformatycznych.

Tabela 33. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD

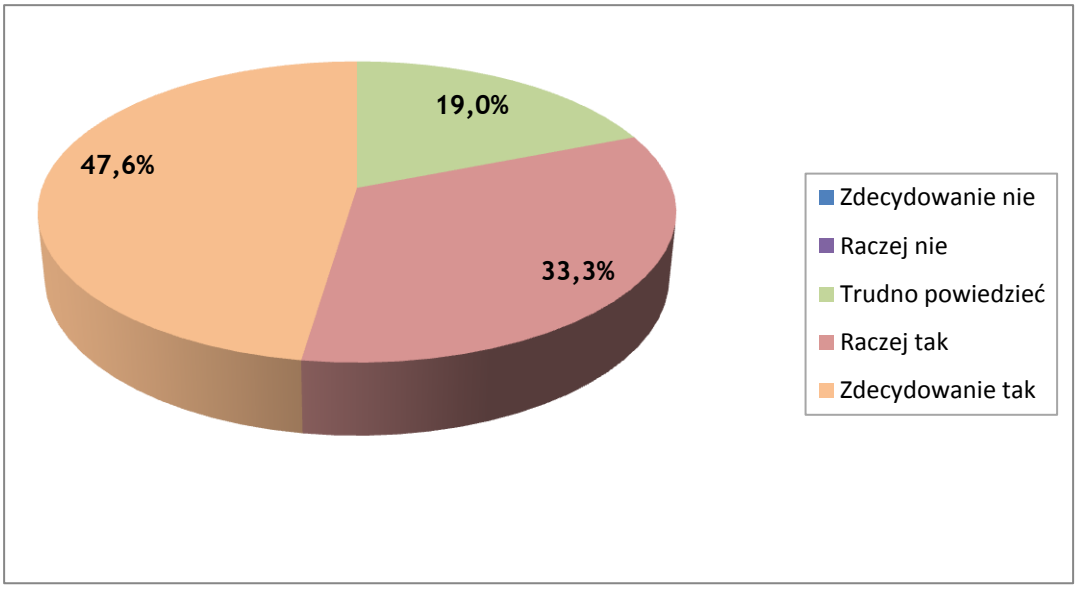
Pytanie. Na czym polega komplementarność tych projektów? **N-21**

Na czym polegała komplementarność projektów	liczebność	Odsetek odpowiedzi
Projekty powiązane z informatyzacją placówek	5	23,8%
Projekty w dziedzinie teleradiologii	5	23,8%
Projekty dotyczą uzupełnienia sprzętu medycznego zakupionego już w ramach RPO WD	4	19,0%
Projekty uzupełniają się	4	19,0%
Obydwa projekty dotyczą tego samego obiektu	2	9,5%
Projekty służą poprawie usług medycznych w regionie	1	4,8%
Projekty służą dostosowaniu do wymogów prawa	1	4,8%
Istnienie projektów jest od siebie uzależnione, projekty uzupełniają się	1	4,8%

Zdecydowana większość beneficjentów, którzy zastosowali komplementarność wewnątrzokresową jednoprogramową (wewnątrz RPO WD) na poziomie zrealizowanych projektów, stwierdziła, że zastosowanie komplementarności wzmocniło efekt końcowy projektu (81,0%). Żaden z respondentów nie zadeklarował braku dodatkowych efektów zwianych z zastosowaniem zasady komplementarności. Dane zostały zaprezentowane na wykresie na kolejnej stronie.

Wykres 61. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD wzmocniło efekt końcowy projektu

Pytanie. Czy zastosowanie komplementarności wzmocniło w Pana/i opinii efekt końcowy projektu, niż by to miało miejsce w przypadku gdyby jeden z projektów nie został zrealizowany? Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak. ***N-21***



c. Komplementarność jednookresowa - międzyprogramowa

Z deklaracji beneficjentów wynika, że komplementarność z innymi Programami Operacyjnymi (PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT) realizowanymi w tej samej perspektywie finansowej występowała w przypadku **12,5% projektów**.

Wykres i tabela prezentujące dane zostały zamieszczone na kolejnej stronie.

Wykres 62. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT

Pytanie. Czy projekt realizowany przez Państwo w ramach Priorytetu 8 RPO WD jest komplementarny z innymi projektami realizowanymi w obecnej perspektywie finansowej w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT? **N-88**

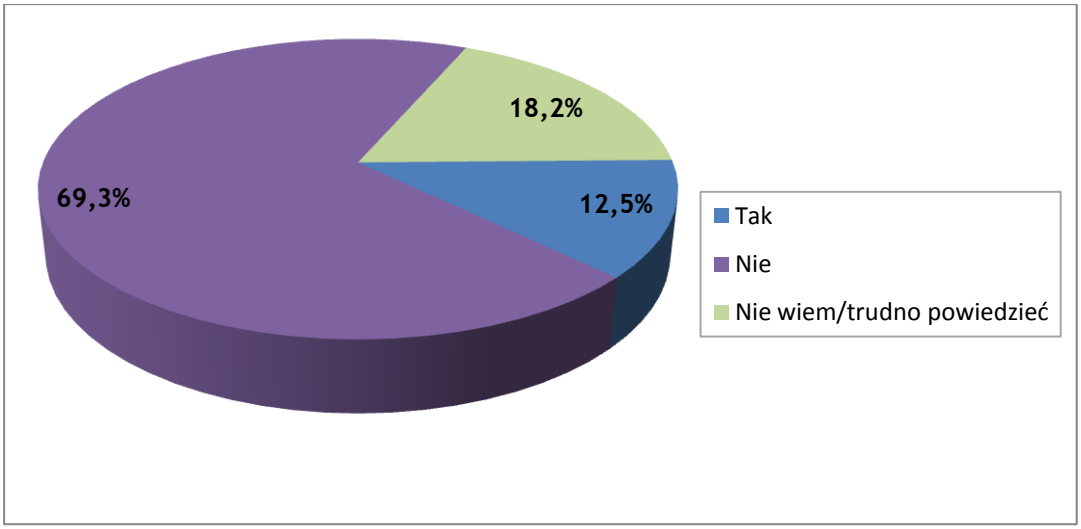


Tabela 34. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT

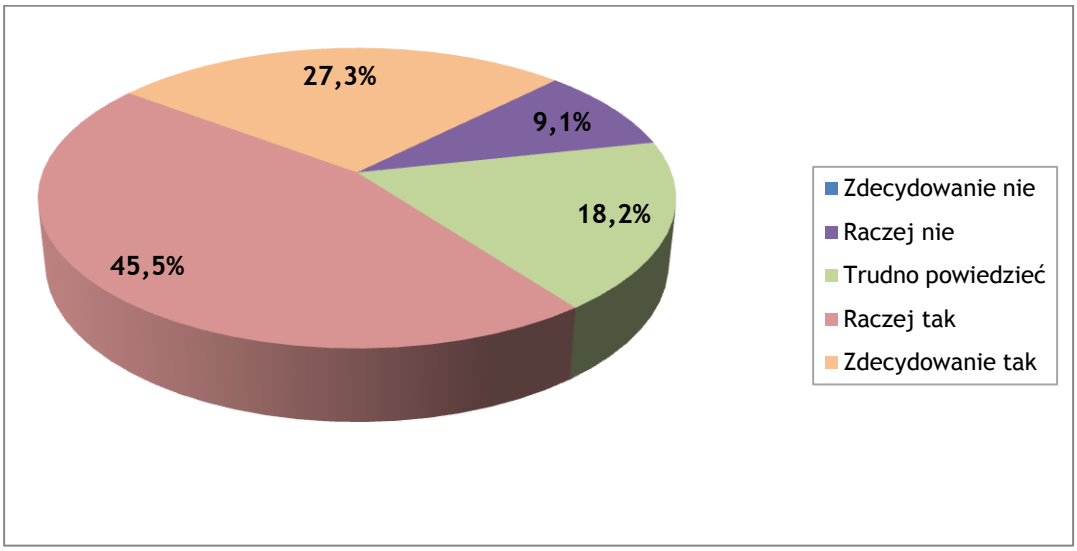
Pytanie. Na czym polega komplementarność tych projektów? **N-11**

Na czym polegała komplementarność projektów	liczebność	Odsetek odpowiedzi
Projekt powiązane z informatyzacją placówki	4	36,4%
Istnienie projektów jest od siebie uzależnione; projekty uzupełniają się	3	27,3%
Obydwa projekty dotyczą tego samego obiektu	3	27,3%
Projekty ekologiczne i powiązane z ochroną środowiska	1	9,1%

Zdecydowana większość beneficjentów, którzy zastosowali komplementarność wewnątrzokresową międzyprogramową na poziomie zrealizowanych projektów, stwierdziła, że zastosowanie komplementarności wzmocniło efekt końcowy projektu (72,7%), brak dodatkowych efektów zadeklarowała tylko jedna osoba. Dane zostały zaprezentowane na wykresie poniżej.

Wykres 63. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT

Pytanie. Czy zastosowanie komplementarności wzmocniło w Pana/i opinii efekt końcowy projektu, niż by to miało miejsce w przypadku gdyby jeden z projektów nie został zrealizowany? Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, natomiast 5 zdecydowanie tak. ***N-11***



Wypowiedzi respondentów podczas FGI wskazują na to, że beneficjenci nie przywiązują dużej wagi do stosowana zasady komplementarności na poziomie projektów. Komplementarność w większości przypadków nie jest wynikiem zaplanowanych działań, a raczej efektem ubocznym realizowanych projektów, uzyskanym przez przypadek. We wnioskach o dofinansowanie (szczególnie na początku realizacji Programu) zapisy dotyczące komplementarności były często przypadkowe np. beneficjenci wpisywali całe swoje dotychczasowe doświadczenie. Z pewnością stosowanie zasady komplementarności powinno być przybliżone beneficjentom poprzez przekazanie szczegółowych informacji popartych przykładami dobrych praktyk podczas szkoleń dla potencjalnych beneficjentów, a także bardziej szczegółowe informacje przekazywane poprzez stronę WWW.

3.5.2. Wykorzystywanie możliwości cross-financingu na poziomie projektów oraz wpływ cross-financingu na skuteczność realizacji projektów

Jak już wcześniej pisaliśmy[42] (na poziomie opisu działań związanych z Priorytetem 7) *cross-financing* to zasada elastycznego (krzyżowego) finansowania projektów w ramach programu operacyjnego. Umożliwia ona finansowanie w sposób komplementarny działań objętych zakresem pomocy jednego funduszu ze środków innego funduszu. W odniesieniu do Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego polega odpowiednio na finansowaniu działań EFS - z EFRR oraz w przypadku EFRR - z EFS.

W trzech projektach realizowanych w Priorytecie 8 Zdrowie została zastosowana zasada *cross - financingu*:

1. Informatyzacja Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno – Położniczego im. E. Biernackiego w Wałbrzychu (beneficjent: Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno – Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu);
2. Modernizacja kompleksu diagnostycznego. Diagnostyka cyfrowa oraz obrazowa dla dzieci i dorosłych (beneficjent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu);
3. Przebudowa i modernizacja budynku przychodni w Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Żmigrodzie (beneficjent: Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego).

W opinii beneficjentów biorących udział w badaniu CATI zastosowanie *cross-financingu* wzmocniło efekt końcowy projektu.

3.5.3. Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 8 „Zdrowie" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020

Cele Strategii Lizbońskiej oraz programu „Europa 2020” zostały określone w obszarze edukacji. W Rozdziale: Czy i na ile projekty wybrane do dofinansowania w Priorytecie 7 „Edukacja" realizują cele określone w Strategiach Lizbońskiej i Europa 2020.

Projekty realizowane w ramach Priorytetu 8 RPO WD w obszarze zdrowia wpisujące się w cele **Strategii Lizbońskiej** oraz, a także założenia programu „Europa 2020” to projekty ukierunkowane na:

[42] Rozdz. 3.2.3

- informatyzację placówek służby zdrowia, wprowadzenie elektronicznej karty pacjenta;
- ukierunkowanie projektów na wzrost zatrudniania;
- termomodernizację budynku;

Warto wspomnieć, że mniejszy odsetek projektów w obszarze „Zdrowia", niż w obszarze „Edukacji" prowadził do wzrostu zatrudnienia. W Strategię Lizbońską wpisywały się projekty w dziedzinie informatyzacji szpitali i przychodni (13 projektów) oraz projekty w zakresie termomodernizacji (2 projekty).

W cele Strategii Lizbońskiej i programu „Europa 2020" nie wpisywały się projekty polegające na modernizacji placówek służby zdrowia oraz zakupie wyposażenia (o ile nie prowadziły do wzrostu zatrudniania), choć w województwie istniała wyraźna potrzeba przeprowadzenia tego typu inwestycji. W opinii pracowników IZ RPO WD nie zawsze cele Strategii Lizbońskiej i Europa 2020 były zgodne z potrzebami w zakresie służby zdrowia oraz wszystkimi celami określonymi na poziomie RPO WD. Generalnie obszar zdrowia jest wykluczany jako niezwiązany ze Strategią Lizbońską i Programem „Europa 2020"

W 4 wnioskach o dofinansowanie wspomniano, że przyjęte założenia projektowe wpisują się w założenia Strategii Lizbońskiej, dzięki spełnianiu założeń innych dokumentów strategicznych, w skali krajowej lub regionalnej.

3.6. Studia przypadków projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD oraz efekt netto zrealizowanych inwestycji

PRZYPADEK 7 PROJEKT: Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i aparatury medycznej na potrzeby Działu Anestezjologii oraz Bloku Operacyjnego Szpitala Onkologicznego

Beneficjent: Dolnośląskie Centrum Onkologii

Całkowita wartość projektu: 7760849,99 zł

Wartość dofinansowania: 6575612,98 zł

Zakres oddziaływania - województwo dolnośląskie

Dolnośląskie Centrum Onkologii pełni na terenie województwa dolnośląskiego role Regionalnego Ośrodka Onkologicznego. Siedziba Centrum, Szpital Onkologiczny oraz pozostałe obiekty, w których w ramach DCO udzielane są świadczenia zdrowotne zlokalizowane są przy pl. Hirszfelda 12 we Wrocławiu. Dolnośląskie Centrum Onkologii posiada podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (03/1/3101054/01/2008/01), w ramach którego dokonuje świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej. Prezentowana inwestycja została zrealizowana na terenie Szpitala Onkologicznego, który mieści się w budynkach należących do kompleksu administracyjno-

leczniczego Dolnośląskiego Centrum Onkologii. Projekt został prowadzony na obszarze miejskim. Zakres przedmiotowy przedsięwzięcia obejmował realizację następujących działań: zakup i montaż specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby Bloku Operacyjnego (sal operacyjnych, przygotowania pacjenta i wybudzeń) oraz Działu Anestezjologii Szpitala Onkologicznego funkcjonującego przy Dolnośląskim Centrum Onkologii.

Tabela 35. Sprzęt zakupiony na poszczególne oddziały Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu – na podstawie załącznika 18 do wniosku.

Zakupiony sprzęt	Oddziały
Respiratory, kardiomonitory, aparat nerkozastępczy, pompy infuzyjne, pompy objętościowe, monitory rzutu serca, ogrzewacze płynów i pacjentów, aparaty do masażu kończyn dolnych, wyposażenie stanowiska intensywnej terapii	Oddział anestezjologiczny
Stół operacyjny, kardiomonitory, aparaty do znieczulenia, respiratory, pompy infuzyjne, pompy objętościowe, monitory rzutu serca, kolumny anestezjologiczne, ogrzewacze płynów, USG przenośny, wyposażenie stanowiska sali wybudzeń	Blok operacyjny

Na terenie szpitala były realizowane również inne inwestycje dofinansowane ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego:

1. Częściowe wyposażenie Budynku Łóżkowego i Bloku Operacyjnego m. in. w aparaturę medyczną, sprzęt medyczny, meble medyczne z podziałem na 13 pakietów;
2. Dostawa aparatu RTG ogólno diagnostycznego z zawieszeniem sufitowym lampy z ucyfrowieniem pośrednim oraz adaptacja pomieszczenia na potrzeby pracowni RTG.

A także inwestycja realizowana ze środków Ministerstwa Zdrowia:

1. Dostawa Rezonansu magnetycznego wraz z adaptacją pomieszczeń z podziałem na dwa etapy realizacji.

Z wywiadu prowadzonego z koordynatorem projektu, jak i z przedstawicielami szpitala wynika, że potrzeba zrealizowania inwestycji wynikała z dwóch przesłanek:

- Z konieczności stworzenia oddziału intensywnej terapii (wcześniej funkcjonowała jedynie sala pooperacyjny);
- Zakupu specjalistycznego sprzętu wykorzystywanego na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii oraz na Bloku Operacyjnym.

Sprzęt został bardzo dobrze oceniany przez personel medyczny ze względu na komfort pracy i bezpieczeństwo pacjentów (głównie przy zabiegach związanych ze znieczulaniem), jest on w pełni wykorzystywany.

W ramach projektu powstał Oddział Intensywnej Terapii w pełni dostosowany do wymogów MZ. Dzięki utworzeniu Oddziału pacjenci wymagający specjalnej opieki nie muszą przebywać, jak miało to miejsce wcześniej, w zwykłych salach pooperacyjnych, ale na specjalnie do tego przystosowanym

i wyposażonym oddziale, przyczyniło się to w sposób bezpośredni do poprawy warunków lokalowych i sanitarnych. Dzięki inwestycji polepszyła się również jakość usług świadczonych z zakresu anestezjologii. Poszerzył się zakres usług m.in. poprzez zakup rezonansu magnetycznego, ponieważ do tej pory pacjenci na przeprowadzenie badania z użyciem rezonansu musieli udać się do innej placówki. W opinii pracowników szpitala zakupiony sprzęt daje o wiele lepsze jakościowo i szybsze możliwości diagnozowania i leczenia pacjentów, jak również przekłada się na polepszenie warunków pracy i podniesienie standardu usług. Dzięki możliwości użytkowania sprzętu leczenie odbywa się na europejskim poziomie. Przed realizacją inwestycji szpital nie posiadał części zakupionego sprzętu lub posiadał przestarzałe wersje danych urządzeń (niedostosowane do istniejących wymagań prawnych). Dzięki zrealizowanej inwestycji, placówka jest również bardziej dostosowana do istniejących potrzeb. Inwestycja sprawiła, że Dolnośląskie Centrum Onkologii stało się placówką kompleksową świadczącą pełen zakres usług w dziedzinie onkologii. Należy jednak podkreślić, że przedstawiciele szpitala zaznaczają, że w związku z nieustannie rosnącą liczbą pacjentów wymagających zabiegów operacyjnych należałoby powiększyć szpital o kolejne sale operacyjne. W wyniku zrealizowanego projektu liczba sal operacyjnych nie uległa zwiększeniu gdyż zlikwidowano starą sale operacyjną.

W latach 2007-11 zmianom uległy następujące wskaźniki:

Tabela 36. Zmiany wybranych wskaźników zwianych z badaną placówką służby zdrowia

	2007	2011
Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala (Oddział Chirurgii i Ginekologii Onkologicznej)	35,88	34,94
Liczba zakażeń szpitalnych (Chirurgia Onkologiczna I i II)	7	2
Liczba powikłań szpitalnych (Ginekologia Onkologiczna)	1	2
Liczba pracowników szpitala na oddziałach objętych inwestycją	48	56

Na żaden z wymienionych wskaźników nie miała wpływu zrealizowana inwestycja. Na wzrost liczby pracowników szpitala na oddziałach objętych inwestycją miały:

- Dostawa aparatu RTG ogólno diagnostycznego z zawieszeniem sufitowym lampy z ucyfrowieniem pośrednim oraz adaptacja pomieszczenia na potrzeby pracowni RTG;
- Dostawa Rezonansu magnetycznego wraz z adaptacją pomieszczeń z podziałem na dwa etapy realizacji;
- Kontrakt z NFZ.

Na spadek liczby zakażeń szpitalnych i wzrost liczby powikłań szpitalnych w stosunku do okresu przed dokonaniem inwestycji wyłączny wpływ miał wzrost zachorowalności na określone schorzenia.

PRZYPADEK 8 PROJEKT: Przebudowa budynku SP ZOZ w Dobroszycach - II etap

Beneficjent: Urząd Gminy Dobroszyce

Beneficjent ostateczny: SP ZOZ w Dobroszycach

Całkowita wartość projektu: 2 027 643,44 zł

Wartość dofinansowania: 1 843 001,08 zł

Celem projektu *Przebudowa budynku SP ZOZ w Dobroszycach - II etap* była modernizacja instytucji oraz wyposażenie jej w sprzęt i urządzenia medyczne, zarówno zastępujące te już wyeksploatowane, jak i poszerzające wachlarz posiadanych (m. in. zakupiono sprzęt do badania USG, unit stomatologiczny). Celem nadrzędnym projektu było dostosowanie do wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r., w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Przebudowa budynku SP ZOZ w Dobroszycach, polegająca na zmianie aranżacji ścianek działowych i wejść oraz budowie szybu windowego wewnątrz budynku, pozwoliła zracjonalizować wykorzystanie wnętrza budynku pod kątem optymalizacji oraz szerszej dostępności świadczonych usług medycznych. W wyniku przebudowy rozbudowane zostało laboratorium medyczne, które wpłynęło na poszerzenie asortymentu usług medycznych. Funkcjonujące w placówce zdrowia gabinety: internistyczny, pediatryczny, stomatologiczny i ginekologiczny otrzymały nowoczesne wyposażenie. Ponadto jednostka dostosowana została do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, czy seniorów.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Wszystkie modernizowane oraz nowo utworzone w ramach projektu przestrzenie oraz zakupione sprzęty(poczekalnie, toalety, w tym toaleta dla osób niepełnosprawnych, pokoje badań, gabinety lekarskie, rejestracja, gabinet kierownika, laboratoria i sprzęt medyczny) zostały przez ewaluatora ocenione maksymalnie w 7-stopniowej skali(7/7). Nie zgłoszono żadnych uwag do jakości poszczególnych elementów zrealizowanej inwestycji.

W opinii koordynatora projektu, dzięki zrealizowanej inwestycji nastąpił znaczący przeskok jakościowy w funkcjonowaniu SP ZOZ w Dobroszycach:

„(…)Budynek był stary, zaadoptowany z plebanii. Budynek nie spełniał wymogów ministra i wymogów formalnych. Potrzeba była przebudowy budynku i wyposażenia go. Teraz budynek przyciąga pacjentów estetyką i wyposażeniem, oraz jakością obsługi pacjentów, nie ma kolejek, ośrodek jest czynny od 8:00 do 18:00.(…)”

Przebudowa budynku SP ZOZ w Dobroszycach - II etap przede wszystkim umożliwiła dalsze funkcjonowanie jednostki, dostosowując ją do wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. Placówka, w obecnym kształcie realizuje całkowicie zapotrzebowanie na tego typu usługi zarówno ludności lokalnej, z terenu gminy Dobroszyce, jak i niezameldowanej na terenie jednostki terytorialnej. Godnym zauważenia jest również fakt, że dzięki zrealizowanej inwestycji zwiększył się komfort pracy personelu zatrudnionego w jednostce.

W opinii pielęgniarki koordynującej(30 lat stażu pracy), pracującej w zmodernizowanej placówce, zrealizowany projekt wpłynął pozytywnie na możliwości badawcze omawianej placówki, przede wszystkim dzięki zakupowi sprzętu światowej klasy i możliwości zrezygnowania ze zlecania badań podmiotom zewnętrznym:

„(…) Myślę, że nasze oczekiwania zostały spełnione bo sprzęt, który został zakupiony jest w najwyższym standardzie. Zakupiono rentgen stomatologiczny, USG. Badania USG są wykonywane ginekologicznie i jamy brzusznej. Pacjentki gabinetu ginekologicznego są zadowolone bo są kompleksowo obsługiwane i nie musza korzystać z wielu gabinetów. Wcześniej pacjentki musiały dojechać na USG do lekarza do Oleśnicy z którym mieliśmy podpisaną umowę. Przybył sprzęt laboratoryjny. Wcześniej część badań była wykonywana u nas, korzystaliśmy z usług laboratorium szpitalnego.(…)”

Respondentka zwracała również uwagę na fakt wydłużenia godzin pracy przychodni, od 8:00 do 18:00 oraz skrócenia długości czasu oczekiwania na wyniki większości badań do minimum lub do uzyskiwania wyników w trybie natychmiastowym. Ważnym efektem dokonanej inwestycji było zakupienie niedostępnego wcześniej w placówce sprzętu USG oraz unitu stomatologicznego.

Projekt jest komplementarny z innym pierwotnym wobec inwestycji analizowanej w niniejszym studium przypadku:

- *Przebudowa budynku SP ZOZ w Dobroszycach w 2006r.* z dofinansowaniem z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach ZPORR oraz z Budżetu Państwa zrealizowano I etap przebudowy budynku SP ZOZ w Dobroszycach. Wykonano wówczas niezbędne roboty związane z przebudową dachu, schodów, kotłowni oraz zewnętrznego ciągu komunikacyjnego dla pieszych. Obecnie planuje się dokończyć przebudowę budynku poprzez dostosowanie do wymagań Rozporządzenia Min. Zdrowia z 10.11.2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej oraz poprzez wyposażenie placówki w niezbędny sprzęt i urządzenia, których dotąd ośrodek nie posiadał lub posiadał krańcowo wyeksploatowane.

Zrealizowane inwestycje były ściśle powiązane ze sobą. Należy wręcz stwierdzić, że projekty wytworzyły efekt synergii i tylko ich wzajemne oddziaływanie na zmodernizowaną placówkę, zapewniło pełny sukces obydwu inwestycji:

„(…)Czy to, że w tej placówce były realizowane te projekty wzmocniło to efekt inwestycji, o której wcześniej rozmawialiśmy? Zwiększył się stopień jakości, dostępności usług świadczonych pacjentom?

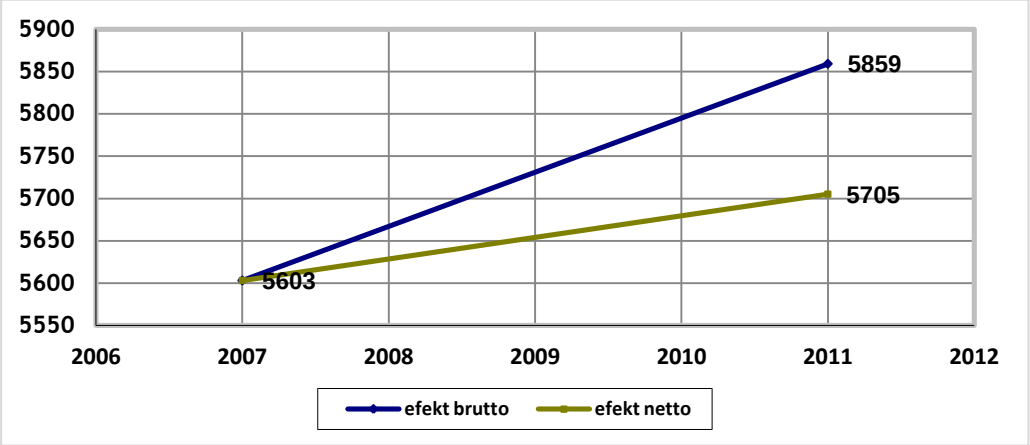
Tak, bo gdyby nie te podjazdy i winda osoba niepełnosprawna nie dostała by się np. do nowej toalety.(…)”

Realizacja inwestycji Przebudowa budynku SP ZOZ w Dobroszycach – II etap wpłynęła na poszerzenie katalogu usług oferowanych przez placówkę zdrowia. Zmodernizowane przestrzenie oraz zakupiony sprzęt są w pełni wykorzystywane przez SP ZOZ w Dobroszycach.

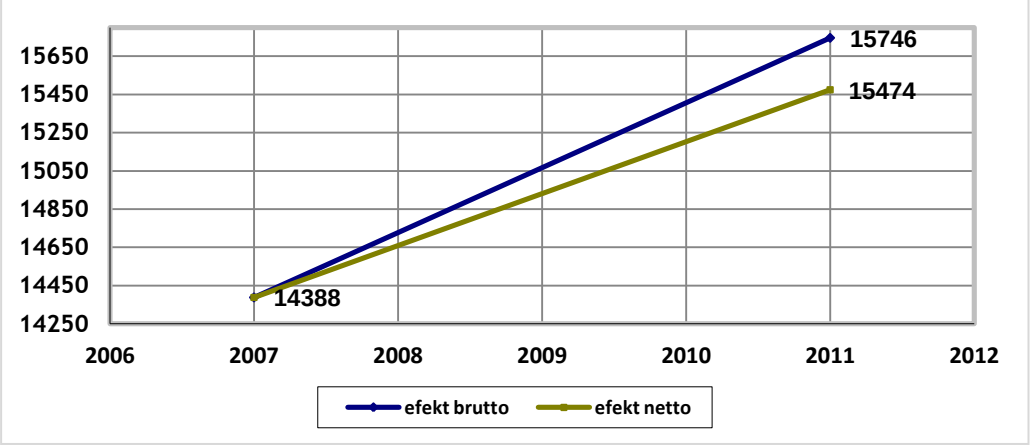
Inwestycja była w sposób bezpośredni powiązana z poprawą dostępności placówki dla osób niepełnosprawnych poprzez instalację podnośnika, przystosowanie toalety do potrzeb osób niepełnosprawnych, zainstalowanie zewnętrznego podjazdu oraz dźwigu windowego, który umożliwia korzystanie z innych elementów przestrzeni objętej projektem, umiejscowionych na wyższych kondygnacjach budynku. Ponadto stworzono miejsca parkingowe dla osób niepełnosprawnych.

W wyniku zrealizowanej inwestycji nie doszło do utworzenia nowego etatu na terenie ośrodka zdrowia (przed i po dokonaniu inwestycji było zatrudnionych 28 pracowników). Zrealizowana inwestycja przyczyniła się do zwiększenia liczby pacjentów z 5 603 sprzed inwestycji, do 5 859 po jej realizacji (40% udział projektu, pozostałe oddziałujące czynniki to uzyskanie certyfikatu ISO, szkolenia personelu, organizowanie akcji profilaktycznych). Wzrosła także liczba wykonywanych badań medycznych, z 14 388 do 15 746 (przy czym udział zrealizowanej inwestycji w zmianie wynosił 80%).

Wykres 64. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pacjentów przychodni



Wykres 65. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby wykonywanych badań medycznych



Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

PRZYPADEK 9 PROJEKT: Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego w celu podniesienia jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

Beneficjent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

Całkowita wartość projektu: 11991600 zł

Wartość dofinansowania: 9696467,71 zł

Inwestycja zlokalizowana była w Legnicy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym mieszczącym sie przy ulicy Iwaszkiewicza 5. Głównym celem projektu było zwiększenie jakości opieki zdrowotnej poprzez podniesienie standardu usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do usług opieki zdrowotnej. Realizacja celu głównego projektu była możliwa poprzez osiągniecie celów szczegółowych, wynikających bezpośrednio z potrzeb beneficjentów bezpośrednich projektu, były to: zwiększenie efektywność udzielanych świadczeń medycznych, podniesienie dostępu do infrastruktury ochrony zdrowia, likwidacja występujących obecnie problemów związanych z użytkowaniem starego i mocno wyeksploatowanego sprzętu medycznego, poprawa stanu zdrowia mieszkańców, zwiększenie jakości świadczonych usług, zmniejszenie czasu oczekiwania na zabiegi i usługi medyczne, zwiększenie działań promocyjnych i profilaktycznych w ochronie zdrowia, realizacje kompleksowych świadczeń dla pacjentów, zwiększanie liczby udzielanych świadczeń medycznych. Przedmiotem projektu jest zakup 95 nowoczesnych urządzeń medycznych (w tym 2 kompletów). Zakres rzeczowy projektu obejmował zakup sprzętu do następujących oddziałów szpitala: a) Oddział anestezjologiczny, b) Blok operacyjny, c) Oddział onkologiczny wraz z blokiem

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

operacyjnym, d) Oddział ginekologiczno-położniczy, e) Oddział kardiologiczny, f) Oddział laryngologiczny, g) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, h) Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej, i) Oddział okulistyczny, j) Pracownia USG, k) Szpitalny Oddział Ratunkowy, l) Sprzęt do Sterylizacji, m) Oddział urologiczny, n) Oddział wewnętrzny. Prognozowana liczba specjalistycznych badań przeprowadzonych przy użyciu zakupionego sprzętu medycznego (w tym specjalistycznego) i aparatury wynosiła 10220 w ciągu roku.

Tabela 37. Sprzęt zakupiony na poszczególne oddziały Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

Zakupiony sprzęt	Oddziały
Aparat do znieczulania z monitorem gazów, aparat do znieczulania dzieci 0-18 lat z monitorem.'	Oddział anestezjologiczny
Tor wizyjny laparoskopowy z oprzyrządowaniem i instrumentarium laparoskopowym, tor wizyjny artroskopowy z oprzyrządowaniem i instrumentarium artroskopowym, laser urologiczny, stoły operacyjne przezierne, aparat RTG z ramieniem C, diatermia chirurgiczna, diatermia chirurgiczna z pochłaniaczem dymu, diatermia chirurgiczna z argonem.	Blok operacyjny
Lampy operacyjne diodowe. Ultrasonograf z głowicą śródoperacyjną.'	Oddział onkologiczny wraz z blokiem operacyjnym
Minihisteroskop z torem wizyjnym.'	Oddział ginekologiczny
Telemetria EKG.'	Oddział kardiologiczny
Unit Laryngologiczny, urządzenie służące do badań laryngologicznych.'	Oddział laryngologiczny
Aparat RTG przewoźny, kardiomonitory z centralą monitorującą, 10 stanowisk intensywnej opieki medycznej z urządzeniami do pomiaru rzutu serca, panele gazowo-elektryczne w standardzie OIOM, kardiomonitor transportowy, respirator wysokiej klasy, respirator transportowy, łóżko intensywnej opieki, USG kardiologiczne, urządzenie do terapii nerko zastępczej, sprzęt endoskopowy.	OIOM
kardiomonitor 8 stanowiskowy z centrala monitorującą z urządzeniami do pomiaru rzutu serca.	Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej
USG okulistyczne A+B 3D –volumetria, mikroskop operacyjny, fakoemulsyfikator, polomierz komputerowy, laser YAG Ultra Q do SLT. GDXVCC – polarymetr laserowy.'	Oddział okulistyczny
Ultrasonograf – kolor Doppler i Power Dopler.'	Szpitalny Oddział Ratunkowy
Myjnia – dezynfektor - 10 tac narzędziowych, myjnia - dezynfektor - 15 tac narzędziowych, suszarki do narzędzi o pojemności 2 wsadów myjni dezynfekcyjnej, sterylizator parowy przelotowy o pojemności 8 STE z możliwością walidacji + osprzęt, sterylizator parowo-formaldechydowy o pojemności 6STE z możliwością walidacji + osprzęt.'	Sprzęt do sterylizacji
Ultrasonografu urologicznego służącego do badania nerek i moczowodów oraz laseru urologicznego służący do kruszenia kamieni moczowodowych.'	Oddział urologiczny
Kardiomonitor stacjonarny z oprogramowaniem podstawowym, służący do monitorowanie funkcji życiowych pacjenta – SpO2, NIBP, EKG, respiracja, temperatura.'	Oddział wewnętrzny

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Na terenie szpitala były realizowane również inne inwestycje dofinansowane ze środków RPO WD:

- Zakup nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego dla oddziału pulmonologicznego w celu podniesienia jakości usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy (projekt w trakcie realizacji);
- Dolnośląskie E-Zdrowie;

A także inwestycja realizowana ze środków PO IŚ - Uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z budową heliportu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy (projekt w trakcie realizacji).

Zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie w ramach realizowanego projektu miała zostać zakupiona komora hiperbaryczna. Komora hiperbaryczna jest urządzeniem wykorzystywanym w leczeniu zatorowości gazowej, choroby dekompresyjnej, zatrucia tlenkiem węgla, czy też poparzeń lub ciężko gojących się ran. Proces leczenia opiera się na wdychaniu przez pacjenta czystego tlenu w większym niż normalnie ciśnieniu, co znacznie przyspiesza gojenie się ran i proces regeneracji organizmu. Obecnie komora hiperbaryczna zlokalizowana jest jedynie w kilku miejscach w Polsce (Siemianowicach Śląskich, Warszawie, Gdyni, Wrocławiu, Katowicach i Łodzi). Jest więc to unikatowe urządzenie w skali kraju, drugie tego typu urządzenie w województwie dolnośląskim. Zakup komory hiperbarycznej na skutek otrzymanego dofinansowania miał charakter ponadregionalny oraz poszerza katalog udzielanych przez szpital świadczeń. Sprzęt ten ostatecznie nie został zakupiony, ze względu na brak możliwości podpisania kontraktu z NFZ na jego użytkowanie. Zastąpiono go 3 innymi sprzętami: USG kardiologiczne, urządzenie do terapii nerko zastępczej, sprzęt endoskopowy, przy czym wprowadzenie urządzenia do terapii nerkozastępczej wiązało się z wprowadzeniem na teren szpitala do tej pory niedostępnej usługi medycznej.
Z wywiadu prowadzonego z koordynatorem projektu wynika, że potrzeba zrealizowania inwestycji wynikała z dwóch przesłanek:

- Dekapitalizacji (zużycia) sprzętu znajdującego się na terenie placówki i konieczności wymiany celem dostosowania do rozporządzenia MZ z 2006 r.;
- Zakupu sprzętu najbardziej potrzebnego (weryfikacja ze strony personelu medycznego), a także najbardziej oczekiwanego ze strony pacjentów.

Sprzęt został bardzo dobrze oceniony przez personel medyczny ze względu na komfort pracy i trafność diagnostyki, jest on w pełni wykorzystywany, a wskaźniki rezultatu zostały osiągnięte na poziomie 10 220 badań wykonanych z użyciem zakupionego sprzętu (uzyskany wskaźnik zgodny z założeniami zawartymi we wniosku o dofinansowanie).

Większość tych gabinetów do których zakupiono sprzęt zastała wyremontowana więc nastąpiła poprawa warunków lokalowych i sanitarnych. Polepszyła się również jakość diagnostyki oraz poszerzył wachlarz możliwości terapeutycznych.

Na teren placówki na oddziale okulistycznym wprowadzono nowe świadczenia związane z operacjami związanych z likwidacją zaćmy, natomiast na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii została wprowadzona terapia nerko zastępcza.

W opinii pracowników szpitala (personel medyczny Oddziału Anestezjologii) zakupiony sprzęt daje o wiele lepsze możliwości diagnozowania i leczenia pacjentów. Dzięki możliwości użytkowania sprzętu leczenie odbywa się na światowym poziomie. Po wprowadzeniu nowego sprzętu przeprowadzono cykl szkoleń przy wsparciu firm, od których zakupiono sprzęt m.in. z terapii nerkozastępczej oraz z monitorowania hemodynamicznego.

Wymieniony sprzęt był już w znaczącej mierze zużyty i awaryjny, wymagał wielu napraw, a części wymienne nie zawsze były dostępne. Oddział anestezjologii nie był modernizowany od 1996 roku. Dzięki wymianie sprzętu możliwe jest poświęcanie większej ilości czasu pacjentom, ponieważ mniej czasu zajmuje obsługa sprzętu (można wiec mówić o zwiększeniu dostępności pacjentów do personelu medycznego).

W placówce nie zostały podane wskaźniki pozwalające na zmierzenie efektu zrealizowanej inwestycji zaproponowana przez wykonawcę lista wskaźników obejmowała:

- Liczba usterek/awarii na wykorzystywanym sprzęcie;
- Czas oczekiwania na badanie;
- Liczba badań przeprowadzonych na nowym sprzęcie w porównaniu do liczby badań przeprowadzanych na starym sprzęcie;
- Liczba pracowników szpitala na oddziałach objętych inwestycją;
- Wykorzystanie zupełnie nowych rodzajów sprzętów, których przed realizacją dofinansowania placówka w ogólnie nie posiadała (tak/nie);
- Wskaźnik satysfakcji pacjenta na oddziałach objętych badaniem (ankieta);
- Liczba zakażeń szpitalnych.

Potencjalna liczba specjalistycznych badań przeprowadzonych przy użyciu zakupionego/ zmodernizowanego sprzętu medycznego (w tym specjalistycznego) i aparatury wyniosła 10220, został zrealizowany w 100% zakładany na poziomie inwestycji wskaźnik realizacji.

PRZYPADEK 10 PROJEKT: Termomodernizacja, adaptacja pomieszczeń i zainstalowanie nowoczesnego systemu c.o. z wykorzystaniem energii słonecznej w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wińsku

Beneficjent: Urząd Gminy w Wińsku

Beneficjent ostateczny: Zakład opieki zdrowotnej w Wińsku

Całkowita wartość projektu: 1 898 122,51 zł

Wartość dofinansowania: 1 288 324,6

Zrealizowany projekt polegał na przebudowie budynku biurowo-handlowego i odbudowie fragmentu nieistniejącej kamienicy w celu przystosowania go do pełnienia funkcji ośrodka zdrowia. Budynek zlokalizowany jest w Wińsku przy pl. Wolności 13-14, na działce nr 832 o powierzchni 1800 m². Ponieważ jest to obszar historycznego centrum urbanistycznego Wińska, dlatego Gminę obowiązywały priorytety działań konserwatorskich i rewaloryzacyjnych wskazane przez Dolnośląskiego Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków. W jego opinii warunkiem rozpoczęcia robót budowlanych była odbudowa bryły i formy nieistniejącej historycznej kamienicy we wschodniej pierzei centrum. Zgodnie z tymi zaleceniami oraz stosownie do przepisów cytowanego wyżej Rozporządzenia Ministra Zdrowia opracowano dokumentację projektową, w której przyjęto następujące założenia: w części parterowej zaprojektowano zakład opieki zdrowotnej, natomiast na piętrze – gminny ośrodek pomocy społecznej. W odtworzonej kamienicy od strony frontowej budynku wybudowano:

- klatkę schodową;
- zamontowano windę dla osób niepełnosprawnych;
- utworzono oddzielne wejścia do ośrodka zdrowia dla osób dorosłych, dzieci zdrowych i dzieci chorych, personelu oraz obsługi kotłowni;
- zaprojektowano budowę pochylni dla osób niepełnosprawnych.

W projektowanym ośrodku zdrowia przewidziano następujące gabinety lekarskie i pomieszczenia sanitarne: gabinet kardiologa, gabinet stomatologa, gabinet ginekologa, gabinet internisty, pokój położnych; dla dzieci zdrowych: gabinet badań lekarskich, gabinet szczepień; dla dzieci chorych: gabinet pediatry, izolatkę, gabinet pobierania prób i analiz, pomieszczenie sterylizatora; niezbędne

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

zaplecze socjalne i sanitarne; magazyn odpadów medycznych. W części podpiwniczonej budynku zaprojektowano kotłownię na paliwo stałe (drewno, ekogroszek) oraz pomieszczenia pomocnicze niezbędne do obsługi kotłowni.

Większość rozwiązań architektonicznych i zakupionych sprzętów (gabinet kardiologa, gabinet stomatologa, gabinet ginekologa, pokój położnych, gabinet internisty, dla dzieci zdrowych, gabinet badań lekarskich, gabinet szczepień, gabinet pobierania prób i analiz, pomieszczenie sterylizatora, niezbędne zaplecze socjalne i sanitarne, magazyn odpadów medycznych, winda i podjazd dla niepełnosprawnych, gabinet stomatologiczny) oceniona została przez ewaluatora pozytywnie na najwyższą ocenę, w siedmiostopniowej skali punktacji. Notę 3/7 otrzymało jedynie ogrzewanie przy wykorzystaniu odnawialnych źródeł energii oraz nowoczesnej kotłowni.

W opinii ewaluatora wizytującego inwestycję: „Realizacja inwestycji wyczerpuje potrzeby do wykonywania świadczeń zdrowotnych na podstawowym poziomie. Pozwala na rozszerzanie świadczeń i daje dostępność dla osób niepełnosprawnych."

W opinii koordynatora projektu przeprowadzona inwestycja wpłynęła pozytywnie na jakość działalności placówki:

„(…) Jak Pani ocenia obecne warunki pracy personelu szpitalnego i leczenia pacjentów.

Bardzo dobrze. Pacjenci również są zadowoleni.(…)"

W opinii pielęgniarki(24 lata stażu pracy) pracującej w ośrodku, inwestycja wpłynęła pozytywnie na pracę poradni, a także zwiększyła dostępność do usług medycznych mieszkańców Wińska i ościennych gmin. Respondentka uważa inwestycję za całkowicie udaną:

„(…)Jaka jest Pani ogólna opinia na temat zrealizowanej inwestycji?

No myślę, że tak na 100 % udała się ta inwestycja. No dla nas jest bardzo wygodnie, jest lokalizacja jest w centrum Wińska(?) dla pacjentów, dużo pacjentów mamy odjezdnych mamy 18 ościennych gmin-wiosek do gminy podlega więc ci pacjenci są zdani często gęsto na autobus więc, czy szkolnym autobusem więc wysiadają w rynku bezpośrednio mają ośrodek dosłownie pod nosem przechodząc zaraz do apteki, która jest też za rogiem. Bez problemu.(…)"

W opinii respondentki, projekt wpłynął również na zwiększenie liczby badań, pomimo, że nie zwiększyła się liczba etatów dla specjalistów pracujących w przychodni:

„(…)Czy dzięki zrealizowanej inwestycji zostały wprowadzone nowe rodzaje usług świadczonych pacjentom?

Dzięki tej inwestycji weszli ci specjaliści u nas i ten sprzęt, który zakupiony został jest wykorzystany prze nich specjalistów chociaż i przez pierwszego kontaktu też bo prawda USG

wykonują lekarze pierwszego kontaktu dla swoich potrzeb jest kolka akurat kamicy, to doktor jest w stanie stwierdzić sobie bez problemu czy to jest woreczek czy są to nerki prawda jeżeli obejrzy.(…)"

Projekt jest komplementarny z trzema innymi projektami realizowanymi na terenie ośrodka:

- *Termomodernizacja połączona z remontem budynku Gminnego Ośrodka Upowszechniania Kultury w Wińsku* wykonana w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwój obszarów wiejskich 2004-2006. Projekt jest komplementarny w zakresie poprawy warunków życia mieszkańców gminy Wińsko, jakości świadczonych usług kulturalnych oraz ograniczaniu dysproporcji pomiędzy warunkami życia na wsi a życiem w mieście.
- *Polepszenie jakości powietrza w Gminie Wińsko przez zainstalowanie kotła na biomasę i nowoczesnego systemu c.o. w Szkole Podstawowej w Krzelowie* finansowany w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Rolnictwa. Projekt jest komplementarny w zakresie poprawy warunków życia mieszkańców gminy Wińsko - podniesienie standardu nauczania w jednostce oświatowej oraz ograniczanie dysproporcji w dostępie do usług edukacyjnych na wysokim poziomie.
- *Przebudowa i modernizacja drogi gminnej nr 10188D w miejscowości Trzcinica* finansowana ze środków własnych gminy. Projekt jest komplementarny w zakresie poprawy warunków życia mieszkańców gminy Wińsko (bezpieczeństwo i komfort podróżowania).

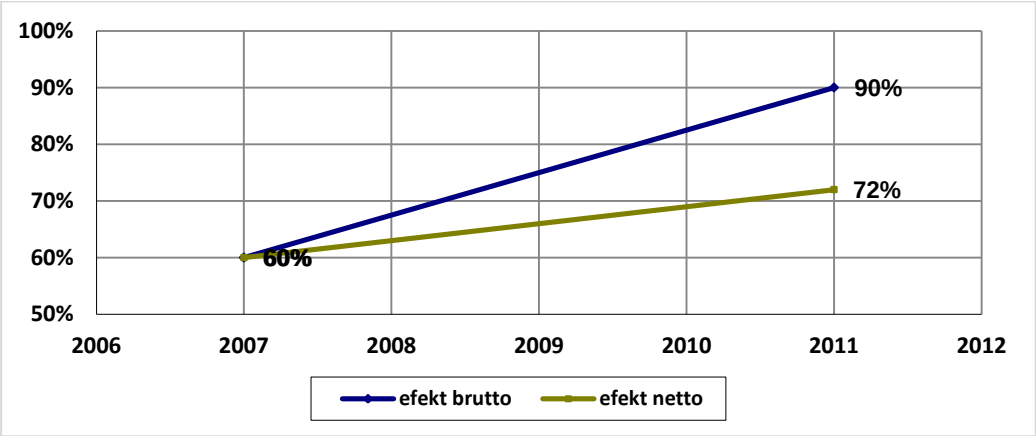
Opisane wyżej projekty sprzęgają się w sposób wielowymiarowy, ale niebezpośredni z omawianym w *case study* projekcie. Punktem spójnym jest z pewnością rozbudowa i polepszenie warunków funkcjonowania infrastruktury komunikacyjnej, ułatwiającej dostęp do ośrodka, a także wprowadzenie działań wpływających na jakość ekologiczną gminy, czy jakość życia mieszkańców w ogóle, na terenie której zrealizowany został omawiany projekt. Żadna z wyżej wymienionych inwestycji nie jest komplementarna z projektem *Termomodernizacja, adaptacja pomieszczeń i zainstalowanie nowoczesnego systemu c.o. z wykorzystaniem energii słonecznej w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wińsku*, w sensie medycznym.

Zrealizowana inwestycja jest w sposób bezpośredni powiązana z wdrożeniem ułatwień architektonicznych dla osób niepełnosprawnych czy seniorów (budowa windy, zaprojektowanie podjazdu dla osób niepełnosprawnych).

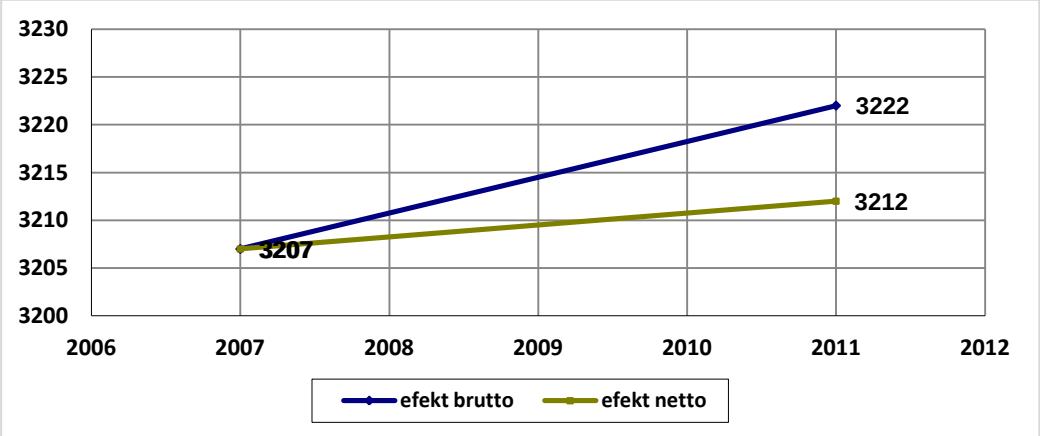
W wyniku zrealizowanej inwestycji zatrudniono nowych specjalistów na terenie placówki. Liczba etatów wzrosła o 1(etat dla rejestratorki).

Zakupiony w ramach inwestycji sprzęt jest w pełni wykorzystywany. W momencie realizacji inwestycji zaspokajał on bieżące potrzeby ośrodka, natomiast na chwilę obecną poszukiwane są nowe środki, na kolejne inwestycje sprzętowe. Zrealizowany projekt wpłynął na poziom wykrywalności chorób na terenie zasięgu ośrodka, z 60% przed projektem, do 90% po jego realizacji (w tym udział inwestycji wyniósł 12% wzrostu wykrywalności zachorowań). Wzrosła także liczba pacjentów ośrodka, z 3 207(przed projektem), do 3 222(po projekcie) – przy czym udział inwestycji w zmianie wskaźnika wyniósł 30%.

Wykres 66. Efekt netto zrealizowanej inwestycji - wykrywalność schorzeń na poziomie gminy



Wykres 67. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pacjentów przychodni

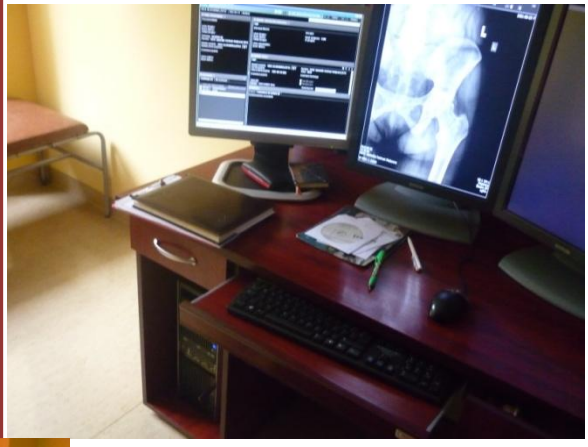


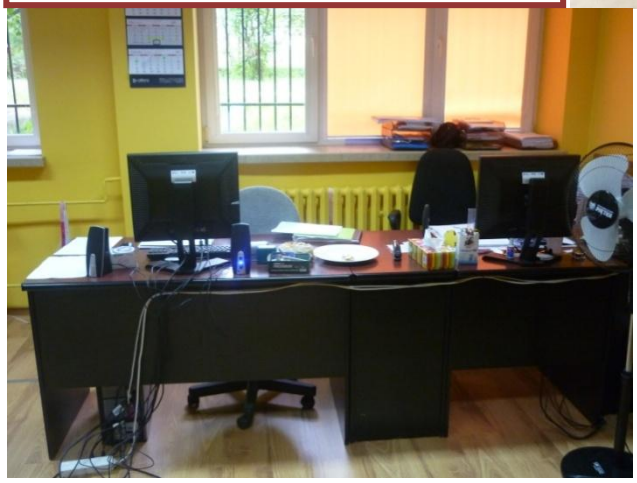
PRZYPADEK 11 PROJEKT: Teleradiologia. Wdrożenie pośredniej radiografii cyfrowej oraz kompleksowego systemu informatycznego w Jaworskim Centrum Medycznym

Beneficjent: Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

Całkowita wartość projektu: 729 635,32 zł

Wartość dofinansowania: 609 756,23 zł





Przedmiotem projektu było kompleksowa rozbudowa istniejącego systemu informatycznego oraz zakup urządzeń i oprogramowania pozwalającego na wykonywanie i opisywanie badań radiologicznych w formie cyfrowej w Jaworskim Centrum Medycznym, a także przesyłanie ich do innych jednostek medycznych(projekt jest przez ten fakt komplementarny z innym na terenie województwa, prowadzącym do stworzenia przedmiotowej sieci teleinformatycznej). Informatyzacja szpitala wpłynęła na usprawnienie procesu diagnozowania pacjenta, przyspieszyła czas potrzebny na uzyskanie i wygenerowanie danych, ułatwiła rozliczanie świadczonych usług z NFZ, a tym samym wpłynęła pozytywnie na sprawność i efektywność zarządzania jednostką. Celem ogólnym projektu było podniesienie jakości świadczonych usług medycznych poprzez informatyzację placówki i wdrożenie teleradiologii (radiografii cyfrowej). Osiągnięcie tak zdefiniowanego celu ogólnego umożliwiła realizacja celów szczegółowych projektu, czyli:

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

- usprawnienie zarządzania jednostką poprzez integrację systemu medycznego z administracyjnym;
- poprawa funkcjonalności prowadzenia dokumentacji medycznej;
- rozbudowa sieci teleinformatycznej;
- wdrożenie oprogramowania medycznego oraz jego integracja z systemem administracyjnym;
- usprawnienie funkcjonowania placówki w obszarze prowadzenia dokumentacji medycznej (prowadzenie dokumentacji wspierane przez system komputerowy oraz archiwizacja).

Dzięki projektowi znacznie łatwiejsze stało się również rozliczanie wykonanych świadczeń medycznych z NFZ, ponieważ dane medyczne są wprowadzane do systemu i uzupełniane w czasie rzeczywistym; możliwe stało się także kojarzenie danych dotyczących np. kosztów leków czy sprzętu jednorazowego bezpośrednio z danym pacjentem. Zwiększona została dostępność danych medycznych, poprzez utworzenie nowych stanowisk dostępowych do istniejących i powstających baz danych. Zwiększenie liczby stanowisk roboczych wpłynęło znacząco na polepszenie dostępności danych medycznych, w tym również do historii choroby poszczególnych pacjentów, dzięki czemu nastąpiła jakościowa poprawa obsługi pacjentów. Wzrosła także jakość usług radiologicznych, poprzez ucyfrownienie analogowego aparatu RTG oraz wdrożenie specjalistycznego oprogramowania diagnostycznego. Wykonane zdjęcie w technologii cyfrowej, może być opisane wyłącznie na specjalistycznej stacji diagnostycznej (lekarskiej). Stacja ta posiada oprogramowanie diagnostyczne zastępujące tradycyjne przyrządy (powiększenie, pomiary odległości i kątów, regulacja kontrastu i jasności itp.) oraz jest wyposażona w wysokiej klasy atestowane i certyfikowane monitory. Wpływa to przede wszystkim na trafność i dokładność stawianych diagnoz, ale również skraca czas potrzebny na wykonanie i opisanie badania. Cyfrowe badania radiologiczne mogą być także przesłane drogą elektroniczną do innych jednostek medycznych, celem ich opisania, zarchiwizowania bądź skonsultowania skomplikowanego przypadku. Aby osiągnąć założone cele ogólne i szczegółowe Wnioskodawca wykonał zadania dotyczące:

1. Modernizacji i rozbudowy systemu okablowania strukturalnego;
2. Rozbudowy infrastruktury telekomunikacyjnej;
3. Rozbudowy infrastruktury sprzętowej i zakupu oprogramowania;
4. Ucyfrowienia pracowni radiologicznej.

W projekcie przyjęto utworzenie jednego dużego węzła centralnego w serwerowni oraz 6 węzłów lokalnych. Pomiędzy węzłem centralnym oraz węzłami lokalnymi zostały zestawione połączenia optyczne o przepustowości 1 Gbps. Dystrybucja z węzłów lokalnych do punktów dostępowych jest zrealizowana łączami kablowymi o przepustowości, co najmniej 100 Mbps z możliwością utworzenia połączeń o przepustowości 1 Gbps w zależności od potrzeb. Obecnie istniejące punkty dostępowe przełączone zostały do nowotworzonych węzłów lokalnych

(zakończenia połączeń znajdują się w tej samej lokalizacji), a dodatkowo utworzonych zostało 40 kolejnych punktów elektryczno-logicznych (w module dostępowym znajdą się 2 gniazda zasilające oraz 2 gniazda sieci komputerowej w standardzie Ethernet). Przyjęto założenie, że każde pomieszczenie robocze musi dysponować przynajmniej jednym punktem dostępowym, aby zapewnić elastyczność i skalowalność struktury w zależności od potrzeb w przyszłości.

Wszystkie podjęte działania oraz sprzęty zakupione w ramach projektu zostały ocenione pozytywnie, na najwyższą ocenę w skali 7/7. W opinii ewaluatora wizytującego inwestycję (Utworzenie szkieletu sieci w oparciu o technologię optyczną (przepustowość 1Gbps); Wymiana i modernizacji okablowania strukturalnego (przepustowość min. 100 Mbps); Utworzenia dodatkowych punktów dostępowych do sieci komputerowej'/ Modernizacja i rozbudowa węzłów sieciowych w oparciu o nowoczesne urządzenia; Rozbudowa bazy sprzętowej (stacje robocze, drukarki, czytniki kart kryptograficznych) do ilości zapewniającej bezproblemową dostępność dla personelu; Zwiększenie ilości licencji użytkowanych systemów adekwatnie do ilości nowych stacji roboczych; Instalacja nowoczesnych serwerów wraz z dedykowanym zasilaniem awaryjnym; Zintegrowanie oprogramowania medycznego z oprogramowaniem administracyjnym/ Zakupu i instalacja urządzeń do pośredniej radiografii cyfrowej; Wdrożenie systemu do dystrybucji obrazu'/- Rozbudowa bazy sprzętowej (stacje robocze, drukarki, czytniki kart kryptograficznych) do ilości zapewniającej bezproblemową dostępność dla personelu; Zwiększenie ilości licencji użytkowanych systemów adekwatnie do ilości nowych stacji roboczych; Instalacja nowoczesnych serwerów wraz z dedykowanym zasilaniem awaryjnym; Zintegrowanie oprogramowania medycznego z oprogramowaniem administracyjnym) nie budzi żadnych uwag.

W opinii koordynatora projektu realizacja inwestycji przyczyniła się do rozwiązania jednego z wielu wycinkowych problemów związanych ze specjalizacją i doskonaleniem medycznym ośrodka. Prócz potrzeb medycznych sensu stricte, jednostka zabiega o środki na termomodernizację. Pomimo ciągłych procesów modernizacyjnych, jednostka stale zabiega o podnoszenie jakości swoich usług:

„(…)Warunki pracy są średnie; jesteśmy cały czas w trakcie modernizacji, ponieważ przejęliśmy właśnie placówkę od szpitala publicznego, po likwidacji, który był niedofinansowany przez całe lata. Wszystko realizujemy ze swoich środków. Natomiast jeśli chodzi o pacjentów to sądzę, że warunki są całkiem dobre.(…)”.

Dzięki wykonanej inwestycji termin oczekiwania na badanie radiologiczne uległ znaczącemu skróceniu. W opinii badanego wdrożone rozwiązanie funkcjonuje bardzo dobrze:

„(…)dokumentacja elektroniczna jest już częściowo przetwarzana elektronicznie, diagnostyka obrazowa endoskopowa, wyniki laboratoryjne są przechowywane w systemie. Lekarz ma możliwość sporządzania elektronicznego wywiadu, o przyjęciu leków, wypis ze szpitala oraz w postaci

elektronicznej wszelkie dane statystyczne wymagane przez MZŚP 11. Powoli przygotowujemy się do digitalizacji danych, za pomocą specjalnych skanerów dokonamy zapisu starych dokumentów do formy elektronicznej.(…)"

W opinii technika radiologii zrealizowana inwestycja była nieodzownym elementem pozwalającym placówce na normalne funkcjonowanie, która wpłynęła także na ułatwienie procesów diagnostycznych (RTG cyfrowe jest bardziej precyzyjne niż obraz uzyskany metodą tradycyjną w ciemni rentgenowskiej):

„(…)Diagnostyka znacznie sie poprawiła, a dzięki cyfryzacji jest znacznie szybsza. Także pacjenci powinni być zadowoleni i my także jesteśmy zadowoleni. Czas oczekiwania jest o wiele krótszy.(…)"

W opinii badanej, najważniejszą zaletą dokonanej inwestycji jest fakt, że nastąpiła znacząca poprawa jakościowa oferowanych w placówce usług radiologicznych. Zakres usług natomiast, nie uległ poszerzeniu.

W opinii pielęgniarki zajmującej się badaniami radiologicznymi, podobnie jak w opinii technika radiologicznego, największą wartością jest skok jakościowy oferowanych w jednostce objętej projektem usług:

„(…)Wcześniej to była obróbka ręczna. Było robione zdjęcie ja podawałam kontrast, technik robił zdjęcie wchodził do ciemni w ciemni na tych odczynnikach różnie to tam szło i trzeba było robić drugie zdjęcie; czasowo schodziło bardzo długo w tej chwili praktycznie robione jest zdjęcie, wrzucamy w czytnik na monitorze pokazuje się i widzimy jak ten kontrast przemieszcza się w organizmie pacjenta. Także to jest rewelacja dla pacjenta i jakość tych zdjęć nie to w ogóle nie ma porównania.(…)"

Respondentka zwracała także uwagę na wzrost komfortu pracy pracowników medycznych placówki oraz wpływ projektu na jakość kontaktów z pacjentami:

„(…)Tak, tak bardzo. Jeżdżą tak samo to mówią, że nie ma porównania nasz szpital zadowoleni są i z obsługi. Wie Pani jak wszystko idzie pomyślnie to też inny komfort pracy inne podejście do pacjenta bo jak coś się psuło czas się wydłużał to wiadomo my się denerwujemy, pacjenci się denerwują i zaczyna się denerwująca sytuacja. Teraz już tak nie ma.(…)"

Projekt jest komplementarny z innym projektem z dziedziny teleradiologii realizowanymi na obszarze województwa dolnośląskiego:

- *Utworzenie Dolnośląskiego Centrum Teleradiologii na bazie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu* finansowanym z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego (RPO WD). Oba projekty są ważnym elementem, warunkującym powstanie Dolnośląskiej Sieci Diagnostyki Obrazowej (tzw. teleradiologia). Dolnośląskie Centrum Teleradiologii (DCT) stanowi fundament całej regionalnej sieci, świadcząc usługi w zakresie diagnostyki obrazowej pozostałym, satelitarnym jednostkom współpracującym w ramach systemu teleradiologii. Jedną z tych jednostek satelitarnych jest Wnioskodawca. Realizacja niniejszego projektu umożliwi funkcjonowanie i współtworzenie Dolnośląskiej Sieci Diagnostyki Obrazowej, a także korzystanie z usług wdrożonych przez DCT.

Zakupiony w ramach projektu sprzęt oraz rozwiązania teleinformatyczne są w pełni wykorzystywane w zmodernizowanej jednostce. W wyniku zrealizowanego projekty, czas dostępu do danych o pacjencie uległ znaczącemu skróceniu(z 15-20 minut do generowania podglądu on-line, w czasie rzeczywistym), co przyczyniło się do przyspieszenia procesu diagnostyki obrazowej badanego (z 20 minut przed wdrożeniem projektu, do 5 minut po jego wdrożeniu), a także do zwiększenia komfortu pracy osób uczestniczących w tym procesie. Liczba wykonywanych badań zwiększyła się o ponad 100, z 17 457 (przed projektem) do 17 570 (po projekcie). Wszystkie wymienione zmiany powstały tylko i wyłącznie dzięki zrealizowanej inwestycji (100% efekt netto), nie zadziałał żadne inne czynniki pozainwestycyjne. Realizowany projekt wpłynął realnie na jakość oraz szybkość realizacji oferowanych w jednostce usług. W wyniku zrealizowanej inwestycji nie doszło do utworzenia nowego etatu.

PRZYPADEK 12 PROJEKT: Modernizacja Oddziału Intensywnej Terapii i Bloku Operacyjnego wraz z niezbędnymi pomieszczeniami pomocniczymi zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006r. w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

Beneficjent: Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

Całkowita wartość projektu: 10 288 320,61 zł

Wartość dofinansowania: 8570590,57 zł

Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu położone jest w centrum Wrocławia. Jest jedyną na Dolnym Śląsku wyspecjalizowaną placówką medyczną ukierunkowaną na diagnostykę, leczenie (w tym leczenie operacyjne) i wczesną rehabilitację wszystkich grup schorzeń układu oddechowego oraz narządów klatki piersiowej.

Głównym celem zrealizowanej inwestycji była poprawa jakości opieki zdrowotnej, poprzez podniesienie standardu usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do świadczonych usług medycznych, odnoszących się do wszystkich grup schorzeń układu oddechowego i narządów klatki piersiowej. Poprawa jakości owych usług nastąpiła w wyniku przebudowy Oddziału Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnego wraz z niezbędnymi pomieszczeniami pomocniczymi, a także dzięki doposażeniu ich w odpowiedni, specjalistyczny sprzęt medyczny. Sprzęt ten zastąpił wieloletnią, zużytą i znacznie wyeksploatowaną aparaturę medyczną i pozwolił na zwiększenie liczby przeprowadzanych zabiegów medycznych, w tym operacyjnych, tak istotnych z punktu widzenia szybkiej interwencji przy diagnozie nowotworów złośliwych układu oddechowego czy pokarmowego.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

Przedmiotem przedsięwzięcia były trzy integralne, powiązane ze sobą części związane z modernizacją Oddziału Intensywnej Terapii, Bloku Operacyjnego wraz z niezbędnymi pomieszczeniami pomocniczymi, a także ich doposażeniem w nowoczesny, specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną. Wyposażenie przedmiotowych pomieszczeń w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną wynikało z ich znacznego zużycia. W ramach projektu wykonane zostało dostosowanie pomieszczeń do wymogów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006r., w tym:

- Przeniesienie pomieszczeń Oddziału Intensywnej Terapii, przeprowadzenie prac modernizacyjnych w nowej lokalizacji oraz zamontowanie dźwigu usprawniającego transport wewnętrzny pacjentów; 2.przeprowadzenie prac modernizacyjnych na Bloku Operacyjnym, w tym: roboty instalacyjne (elektryczne, oświetleniowe, wyrównawcze, sanitarne, wodno - kanalizacyjne, CO), wentylacja mechaniczna, roboty rozbiórkowe, konstrukcyjne, posadzki, roboty wykończeniowe, wymiana stolarki okiennej i drzwiowej, zamontowanie dźwigów towarowych;
- Zakup specjalistycznego wyposażenia medycznego, pozwalającego na prowadzenie pełnej, specjalistycznej diagnostyki chorób układu oddechowego, w tym nowotworów. Zakup sprzętu umożliwiającego przeprowadzania specjalistycznych operacji oraz aparatury podtrzymującej życie i wspomagającej opiekę i leczenie chorych[43];
- Wdrożenie systemu komputerowego na Bloku Operacyjnym połączonego z oprogramowaniem na oddziałach szpitalnych.

Ewaluator wizytujący zrealizowaną inwestycję ocenił jej zrealizowane elementy w skali od 1 do 7. Najwyższą notę (7/7) otrzymał wyremontowany Odział Intensywnej Terapii. Na 6 punktów w skali siedmiopunktowej, oceniony został Blok Operacyjny. Zakupiony sprzęt diagnostyczny został również oceniony maksymalnie, na 7 punktów.

W opinii koordynatora projektu, zrealizowany i omawiany w *case study* projekt, był odpowiedzą na jedną z wielu potrzeb inwestycyjnych Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, zrealizowaną po to by zwiększyć jakość, skuteczność i komfort leczenia w jednostce. Zrealizowana inwestycja zaspokoiła jedną z najbardziej kosztochłonnych potrzeb placówki:

„(…)Jeśli mogę dodać to były najbardziej kosztochłonne miejsca i wymagały inwestycji, ponieważ było to związane z aparaturą specjalistyczną, specjalnymi instalacjami wentylacji. Nie wszystkie oddziały potrzebują, natomiast to było najbardziej kosztochłonne, także intensywna terapia, blok operacyjny i sterylizatornia to są wg mnie takie najcięższe miejsca, gdzie potrzeba najwięcej

[43] Wylistowanie zakupionego sprzętu znajduje się na końcu analizowanego przypadku

sprzętu i jest najbardziej newralgiczne chyba w procesie leczenia. Myślę, że to było jedno z najważniejszych miejsc.(…)"

Celem nadrzędnym zrealizowanego projektu było zapewnienie bezpieczeństwa leczenia(zakup nowoczesnego specjalistycznego sprzętu medycznego) i zapewnienie bezpieczeństwa(w rozumieniu przepisów BHP) w obiekcie w ogóle. Dzięki zrealizowanej inwestycji, jednostka dostosowała się do określonych w ustawie wymogów Ministra Zdrowia.

W opinii lekarza pełniącego obowiązki kierownika ds. organizacyjno- medycznych, zrealizowana inwestycja wpłynęła na jakość i komfort wykonywanej w placówce pracy, maksymalnie na tyle, na ile było to możliwe:

„(…)Zrobiliśmy wszystko w ramach budynku, którego nie da się powiększyć. Jeśli chodzi o Intensywną Terapię to trzeba powiedzieć, że mamy dużo lepsze warunki i położenie. Mamy nowy sprzęt więc lepiej się pracuje.(…)"

Zakupiony w ramach inwestycji nowoczesny sprzęt medyczny znacząco polepszył jakość procesów diagnostycznych i wpłynął na tempo wykrywalności schorzeń, w których leczeniu specjalizuje się placówka:

„(…)Zarówno w diagnostyce endoskopowej jak i USG cały nasz sprzęt jest bardzo dobry. Mamy tak dobry aparat, że za pomocą naszego zdjęcia lekarze są w stanie rozpoznać raka jelit lub inne schorzenia. Mieliśmy pacjentkę, której lekarz wykryła zmiany dzięki zastosowaniu naszego aparatu. Powiem nawet, że bałabym się sama z skorzystać z naszego sprzętu w obawie, ze lekarze mogą coś wykryć, tak dobry jest to sprzęt. Ważna jest wcześniejsza diagnostyka, która może być pomocna w leczeniu. Na tak mały szpital jakość sprzętu jest bardzo wysoka.(…)"

W opinii pielęgniarki oddziałowej, zrealizowana inwestycja, na moment jej wdrożenia zaspokoiła potrzeby inwestycyjne placówki związane z Blokiem Operacyjnym i Oddziałem Intensywnej Terapii. Ciągle poszukiwane są jednak nowe drogi pozyskiwania środków inwestycyjnych na ten sam cel, ze względu na to, że zakupiony sprzęt jest ciągle eksploatowany i jako taki się zużywa:

„(…)Korzystacie Państwo z całego sprzętu i wszystkich modernizacji wykonanych w ramach tej inwestycji?

Tak, z całego sprzętu ale mamy zakusy o kolejny sprzęt dla oddziału Intensywnej Terapii, co jeszcze bardziej zwiększyłoby bezpieczeństwo i komfort pacjentów.(…)"

Projekt jest komplementarny z innymi 3 zrealizowanymi działaniami – inwestycjami:

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

- *Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii*. Projekt współfinansowany w 2008 roku w ramach programu "Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii". Powyższy program był jednym z zadań "Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" (program realizowany przez Ministerstwo Zdrowia). W ramach projektu zakupiono sprzęt medyczny oraz materiały do przeprowadzenia zabiegów. Tym samym podjęto działania na rzecz poprawy jakości świadczonych usług medycznych;
- *Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii*. Projekt współfinansowany w 2007 roku w ramach programu "Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii". Powyższy program był jednym z zadań "Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" (program realizowany przez Ministerstwo Zdrowia). Zakupiono dwa urządzenia: endoultrasonograf EBUS oraz respirator z możliwością prowadzenia wentylacji strumieniowej. Tym samym podjęto działania na rzecz poprawy jakości świadczonych usług medycznych;
- *Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii*. Projekt współfinansowany w 2006 roku w ramach programu "Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii". Powyższy program był jednym z zadań "Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych" (program realizowany przez Ministerstwo Zdrowia). Zakupiono: Aparaturę do badań autofluorescencyjnych; 3 bronchoskopy interwencyjne; 2 wideomediastinoskopy; Wideotorakoskop; Tor wizyjny(operacyjny) z instrumentarium; Zestaw komputerowy. Tym samym podjęto działania na rzecz poprawy jakości świadczonych usług medycznych.

Wszystkie wymienione wyżej projekty są komplementarne z podlegającym *case study* w sposób stricte medyczny. Jednostka przygotowuje się także do starań o środki na kolejny projekt, związany z termomodernizacją, która pośrednio pozwoli zaoszczędzić środki przeznaczane dotychczas na ogrzewanie obiektu, na działania medyczne:

„(…)Projekt, w przypadku którego w tej chwili będziemy się ubiegać o środki, będzie tez pośrednio związany. Każdy projekt ma służyć podniesieniu jakości leczenia i poprawie komfortu leczenia i w tej chwili będziemy się ubiegać o środki na termomodernizację obiektu. To pozwoli lepiej zarządzać środkami finansowymi, bo termomodernizacja ma pośrednio przyczynić się do obniżenia

rachunków za energię, więc będzie można te pieniądze zaoszczędzone przeznaczyć na poprawę komfortu leczenia pacjentów w szpitalu. Szpital lepiej będzie wykonywał swoje funkcje.(…)"

Wszystkie wskaźniki, założone we wniosku o dofinansowanie, zostały osiągnięte. Zakupiony w ramach inwestycji sprzęt medyczny jest w pełni wykorzystywany. Liczba leczonych pacjentów, ani czas oczekiwania na zabieg nie uległy zmianie w wyniku zrealizowanego projektu. Zmalała śmiertelność pacjentów placówki w skali miesiąca, z 8,17 do 7,5 jednostki – osoby (przy czym udział zrealizowanej inwestycji wyniósł 8,2%).

Uznać należy, że nastąpiła zmiana dostępności dla osób niepełnosprawnych do obiektu, poprzez udrożnienie i unowocześnienie kanałów transportowych wewnątrz szpitala. Nie było to jednak bezpośrednim założeniem projektu. W wyniku zrealizowanej inwestycji nie doszło do utworzenia nowego etatu na terenie placówki. Nie został także poszerzony katalog dostępnych usług medycznych. W wyniku inwestycji przeprowadzono stosowne szkolenia dla personelu Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu.

Tabela 38. Sprzęt zakupiony w wyniku zrealizowanej inwestycji

Lp.	Nazwa urządzenia	Ilość szt.
1	Umywalka lekarska dwustanowiskowa	1
2	Medyczna jednostka zasilająca przyścienna	1
3	Kolumna anestezjologiczna sufitowa	3
4	Kolumna chirurgiczna sufitowa	1
5	Kardiomonitor	4
6	Defibrylator	1
7	Pompa infuzyjna strzykawkowa	6
8	Respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100%	2
9	Aparat do znieczulenia	1
10	Laryngoskop	6
11	Fiberoskop	1
12	Diatermia chirurgiczna	1
13	Negatoskop 1 - klatkowy	2
14	Negatoskop 3 - klatkowy	3
15	Zestaw narzędzi torakochirurgicznych	3
16	Zestaw narzędzi chirurgicznych	1
17	Stół operacyjny	2
18	Wózek do przewozu chorych z barierkami	4
19	Stolik do narzędzi z ruchomą płytą	2
20	Stolik do narzędzi	3
21	Wózek anestezjologiczny	4
22	Wózek do przewożenia brudnej bielizny - pojedynczy	3
23	Wózek ze stali nierdzewnej zamykany	8
24	Wózek ze stali nierdzewnej zamykany	1
25	Wózek brudny zamknięty do transportu	1
26	Komputer PC	3
27	Monitor LCD	3
28	Drukarka do komputera	3

Lp.	Nazwa urządzenia	Ilość szt.
29	Stanowisko komputerowe dla sali operacyjnej	3
30	Oprogramowanie: ewidencja zadań na bloku operacyjnym	
31	Szafka przyścienna jednokomorowa	1
32	Szafa przyścienna jednokomorowa	1
33	Szafka przyścienna dwukomorowa	1
34	Szafka lekarska z sejfem	1
35	Szafa otwarta z półkami (szafa endoskopowa zamykana)	1
36	Krzesło tapicerowane	4
37	Krzesło obrotowe na kółkach	2
38	Szafa odzieżowa 2 - działowa	1
39	Szafa odzieżowa 4 - działowa	9
40	Płuczka dezynfektor	1
41	Komora do dezynfekcji wózków (część z VAT-em 7%)	1
42	Komora do dezynfekcji wózków (część z VAT-em 22%)	1
43	Destylator	2
44	Regał otwarty stojący z regulacją odległości między półkami	1
45	Szafa zamykana z półkami	1
46	Szafa z półkami zamykana	2
47	Taboret szpitalny	4
48	Krzesło obrotowe na kółkach	4
49	Regał listwowy z koszami typu KS-60	6
50	Regał otwarty ze stali nierdzewnej	3
51	Regał otwarty ze stali nierdzewnej	3
52	Stół otwarty ze stali nierdzewnej (stół roboczy z szafką i komorą na zlewozmywak)*	1
53	Wózek ze stali kwasoodpornej do transportu materiałów sterylnych	1
54	Wózek ze stali kwasoodpornej do transportu materiałów sterylnych	1
55	Stół roboczy ze stali nierdzewnej z podświetlanym blatem	1
56	Stół do pakietowania zestawów	2
57	Stół podświetlany do bielizny	1
58	Wózek transportowy na kosze	1
59	Wózek czysty zamknięty do transportu	1
60	Laryngoskop z ładowarką	3 kpl.
61	Laryngoskop	1 kpl.
62	Laryngoskop światłowodowy	1 kpl.
63	Laryngoskop z ładowarką	1 kpl.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

3.7. Analiza SWOT działań podjętych w ramach Priorytetu 8 RPO WD

Tabela obrazuje mocne i słabe strony mechanizmów przeprowadzonych działań oraz możliwe szanse i zagrożenia jaki istnieją w kolejnej perspektywie finansowania.

Mocne strony	Słabe strony
1. Zakup nowego sprzętu o wyższych parametrach, lepszych możliwościach diagnostycznych; 2. Wymiana zużytego sprzętu celem dostosowania do rozporządzeń MZ. 3. Poprawa jakości świadczonych usług. 4. Przeznaczenie znaczącej puli środków dla szpitali o oddziaływaniu subregionalnym i wojewódzkim; 5. Wprowadzenie sieci projektów w dziedzinie Teleradiologii; 6. Inwestowanie środków w dziedziny istotne z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa: pulmonologię i onkologię; 7. Realizacja projektów w dziedzinie pulmonologii prowadząca do większej racjonalizacji placówek służby zdrowia; 8. Dobrze przeprowadzona kampania informacyjna dla potencjalnych beneficjentów.	1. Brak całościowego programu rozwoju służby zdrowia w województwie dolnośląskim (dla wszystkich dziedzin) przed rozpoczęciem programu[44]; 2. Niewielka ilość projektów dedykowanych dziedzinie onkologii[45]; 3. Brak inwestycji (poza Teleradiologią) dedykowanych innowacyjnym rozwiązaniom w dziedzinie medycyny; 4. Zbyt niski poziom stosowania zasady komplementarności na poziomie projektów; 5. Bark wystarczającej wiedzy beneficjentów w dziedzinie zamówień publicznych; 6. Brak projektów dotyczących współpracy międzynarodowej i międzyregionalnej (służących wymianie doświadczeń między placówkami służby zdrowia);

[44] Został stworzony program rozwoju pulmonologii
[45] Pod uwagę należy wziąć charakter projektów zgłaszanych przez samych beneficjentów

Szanse	Zagrożenia
1. Przeprowadzenie pełniejszej diagnozy jeśli chodzi o wyposażenie placówek służby zdrowia, a także występujące w tych jednostkach zapotrzebowanie np. Program rozwoju służby zdrowia w województwie; 2. Współpraca z Wydziałem Zdrowia UMWD, regionalnym ośrodkiem NFZ oraz konsultantami wojewódzkimi w zakresie oceny potrzeb i możliwości jednostek służby zdrowia oraz kierunków inwestycji; 3. Realizacja projektów kluczowych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców m.in. w dziedzinie rehabilitacji, opieki długoterminowej, onkologii; 4. Realizacja projektów wprowadzających nowe technologie i rozwiązania (innowacyjnych) m.in. rozwijanie sieci teleradiologii, informatyzacja placówek służby zdrowia; 5. Kompleksowe podejście do realizowanych inwestycji i partnerski sposób realizacji inwestycji; 6. Wymiana doświadczeń pomiędzy placówkami; 7. Specjalistyczny system szkoleń w zakresie opracowania wniosków i realizacji projektów dostosowany do potrzeb odbiorców ze szczególnym uwzględnieniem zakresu tematycznego: prawo zamówień publicznych i kwalifikowalność wydatków, uwzględniający doświadczenia płynące z obecnej perspektywy finansowej; 8. Poprawa funkcjonalności strony www.rpo.dolnyslask.pl;	1. Brak dofinansowania ze środków UE na służbę zdrowia na poziomie regionalnym w kolejnej perspektywie finansowania lub ścisłe ukierunkowanie inwestycji na wybrane dziedziny np. informatyzację; 2. Reforma służby zdrowia przypadająca na okres wdrażania RPO, przekształcenia jednostek służby zdrowia, co może skutkować nieosiągnięciem założonych wskaźników, a także zmianami we współczynniku P (w okresie trwałości projektów); 3. Brak jasności, co do kierunków zmian na poziomie krajowym w służbie zdrowia podczas formułowania założeń RPO; 4. Obniżenie wartości kontraktów podpisanych z NFZ w placówkach objętych dofinansowaniem; 5. Brak korelacji między podażą, a popytem na usługi z zakresu służby zdrowia; 6. Błędne założenia co do wartości docelowej wskaźników na poziomie celów RPO WD.

3.8. Wpływ systemu zarządzania wyborem projektów stosowany w innych IZ RPO na realizację celów zakładanych w obszarach wsparcia analogicznych do znajdujących się w Priorytecie 7 „Edukacja" i 8 „Zdrowie" RPO WD? (na przykładzie 3 województw)

3.8.1. Założenia programowe RPO – priorytety związane ze zdrowiem i edukacją

Główne założenia Regionalnych Programów Operacyjnych były związane ze wzmocnieniem rozwoju regionów i poprawą ich konkurencyjności na tle pozostałych województw. Wszystkie 16 regionalnych programów realizują Strategię Rozwoju Kraju na lata 2007-2015 oraz *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013 wspierające wzrost gospodarczy i zatrudnienie (Narodowa Strategia Spójności)*. Jednocześnie każdy z 16 programów jest odzwierciedleniem polityki rozwoju prowadzonej przez samorząd danego województwa, której podstawę stanowi *Strategia Rozwoju Województwa*.

Główne cele Regionalnych Programów Operacyjnych poszczególnych województw:

- RPO Województwa Śląskiego na lata 2007-2013: stymulowanie dynamicznego rozwoju, przy wzmocnieniu spójności społecznej, gospodarczej i przestrzennej regionu;
- RPO Województwa Wielkopolskiego na lata 2007-2013: wzmocnienie potencjału rozwojowego wielkopolski na rzecz wzrostu konkurencyjności i zatrudnienia;
- RPO Województwa Mazowieckiego na lata 2007-2013: poprawa konkurencyjności regionu i zwiększanie spójności społecznej, gospodarczej i przestrzennej województwa.

Przedstawiciele IZ RPO biorący udział w badaniu, stwierdzili, że założenia programowe w reprezentowanych przez nich województwach powstały w oparciu o przeprowadzoną wcześniej diagnozę stanu sytuacji społeczno-gospodarczej każdego z regionów. Ponadto zostały przeprowadzane konsultacje społeczne, jak również spotkania eksperckie z przedstawicielami z dziedziny zdrowia i edukacji.

Przy tworzeniu RPO panowała dowolność dotycząca struktury poszczególnych priorytetów, co spowodowało, że w niektórych województwach zostały wyodrębnione osobno priorytety dotyczące zdrowia i edukacji, a w innych obszary dotyczące zdrowia i edukacji połączono w jeden priorytet odnoszący się ogólnie do infrastruktury społecznej.

Struktura usytuowania obszarów związanych ze zdrowiem i edukacją w danych województwach:

- **RPO Województwa Śląskiego: Priorytet IX Zdrowie i Rekreacja**: Działanie 9.1 Infrastruktura lecznictwa zamkniętego, Działanie 9.2 Infrastruktura lecznictwa otwartego, Działanie 9.3 Lokalna infrastruktura sportowa oraz **Priorytet VIII Infrastruktura**

edukacyjna: Działanie 8.1 Infrastruktura szkolnictwa wyższego, Działanie 8.2 Infrastruktura placówek oświaty, Działanie 8.3 Infrastruktura kształcenia ustawicznego

- **RPO Województwa Wielkopolskiego: Priorytet V Infrastruktura dla kapitału ludzkiego**: Działanie 5.1 Infrastruktura szkolnictwa wyższego, Działanie 5.2 Rozwój infrastruktury edukacyjnej, w tym kształcenia ustawicznego, Działanie 5.3. Poprawa warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie
- **RPO Województwa Mazowieckiego: Priorytet VII Tworzenie i poprawa warunków dla rozwoju kapitału ludzkiego**: Działanie 7.1 Poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Działanie 7.2 Poprawa dostępności i jakości infrastruktury edukacyjnej

Założeniem programowym priorytetów związanych ze zdrowiem i edukacją było przede wszystkim poprawienie dostępności oraz jakości infrastruktury zdrowotnej i edukacyjnej, w tym dostosowanie systemu edukacji do potrzeb rynku pracy, stworzenie warunków do rozwoju społeczeństwa o wysokich kwalifikacjach zawodowych, wzrost dostępności i poprawa warunków kształcenia na poziomie przedszkolnym, podstawowym, gimnazjalnym, ponadgimnazjalnym i wyższym oraz wzrost dostępności i poprawa warunków kształcenia ustawicznego, poprawienie standardów opieki medycznej, zmniejszenie zachorowalności na choroby społeczne, poprawa stanu zdrowia mieszkańców, wyrównanie dysproporcji wewnątrz regionalnych w dostępie do infrastruktury edukacyjnej i zdrowotnej. Realizacja tych założeń odbywała się głównie poprzez modernizację placówek edukacyjnych i zdrowotnych oraz zakup specjalistycznego sprzętu medycznego lub zakup wyposażenia do placówek edukacyjnych.

Tworzenie kryteriów wyboru projektu zarówno dotyczących dziedziny edukacji, jak i zdrowia było również konsultowane z ekspertami związanymi ze środowiskiem medycznym i edukacyjnym, następnie skonstruowane kryteria zostały zatwierdzone przez dany Komitet Monitorujący, składający się m.in. z przedstawicieli zarządu województwa, Instytucji Pośredniczącej, Powiatów, Gmin etc.

Kryteria wyboru projektów z dziedziny edukacji dotyczyły przede wszystkim:

- wpływu projektu na poprawę warunków i jakości kształcenia oraz nauczania,
- dostosowania kierunków kształcenia do potrzeb rynku pracy,
- wpływu projektu na poprawę konkurencyjności międzyregionalnej w zakresie szkolnictwa wyższego,
- niwelowania różnic w dostępie do obiektów dla osób zdrowych i niepełnosprawnych,
- innowacyjności projektu,
- wpływu projektu na wzrost liczby słuchaczy,
- wpływu projektu na poszerzenie oferty edukacyjnej,
- wpływu projektu na poprawę jakości nauczania.

Ponadto IZ RPO województwa śląskiego dodała m.in. takie kryteria jak: skalowalność (możliwość zapewnienia harmonijnego rozrastania się systemu w miarę upływu czasu i pomnażania liczby jego użytkowników, zwiększania liczby przetwarzanych procesów itp. bez konieczności zasadniczych zmian projektowych), wpływ projektu na poprawę zarządzania.[46]

Poszczególne IZ RPO przy wyborze **projektów dotyczących szkół wyższych** zastosowały również inne kryteria, w przypadku **IZ województwa wielkopolskiego** pojawiły się m.in. kryteria dotyczące:

- uzasadnienia potrzeby realizacji projektu (np. racjonalizacja sieci placówek oświatowych, rozwoju infrastruktury niezwiązanej bezpośrednio z kształceniem),
- związku projektu z kierunkami rozwojowymi - istotnymi dla rozwoju gospodarki opartej na wiedzy – zgodnie z „Proponowanymi kierunkami rozwoju nauki i technologii w Polsce do 2020",
- odsetka wysokokwalifikowanej kadry akademickiej ze stopniem doktora habilitowanego lub / i tytułem profesorskim w odniesieniu do kadry akademickiej ogółem,
- liczby kierunków kończących się stopniem magistra,
- prawa do nadawania stopnia naukowego doktora,
- wpływu projektu na zwiększenie udziału/zaangażowania uczelni w realizację międzynarodowych projektów badawczych i dydaktycznych,
- wpływu projektu na poprawę warunków socjalnych kadry akademickiej i studentów,
- korzystania przez Beneficjenta z innych Programów Ramowych UE,
- aktywności uczelni w środowisku lokalnym ze szczególnym uwzględnieniem dostępności bazy dla środowiska pozaakademickiego,
- działalności podmiotu w zakresie e-learningu.[47]

IZ RPO województwa mazowieckiego zastosowała następujące kryteria wyboru **projektów dotyczących szkół wyższych:**

- wpływ projektu na zmniejszenie dysproporcji w dostępie do edukacji pomiędzy obszarami wiejskimi, a miastami;
- wpływ projektu na zwiększenie dostępności infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- wpływ projektu na rozwój kształcenia ustawicznego.[48]

W przypadku **projektów dotyczących infrastruktury w placówkach edukacyjnych oraz kształcenia ustawicznego IZ RPO województwa wielkopolskiego** zastosowało następujące kryteria:

[46] Zob. *Szczegółowy opis priorytetów RPO WŚ na lata 2007-2013. Zał. nr 6 Kryteria wyboru projektów*.
[47] Zob. Kryteria Wyboru Projektów w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013.
[48] Zob. Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2007 – 2013.

- projekty z zakresu wsparcia infrastruktury edukacyjnej:
  - aktywność edukacyjna szkoły wykraczająca poza podstawowy program nauczania (np. zajęcia pozalekcyjne, udział w konkursach, kółka zainteresowań, itd.),
  - komplementarność z innymi projektami realizowanymi ze środków europejskich, zwłaszcza realizowanymi w ramach PO „Kapitał ludzki", oraz w Działaniu 2.7 WRPO " Infrastruktura społeczeństwa informacyjnego" (projekty z zakresu e-learningu) – wybranymi do realizacji,
  - projekt zlokalizowany na terenach wiejskich lub w małych miejscowościach (miejscowości do 10 tyś. mieszkańców),
  - projekt dla placówek prowadzących działalność na rzecz dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych/do placówek, które prowadzą m.in. klasy integracyjne,
  - projekt zakłada tworzenie nowych pracowni z zakresu nauk ścisłych (matematyka, biologia, chemia, fizyka oraz geografia).
- projekty z zakresu wsparcia infrastruktury kształcenia ustawicznego:
  - komplementarność z innymi projektami realizowanymi ze środków europejskich, zwłaszcza realizowanymi w ramach PO „Kapitał Ludzki" (Działanie 9.3) Upowszechnienie kształcenia ustawicznego) – wybranymi do realizacji,
  - projekt dotyczy wyłącznie zakupu wyposażenia specjalistycznego do praktycznej nauki zawodu,
  - projekt wpływa na poszerzenie oferty edukacyjnej, np. nowe dziedziny, kierunki, typy szkół, metody dydaktyczne.[49]

IZ RPO województwa mazowieckiego wprowadziła następujące kryteria **dotyczące placówek edukacyjnych:**

- lokalizacja projektu/dochód podatkowy gminy,
- wpływ projektu na zmniejszenie dysproporcji w dostępie do edukacji pomiędzy obszarami wiejskimi, a miastami,
- wpływ projektu na zwiększenie dostępności infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- wielofunkcyjność wykorzystania infrastruktury będącej przedmiotem projektu (funkcja podstawowa i uzupełniająca),
- racjonalizacja placówek edukacyjnych – związek z gminnymi lub powiatowymi planami sieci szkół. [50]

[49] Zob. Kryteria Wyboru Projektów w ramach Wielkopolskiego….
[50] Zob. Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego …

Tworząc kryteria wyboru projektów z dziedziny zdrowia IZ RPO miały głównie na uwadze poprawę dostępności i jakości świadczonych usług zdrowotnych.

W województwie wielkopolskim, w przypadku projektów dotyczących inwestycji w wyposażenie i infrastrukturę ochrony zdrowia odniesiono się do takich zagadnień jak:

- poprawa jakości świadczeń zdrowotnych - skrócenie czasu oczekiwania na usługę medyczną,
- zwiększenie ilości i/lub rodzaju świadczonych usług - poprawa dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych - skrócenie czasu diagnostyki,
- wpływ projektu na diagnostykę, poziom i terapię wczesnego wykrywania chorób onkologicznych, naczyniowo- sercowych oraz opiekę pediatryczną,
- oddziaływanie projektu: regionalne, ponadlokalne, lokalne,
- wiarygodność finansowa beneficjenta – odniesienie do poziomu zadłużenia jednostki, poprawa dostępu do opieki długoterminowej,
- zapewnienie całodobowej obsługi urządzeń medycznych będących przedmiotem projektu (umowa z NFZ),
- jednostka posiada specjalistyczne oddziały ratunkowe- gotowość udzielania świadczeń w sytuacjach zdarzeń nagłych, klęsk żywiołowych,
- wpływ projektu na efektywność, poprzez skrócenie średniego czasu hospitalizacji / zwiększenia stopnia wykorzystania łóżek /zwiększenie liczby zabiegów, jednostka zapewnia specjalistyczną opiekę ambulatoryjną.

W projektach odnoszących się do poprawy poziomu funkcjonowania i świadczenia usług wojewódzkich jednostek ochrony zdrowia dodano m.in. następujące kryteria:

- uzasadniona potrzeba realizacji projektu (jakościowa ocena poprawy usług i dostosowanie do standardów),
- komplementarność z innymi projektami zrealizowanymi przez Wnioskodawcę ze środków europejskich,
- projekt przewiduje udogodnienia dla osób niepełnosprawnych,
- osiągnięcie wartości wskaźników określonych we wniosku wpłynie na osiągnięcie docelowych wartości wskaźników działania.[51]

IZ RPO województwa mazowieckiego w przypadku projektów dedykowanych do podstawowej opieki zdrowotnej zwracała uwagę na:

- dostosowanie placówek do obowiązujących standardów i przepisów prawa,
- lokalizację projektu/ dochód podatkowy gminy,

[51] Zob. *Kryteria Wyboru Projektów w ramach Wielkopolskiego….*

- wpływ projektu na zwiększenie dostępności infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- efektywność energetyczna projektu.

Z kolei w przypadku przychodni specjalistycznych i szpitali istotne było:

- dostosowanie placówek do obowiązujących standardów i przepisów prawa,
- unowocześnienie bazy diagnostycznej i terapeutycznej,
- wpływ projektu na zwiększenie dostępności infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- efektywność energetyczna projektu.[52]

IZ RPO województwa śląskiego zdecydowała się na połączenie obszarów związanych z infrastrukturą zdrowotna i rekreacyjną w jeden Priorytet, jednocześnie dążąc do wspierania nie tylko infrastruktury zdrowotnej, ale również infrastruktury powiązanej z szeroko rozumianą profilaktyką zdrowotną.

W tym przypadku kryteria wyboru projektów dotyczyły obszarów odnoszących się zarówno do zdrowia, jak i rekreacji i kształtowały się następująco:

- bezpośredni wpływ realizacji projektu na usprawnienie i/lub podniesienie jakości świadczonych usług medycznych, w kontekście dobra pacjenta,
- innowacyjność projektu,
- niezbędność planowanej inwestycji np. w odniesieniu do: prawidłowego wypełniania przez jednostkę jej zadań statutowych, dostosowania jednostki do wymogów prawa, planów i programów (rządowych i samorządowych),
- zapotrzebowanie na terenie dzielnicy/gminy/powiatu na obiekty sportowe danego typu (mierzone niewystępowaniem obiektu danego typu w najbliższej okolicy),
- ogólnodostępność obiektu będącego przedmiotem projektu (działalność sekcji i klubów sportowych nie powinna być dominująca),
- promowanie aktywnych form spędzania czasu z wykorzystaniem danego obiektu poprzez organizowanie imprez sportowo-rekreacyjnych i/lub organizowanie zajęć i sekcji sportowych.[53]

3.8.2. Projekty kluczowe, indywidualne, nabory celowe

Projekty kluczowe związane są ściśle z rozwojem danego województwa i są w pełni spójne ze Strategią Rozwoju Województwa. Kluczowość projektu charakteryzuje się tym, że dana inwestycja ma szczególne znaczenie dla lokalnej społeczności, a tym samym kluczowe z punktu

[52] Zob. *Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego …*
[53] Zob. *Szczegółowy opis priorytetów RPO WŚ na lata 2007-2013. Zał. nr 6 Kryteria…*

widzenia rozwoju całego regionu, wpisując się w wybrane zakresy RPO. Projekty kluczowe są wybierane w trybie pozakonkursowym przez Zarząd Województwa.

W **województwie śląskim wybrano 17 inwestycji mających realny wpływ na rozwój całego województwa, w tym 2 które są powiązane z obszarem edukacji**, pierwsza dotyczyła rozbudowy Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, druga budowy Centrum Informacji Naukowej i Biblioteki Akademickiej w Katowicach. **Żadna z inwestycji związanych z infrastrukturą zdrowotną nie została ujęta w Indykatywnym Wykazie Indywidualnych Projektów Kluczowych Województwa Śląskiego na lata 2007-2013**, powodem tego była m.in. informacja ze strony Ministerstwa Rozwoju Regionalnego przesłana do wszystkich regionów zaangażowanych w realizację RPO mówiąca o tym, że jedynie 7% alokacji może zostać przeznaczone na infrastrukturę społeczną, co spowodowało, że na realizację inwestycji w infrastrukturę zdrowotną zabrakło już środków.

W **Wielkopolsce wśród projektów kluczowych znalazło się aż 11 inwestycji związanych z obszarem edukacji,** wszystkie te projekty dotyczyły szkół wyższych, jako tych podmiotów, które oddziałują na cały region. **Z dziedziny zdrowia na liście kluczowych projektów znalazło się 5 inwestycji** związanych z tym obszarem, głównie dotyczyły poprawy funkcjonowania świadczenia usług w wojewódzkich jednostkach ochrony zdrowia, poprawy warunków wykrywalności chorób onkologicznych, zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego. Pojawił się również jeden projekt, którego beneficjentem był szpital kliniczny, mimo że szpitale kliniczne zostały wyłączone z puli potencjalnych beneficjentów projektów RPO. Jednak projekt pn. *Program leczenia ostrych pęknięć tętniaków aorty i ostrej zatorowości płucnej Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu* okazał się kluczowy nie tylko dla Wielkopolski, ale całej zachodniej Polski, co spowodowało brak jakichkolwiek protestów i tym samym umieszczenie go wśród strategicznych projektów województwa wielkopolskiego.

Zarząd **Województwa Mazowieckiego wybrał po 4 projekty związane z edukacją i zdrowiem do puli projektów kluczowych,** były to głównie inwestycje opiewające na o wiele wyższe kwoty niż w przypadku dofinansowania projektów w trybie konkursowym. Projekty kluczowe dotyczące infrastruktury edukacyjnej skupiały się głównie na modernizacji obiektów edukacyjnych. Wśród projektów związanych ze zdrowiem znalazły się przede wszystkim inwestycje dotyczące modernizacji placówek oraz zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego.

Tabela 39. Wykaz projektów kluczowych powiązanych z obszarem edukacji w poszczególnych województwach – na podstawie Aktualna lista projektów kluczowych WRPO, Projekty kluczowe – www.rpo.slaskie.pl, Indykatywny Wykaz Indywidualnych Projektów Kluczowych dla RPO WM 2007-2013.

lp.	województwo	tytuł projektu	beneficjent	miejscowość
1.	śląskie	Centrum Informacji Naukowej i Biblioteka Akademicka	Uniwersytet Śląski	Katowice
2.	śląskie	Wydział Nauk Społecznych – rozbudowa bazy naukowo-dydaktycznej Akademii im. Jana Długosza w perspektywie powołania Uniwersytetu w Częstochowie	Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie	Częstochowa
3.	wielkopolskie	Adaptacja obiektów powojskowych na potrzeby dydaktyczno-laboratoryjne i rekreacyjno-sportowe PWSZ w Kaliszu	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu	Kalisz
4.	wielkopolskie	Budowa auli wielofunkcyjnej z zespołem sal wykładowych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. J.A. Komeńskiego w Lesznie	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. A. Komeńskiego w Lesznie	Leszno
5.	wielkopolskie	Budowa Centrum Wykładowo-Dydaktycznego w Koninie	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie.	Konin
6.	wielkopolskie	Budowa budynku dydaktycznego Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu	Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu.	Poznań
7.	wielkopolskie	Rozbudowa Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu	Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu.	Poznań
8.	wielkopolskie	Biblioteka Techniczna i Centrum Wykładowe	Politechnika Poznańska	Poznań
9.	wielkopolskie	Budowa Biocentrum Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu wraz z wyposażeniem	Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu.	Poznań
10.	wielkopolskie	Poprawa jakości kształcenia poprzez wyposażenie biblioteki oraz modernizację i wyposażenie sal dydaktycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Poznań
11.	wielkopolskie	Centrum Edukacyjne Usług Elektronicznych Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.	Poznań
12.	wielkopolskie	Utworzenie Centrum Dydaktycznego Badań Kół Zębatych przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową w Kaliszu	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu	Kalisz
13.	wielkopolskie	Rewitalizacja i modernizacja zabytkowego budynku głównego Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu przy Al. Marcinkowskiego 29	Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu	Poznań
14.	mazowieckie	Budowa budynku Wydziału Humanistycznego z Pracownią Rzeźby dla Akademii Podlaskiej w Siedlcach przy ul. Żytniej -II etap	Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach.	Siedlce
15.	mazowieckie	Budowa budynku dydaktycznego dla potrzeb Wydziału Lingwistyki Stosowanej i Filologii Wschodniosłowiańskich oraz Wydziału Neofilologii Uniwersytetu Warszawskiego w rejonie ulic Lipowej - Dobrej - Wiślanej - Browarnej w	Uniwersytet Warszawski.	Warszawa

lp.	województwo	tytuł projektu	beneficjent	miejscowość
		Warszawie - Etap I		
16.	mazowieckie	Poprawa jakości infrastruktury dydaktyki Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku -	PWSZ w Płocku	Płock
17.	mazowieckie	Rozbudowa i zakup wyposażenia Nauczycielskiego Kolegium Języków Obcych w Siedlcach.	Samorząd Województwa Mazowieckiego/Nauczycielskie Kolegium Języków Obcych w Siedlcach.	Siedlce

Tabela 40. Wykaz projektów kluczowych powiązanych z obszarem zdrowia w poszczególnych województwach – na podstawie Aktualna lista projektów kluczowych WRPO, Projekty kluczowe - www.rpo.slaskie.pl, Indykatywny Wykaz Indywidualnych Projektów Kluczowych dla RPO WM 2007-2013.

lp.	województwo	tytuł projektu	beneficjent	miejscowość
1.	wielkopolskie	Poprawa wykrywalności, standardów diagnostyki i radioterapii nowotworów w Wielkopolsce	Wielkopolskie Centrum Onkologii.	Poznań
2.	wielkopolskie	Poprawa jakości usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie.	Konin
3.	wielkopolskie	Program leczenia ostrych pęknięć tętniaków aorty i ostrej zatorowości płucnej	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.	Poznań
4.	wielkopolskie	Zakup wyposażenia dla rozbudowanego i przebudowanego Bloku Operacyjnego oraz Centralnej Sterylizatornii Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu	Szpital Wojewódzki w Poznaniu.	Poznań
5.	wielkopolskie	Poprawa poziomu funkcjonowania i świadczenia usług Wojewódzkich Jednostek Ochrony Zdrowia	Wojewódzkie Jednostki Ochrony Zdrowia	Wielkopolska
6.	mazowieckie	Modernizacja systemu neuronawigacji poprzez uzupełniający zakup oprogramowania do operacji prowadzonych obrazem w zakresie centralnego układu nerwowego.	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie	Warszawa
7.	mazowieckie	Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku wraz z wyposażeniem	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	Płock
8.	mazowieckie	Budowa Pawilonu Ginekologiczno - Położniczego z wykorzystaniem istniejącej konstrukcji w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Tytusa Chałubińskiego wraz z jego wyposażeniem.	Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr Tytusa Chałubińskiego	Radom
9.	mazowieckie	Zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych świadczonych w samodzielnym publicznym specjalistycznym szpitalu zachodnim im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego wraz z niezbędnym wyposażeniem	Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	Grodzisk Mazowiecki

3.8.3. Obliczanie poziomu dofinansowania projektów związanych ze zdrowiem. Współczynnik wydatków kwalifikowanych („współczynnik P")

IZ RPO Województwa Dolnośląskiego wprowadziło możliwość finansowania projektów związanych ze zdrowiem, których wnioskodawcami mogły zostać placówki zdrowotne świadczące usługi medyczne przy użyciu sprzętu zakupionego w ramach projektu, nie tylko poprzez świadczenia kontraktowane z NFZ, ale również komercyjnie.

Sposób obliczenia wartości wydatków kwalifikowalnych przedstawia się następująco: podstawą do obliczenia poziomu dofinansowania są przychody z całości świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez wnioskodawcę. W pierwszej kolejności należy obliczyć „współczynnik wydatków kwalifikowalnych" („P"), który stanowi procentową proporcję przychodów jednostki uzyskiwanych na podstawie umowy z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego w całości przychodów wnioskodawcy uzyskanych ze świadczeń zdrowotnych poprzednim okresie rozliczeniowym. Jeżeli w poprzednim okresie rozliczeniowym wnioskodawca nie podpisał umowy z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, ale na dzień ogłoszenia naboru działa już w publicznym systemie ochrony zdrowia, podstawą do wyliczeń współczynnika powinien być okres od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ogłoszenia naboru. Wyliczony w ten sposób współczynnik „P" jest podstawą do ustalenia wartości wydatków kwalifikowalnych w ramach projektu. Aby obliczy wartość wydatków kwalifikowalnych należy pomnożyć wartość wydatków spełniających wymagania kwalifikowalności przez współczynnik „P". Uzyskana wartość stanowi wartość wydatków kwalifikowanych. Pozostałe wydatki należy uznać za niekwalifikowane.[54]

Podobną możliwość wykorzystała IZ RPO WŚ stosując tzw. zasadę proporcjonalności, która polegała na określeniu, w jakiej części inwestycja (np. zakupiony sprzęt) służyć będzie do świadczenia usług publicznych (w ramach kontraktu z NFZ), a w jakiej do świadczenia usług komercyjnych. Określona w ten sposób proporcja musiała być odzwierciedlona we wnioskowanej wysokości dofinansowania. Należało zwrócić uwagę, iż podstawę do obliczenia dofinansowania mogła stanowić jedynie ta część inwestycji, która służyć będzie świadczeniu usług publicznych. Zatem wnioskodawcy, którzy skorzystali z powyższej możliwości, musieli zaznaczyć we wniosku proporcję utrzymania środków kontraktowych i poza kontraktowych, która miała ich obowiązywać przez 5 lat od momentu zakończenia danej inwestycji.[55]

[54] Zob. *Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2007 – 2013.*
[55] Zob. *Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2007 - 2013*

Niestety niektórym beneficjentom ze względu na zmiany w wysokościach przyznawanych kontraktów z NFZ trudno jest utrzymać wskaźnik dotyczący proporcjonalności świadczeń na poziomie zapisanym we wniosku. Jednak mimo tych problemów przedstawiciel IZ RPO WŚ stwierdził, że nie należy rezygnować z możliwości stosowania tzw. zasady proporcjonalności, a jedynie ją ulepszyć, m.in. poprzez zrezygnowanie z obligowania beneficjentów do utrzymywania wskaźnika proporcjonalności świadczeń wskazanego we wniosku przez 5 lat po zakończeniu projektu.

W województwie wielkopolskim i mazowieckim nie uwzględniono możliwości finansowania sprzętu wykorzystywanego również w celach komercyjnych, zakupiony sprzęt mógł być jedynie wykorzystywany do świadczeń kontraktowanych z NFZ. Jednak przedstawiciel IZ RPO WM stwierdził, że możliwość stosowania „zasady proporcjonalności" lub „współczynnika P" daje szansę placówkom na szersze wykorzystanie sprzętu i zwiększa szansę na pełne jego wykorzystanie.

Tabela 41. Zasada obliczania poziomu dofinansowania projektów związanych ze zdrowiem. Na podstawie Uszczegółowienie RPO WD, Uszczegółowienie RPO WŚ, Uszczegółowienie RPO WW, Uszczegółowienie RPO WM.

Zasada obliczania poziomu dofinansowania projektów związanych ze zdrowiem		
lp.	województwo	zasada
1.	dolnośląskie	Podstawą do obliczenia poziomu dofinansowania są przychody z całości świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez wnioskodawcę.„Współczynnik wydatków kwalifikowalnych" („P"), który stanowi procentową proporcję przychodów jednostki uzyskiwanych na podstawie umowy z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego w całości przychodów wnioskodawcy uzyskanych ze świadczeń zdrowotnych w roku 2007(czyli poprzednim okresie rozliczeniowym). Jeżeli w poprzednim okresie rozliczeniowym wnioskodawca nie podpisał umowy z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, ale na dzień ogłoszenia naboru działa już w publicznym systemie ochrony zdrowia, podstawą do wyliczeń współczynnika powinien być okres od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ogłoszenia naboru. Wyliczony w ten sposób współczynnik „P" jest podstawą do ustalenia wartości wydatków kwalifikowalnych w ramach projektu. Aby obliczy wartość wydatków kwalifikowalnych należy pomnożyć wartość wydatków spełniających wymagania kwalifikowalności przez współczynnik „P". Uzyskana wartość stanowi wartość wydatków kwalifikowanych. Pozostałe wydatki należy uznać za niekwalifikowane.
2.	śląskie	Zasada proporcjonalności – należy określić, w jakiej części inwestycja (np. zakupiony sprzęt) służyć będzie do świadczenia usług publicznych (w ramach kontraktu z NFZ), a w jakiej do świadczenia usług komercyjnych. Określona w ten sposób proporcja musi być odzwierciedlona we wnioskowanej wysokości dofinansowania. Należy zwrócić uwagę, iż podstawę do obliczenia dofinansowania może stanowić jedynie ta część inwestycji, która służyć będzie świadczeniu usług publicznych
3.	wielkopolskie	nie uwzględniono możliwości finansowania sprzętu wykorzystywanego również w celach komercyjnych, zakupiony sprzęt mógł być jedynie wykorzystywany do świadczeń kontraktowanych z NFZ.
4.	mazowieckie	nie uwzględniono możliwości finansowania sprzętu wykorzystywanego również w celach komercyjnych, zakupiony sprzęt mógł być jedynie wykorzystywany do świadczeń kontraktowanych z NFZ.

3.8.4. Elementy innowacyjne w projektach, konkurencyjność regionu

Innowacyjność projektów często była jednym z kryteriów wyboru danych inwestycji. Wg IZ RPO WŚ innowacyjność oznacza zdolność do tworzenia i wdrażania innowacji, jak również ich absorpcji. Za innowacje uznaje się nowe lub istotnie ulepszone produkty (wyroby, usługi), procesy i metody (techniczne, organizacyjne i marketingowe).

Jednak mimo podanej definicji istnieje problem z rozumieniem i wskazywaniem elementów innowacyjnych w projektach. Potwierdzają to wszyscy przedstawiciele IZ RPO. Często wśród inwestycji związanych ze zdrowiem za innowacyjne uważa się projekty dotyczące zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego, upatrując innowacyjność jedynie w tym, że jest to nowoczesny sprzęt, o najlepszych parametrach w swojej klasie, choć stosowanie danego sprzętu w medycynie jest już powszechne od kilku, kilkunastu lat. Brakuje projektów, które maja na celu wprowadzenie innowacyjnych, unikatowych rozwiązań za pomocą nowoczesnej technologii niestosowanej do tej pory. Z drugiej strony należy pamiętać, że spora część placówek zdrowia boryka się z dużymi problemami finansowymi, a ich infrastruktura wymaga natychmiastowych prac modernizacyjnych oraz wymiany przestarzałego i często niesprawnego sprzętu. Trudno jest więc mówić o wprowadzaniu innowacyjności, kiedy nie są zaspokojone podstawowe potrzeby.

W projektach dotyczących infrastruktury edukacyjnej innowacyjność upatrywano w wykorzystywaniu nowoczesnych technologii informatycznych, głównie poprzez tworzenie platform e-learningowych lub budowaniu centrów informacji – w pełni zinformatyzowanych i multimedialnych bibliotek, które miały być dostępne nie tylko dla studentów, ale ogółu mieszkańców. Warto jednak wskazać przykład projektu związanego z edukacją, którego realizacja miała miejsce na Śląsku, dotyczył on „Kompleksowej modernizacji sal audytoryjnych na Wydziale Automatyki, Elektroniki i Informatyki Politechniki Śląskiej oraz stworzenia Laboratorium Wirtualnego Latania", inwestycja ta, w szczególności stworzenie Laboratorium Wirtualnego Latania (zainstalowanie 12 nowoczesnych symulatorów lotu, umożliwiających naukę latania) wydaje się być unikatowa w skali kraju, a z pewnością wpłynęła In plus na konkurencyjność regionu.

3.8.5. Kontynuacja wsparcia w dalszej perspektywie finansowania

Przedstawiciele IZ RPO zgodnie stwierdzili, że w przyszłej perspektywie finansowania na infrastrukturę społeczna zostaną przeznaczone zbyt małe środki, co spowoduje znacznie mniejsze nakłady inwestycyjne na obszary związane zarówno ze zdrowiem, jak i edukacją, a potrzeby alokacji środków na te obszary cały czas są bardzo duże. Należy nie tylko dążyć do wyrównania szans i zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych czy usług edukacyjnych, ale również stawiać na wprowadzanie nowoczesnych technologii i rewolucyjnych rozwiązań.

W dziedzinie zdrowia przedstawiciele IZ RPO szansę pozyskania dodatkowych środków widzą w projektach z zakresu społeczeństwa informacyjnego, poprzez tego typu aplikacje będzie można

pozyskać finansowanie np. na informatyzację zdrowia, wykorzystywanie sieci teleinformatycznych, tworzenie systemów np. baz chorych, baz krwiodawców, konstruowanie platform typu e-zdrowie, etc. Ponadto twierdzą, że środki powinny zostać również skierowane na różnego rodzaju programy dotyczące profilaktyki zdrowotnej, na choroby cywilizacyjne oraz w związku ze starzeniem się społeczeństwa, na choroby wieku starczego.

Podobnie z obszarem edukacji, tutaj również powinno się wykorzystywać technologie informatyczne i w ten sposób pozyskiwać dodatkowe środki na infrastrukturę edukacyjną. Przedstawiciele IZ RPO wskazują, że należy dofinansowywać kierunki, które odpowiadają zapotrzebowaniu na rynku pracy, promować kształcenie ustawiczne, czyli uczenie się przez całe życie, wspierać kształcenie oparte na wykorzystywaniu nowoczesnych technologii.

3.8.6. Problemy występujące podczas aplikacji i w trakcie realizacji projektów

Przedstawiciele IZ RPO nie wymieniali żadnych większych problemów pojawiających się na etapie aplikowania przez wnioskodawców, co więcej zauważyli, że wraz z upływem czasu (kolejna perspektywa finansowania), a tym samym nabyciem większego doświadczenia w pisaniu wniosków, te są coraz lepsze, zarówno pod względem merytorycznym, jak i formalnym, pojawia się coraz mniej błędów lub też ich występowanie całkowicie zanika.

Większą trudność sprawia sama realizacja projektu. W dziedzinie zdrowia najwięcej problemów dostarcza kontraktowanie z NFZ, a co za tym idzie utrzymanie na odpowiednim poziomie zasady proporcjonalności czy też zapewnienia świadczeń kontraktowych, podczas których będzie wykorzystywany zakupiony sprzęt. Najwięcej problemów sprawia beneficjentom realizacja poszczególnych wskaźników, które wcześniej zadeklarowali we wniosku, np. niektórym uczelniom wyższym trudno jest zrealizować wskaźnik mówiący o liczbie studentów na danym kierunku, ponieważ okazało się, że liczba słuchaczy tego kierunku zamiast wzrosnąć, jak to wcześniej prognozowano, spadła.

Przedstawiciele IZ RPO zgodnie jednak potwierdzają, że najważniejsza jest realizacja wskaźników na poziomie województwa. Zatem, jeśli poszczególnemu beneficjentowi nie udało się zrealizować określonego wskaźnika, ale dzięki innym beneficjentom został on zrealizowany na poziomie całego regionu, wówczas ten beneficjent nie ponosi żadnych konsekwencji, często dochodzi jedynie do aneksowania umowy.

3.9. Sposoby realizacji przez beneficjentów zaleceń środowiskowych, wynikające z procedury konsultacji środowiskowych z partnerami społecznymi

IZ RPO WD była zobowiązana do opiniowania projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7 i 8 RPO WD w zakresie aspektów środowiskowych przez przedstawicieli organizacji pozarządowych ekologicznych oraz Regionalnego Konserwatora Przyrody. Projekty są opiniowane u Regionalnego Konserwatora Przyrody i przedstawiciela organizacji pozarządowych ekologicznych w KM RPO WD. Opiniujący są zobligowani do zachowania zasady bezstronności W terminie do 10 dni od daty otrzymania list projektów Regionalny Konserwator Przyrody i przedstawiciel organizacji pozarządowych ekologicznych w KM RPO WD (we współpracy z innymi organizacjami ekologicznymi) zapoznają się z projektami i drogą elektroniczną, na karcie przekazują opinię do pracownika ds. Zagadnień Środowiskowych dotyczącą ewentualnych uwag/sugestii odnośnie poszczególnych projektów w zakresie zgodności lub niezgodności projektu z polityką zrównoważonego rozwoju.

Z zastosowaniem tej procedury w ramach Priorytetu 7 Edukacja zaopiniowano 109 projektów, natomiast w ramach Priorytetu 8 Zdrowie 97 projektów.

Tabela 42. Ilość projektów opiniowanych przez NGO i RDOŚ

Priorytet	Ilość projektów opiniowanych przez NGO i RDOŚ
I. Przedsiębiorczość i Innowacyjność	50
II. Społeczeństwo informacyjne	75
III. Transport	69
IV. Środowisko i Bezpieczeństwo Ekologiczne	108
V. Energetyka	20
VI. Turystyka i Kultura	275
VII. Edukacja	109
VIII. Zdrowie	97
IX. Miasta	381

Na postawie przeanalizowanego materiału dotyczącego opinii zgłaszanych przez organizacje pozarządowe oraz Regionalnego Konserwatora Przyrody możemy powiedzieć, że negatywne opinie nie zostały wydane w przypadku żadnego projektu z obszaru Zdrowia i Edukacji (Priorytety 7 i 8 RPO WD). Na poziomie projektów z **Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD** pojawiały się 4 sugestie ze

strony Regionalnego Konserwatora Przyrody. W tabeli poniżej zostały opisane zalecenia oraz stan ich realizacji.

Tabela 43. Pojawiające się sugestie ze strony konserwatora przyrody i informacje o ich zastosowaniu na poziomie projektów w ramach Priorytetu 7

Projekt	**Sugestia ze strony Regionalnego Konserwatora Przyrody**	**Informacja o zastosowaniu się do sugestii**
Modernizacja centrów kształcenia zawodowego na Dolnym Śląsku (Działanie 7.2)	*Z opisu inwestycji nie wynikało jednoznacznie czy wniosek dotyczy tylko modernizacji istniejących obiektów, czy też w ramach zadania nazwanego "Modernizacji infrastruktury…" będą budowane jakieś nowe obiekty.*	Wyjaśnienia ani zmiany we wniosku nie zostały sporządzone.
Budowa budynku Szkoły Podstawowej w miejscowości Tomisław (Działanie 7.2)	*Przed przystąpieniem do prac termorenowacyjnych oraz zmiany pokrycia dachu należałoby we współpracy ze specjalistą ornitologiem i chiropterologiem dokonać przeglądu budynku pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt (ptaków i nietoperzy), a w przypadku potwierdzenia ich obecności podjąć odpowiednie działania zabezpieczające przed ich zasiedleniem, a także podjąć odpowiednie działania kompensujące (instalacja budek lęgowych dla ptaków lub schronień dla nietoperzy). Działania zabezpieczające i kompensujące, o których mowa powyżej, należy wykonać w terminach ustalonych z ww. specjalistami. Nadmieniam również, że w myśl art. 52 ust 2 pkt. 2 ustawy o ochronie przyrody usuwanie gniazd ptasich z obiektu budowlanego, jeżeli wymagają tego względy bezpieczeństwa.*	Zalecenia zostały zrealizowane.
Rozbudowa Szkoły Podstawowej w Kiełczowie - Gmina Długołęka (Działanie 7.2)	*Przed przystąpieniem do prac termorenowacyjnych oraz zmiany pokrycia dachu należałoby we współpracy ze specjalistą ornitologiem i chiropterologiem dokonać przeglądu budynku pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt (ptaków i nietoperzy), a w przypadku potwierdzenia ich obecności podjąć odpowiednie działania zabezpieczające przed ich zasiedleniem, a także podjąć odpowiednie działania kompensujące (instalacja budek lęgowych dla ptaków lub schronień dla nietoperzy). Działania zabezpieczające i kompensujące, o których mowa powyżej, należy wykonać w terminach ustalonych z ww. specjalistami. Nadmieniam również, że w myśl art. 52 ust 2 pkt. 2 ustawy o ochronie przyrody usuwanie gniazd ptasich z obiektu budowlanego, jeżeli wymagają tego względy bezpieczeństwa może być wykonane w terminie od 16 października do końca lutego.*	Zalecenia zostały zrealizowane. Nie wystąpiły problemy z ich realizacją.

Projekt	**Sugestia ze strony Regionalnego Konserwatora Przyrody**	**Informacja o zastosowaniu się do sugestii**
Modernizacja budynku Instytutu Historycznego Uniwersytetu Wrocławskiego - etap I (Działanie 7.1)	*Przed przystąpieniem do prac należałoby we współpracy ze specjalistą ornitologiem i chiropterologiem dokonać przeglądu tego budynku pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt (ptaków i nietoperzy). W przypadku potwierdzenia ich obecności, prace prowadzić w terminach wyznaczonych przez ww. specjalistów. Ponadto w przypadku gdy ww. specjaliści uznają, że na przedmiotowym budynku występują potencjalne miejsca gniazdowania lub przebywania ptaków lub nietoperzy, winni wskazać działania polegające na zabezpieczeniu tych miejsc przed ich zasiedleniem przez ptaki i nietoperze. W przypadku gdy konieczne będzie zniszczenie miejsc gniazdowania ptaków, a także miejsc rozrodu i hibernacji nietoperzy, należy uzyskać stosowne zezwolenie na czynności zakazane w stosunku do chronionych gatunków zwierząt - zgodnie z zapisami art. 56 ustawy o ochronie przyrody, oraz przewidzieć właściwe działania kompensujące (np. instalacja budek lęgowych dla ptaków lub schronień dla nietoperzy).Zakres i sposób wykonania kompensacji winni ustalić specjaliści wykonujący przegląd budynku pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt.*	Inwestycja w przygotowaniu, nie podjęto jeszcze działań zabezpieczających.

Na poziomie projektów z **Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD** pojawiały się 2 sugestie ze strony Regionalnego Konserwatora Przyrody i jedna ze strony organizacji ekologicznych. W tabeli poniżej zostały opisane zalecenia oraz stan ich realizacji.

Tabela 44. Pojawiające się sugestie ze strony konserwatora przyrody i informacje o ich zastosowaniu na poziomie projektów w ramach Priorytetu 8

Projekt	**Sugestia ze strony Regionalnego Konserwatora Przyrody**	**Informacja o zastosowaniu się do sugestii**
Remont dachu budynku szpitala Wysoka Łąka wraz z wymianą systemu instalacji odgromowej oraz budową drenażu opaskowego wód gruntowych przy fundamentach budynku	*Przed przystąpieniem do prac należałoby we współpracy ze specjalistą ornitologiem i chiropterologiem dokonać przeglądu tego budynku pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt (ptaków i nietoperzy). W przypadku potwierdzenia ich obecności prace prowadzić w terminach wyznaczonych przez ww. specjalistów. Ponadto w przypadku gdy ww. specjaliści uznają, że na przedmiotowym budynku występują potencjalne miejsca gniazdowania lub przebywania ptaków lub nietoperzy, winni wskazać działania polegające na zabezpieczeniu tych miejsc przed ich zasiedleniem przez ptaki i nietoperze. W przypadku gdy konieczne będzie zniszczenie miejsc gniazdowania ptaków, a także miejsc rozrodu i hibernacji nietoperzy, należy uzyskać stosowne zezwolenie na czynności zakazane w stosunku do chronionych gatunków zwierząt - zgodnie z zapisami art. 56 ustawy o ochronie przyrody, oraz przewidzieć właściwe działania kompensujące (np. instalacja budek lęgowych dla ptaków lub schronień dla nietoperzy). Zakres i sposób wykonania kompensacji winni ustalić specjaliści wykonujący przegląd budynku pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt.*	Powołano specjalną komisję, dokonano oględzin. Nie występują miejsca gniazdowania ptaków będących pod ochroną, ani nietoperzy.

Projekt	**Sugestia ze strony Regionalnego Konserwatora Przyrody**	**Informacja o zastosowaniu się do sugestii**
Modernizacja i rozbudowa wraz z doposażeniem obiektu „leśne" na potrzeby ośrodka ftyzjatrycznego Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu w Placówce Zamiejscowej w Obornikach Śląskich	*Przed przystąpieniem do prac należałoby we współpracy ze specjalistą ornitologiem i chiropterologiem dokonać przeglądu tych budynków pod kątem występowania miejsc gniazdowania i schronień zwierząt (ptaków i nietoperzy), w przypadku potwierdzenia ich obecności prace prowadzić w terminach wyznaczonych przez ww. specjalistów. Ponadto przed rozpoczęciem prac należy podjąć odpowiednie działania polegające na zabezpieczeniu potencjalnych miejsc gniazdowania i schronień przed ich zasiedleniem przez ptaki lub nietoperze, a także podjąć odpowiednie działania kompensujące (instalacja budek lęgowych dla ptaków lub schronień dla nietoperzy). Działania zabezpieczające i kompensujące, o których mowa powyżej, należy wykonać we współpracy z ww. specjalistami. W przypadku gdyby konieczne było zniszczenie gniazd ptaków, a także miejsc rozrodu i hibernacji nietoperzy, należy uzyskać stosowne zezwolenie na czynności zakazane w stosunku do chronionych gatunków zwierząt - zgodnie z zapisami art. 56 ustawy o ochronie przyrody.*	Zalecenie zostało zrealizowane. Nie wystąpiły żadne problemy w trakcie realizacji.

Na poziomie projektów z **Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD** pojawiła się następująca sugestia ze strony przedstawicieli organizacji pozarządowych dotycząca projektu: *Podniesienie standardu usług medycznych Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi poprzez modernizację budynków* sugestia dotyczyła przepisów Inwentaryzacji przyrodniczej, ponieważ projekt znajduje się na obszarze Natura 2000. Brakuje danych na temat zastosowania się do wymienionego zalecenia.

3.10. Zmiany we wskaźnikach jakości i dostępności usług z obszaru zdrowia i edukacji - model ekonomiczny

Zgodnie z przyjętą metodologią konstrukcji modelu ekonomicznego w celu zbadania oddziaływania/wpływu projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 7 RPO WD na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu została przeprowadzona **analiza opierająca się o zestaw hierarchicznych wskaźników.** Przeprowadzone analizy badają różnice w zmianach poziomu wskaźników pomiędzy gminami realizującymi projekty i nierealizującymi projektów. Wskazuje to pośrednio na zmiany w sytuacji analizowanych jednostek samorządu terytorialnego uzyskane w ramach realizacji inwestycji.

W przypadku obszaru Edukacja metodologia zakładała opracowanie na poziomie trzech typów gmin:

- Gminy nierealizujące projektów w ramach RPO,
- Gminy realizujące projekty w ramach RPO w kwocie mniejszej niż 500 zł na każdego mieszkańca,
- Gminy realizujące projekty w ramach RPO w kwocie większej niż 500 zł na każdego mieszkańca.

Dodatkowo analiza została poszerzona o rodzaj gmin. Zadania tego dokonano w oparciu o podział GUS. Analiza ta potraktowana została uzupełniająco. Gminy, czyli jednostki podziału terytorialnego na poziomie NTS-5, mogą należeć do jednego z podanych poniżej rodzajów:

- gmina miejska,
- gmina wiejska,
- gmina miejsko-wiejska.

Wyniki przeprowadzonej analizy na terenie województwa w obszarze „Edukacja" prezentują zamieszczone poniżej tabele. Prezentują one wyniki opierające się na danych zastanych oraz wyniki analiz. Przedstawione zostały z podziałem na poszczególne wskaźniki cząstkowe. Sposób ich interpretacji zgodny jest z analizą wyników ogólnych (zasada pozostała niezmienna).

Dane zbierane były na poziomie poszczególnych gmin. Wszystkie zakresy danych dostępne były na poziomie poszczególnych JST (NTS-5). Oznacza to, iż nawet dane, które teoretycznie dotyczą szerszych terytorialnie zakresów (np. finansowane z budżetu powiatów szkolnictwo ponadgimnazjalne) agregowane było dla poziomu gminnego.

Tabela 45. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2007.

	Gminy nierealizujące projektów w ramach RPO,	**Gminy realizujące projekty w ramach RPO WD w kwocie mniejszej niż 500 zł na każdego mieszkańca,**	**Gminy realizujące projekty w ramach RPO WD kwocie większej niż 500 zł na każdego mieszkańca.**
Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli	0,80	1,12	1,08
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego	1,07	0,90	1,03
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego	0,99	0,95	1,06
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego (z podziałem na typ: ogólnokształcące, zawodowe i artystyczne, zasadnicze zawodowe).	0,72	1,34	0,94
Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją	1,01	0,97	1,02
Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych	**0,92**	**1,06**	**1,03**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Tabela 46. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2010.

	Gminy nierealizujące projektów w ramach RPO,	Gminy realizujące projekty w kwocie mniejszej niż 500 zł na każdego mieszkańca,	Gminy realizujące projekty w kwocie większej niż 500 zł na każdego mieszkańca.
Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli	0,78	1,11	1,11
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego	1,06	0,88	1,06
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego	1,00	0,93	1,07
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego (z podziałem na typ: ogólnokształcące, zawodowe i artystyczne, zasadnicze zawodowe).	0,74	1,29	0,97
Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją	0,90	0,95	1,15
Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych	**0,90**	**1,03**	**1,07**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Tabela 47. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2007.

	Gminy miejskie	Gminy wiejskie	Gminy miejsko-wiejskie
Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli	1,42	0,55	1,03
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego	0,85	1,06	1,09
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego	0,95	0,96	1,10
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego (z podziałem na typ: ogólnokształcące, zawodowe i artystyczne, zasadnicze zawodowe).	1,75	0,36	0,90
Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją	0,90	1,07	1,03
Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych	**1,17**	**0,80**	**1,03**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

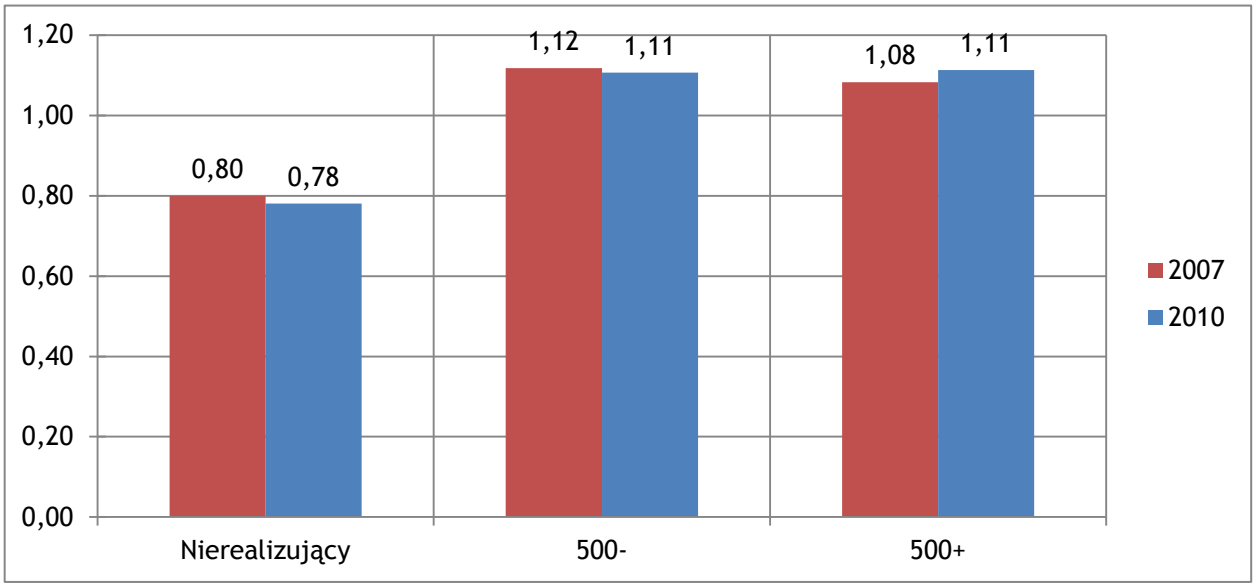
Tabela 48. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2010.

	Gminy miejskie	Gminy wiejskie	Gminy miejsko-wiejskie
Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli	1,45	0,54	1,01
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego	0,84	1,16	1,00
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego	0,95	1,04	1,01
Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego (z podziałem na typ: ogólnokształcące, zawodowe i artystyczne, zasadnicze zawodowe).	1,71	0,35	0,94
Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją	0,90	1,06	1,03
Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych	**1,17**	**0,83**	**1,00**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Szczegółowa analiza przedstawiona została poniżej. Dostępność i jakość przedszkoli w roku 2007 najwyższa była w gminach, które realizowały projekty w ramach RPO WD, zwłaszcza w JST w których inwestycje z RPO WD nie przekraczały 500 zł na osobę.

Wykres 68. Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.



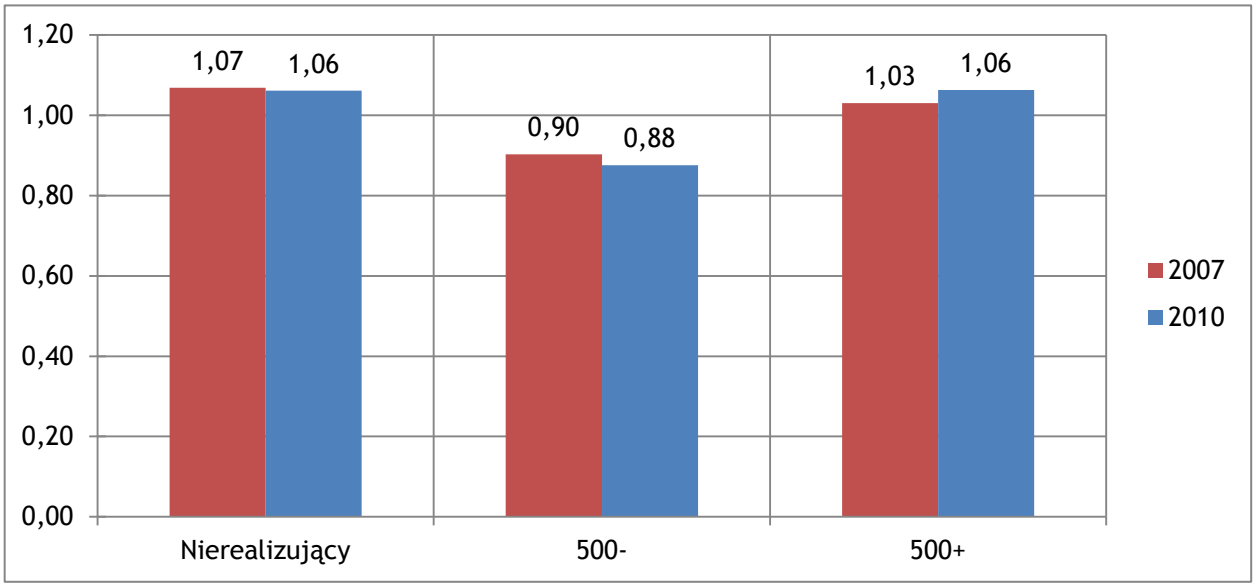
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Pod koniec roku 2010 (stan na dzień 31 XII) poprawa sytuacji nastąpiła w gminach realizujących projekty o najwyższych wartościach. Oznaczać to może, iż inwestycje odniosły skutek, dzięki czemu ta grupa gmin zwiększyła dostępność i jakość przedszkoli kosztem pozostałych grup.

W badanych grupach gmin ze względu na typ (miejskie i wiejskie) wyższy wskaźnik uzyskiwały gminy lokujące się na terenach miejskich, niż na terenach wiejskich. W okresie objętym analizą różnica ta uległa jeszcze pogłębieniu, co świadczy o zwiększaniu się dystansu pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi.

Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego w roku 2007 najwyższy był w gminach nierealizujących projektów. Świadczy to o fakcie, iż w tych JST poziom tego aspektu publicznej sfery usług był najwyższy. Potencjalnie, gminy te znajdowały się w relatywnie dobrej sytuacji, dzięki czemu nie było konieczne składanie wniosków mające na celu poprawę sytuacji w pierwszym etapie edukacji szkolnej.

Wykres 69. - Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego - wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

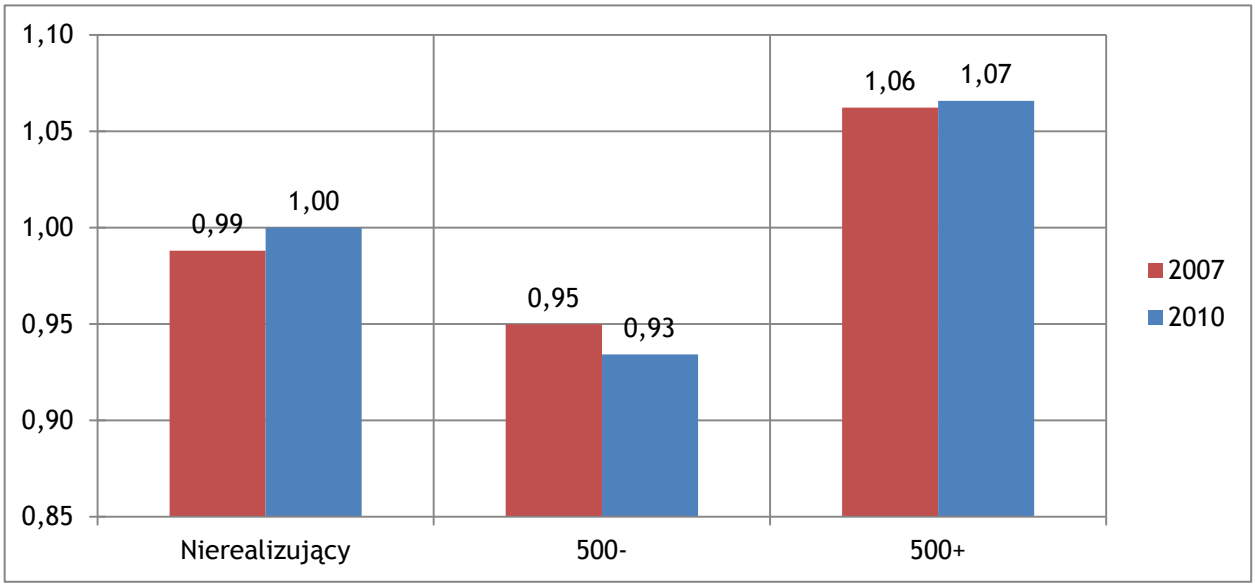
Pod koniec roku 2010 widoczna jest pozytywna zmiana sytuacji gmin inwestujących w ramach RPO WD największe środki (w przeliczeniu na mieszkańca). Oznacza to, iż w tych JST nastąpiła najsilniejsza poprawa sytuacji. Fakt, iż były to gminy, które w obszarze Edukacji wydawały środki

z RPO WD z największą intensywnością pozwala stwierdzić, iż wydatkowanie było trafne i efektywne, a skuteczność i wielkość efektów są wprost proporcjonalne do wielkości środków przeznaczonych na inwestycje.

W badanych grupach gmin ze względu na typ (miejskie i wiejskie) wyższy wskaźnik uzyskiwały gminy lokujące się na terenach wiejskich, niż na terenach miejskich. W dużej mierze jest to wynikiem konieczności prowadzenia szkół podstawowych przez JST najniższego szczebla nawet dla małej liczby dzieci. Niska liczba ludności na wsi (a więc i mniejsza niż w miastach liczba dzieci w wieku szkolnym) wpływa na fakt, iż w gminach wiejskich szkoły podstawowe są nieobciążone.

W roku 2007 najlepsza sytuacja określająca dostępność i jakość szkolnictwa gimnazjalnego także miała miejsce w gminach, które w obszarze Edukacja wydawały środki z RPO WD z największą intensywnością (powyżej 500 zł *per capita*). Przedstawione to zostało na poniższym wykresie. Nieznaczny spadek wskaźnika nastąpił w przypadku gmin realizujących projekty w ramach RPO WD o niskiej wartości oraz gmin nierealizujących projektów.

Wykres 70. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

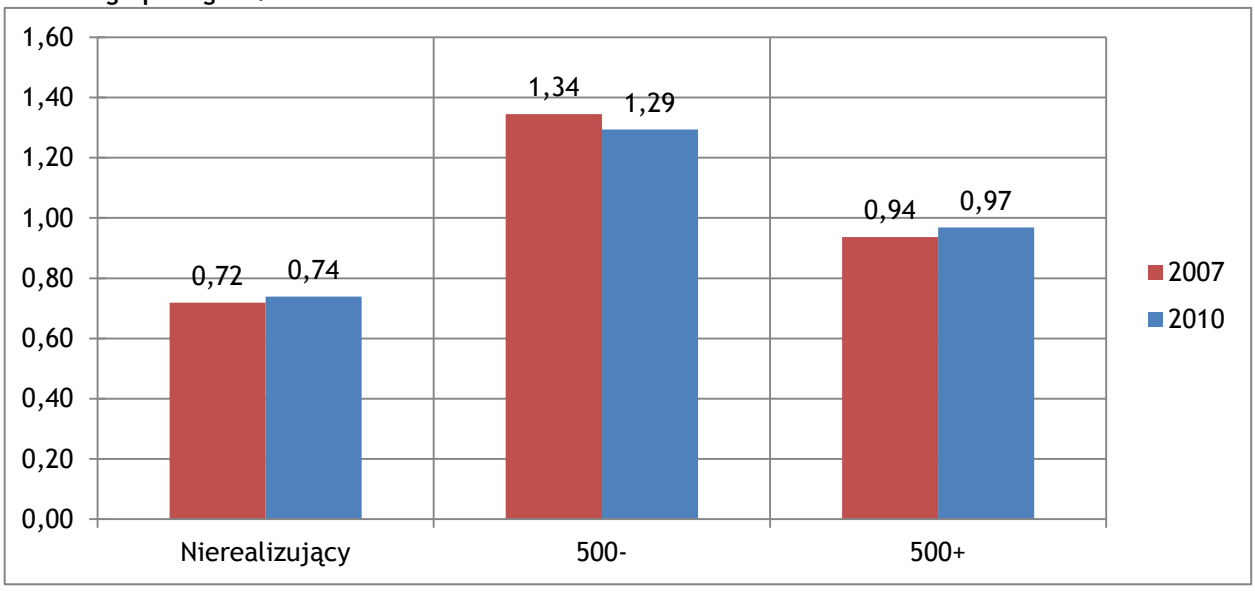
Pod koniec roku 2010 miała miejsce poprawa sytuacji gmin inwestujących w ramach RPO największe środki (w przeliczeniu na mieszkańca – powyżej 500 zł *per capita*), a także gmin nierealizujących projektów w ramach RPO. Poprawa sytuacji w gminach, które w obszarze Edukacja

wydawały środki z RPO z największą intensywnością pozwala stwierdzić, iż wydatkowanie było trafne i efektywne, a skuteczność i wielkość efektów są wprost proporcjonalne do wielkości środków przeznaczonych na inwestycje. Poprawa sytuacji w gminach nierealizujących projektów sugerować może, iż na obszarze tych JST dokonano innych, finansowanych z innych źródeł inwestycji, które wpłynęły na poprawę sytuacji w obszarze szkolnictwa gimnazjalnego.

W badanych grupach gmin ze względu na typ (miejskie i wiejskie) pod koniec okresu analizy wyższe wskaźniki uzyskały szkoły lokujące się na terenach wiejskich, niż te, które lokowały się na obszarach wiejskich.

Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego analizowany był z podziałem na poszczególne typy szkół w tym obszarze: ogólnokształcące, zawodowe, zasadnicze zawodowe. W roku 2007 wartość wskaźnika najwyższa była wśród gmin charakteryzujących się niską intensywnością inwestycji z RPO.

Wykres 71. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.

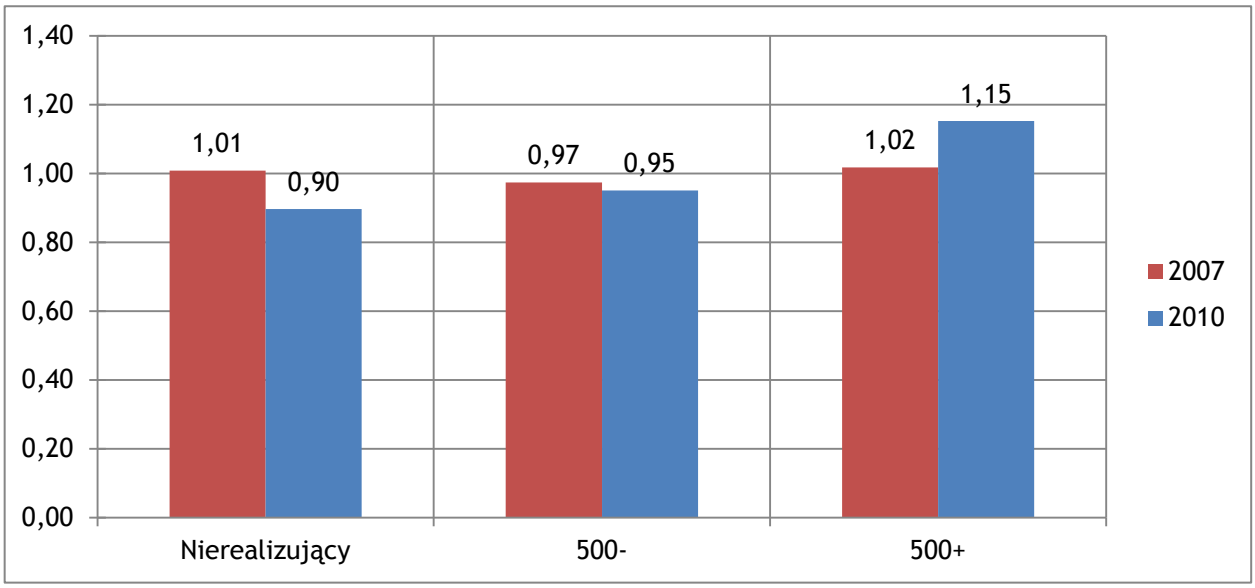


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

W dniu 31 XII 2010 sytuacja określająca dostępność i jakość szkolnictwa ponadgimnazjalnego najlepiej prezentowała się w gminach charakteryzujących się wysoką intensywnością inwestycji z RPO.

W badanych grupach gmin ze względu na typ pod koniec okresu analizy lepsza sytuacja ze względu na poziom wskaźnika dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego panowała na terenach miejskich, gorsza zaś na terenach wiejskich. W dużej mierze jest to wynikiem lokalizacji większości szkół tego typu – instytucje te lokalizowane są głownie w ośrodkach miejskich, gdzie mieszka większa liczba potencjalnych uczniów. Ponadto kształcenie na tym poziomie nie jest obowiązkowe.

Wykres 72. Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Analiza wskazanych wartości pokazuje, iż jedyną grupą, w której porównując dane rok do roku rósł wskaźnik prezentujący poziom wydatków JST na cele związane z edukacją są gminy charakteryzujące się najwyższym poziomem inwestycji w ramach RPO. Silny wzrost wskaźnika prezentującego dane za rok 2010 pozwala stwierdzić, iż w tej grupie wzrost kwoty w przeliczeniu na mieszkańca był najwyższy.

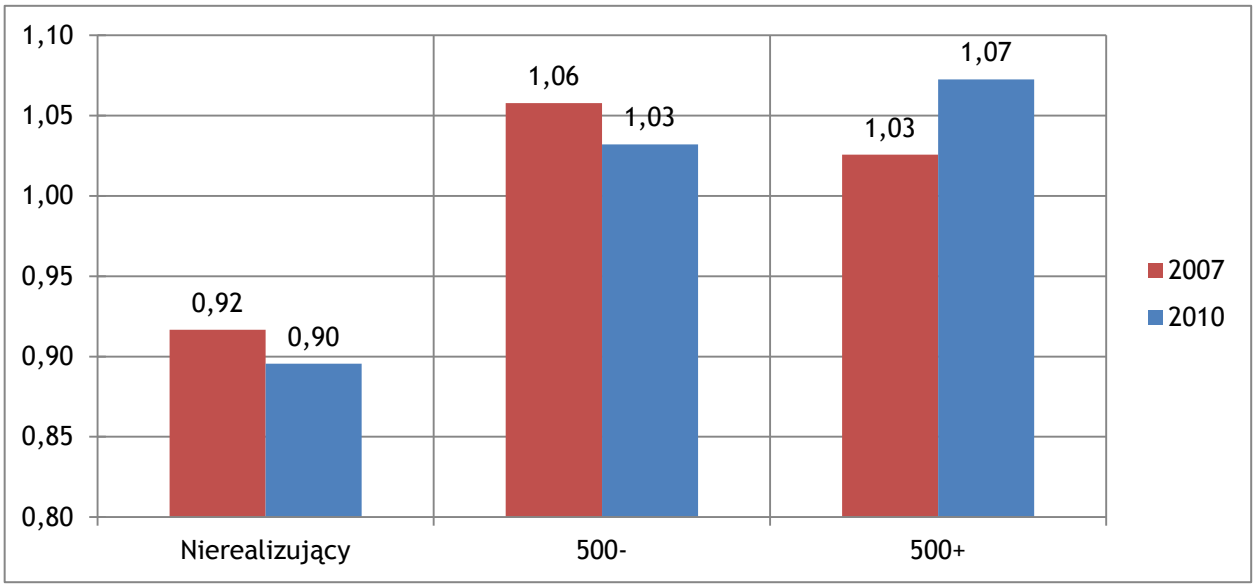
W badanych grupach gmin ze względu na typ (miejskie i wiejskie), analizując wskaźnik prezentujący poziom wydatków JST na cele związane z edukacją, możemy powiedzieć, że wyzy wskaźnik uzyskały gminy lokujące się na terenach wiejskich, niż na terenach miejskich. W dużej mierze jest to wynikiem konieczności prowadzenia szkół podstawowych i gimnazjalnych przez JST najniższego szczebla, co wpływa na wysokość wydatków. Utrzymywanie małych placówek jest mniej rentowne niż prowadzenie dużych szkół.

Analiza wskaźnika dotyczącego uczelni wyższych traktowana jest w sposób uzupełniający. Ze względu na ponadlokalny charakter, uczelnie lokowane są w większych miastach, przy czym w każdym z obszarów widoczna jest znacząca dominacja Wrocławia. Na terenie stolicy regionu znajdowało się:

- Liczba uczelni wyższych w województwie - 67% w roku 2007 i 66% w roku 2010 z ogółu uczelni liczby wyższych na terenie województwa,
- Liczba studentów uczelni wyższych w województwie - 82% w roku 2007 i 85% w roku 2010 z ogółu liczby studentów uczelni wyższych na terenie województwa,
- Liczba absolwentów uczelni wyższych w województwie - 79% w roku 2007 i 80% w roku 2010 z ogółu liczby absolwentów uczelni wyższych na terenie województwa.

Podsumowując, analiza zbiorczego wskaźnika oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych pozwala stwierdzić, iż najbardziej efektywne jest wydawanie znacznych kwot w ramach edukacyjnych usług publicznych – grupa gmin o wydatkach powyżej 500 złotych *per capita* odnotowała wzrost ogólnego wskaźnika, co oznacza, iż pozycja gmin tego typu względem pozostałych JST uległa poprawie. **Można więc uznać, iż wydatkowanie środków na cele związane z edukacją wprost proporcjonalnie wpływa na ocenę dostępności i jakości usług edukacyjnych**. Poziom wskaźnika jest także najwyższy na terenach miejskich, najniższy natomiast na terenach wiejskich.

Wykres 73. Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych - wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Zgodnie z przyjętą metodologią konstrukcji modelu ekonomicznego w celu zbadania oddziaływania/wpływu projektów wybranych do dofinansowania w ramach Priorytetu 8 RPO WD na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu została przeprowadzona **analiza opierająca się o zestaw hierarchicznych wskaźników.** Przeprowadzone analizy badają różnice w zmianach poziomu wskaźników pomiędzy powiatami realizującymi projekty (z podziałem na wysokość środków) i nierealizującymi projektów. Wskazuje to pośrednio na zmiany w sytuacji analizowanych jednostek samorządu terytorialnego uzyskane w ramach realizacji inwestycji.

Metodologia zakładała opracowanie na poziomie:

- Powiaty nierealizujące projektów w ramach RPO,
- Powiaty realizujące projekty w ramach RPO w kwocie mniejszej niż 100 zł na każdego mieszkańca,
- Powiaty realizujące projekty w ramach RPO w kwocie większej niż 100 zł na każdego mieszkańca.

Wyniki przeprowadzonej analizy na terenie województwa w obszarze „Zdrowie" prezentują zamieszczone poniżej tabele. Prezentują one wyniki opierające się na danych zastanych oraz wyniki analiz. Przedstawione zostały z podziałem na poszczególne wskaźnik cząstkowe. Sposób ich interpretacji zgodny jest z analizą wyników ogólnych (zasada pozostała niezmienna).

Tabela 49. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług medycznych w roku 2007.

	Powiaty nierealizujące projektów w ramach RPO,	**Powiaty realizujące projekty w ramach RPO WD w kwocie mniejszej niż 100 zł na każdego mieszkańca,**	**Powiaty realizujące projekty w ramach RPO WD kwocie większej niż 100 zł na każdego mieszkańca.**
Wskaźnik ilości zakontraktowanych usług medycznych	0,00	1,36	1,64
Wskaźnik ilości pacjentów	0,00	1,01	1,99
Wskaźnik dostępności i jakości kadry medycznej	1,41	0,62	0,97
Wskaźnik dostępności i jakości placówek opieki zdrowotnej	0,29	0,74	1,97
Wskaźnik dostępności szpitali	0,66	0,99	1,35
Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z ochroną zdrowia	1,19	0,83	0,98
Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług medycznych	**0,59**	**0,93**	**1,48**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

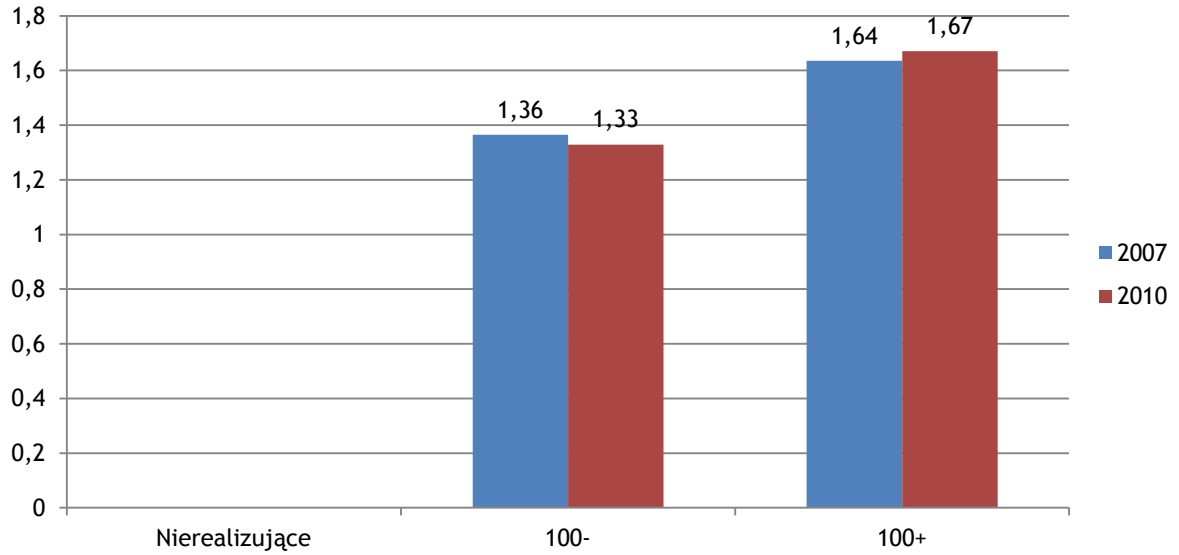
Tabela 50. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług medycznych w roku 2010.

	Powiaty nierealizujące projektów w ramach RPO,	**Powiaty realizujące projekty w ramach RPO WD w kwocie mniejszej niż 100 zł na każdego mieszkańca,**	**Powiaty realizujące projekty w ramach RPO WD kwocie większej niż 100 zł na każdego mieszkańca.**
Wskaźnik ilości zakontraktowanych usług medycznych	0,00	1,33	1,67
Wskaźnik ilości pacjentów	0,00	1,07	1,93
Wskaźnik dostępności i jakości kadry medycznej	1,41	0,56	1,02
Wskaźnik dostępności i jakości placówek opieki zdrowotnej	0,20	1,09	1,71
Wskaźnik dostępności szpitali	0,54	0,91	1,55
Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z ochroną zdrowia	0,93	0,94	1,13
Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług medycznych	**0,51**	**0,99**	**1,50**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Ze względu na ilość oferowanych usług medycznych widoczna jest wyraźna dominacja powiatów realizujących projekty w ramach RPO WD w najwyższych kwotach. W czasie poddanym analizom dominacja ta jeszcze zwiększyła swój wymiar. Oznacza to, iż potencjalny wpływ finansowania w ramach RPO WD na wysokość kwoty zakontraktowanych usług medycznych jest znaczny, co wydaje się sprawą oczywistą. W przypadku trzech powiatów nierealizujących projektów nie uzyskano danych.

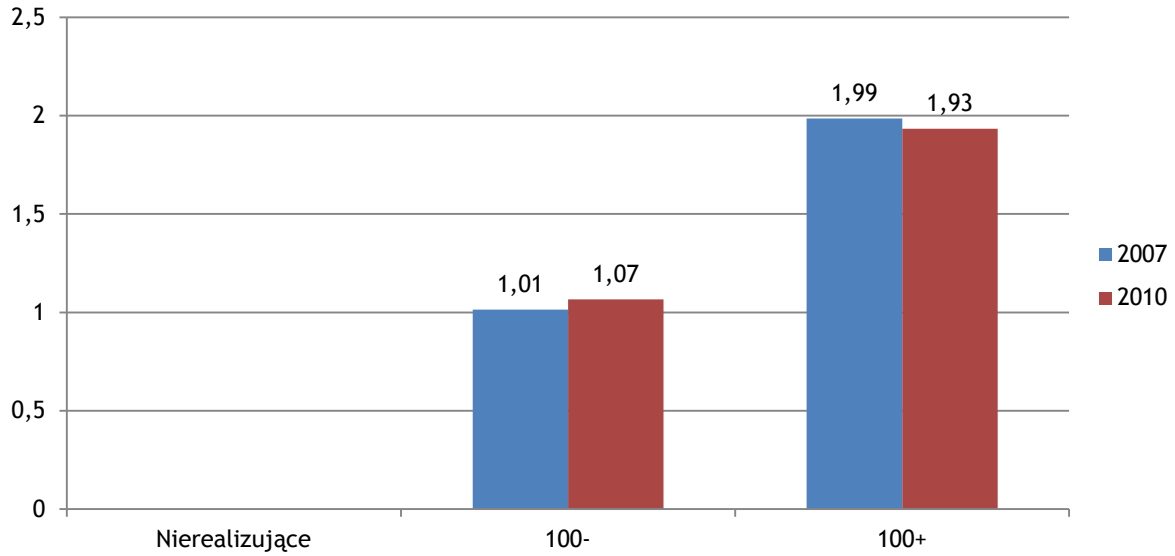
Wykres 74. Wskaźnik ilości zakontraktowanych usług medycznych – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Wskaźnik ilości pacjentów również jest zdecydowanie wyższy w przypadku JST korzystających ze wsparcia w ramach RPO WD w najwyższym wymiarze ze względu na wartość projektów. Oznacza to, iż obsługiwana liczba pacjentów jest tam najwyższa. Efekty poczynionych inwestycji można uznać za wyraźne i znaczące, zwłaszcza w powiatach o niskim poziomie intensywności wydatkowanych środków. W powiatach tych jednakże ze względu na relatywnie niską liczbę mieszkańców poczynione inwestycje były efektywne i poprawiły sytuację względem pozostałych grup.

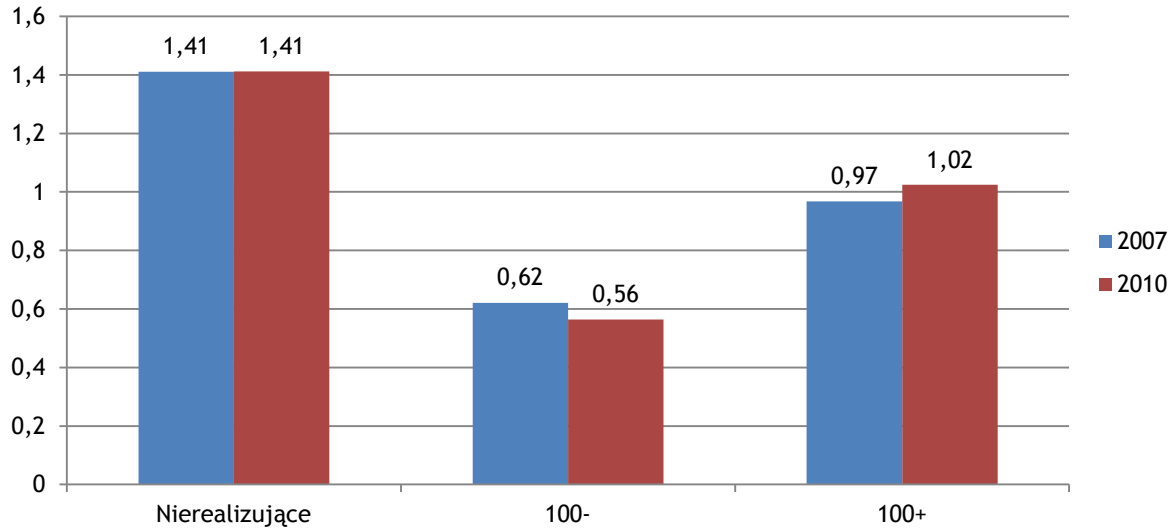
Wykres 75. Wskaźnik ilości pacjentów – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Wskaźnik dostępności i jakości kadry medycznej najniższy jest w powiatach realizujących projekty o niskiej intensywności wydatkowanych środków, najwyższy natomiast w powiatach nierealizujących projektów finansowanych z RPO WD. Niekorzystna sytuacja powiatów realizujących projekty wynika z charakteru JST tego typu. Są to w dużej mierze ośrodki miejskie, gdzie natężenie ludności zamieszkałej wpływa na obciążenie publicznej sfery usług medycznych. Zaznaczyć należy także, iż projektowanie w ramach RPO WD ma praktycznie znikomy wpływ na wartość wskaźnika. Pomimo dużej wagi, jaką należy przykładać do tego obszaru w ramach oceny dostępności i jakości służby zdrowia, niemożliwe jest poprawienie tych wartości w ramach RPO. Zaznaczyć także należy, iż czysto ilościowy charakter danych nie oddaje wymiaru jakościowego (liczba specjalistów, ich poziom rozwoju zawodowego).

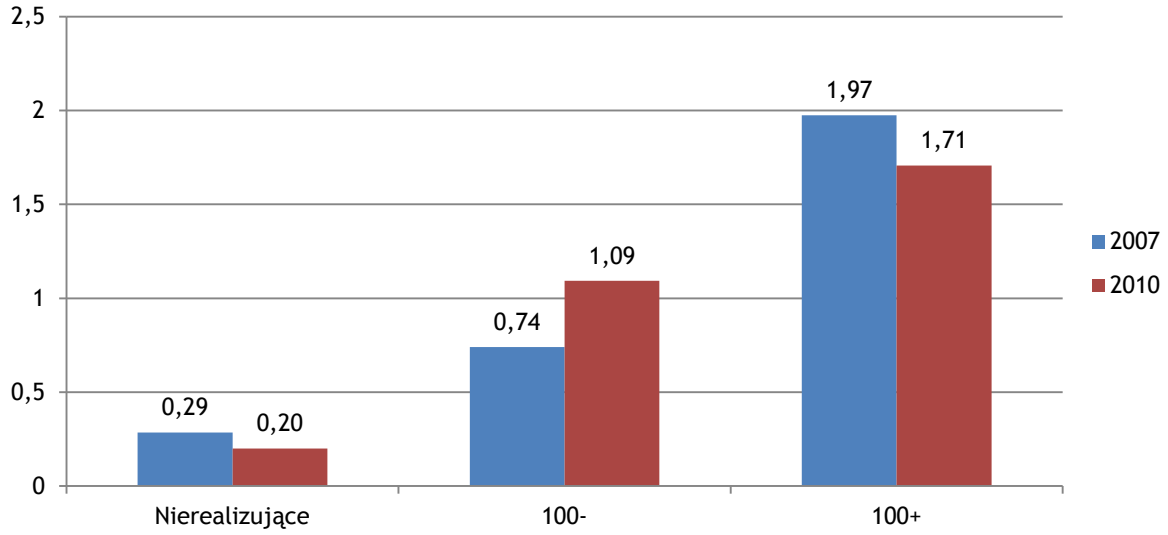
Wykres 76. Wskaźnik dostępności i jakości kadry medycznej – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

W początkowym okresie poddanym analizie powiaty nierealizujące ze względu na wysokość wskaźnika dostępności i jakości placówek opieki zdrowotnej znajdowały się w najgorszej sytuacji, w roku końcowym sytuacja tych powiatów uległa dalszemu pogorszeniu. Najlepiej sytuacja wygląda w powiatach realizujących projekty o wysokiej wartości. Efekty poczynionych inwestycji można uznać za wyraźne i znaczące, zwłaszcza w powiatach o niskim poziomie intensywności wydatkowanych środków. W powiatach tych ze względu na relatywnie niską liczbę mieszkańców poczynione inwestycje były efektywne i poprawiły sytuację względem pozostałych grup. Oznacza to, że wpływ realizowanych projektów (w połączeniu z innymi czynnikami) można uznać za pozytywny.

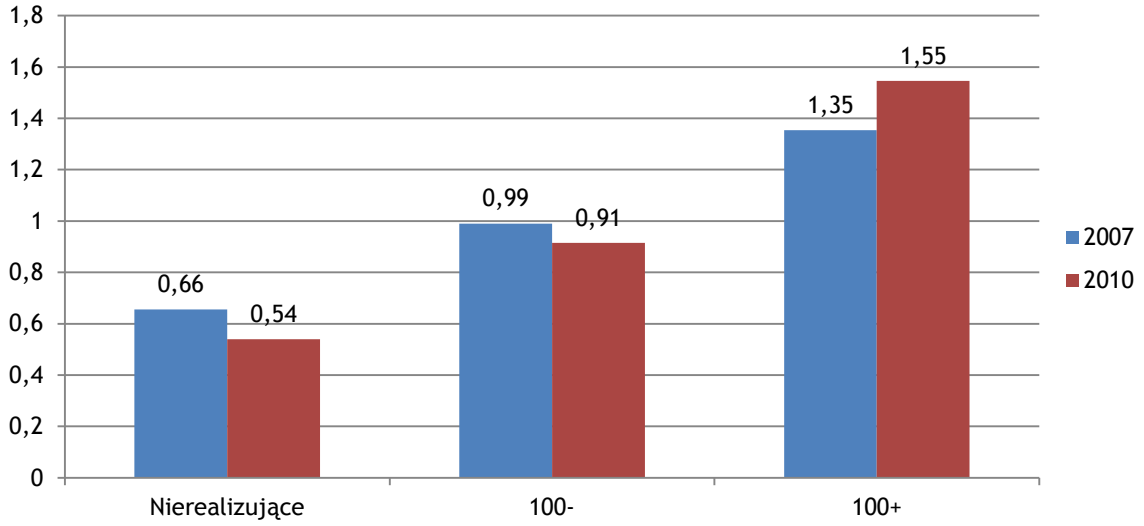
Wykres 77. Wskaźnik dostępności i jakości placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Wskaźnik dostępności szpitali najniższy jest w powiatach nierealizujących projektów. Najwyższy poziom wskaźnika odnotowano w powiatach realizujących projekty, zwłaszcza w JST charakteryzujących się najwyższym poziomem intensywności wydatkowanych środków. W okresie objętym analizą dystans pomiędzy powiatami uległ dalszemu powiększeniu. Świadczy to o wysokiej wydajności wydatkowanych środków i wskazuje na wysoką efektywność poczynionych inwestycji.

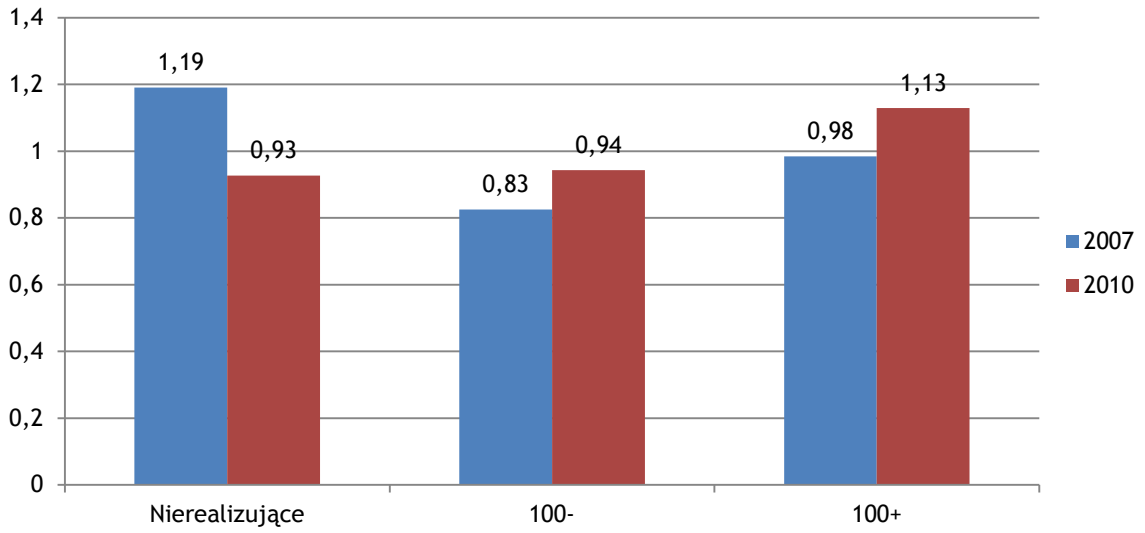
Wykres 78. Wskaźnik dostępności szpitali – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

Wskaźnik poziomu wydatków na cele związane z ochroną zdrowia wskazuje, iż grupą, w której porównując dane rok do roku rósł wskaźnik są powiaty charakteryzujące się przeprowadzaniem inwestycji w ramach RPO. W początkowym okresie analizy najwyższym poziomem wydatków charakteryzowały się powiaty nierealizujące projektów w ramach RPO. W końcowym okresie, jak można sądzić także wskutek przeprowadzonych inwestycji, na czoło wysunęły się podmioty realizujące projekty w ramach RPO WD. Dotyczy to zwłaszcza powiatów o wysokiej intensywności środków Świadczy to o istnieniu korelacji pomiędzy wysokością wydatkowanych środków a poziomem wskaźnika.

Wykres 79. Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z ochroną zdrowia – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

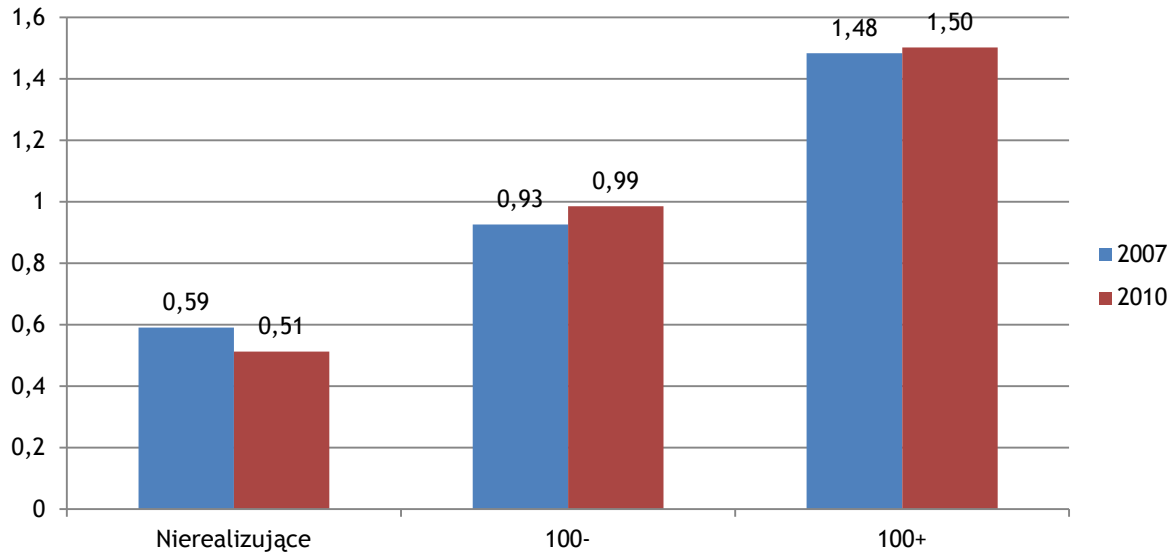
Fakt znaczenia inwestycji potwierdza także poziom występowania zakażeń szpitalnych – w roku 2011 spadł on z poziomu 0,999% w roku 2007 do 0,73%.

W okresie objętym analizą wzrosła także liczba badań w zakresie diagnostyki obrazowej oferowanych przez jednostki podjęte badaniem. W roku 2007 liczba ta wynosiła średnio 4,5, podczas gdy w roku 2011 wartość ta wzrosła do wartości średniej 7,75. Fakt ten również świadczy o wysokim wpływie inwestycji na dostępność i jakość oferowanych usług medycznych.

Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług medycznych najwyższy jest w przypadku powiatów realizujących projekty o wysokiej intensywności wydatkowanych środków, co oznacza, że w połączeniu z innymi czynnikami wpływ inwestycji finansowanych

z RPO WD jest pozytywny i znaczący. Fakt ten dodatkowo potwierdza ilościowy wzrost poziomu wskaźnika. Wzrost odnotowano także w przypadku powiatów realizujących projekty o niskiej wartości środków *per capita*. Jedyną grupą, w której odnotowano spadek są powiaty nierealizujące projektów. Na skutek braku finansowania dystans pomiędzy tymi JST będzie więc ulegał dalszemu zwiększeniu.

Wykres 80. Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług medycznych – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, badań własnych i innych analiz.

4. Podsumowanie końcowe wyników badania

4.1. Obszar edukacji

W Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego edukacja zajmuje szczególne miejsce stanowiąc zarówno cel sam w sobie, jak i podstawowe narzędzie w osiąganiu pozostałych celów strategicznych. Projekty realizowane w ramach Priorytetu 7 wpisują się w Cel 3 Strategii oraz szereg działań związanych z Priorytetem 3 *Poprawa jakości i efektywności systemu edukacji i badań naukowych*. Cele i założenia RPO WD wpisują się w cele Strategii Województwa oraz założenia Strategii Lizbońskiej.

W obszarze edukacji w woj. dolnośląskim możemy obserwować pozytywne zmiany na przestrzeni lat 2007-2010 takie jak wzrost liczby miejsc w przedszkolach, czy wzrost liczby przedszkoli na obszarach wiejskich. Poprawiał się też stan komputeryzacji szkół w województwie zmniejszyła się liczba uczniów przypadających na jedno stanowisko komputerowe. Poprawiła się również

infrastruktura szkolnictwa na obszarach wiejskich. Negatywne tendencje dotyczą spadku liczby średnich szkół zawodowych. Stale zmniejsza się też liczebność uczniów w szkole ze względu na niż demograficzny. Warto wspomnieć, że województwo dolnośląskie zajmuje bardzo ważne miejsce na mapie edukacyjnej kraju w zakresie szkolnictwa wyższego. Pod względem liczby studentów zajmuje czołowe miejsce w kraju. Co ważne na obszarze województwa na przestrzeni lat 2007 i 2010 wzrosła liczba studentów na kierunkach technicznych.

Projekty z Priorytetu 7 Edukacja był realizowane w ramach dwóch Działań:

- 7.1 Rozwój infrastruktury szkolnictwa wyższego;
- 7.2 Rozwój infrastruktury placówek edukacyjnych.

W ramach Działania 7.2 w szkołach podstawowych i gimnazjalnych wsparcie uzyskały przede wszystkim przedsięwzięcia mające na celu zwiększenie jej efektywności, atrakcyjności programowej, unowocześnienie poprzez inwestycje związane z infrastrukturą obiektów edukacyjnych (wraz z wyposażeniem dydaktycznym) i zaplecza sportowego. W szkołach podstawowych, gimnazjach i zespołach szkól zostało zrealizowanych łącznie 30 projektów. Wsparcie ukierunkowane było przede wszystkim na obszary wiejskie i tereny małych miast.
W zakresie szkolnictwa zawodowego wsparcie uzyskały przede wszystkim projekty wzmacniające zaplecze szkół służące praktycznej nauce zawodu (łącznie zrealizowano 10 projektów), w tym jeden z projektów dedykowany do kilku powiatów.
W ramach Działania 7.2 została również dofinansowana budowa lub modernizacja obiektów przedszkolnych w tym przede wszystkim z obszarów wiejskich i małych miast (łącznie zrealizowano 12 projektów), realizacja wszystkich wynikała z fatycznego zapotrzebowania na obszarze danej gminy (brak przedszkola lub brak wystarczającej liczby miejsc w istniejących oddziałach przedszkolnych).

W ramach Działania 7.1 Priorytetu 7 wsparcie uzyskało 14 uczelni wyższych w tym najwyższe kwoty dofinansowanie przypadły na Uniwersytet Przyrodniczy (3 projekty), Politechnikę Wrocławską, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Największe wsparcie uzyskały kierunki techniczno-przyrodnicze, co było zgodne z celami RPO WD i założeniami Strategii Województwa. 6 projektów zrealizowanych w ramach Działania 7.1 dotyczyły e-edukacji i informatyzacji uczelni (e-usług).

Najwyższa kwota dofinansowania w ramach Priorytetu 7 została ulokowana w gminie Wrocław (399 651 844 zł) ze względu na lokalizacje w tym mieście projektów kluczowych realizowanych przez uczelnie wyższe.

W ramach Działania 7.2 zrealizowano dwa projekty kluczowe w tym jeden dedykowany do szkół podstawowych (wyposażenie pracowni przyrodniczych w 120 gminach) i jeden do szkoły specjalnej (Ośrodek Szkolno-Wychowawczy Dzieci Niewidomych we Wrocławiu). W ramach Działania 7.1 zrealizowano 6 projektów kluczowych (w tym trzy w dziedzinie nauk techniczno-przyrodniczych).

Tylko w przypadku mniejszej części projektów uzyskano cel RPO WD jakim była poprawa jakości i efektywności kształcenia w zakresie nauk technicznych, matematycznych i przyrodniczych z uwzględnieniem innowacyjnych form nauczania oraz integracyjnej roli technologii nauczania. Wśród przyczyn należy wymienić to, że charakter realizowanych projektów wynikał również z zapotrzebowania i propozycji projektowych stosowanych ze strony samych beneficjentów. Z deklaracji respondentów biorących udział w badaniu telefonicznym wynika, że Uczelnie Wyższe były finansowane również centralnie – w ramach ogólnopolskich Programów Operacyjnych takich jak PO IiŚ oraz PO IG.

Realizowane inwestycje miały wymiar przede wszystkim związany z podniesieniem jakości nauczania oraz dostępu uczniów do bazy dydaktycznej, natomiast w mniejszym stopniu służyły wprowadzeniu na teren placówki nowych zajęć dydaktycznych, nowego zakresu świadczonych usług, nowoczesnych technik nauczania, czy też udostępnieniu placówki na potrzeby kształcenia ustawicznego. Wśród efektów zrealizowanych inwestycji należy wymienić również wzrost liczby etatów, który nastąpił w przypadku 62,7% projektów.

Zakupiony w ramach projektów z obszaru edukacji sprzęt/zmodernizowane pomieszczenia są w pełni wykorzystywane (za wyjątkiem inwestycji, które nie zostały jeszcze zakończone). Większość z beneficjentów zadeklarowała również że osiągnęła zakładane na poziomie wniosku o dofinansowanie wskaźniki rezultatu. Biorąc pod uwagę wskaźniki opisujące cele i priorytety Programu, to pod znakiem zapytania stoi realizacja wskaźnika *Liczba studentów korzystających z efektów projektów (z wyłączeniem e-edukacj*i), gdyż do końca 2011 roku został on osiągnięty na poziomie 0,25%, natomiast na podstawie podpisanych umów może zostać osiągnięty na poziomie 41,76% do końca 2013 roku. Negatywnie na wartość docelową wskaźnika może również oddziaływać niż demograficzny prowadzący do zmniejszania się liczby studentów na uczelniach wyższych.

Jeśli chodzi o system Zarządzania (nabory i kryteria) to w Priorytecie 7 stosowano przede wszystkim system naborów celowanych, gdzie podobne typy placówek konkurowały o dofinansowanie. Na system ten zostały nałożone tylko dwa kryteria specyficzne dla obszaru edukacji.

Dostępność informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD w województwie dolnośląskim oceniona została przez projektodawców i potencjalnych

projektodawców na wysokim poziomie. Bez problemu do źródła informacji (osoby, instytucji) dotarło 92,3% respondentów, tylko nieco mniej z nich zadeklarowało, że poszukiwane informacje uzyskali w wyczerpującym zakresie (92,0%). Jeśli chodzi o źródła informacji w opinii beneficjentów należałoby poprawić aspekt funkcjonalności strony www.rpo.dolnyslask.pl.

Beneficjenci Priorytetu 7 byli zobligowani do stosowania Polityk horyzontalnych UE na poziomie projektów. Nawiązanie do jednej z Polityk horyzontalnych UE było dodatkowo punktowane. Wyróżnić możemy 4 Polityki: *Ochrona środowiska i polityka zrównoważonego rozwoju*, *Równość szans i niedyskryminacja*, *Społeczeństwo informacyjne*, *Polityka konkurencji i zamówień publicznych*. Większość z objętych badaniem wnioskodawców aplikujących w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" zapytanych czy informacje przekazywane przez IZ RPO WD dotyczące Polityki horyzontalnej UE są wystarczające odpowiedziała twierdząco, jednak z przeprowadzonych badań wynika, że beneficjentom brakuje szczegółowej wiedzy na temat Polityk horyzontalnych UE, uważają jednocześnie, że posiadanie większego zakresu wiedzy nie jest konieczne. Wiedzę na temat Polityki horyzontalnej UE wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 7 RPO WD czerpali przede wszystkim ze strony internetowej UMWD. Szczegółowe informacje na temat poszczególnych polityk zostały zawarte w *Poradniku dla beneficjenta*. Z analizy zawartości treści dokumenty wynika, że mogłyby one zostać uzupełnione o przykłady zastosowania poszczególnych Polityk na poziomie różnych typów projektów, informacja taka mogłaby by być również przekazywana w trakcie szkoleń.

Większość z instytucji aplikujących w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zadeklarowało, że jest zainteresowanych realizacją inwestycji dofinansowanych ze środków UE w kolejnej perspektywie finansowej. Realizacją inwestycji jest zainteresowanych taki sam odsetek jednostek aplikujących w ramach Działania 7.1 (uczelnie wyższe) i jednostek aplikujących w ramach Działania 7.2. Największa liczba z planowanych do realizacji inwestycji dotyczyła budowy, rozbudowy, modernizacji infrastruktury szkolnej, dydaktycznej i sportowej. Niewiele placówek planuje realizację inwestycji związanych z rozwojem społeczeństwa informacyjnego.

W opinii ekspertów w obszarze edukacji wsparcia wymagają szkoły zawodowe, zakup wyposażenia, sprzętu potrzebnego do zajęć praktycznych, modernizacja warsztatów, doposażenie szkół w pomoce dydaktyczne w zakresie przedmiotów matematyczno-przyrodniczych oraz języków obcych, modernizacja i doposażenie bibliotek, doposażenie i modernizacja przedszkoli – budowanie nowych obiektów przedszkolnych, przystosowanie obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych, większe dostosowanie kształcenia do potrzeb rynku pracy, czyli dofinansowanie kierunków, na które jest zapotrzebowanie, dalsza modernizacja infrastruktury edukacyjnej (modernizacja/budowanie sal gimnastycznych, remonty zaniedbanych placówek), zakup wyposażenia/pomocy dydaktycznych –

wyposażenie szkół podstawowych i ponadgimnazjalnych w laboratoria chemiczne/fizyczne/biologiczne oraz informatyzacja szkół.

Jeśli chodzi o problemy występujące w trakcie procesu aplikacji to wnioskodawcy biorący udział w badaniu skarżyli się na zbyt dużą liczbę załączników koniecznych do załączenia do wniosku o dofinansowanie, a także skomplikowanie procedury aplikacyjnej. Brakowało im także pełnej wiedzy na temat aplikowania, co wynikło w części przypadków z niedoprecyzowania wymogów ze strony IZ. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych). Podczas FGI pojawiła się również kwestia kwalifikowalności wydatków.

Jeśli chodzi o problemy występujące w trakcie procesu realizacji projektu to beneficjenci Priorytetu 7 RPO WD biorący udział w badaniu wymieniali najczęściej jakość usług firm, które wygrały przetarg, a także problemy z samymi procedurami przetargowymi. Znacząca część beneficjentów miała również trudności z interpretacją zmieniających się przepisów prawa i zapisów RPO WD. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień publicznych), a także interpretacji zapisów (zmieniających się) zawartych w *Poradniku dla beneficjenta*.

Beneficjenci realizujący projekty i wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD zapytani o zmiany konieczne do zastosowania w kolejnej perspektywie finansowej mówili przede wszystkim o uproszczeniu wszelkich procedur związanych z aplikowaniem o środki i realizacją projektów, czyli ograniczeniu liczby dokumentów koniecznych do wypełnienia przed i w trakcie realizacji projektu, uproszczeniu instrukcji, procedury wypełniania wniosków, uproszczeniu kwestii rozliczeń, składania wniosków o płatność, uproszeniu procedury oceny wniosków (w tym bardziej przejrzyste kryteria oceny wniosków). Znacząca grupa wnioskodawców poruszała kwestie komunikacyjne: mówiła o konieczności poszerzenie zakresu informacji przekazywanych beneficjantom i potencjalnym beneficjentom, wprowadzenie większej liczby szkoleń, usprawnienieniu komunikacji z Instytucją Zarządzającą. Respondenci objęci badaniem wspominali też o konieczności zwiększenia liczby środków przeznaczonych na obszar związany

Na podstawie analizy zapisów o komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie możemy powiedzieć, że najczęściej stosowana była komplementarność geograficzna charakteryzująca się ukierunkowania wsparcia pochodzącego z różnych źródeł na te same tereny w drugiej kolejności wpisywana we wnioskach była komplementarność funkcjonalna polegająca na wpisywanie się projektu w istniejącą już sieć działań/projektów/inwestycji jako kolejny element tej sieci, natomiast najrzadziej była to komplementarność przedmiotowa, polegająca na

ukierunkowaniu wsparcia na konkretny problem społeczno-gospodarczy lub określoną branżę. Z wywiadów z beneficjentami wynika, że najczęściej na poziomie projektów stosowana była komplementarność jednookresowa –międzyprogramowa, na drugim miejscu uplasowała się komplementarność wewnątrz programowej, natomiast najrzadziej stosowana była komplementarność międzyokresowa. Niemal wszyscy beneficjenci, którzy zadeklarowali zastosowanie zasady komplementarności mówili o efekcie synergii i dodatkowych efektach podjętych działań.

Wśród dobrych praktyk prowadzenia projektów komplementarnych w obszarze edukacji wymienić należy projekt – *Pracownia przyrodnicza w każdej gminie* (kluczowy) realizowany na obszarze 120 gmin z całego województwa, został on dodatkowo wsparty/ uzupełniony o projekty realizowane w ramach PO KL i RPO WD.

Projekty realizowane w ramach Priorytetu 7 RPO WD wpisywały się w cele i założenia Strategii Lizbońskiej w następujących aspektach:

- informatyzacja placówek edukacyjnych;
- wprowadzenie e- learningu;
- ukierunkowane na wzrost atrakcyjności placówek i zwiększenie jakości i dostępności nauczania w kierunkach przyrodniczych, matematycznych i technicznych (celem dostosowania do potrzeb rynku pracy);
- wzmocnienie szkolnictwa zawodowego – jeśli chodzi o praktyczna naukę zawodu, stosowanie najnowszych technik w nauczaniu praktycznej nauki zawodu dostępnych na rynku pracy;
- wzmocnienie szkolnictwa wyższego;
- ukierunkowanie wsparcia na obszary wiejskie;
- wzrost zatrudnienia.

W ramach badania zostały przeanalizowane wybrane przypadki projektów (w tym 2 przypadki uczelni wyższych (w zakresie modernizacji i informatyzacji), 1 przypadek przedszkola, 2 przypadki szkół podstawowych (w tym infrastruktura sportowa i wyposażenie pracowni przyrodniczej) oraz przypadek wyposażenia pracowni praktycznej nauki zawodu w szkole zawodowej. We wszystkich przypadkach zrealizowanych inwestycji możemy obserwować efekt netto prowadzący do wzrostu następujących wskaźników:

Przypadek budowy sali gimnastycznej w szkole podstawowej:

- wzrost liczby uczniów w gminie korzystających z sali gimnastycznej;
- zatrudnienie pedagogów ze specjalnością do prowadzenia zajęć z integracji sensorycznej oraz kinezjologii edukacyjnej;

- powstanie nowych zajęć edukacyjnych niedostępnych do tej pory oraz poprawa zajęć edukacyjnych z wychowania fizycznego.

Przypadek szkoły zawodowej – wyposażenie i modernizacja pracowni praktycznego nauczania zawodu:

- wzrost liczy uczniów na terenie szkoły;
- wzrost liczby etatów na terenie placówki;
- powstanie kierunków niedostępne do tej pory na terenie powiatu;

Przypadek utworzenia przedszkola:

- wzrost liczby dzieci uczęszczających do przedszkola na terenie gminy wiejskiej;
- wzrost liczby przedszkoli na terenie gminy z 0 do 1;

Przypadek szkoły wyższej - wdrożenia e-usług oraz modernizacja infrastruktury informatycznej:

- wzrost liczby etatów na terenie placówki;
- wzrost liczby studentów korzystających z e-learningu;
- wzrost studentów niepełnosprawnych korzystających z e-learningu;

Przypadek utworzenia w szkole podstawowej pracowni przyrodniczej:

- wzrost liczby uczniów na terenie szkoły;
- powstanie pracowni przyrodniczej niedostępnej do tej pory na terenie gminy;
- wzrost jakości nauczania na terenie szkoły (w zakresie nauk: przyrodniczych i matematycznych);
- dostępność pracowni dla uczniów innych szkół z gminy;

Przypadek budowy pomieszczeń dla Wydziału na Uniwersytecie Przyrodniczym:

- wzrost liczby studentów;
- wzrost liczby pracowników naukowych oraz pracowników administracji;
- wzrost jakości prowadzonych zajęć nauki praktycznej zawodu;
- wzrost dostępności do bazy dydaktycznej.

4.2. Obszar zdrowia

Kształt systemu ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku jest silnie uwarunkowany czynnikami historyczno-politycznymi. Region ten do lat 80-tych XX wieku stanowił zaplecze szpitalno-rehabilitacyjne dla wojsk Układu Warszawskiego, co doprowadziło do sytuacji ewidentnej dysproporcji liczby i charakteru łóżek szpitalnych w stosunku do uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych oraz ich niekompatybilności wobec standardów nowoczesnej medycyny. W konsekwencji spowodowało to zbyt małą, w stosunku do potrzeb, liczbę łóżek opieki długoterminowej, przy jednoczesnym nadmiarze liczby łóżek krótkoterminowych, co wiązało się

z wystąpieniem zjawiska lokalnej asymetrii w dostępie do świadczeń wybranych specjalności oraz niskim poziomem wykorzystania dostępnych zasobów medycznych.

Na przestrzeni lat 2007-2010 na Dolnym Śląsku doszło do istotnych zmian w zakresie liczebności i struktury placówek leczenia stacjonarnego. W 2007 roku działało ogółem 64 szpitale, w tym 18 niepublicznych. W 2010 roku odnotowano już 67 szpitali, w tym aż 32 niepubliczne. Widoczny jest trend zmiany formy prawnej placówek, tym samym wysoki wzrost liczby placówek niepublicznych.

Na przestrzeni lat 2007-2010 doszło również do polepszenia stanu systemu ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku, m.in. przez działania sanacyjne i restrukturyzacyjne, które doprowadziły do odwrócenia negatywnego trendu finansowego.

Działania podejmowane w ramach RPO WD związane z obszarem „Zdrowia" były zgodne z następującymi założeniami (działaniami) zawartymi w Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego:

- Zwiększenie skuteczności zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia chorób;
- Zapewnienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w najbardziej optymalny i efektywny sposób (racjonalizacja i lepsze wykorzystanie placówek służby zdrowia).

Projekty realizowane w Priorytetu 8 RPO DW miały na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej poprzez podniesienie standardu usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Prowadzone były niezbędne i wymagane prawem modernizacje obiektów już istniejących zakładów opieki zdrowotnej, zakup nowoczesnego sprzętu medycznego i wdrożenie systemów informatycznych wspomagających zarządzanie i związanych z e-zdrowiem.

Łączna kwota dofinansowania przeznaczona na Działanie 8.1 Priorytetu 8 (projekty przyjęte do dofinansowania z którymi podpisano umowy) wyniosła 262 002 604 zł. Największa kwota w ramach Zdrowia została ulokowana we Wrocławiu ze względu na lokalizacje w tym mieście największych placówek medycznych o oddziaływaniu ogólnowojewódzkim i jednego projektu realizowanego w trybie indywidualnym związanego z budową nowego obiektu.

Zrealizowane w ramach Priorytetu 8 inwestycje możemy podzielić na związane z:

- zakupami sprzętu medycznego;
- systemami IT w tym systemami telemedycznymi;
- budową lub modernizacją obiektów.

Jeśli chodzi o inwestycje związane z zakupami sprzętu medycznego kupowano sprzęt reanimująco-monitorujący (w przypadku 18 projektów), EKG (w przypadku 16 projektów), sprzęt USG (w przypadku 14 projektów), wyposażenie sal operacyjnych i gabinetów zabiegowych (w przypadku 14 projektów), dezynfekcyjno-myjący (11 projektów), sprzęt anestezjologiczny (10 projektów), sprzęt z dziedziny pulmonologiczny (9 projektów). W przypadku 7 projektów kupiono sprzęt RTG, natomiast 2 projektów tomograf komputerowy.
Drugi typ inwestycji dotyczył systemów IT, w tym systemy telemedyczne zostały zakupione w przypadku 12 projektów, oprogramowanie informatyczne w przypadku 13 projektów, strona internetowa w przypadku 1 projektu.

Trzeci typ inwestycji z obszaru zdrowia dotyczył budowy lub modernizacji obiektów/oddziałów – budowa nowych obiektów została przeprowadzona w przypadku 17 inwestycji w tym 15 inwestycji dotyczyło dostosowania obiektów do rozporządzenia MZ. 42 inwestycje dotyczyły modernizacji już istniejących powierzchni (w tym 33 inwestycje dotyczyły dostosowania obiektów do rozporządzenia MZ, 5 dostosowania do prawa budowlanego lub przeciw pożarowego, natomiast 4 dostosowania obiektów do nowych świadczeń).

Realizowane inwestycje miały wymiar przede wszystkim związany z podniesieniem jakości leczenia pacjentów, natomiast w mniejszym stopniu prowadziły do poprawy dostępności do usług medycznych. Należy podkreślić że na wzrost dostępności do usług medycznych ma wpływ szereg innych czynników takich jak m.in. wielkość kontraktu z NFZ, wzrost liczby zachorowań.

Około 39% badanych respondentów zadeklarowało, że w wyniku zrealizowanych inwestycji dofinansowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD zwiększeniu uległa liczba etatów. Na poziomie deklaracji we wnioskach o dofinansowanie taką zmianę zadeklarowano na poziomie 24 projektów. Generalnie projekty z obszaru zdrowia generowały powstanie mniejszej liczby etatów niż te z obszaru edukacji. Wynika to z pewnością częściowo z faktu, że lekarze w szpitalach są zatrudniani najczęściej w ramach kontraktów, co nie mogło być uwzględnione przy obliczaniu wskaźników.

Zdecydowana większość beneficjentów zadeklarowała, że zakupiony w ramach projektu sprzęt medyczny/zmodernizowane pomieszczenia są w pełni wykorzystywane (przypadki zakończonych inwestycji). Przeciwnego zdania było 6 beneficjentów, przyczyną braku pełnego wykorzystania sprzętu był niewystarczający kontrakt z NFZ lub brak kontraktu.

W wyniku zrealizowanych inwestycji skróceniu uległ czas oczekiwania na zabiegi (na zmodernizowanych oddziałach, z użyciem zakupionego sprzętu), przy czym inwestycje dofinansowane z UE miały w tym średnio 44% udział. W wyniku zrealizowanych inwestycji skróceniu

uległ również czas oczekiwania na badania (z użyciem zakupionego sprzętu), przy czym inwestycje dofinansowane z UE miały w tym średnio 51% udział.

Żaden z planowanych do realizacji wskaźników spełniających cele i założenia RPO WD nie został osiągnięty w 100% do końca 2011 roku, przy czym zagrożone jest osiągnięcie wskaźnika *Liczba projektów dotyczących wyłącznie zakupu aparatury i sprzętu medycznego* (może zostać osiągnięty na poziomie 36% do końca 2013 roku, zgodnie z zapisami z umów).

Jeśli chodzi o system Zarządzania (nabory i kryteria) to w Priorytecie 8 stosowano przede wszystkim system naborów celowanych.

- Nabór projektów z placówek świadczących opiekę stacjonarną (szpitale jednospecjalistyczne i wielospecjalistyczne – zarówno prywatne jak i publiczne);
- Nabór projektów z placówek świadczących opiekę ambulatoryjną (podstawową opiekę zdrowotna i ambulatoryjną opiekę specjalistyczna);
- Nabór dotyczący dziedziny pulmonologii;
- Nabór związany z teleradiologią i informatyzacją placówek służby zdrowia.

Największa pula środków został przyznana na modernizację placówek świadczących usługi stacjonarne (szpitali), natomiast najmniejsza na informatyzację placówek służby zdrowia. Typy realizowanych projektów wynikały przede wszystkim z zapotrzebowania zgłaszanego przez same placówki.

W ramach obszaru „Zdrowia" został zrealizowany jeden projekt kluczowy: *Budowa pawilonu pediatrycznego na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu*.

Jeśli chodzi o obliczanie kwoty dofinansowania w Priorytecie 8 został wprowadzony przez IZ RPO WD współczynnik „P", który określał stopień komercjalizacji placówki (stosunek świadczeń wykonywanych komercyjnie i w ramach kontraktu z NFZ). Z przeprowadzonych badań wynika, że beneficjenci mają problem z utrzymaniem wskaźnika na deklarowanym we wniosku poziomie (wskaźnik odchyla się najczęściej in minus). Taki stan rzeczy wynika przede wszystkim z wprowadzenia na teren placówki większej ilości usług prywatnych, oraz otrzymaniu przez placówkę niższego kontraktu z NFZ.

Dostępność informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD w województwie dolnośląskim oceniona została przez projektodawców i potencjalnych

projektodawców na wysokim poziomie, jednak niższym niż to miało miejsce w przypadku Priorytetu 7. W opinii beneficjentów Priorytetu 8 poprawienia wymaga funkcjonalność strony WWW RPO WD. Podczas szkoleń oferowanych przez UMWD potencjalnym beneficjentom powinna być przekazywana pełniejsza informacja dotycząca stosowania Prawa Zamówień Publicznych.

Większość z instytucji aplikujących w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD zadeklarowało, że jest zainteresowanych realizacją inwestycji dofinansowanych ze środków UE w kolejnej perspektywie finansowej. Większość z planowanych do realizacji inwestycji dotyczyło modernizacji budynków i pomieszczeń oraz wyposażenia placówek w sprzęt medyczny.

Pomimo, że projekty realizowane do tej pory przyniosły istotne zmiany w służbie zdrowia w kolejnej perspektywie finansowej w opinii ekspertów należałoby podejmować się dalszej modernizacji placówek zdrowia, głównie szpitali, zakupów i wymiany specjalistycznego sprzętu medycznego (w tym wyposażenia modernizacji i budowy nowych sal operacyjnych). Konieczne jest również dalsze dostosowanie do wymogów prawa istniejących obiektów i sprzętów (rozporządzenie MZ) oraz dalsza informatyzacja służby zdrowia oraz wprowadzenie projektów z dziedziny teleradiologii. Szczególną uwagę w kolejnej perspektywie finansowania powinno zwrócić się na dziedzinę onkologii w tym doposażenie i rozbudowę centrum onkologicznego.

Beneficjenci Priorytetu 8 byli zobligowani do stosowania Polityk horyzontalnych UE na poziomie projektów. Nawiązanie do jednej z Polityk horyzontalnych UE było dodatkowo punktowane. Wyróżnić możemy 4 Polityki: *Ochrona środowiska i polityka zrównoważonego rozwoju*, *Równość szans i niedyskryminacja*, *Społeczeństwo informacyjne*, *Polityka konkurencji i zamówień publicznych*. Większość z objętych badaniem wnioskodawców aplikujących w ramach Priorytetu 8 zapytanych czy informacje przekazywane przez IZ RPO WD dotyczące Polityki horyzontalnej UE są wystarczające odpowiedziała twierdząco, jednocześnie z przeprowadzonych badań wynika, że beneficjentom brakuje szczegółowej wiedzy na temat Polityk horyzontalnych UE, uważają jednocześnie, że posiadanie większego zakresu wiedzy nie jest konieczne. Wiedzę na temat Polityki horyzontalnej UE wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 7 RPO WD czerpali przede wszystkim ze strony internetowej UMWD.

Wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 8 RPO WD napotykali najczęściej na problemy wynikające z niedostępności niektórych koniecznych informacji, a także ustalenia kwalifikowalności ponoszonych w ramach projektu wydatków. Wnioskodawcy skarżyli się również na zbyt dużą liczbę załączników koniecznych na poziomie wniosku o dofinansowanie. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności w interpretacji przepisów (w tym przepisów dotyczących zamówień

publicznych). Podobne wnioski można wyciągnąć na podstawie wypowiedzi pojawiających wśród uczestników zogniskowanego wywiadu grupowego, którzy zwrócili uwagę na brak pełnej i aktualnej informacji w trakcie szkoleń i na stronach WWW RPO WD, a także brak wystarczającej informacji na temat Prawa Zamówień Publicznych.

Beneficjenci Priorytetu 8 RPO WD w trakcie realizacji projektów napotykali najczęściej na problemy wynikające z niedotrzymania harmonogramu rozliczania wniosków, weryfikacji dokumentacji rozliczeniowej, opóźnień w finansowaniu projektu. Pojawiały się też często problemy z procedurami przetargowymi. Znaczna cześć wypowiedzi dotyczyła trudności wynikających z konieczności dostosowanie rzeczywistości instytucji do wymogów projektu, trudności w dotrzymaniu terminów zawartych w harmonogramie, konieczność podjęcia nieprzewidzianych na etapie planowania projektu działań.

Beneficjenci realizujący projekty i wnioskodawcy aplikujący w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD zapytani o zmiany konieczne do zastosowania w kolejnej perspektywie finansowej mówili przede wszystkim o uproszczeniu wszelkich procedur związanych z aplikowaniem o środki i realizacją projektów, czyli ograniczeniu liczby dokumentów koniecznych do wypełnienia przed i w trakcie realizacji projektu, uproszczeniu instrukcji, procedury wypełniania wniosków, uproszczeniu kwestii rozliczeń, składania wniosków o płatność, uproszeniu procedury oceny wniosków (w tym bardziej przejrzyste kryteria oceny wniosków). Znacząca grupa wnioskodawców poruszała kwestie komunikacyjne - mówiła o konieczności poszerzenie zakresu informacji przekazywanych beneficjantom i potencjalnym beneficjentom, wprowadzenia większej liczby szkoleń, usprawnienieniu komunikacji z Instytucją Zarządzającą RPO WD, zatrudnieniu większej liczby pracowników zajmujących się rozpatrywaniem i rozliczaniem wniosków. Respondenci objęci badaniem wspominali też o konieczności zwiększenia liczby środków przeznaczonych na obszar związany ze zdrowiem.

Na podstawie analizy zapisów o komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie możemy powiedzieć, że najczęściej stosowana była komplementarność geograficzna charakteryzująca się ukierunkowaniem wsparcia pochodzącego z różnych źródeł na te same tereny oraz komplementarność przedmiotowa (ukierunkowanie na ten sam obszar), w mniejszym stopniu zaś stopniu funkcjonalna. Z badań telefonicznych przeprowadzonych wśród beneficjentów wynika, że najczęściej realizowana była komplementarność wewnątrzprogramowa.

Przykładem zastosowania komplementarności na poziomie projektów realizowanych w Priorytecie 8 RPO WD - wywołującej związek między projektami - jest zbiór projektów z zakresu teleradiologii. Utworzony system można określić w kategorii komplementarności funkcjonalno –

przedmiotowej. Z jednej strony zastosowanie komplementarności prowadziło do utworzenia sieci połączonych funkcjonalnie projektów, z drugiej było ukierunkowane na wspieranie konkretnej dziedziny jaką jest radiologia i diagnostyka obrazowa.

Projekty realizowane w ramach Priorytetu 8 RPO WD w obszarze zdrowia wpisujące się w cele *Strategii Lizbońskiej*, a także założenia programu „Europa 2020" to projekty ukierunkowane na:

- informatyzację placówek służby zdrowia, wprowadzenie elektronicznej karty pacjenta;
- wzrost zatrudniania;
- termomodernizację budynku.

W ramach badania zostały przeanalizowane wybrane przypadki projektów, w tym 4 przypadki szpitali (w zakresie modernizacji i informatyzacji placówek w dziedzinach anestezjologia, chirurgia, teleradiologia i pulmonologia), 2 przypadki modernizacji i przebudowy przychodni. We wszystkich przypadkach zrealizowanych inwestycji możemy obserwować efekt netto prowadzący do wzrostu następujących wskaźników:

Modernizacja szpitali:

- wzrost dostępności dla osób niepełnosprawnych do obiektu;
- zmniejszenie śmiertelności pacjentów placówki w skali miesiąca.

Modernizacja przychodni:

- wzrost liczby pacjentów przychodni;
- wzrost liczby wykonywanych badań medycznych;
- wzrost wykrywalności schorzeń na terenie gminy.

Projekt w zakresie teleradiologii:

- przyspieszenia procesu diagnostyki obrazowej badanego;
- wzrost liczby wykonywanych badań;
- wzrost jakości diagnostyki obrazowej
- zwiększenie komfortu pracy personelu medycznego.

4.3. Rozwiązania stosowane na poziomie innych województw w obszarze zdrowia i edukacji

Założeniem programowym priorytetów związanych ze zdrowiem i edukacją było przede wszystkim poprawienie dostępności oraz jakości infrastruktury zdrowotnej i edukacyjnej. W obszarze edukacji głównie kładziono nacisk na dostosowanie systemu kształcenia do potrzeb rynku pracy, stworzenie warunków do rozwoju społeczeństwa o wysokich kwalifikacjach

zawodowych, wzrost dostępności i poprawę warunków kształcenia. Z kolei w obszarze zdrowia skupiano się przede wszystkim na poprawieniu standardów opieki medycznej, zwiększeniu dostępności do infrastruktury zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia mieszkańców. Realizacja powyższych założeń odbywała się głównie poprzez modernizację placówek edukacyjnych i zdrowotnych oraz zakup specjalistycznego sprzętu medycznego lub zakup wyposażenia do placówek edukacyjnych. Kryteria wyboru projektów zostały tak skonstruowane, aby poprzez ich zastosowanie można było w pełni realizować założenia i cele priorytetów odnoszących się do obszarów zdrowia i edukacji.

Na listach kluczowych projektów, czyli mających istotne znaczenie z punktu widzenia rozwoju całego regionu, w opisywanych województwach znalazły się inwestycje związane z obszarem edukacji i tak odpowiednio w województwie śląskim, były to 2 projekty, w wielkopolskim 11 projektów, a w mazowieckim 4 projekty. Wszystkie te inwestycje dotyczyły modernizacji obiektów przynależących do szkół wyższych oraz zakupu wyposażenia dydaktycznego.

W przypadku projektów kluczowych, mających znaczący wpływ na obszar zdrowia w województwie wielkopolskim wyróżniono 5 inwestycji, w mazowieckim 4. Projekty te przyczyniały się w głównej mierze do modernizacji infrastruktury służby zdrowia oraz zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego, który miał wpłynąć na wzrost jakości świadczonych usług medycznych. W województwie śląskim wśród projektów kluczowych nie znalazła się żadna inwestycja związana z obszarem zdrowia.

IZ RPO WD tworząc system obliczania poziomu dofinansowania projektów związanych ze zdrowiem wprowadziła możliwość zastosowania tzw. „współczynnika P", dzięki temu placówki zdrowotne mogły wykorzystywać zakupiony sprzęt w ramach danego projektu, również w celach komercyjnych, z uwzględnieniem poziomu współczynnika, którego wysokość została przez nich wcześniej zapisana we wniosku. Podobną funkcję zastosowała IZ RPO WŚ wprowadzając tzw. „zasadę proporcjonalności", której wykorzystanie dawało podobne możliwości. W województwie wielkopolskim i mazowieckim nie uwzględniono możliwości finansowania sprzętu wykorzystywanego również w celach komercyjnych, zakupiony sprzęt mógł być jedynie wykorzystywany do świadczeń kontraktowanych z NFZ.

Sporą trudność sprawiło wskazanie elementów innowacyjnych w projektach dotyczących zdrowia czy edukacji, ponieważ wśród inwestycji realizowanych w ramach środków płynących z RPO projektów typowo innowacyjnych, wprowadzających rewolucyjne zmiany z zastosowaniem nowoczesnych technologii po prostu nie było. Często wśród inwestycji związanych ze zdrowiem za innowacyjne uważa się te projekty, które dotyczą zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego, gdzie za elementy innowacyjne uznaje się sam przedmiot zakupu, charakteryzujący się najlepszymi parametrami w swojej klasie. W projektach dotyczących infrastruktury edukacyjnej innowacyjność upatrywano głównie w wykorzystywaniu nowoczesnych technologii informatycznych.

Przedstawiciele IZ RPO twierdzą, że w przyszłej perspektywie finansowania należy nie tylko dążyć do wyrównania szans i zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych czy usług edukacyjnych, ale również stawiać na wprowadzanie nowoczesnych technologii i rewolucyjnych rozwiązań. W dziedzinie zdrowia szansę pozyskania dodatkowych środków upatruje się w projektach z zakresu społeczeństwa informacyjnego, które będzie można wykorzystać m.in. na informatyzację służby zdrowia. W obszarze edukacji również wskazywano na szersze wykorzystywanie technologii informatycznych, aby w ten sposób pozyskać dodatkowe środki na infrastrukturę edukacyjną, przede wszystkim na dofinansowanie kierunków, które odpowiadają zapotrzebowaniu na rynku pracy.

Podczas etapu aplikacji nie odnotowano większych problemów, składane wnioski charakteryzowały się znacznie wyższą jakością niż w poprzednich okresach programowania. Większą trudność dla beneficjentów stwarza sam proces realizacji projektu, a dokładnej realizacja poszczególnych wskaźników, które wcześniej zadeklarowali we wniosku.

5. Rekomendacje

5.1. Obszar edukacji

Rekomendacje operacyjne

Lp	Tytuł raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Proponowany sposób wdrożenia	Status: stan wdrożenia	Termin realizacji
1.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Wszelkie działania prowadzone w województwie dolnośląskim w obszarze edukacji wymagają szczegółowej diagnozy i prognozy stanu edukacji wraz z określeniem dostosowania jej do zmieniających się potrzeb rynku pracy.	W kolejnej perspektywie finansowej należałoby zastanowić się nad możliwością realizacji projektów indywidualnych sieciowych w wybranych ściśle określonych obszarach edukacji (np. w obszarze szkolnictwa zawodowego). Realizowane nabory i kryteria powinny uwzględniać szczegółowe prognozy co do kierunków edukacji dostosowanych do potrzeb rynku pracy.	IZ RPO WD			

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

2.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Zbyt mała ilość projektów w ramach Działania 7.1 i 7.2 dotyczyła obszaru nauk techniczno-matematyczno-przyrodniczych. Jednocześnie realizowane projekty były odpowiedzią na potrzeby zgłaszane przez wnioskodawców.	Należy zastanowić się nad możliwością realizacji projektów kluczowych w dziedzinie nauk ścisłych. W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się projekty z dziedzin kształcenia odpowiadających potrzebom rynku pracy tj. nauki techniczno-matematyczno-przyrodnicze.	IZ RPO WD			
3.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na*	W przypadku niewielkiej liczy projektów udało się uzyskać efekt związany z wprowadzeniem na teren placówki form kształcenia ustawicznego.	W związku ze zmianami na rynku pracy należałoby zastanowić się w kolejnej perspektywie finansowej nad wprowadzeniem rozwiązań premiujących wprowadzenie na terenie placówki form kształcenia wspierających mobilność zawodową	IZ RPO WD			

	poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu						
4.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Zbyt mała liczba inwestycji realizowanych w ramach Priorytetu 7 RPO WD dotyczyła inwestycji w nowoczesne technologie i rozwiązania, a także projektów związanych z informatyzacją placówek edukacyjnych. Placówki edukacyjne nadal zgłaszają potrzebę inwestycji modernizacyjnych i budowlanych (w tym budowy obiektów sportowych), gdyż są to inwestycje o wiele bardziej kosztowne niż związane z samym wyposażeniem.	W kolejnej perspektywie finansowania system oceny merytorycznej powinien w większym stopniu premiować projekty o wyższym potencjale innowacyjnym. W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się projekty z zakresu informatyzacji placówek edukacyjnych, wprowadzić nabory celowane lub projekt indywidualny o charakterze sieciowym uzupełniający niedobory szkół w zakresie informatyzacji.	IZ RPO WD			
5.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania*	Beneficjenci wykazują się zbyt niskim poziomem wiedzy na temat zastosowania zasady	Komplementarność i zasady jej stosowania na poziomie projektów powinny być	IZ RPO WD			

	przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu	komplementarności na poziomie projektów oraz efektów jej realizacji. Komplementarność rzeczywiście stosowana na poziomie projektów różni się od tej, która była wykazywana na poziomie wniosków o dofinansowanie ze względu na to, że część inwestycji była realizowana w późniejszych terminach w stosunku do zgłaszanych wniosków.	elementem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów. Ważnym aspektem szkolenia powinny być elementy myślenia strategicznego w zakresie komplementarności, czyli uczenia nie tylko wyławiania projektów komplementarnych, ale również ich tworzenia. Dobrym rozwiązaniem podczas akcji informacyjnych (szkoleń, informacji na poziomie strony WWW, *Poradnika dla beneficjenta*) jest wskazywanie, że projekty rzeczywiście komplementarne mogą przyczynić się do lepszych efektów realizowanych inwestycji, a także, że są dodatkowo premiowane). Należałoby zastanowić się nad wprowadzeniem bardziej szczegółowego systemu punktacji i opisu na poziomie wniosku, który pozwalałby na premiowanie projektów zakładających wysoki poziom				

			realizowanej komplementarności.				
6.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	*Polityka horyzontalna UE* była powszechnie stosowana na poziomie projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7, w najmniejszym stopniu beneficjenci wskazywali na pozytywny związek z *Polityką społeczeństwa informacyjnego*. Beneficjenci wykazują się niewielką wiedzą na temat *Polityk horyzontalnych UE*, poza nabyciem przeświadczenia o konieczności ich stosowania.	Należy utrzymać system punktacji za zapisy dotyczące *Polityki horyzontalnej UE* we wnioskach o dofinansowanie Podczas szkoleń prowadzonych dla potencjalnych beneficjentów powinny zostać wprowadzone elementy mówiące o tym w jaki sposób *Polityki horyzontalne UE* mogą być stosowana na poziomie konkretnych typów projektów, co zmobilizowałby potencjalnych beneficjentów do poszukiwania możliwych powiązań miedzy projektami a *Polityką horyzontalną UE*.	IZ RPO WD			

7.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Objęci badaniem beneficjenci Priorytetu 7 stosunkowo często zgłaszali problemy związane ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych i kwalifikowalnością wydatków. Pojawianie się problemów ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych na poziomie kontroli projektów zgłaszali również przedstawiciele IZ RPO WD.	W kolejnej perspektywie finansowej zagadnienia związane z Prawem Zamówień Publicznych i kwalifikowalnością wydatków powinny być nadal przedmiotem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów Priorytetu 7. Duża waga powinna zostać położona na praktyczne aspekty prezentowanej tematyki. Należałoby zastanowić się w kolejnej perspektywie finansowej nad wprowadzeniem rozwiązań systemowych prowadzących do eliminacji problemów związanych ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych np.: -indywidualnej opiece ze strony IZ RPO WD; - kontroli ex-ante.	IZ RPO WD			

8.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Beneficjenci zgłaszali uwagi co do strony WWW RPO WD, w ich opinii należałoby poprawić funkcjonalność strony pod kątem łatwości wyszukiwania pełnej i aktualnej informacji w ramach danego Priorytetu.	W kolejnej perspektywie finansowej należałoby poprawić funkcjonalność stronywww.rpo.dolnyslask. Propozycję nowych rozwiązań należałby skonsultować z beneficjentami i potencjalnymi beneficjentami RPO WD jako głównymi użytkownikami strony.	IZ RPO WD			

5.2. Obszar zdrowia

Rekomendacja horyzontalna

Lp	Tytuł raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Proponowany sposób wdrożenia	Status: stan wdrożenia	Termin realizacji
1.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Przykładem dobrych praktyk podejmowanych działań w obecnej perspektywie finansowej jest wsparcie dziedziny pulmonologii poprzedzone przez utworzenie Programu rozwoju tej dziedziny. Formułowanie zbyt ogólnych celów lub kryteriów może prowadzić do rozproszenia ograniczonych zasobów finansowych.	Jednostki odpowiedzialne za służbę zdrowia powinny podjąć się utworzenia Programu dla wybranych dziedzin (wzorem pulmonologii) lub Programu rozwoju służby zdrowia w całym województwie (z uwzględnieniem dziedzin istotnych z punktu widzenia potrzeb mieszkańców). Na tej podstawie będzie można w przyszłej perspektywie finansowej kształtować kryteria, nabory celowane oraz wskazywać projekty indywidualne.	UMWD (Departament Polityki Zdrowotnej)			

Rekomendacje operacyjne

2.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Projekty w ramach Priorytetu 8 RPO WD były realizowane w placówkach świadczących usługi stacjonarne (szpitale) jak i ambulatoryjne (przychodnie). Z wywiadów z przedstawicielami RPO wynika, że liczba środków w kolejnej perspektywie finansowej ma zostać ograniczona.	W celach Programu należy ująć te projekty, które w bezpośredni sposób odnoszą się do *Polityk horyzontalnych UE* i programu *Europa 2020,* czyli z zakresu informatyzacji, ochrony środowiska i prowadzących do wzrostu zatrudniania.	IZ RPO WD			
3.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury*	Zbyt mała ilość projektów dotyczyła dziedziny onkologii, tymczasem dziedzina ta wymaga wsparcia biorąc pod niewystarczającą ilość sal operacyjnych i rosnące	Należy zastanowić się nad możliwością realizacji projektów kluczowych w dziedzinach określonych jako priorytetowe dla województwa dolnośląskiego	IZ RPO WD			

	społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu	wskaźniki zachorowalności na choroby onkologiczne oraz liczby hospitalizowanych pacjentów. Niewielka liczba projektów dotyczyła takich dziedzin jak rehabilitacja, opieka długoterminowa (istotnych z punktu widzenie potrzeb mieszkańców regionu), a w niewystarczającym stopniu finansowanych centralnie.	w programach opieki zdrowotnej. Przy czym środki powinny być ukierunkowane na poprawę warunków leczenia i zwiększenie dostępności do zabiegów operacyjnych w ośrodkach centralnych oferujących kompleksowe leczenie. W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się projekty istotne z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, a także istniejących trendów demograficznych.				
4.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i*	Nie we wszystkich projektach udało się poprawić stopień dostępności do świadczonych usług, ponieważ nie jest to czynnik warunkowany tylko i wyłącznie ilością i jakością posiadanego przez placówkę sprzętu, ale przede wszystkim polityką zdrowotna w kraju	W obecnej perspektywie powinno się poddać pod dyskusję kwestię konsekwencji niedotrzymania stałego poziomu współczynnika „P" z winy niezależnej od samego beneficjenta (aneksowanie umowy).	IZ RPO WD			

	Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu	i wielkością kontraktów NFZ na poszczególne typy świadczeń. Popyt na usługi medyczne jest większy niż zabezpieczone na ten cel środki, co rodzi trudność szczególnie w dostępie do niektórych rodzajów świadczeń. Beneficjenci mieli trudność z utrzymaniem współczynnika „P" na poziomie deklarowanym we wniosku o dofinansowanie, co wynikało również z wahań w wartościach kontraktu z NFZ oraz rosnącą komercjalizacją placówek. Beneficjentom brakuje wiedzy na temat konsekwencji grożących za przekroczenie wartości wskaźnika. W województwie śląskim, w którym wprowadzono podobny system obliczania kwoty dofinansowania wystąpiły problemy z utrzymaniem *współczynnika*	W kolejnej perspektywie finansowej należałoby zweryfikować do tej pory wprowadzony system obliczania kwoty dofinansowania. Należałoby też poinformować beneficjentów o dalszych losach projektów, w których nie udało się uzyskać zakładanych wskaźników.				

		proporcjonalności na wyznaczonym we wniosku o dofinansowanie poziomie.					
5.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Zbyt mała liczba inwestycji realizowanych w ramach RPO WD związana była ze sprzętem wysoce specjalistycznym dotyczyła inwestycji w nowoczesne technologie i rozwiązania, a także projektów związanych z informatyzacją służby zdrowia. Ograniczenie dla tego typu projektów stanowiło zapotrzebowanie zgłaszane przez same placówki realizujące projekty, które nadal zgłaszają potrzebę wymiany bazy sprzętowej, prac modernizacyjnych i budowlanych.	W kolejnej perspektywie finansowej system oceny merytorycznej powinien premiować projekty o wyższym potencjale innowacyjnym. W kryteriach wyboru projektów powinno premiować się uzasadnione ekonomicznie projekty inwestujące w nowoczesne rozwiązania w dziedzinie medycyny gwarantujące jej dalszy rozwój. W związku z planowanym wdrożeniem w 2014 r. systemu informacji medycznej (SIM) powinno promować się projekty związane z informatyzacją podmiotów leczniczych, tak	IZ RPO WD			

			aby wdrożenie wspomnianej ustawy było możliwie najefektywniejsze i przyczyniło się do faktycznej informatyzacji ochrony zdrowia.				
6.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Beneficjenci wykazują się zbyt niskim poziomem wiedzy na temat zastosowania zasady komplementarności na poziomie projektów oraz efektów jej zastosowania. Komplementarność rzeczywiście stosowana na poziomie projektów różni się od tej, która była wykazywana na poziomie wniosków o dofinansowanie ze względu na to, że część inwestycji w placówkach (w ramach tego samego Programu lub innych programów) była realizowana w późniejszych terminach w stosunku do zgłaszanych wniosków.	Komplementarność i zasady jej stosowania na poziomie projektów powinny być elementem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów. Ważnym aspektem szkolenia powinny być elementy myślenia strategicznego w zakresie komplementarności, czyli uczenia nie tylko wyławiania projektów komplementarnych, ale również ich tworzenia. Dobrym rozwiązaniem podczas akcji informacyjnych (szkoleń, informacji na poziomie strony WWW, *Poradnika dla*	IZ RPO WD			

			beneficjenta) jest wskazywanie, że projekty rzeczywiście komplementarne mogą przyczynić się do lepszych efektów realizowanych inwestycji, a także że są dodatkowo premiowane). Należałby zastanowić się nad wprowadzeniem bardziej szczegółowego systemu punktacji i opisu na poziomie wniosku, który pozwalałby na premiowanie projektów zakładających wysoki poziom realizowanej komplementarności. W kolejnej perspektywie finansowej należy kontynuować realizację projektów z dziedziny teleradiologii jako kontynuację już zrealizowanych inwestycji.				

7.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	*Polityka horyzontalna UE* była powszechnie stosowana na poziomie projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8, w mniejszym stopniu jeśli chodzi o *Politykę ochrony środowiska i zrównoważonego rozwoju* oraz *Politykę społeczeństwa informacyjnego*. Beneficjenci wykazują się niewielką widzą na temat *Polityk horyzontalnych UE*, poza nabyciem przeświadczenia o konieczności ich stosowania.	Należy utrzymać system punktacji za zapisy dotyczące *Polityki horyzontalnej UE* we wnioskach o dofinansowanie. Podczas szkoleń prowadzonych dla potencjalnych beneficjentów powinny zostać wprowadzone elementy mówiące o tym w jaki sposób *Polityki horyzontalne UE* mogą być stosowana na poziomie konkretnych typów projektów, co zmobilizowałby potencjalnych beneficjentów do poszukiwania możliwych powiązań miedzy projektami a *Polityką horyzontalną UE*.	IZ RPO WD			
8.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do*	Objęci badaniem beneficjenci Priorytetu 7 stosunkowo często zgłaszali problemy związane ze	W kolejnej perspektywie finansowej zagadnienia związane z Prawem	IZ RPO WD			

	dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu	stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych i kwalifikowalnością wydatków. Pojawianie się problemów ze stosowaniem prawa zamówień publicznych na poziomie kontroli projektów zgłaszali również przedstawiciele IZ RPO WD.	Zamówień Publicznych i kwalifikowalnością wydatków powinny być nadal przedmiotem szkoleń dla potencjalnych beneficjentów Priorytetu 8. Duża waga powinna zostać położona na praktyczne aspekty prezentowanej tematyki. Należałoby zastanowić się w kolejnej perspektywie finansowej nad wprowadzeniem rozwiązań systemowych prowadzących do eliminacji problemów związanych ze stosowaniem Prawa Zamówień Publicznych np.: -indywidualnej opiece ze strony IZ RPO WD; - kontroli ex-ante.				

9.	*Ewaluacja wpływu projektów wybranych do dofinansowania przez IZ RPO WD dot. infrastruktury społecznej w zakresie Priorytetu 7 „Edukacja" i Priorytetu 8 „Zdrowie" na poprawę warunków bytowych ludności Dolnego Śląska oraz podniesienie konkurencyjności regionu*	Beneficjenci zgłaszali uwagi co do strony WWW RPO WD, w ich opinii należałoby poprawić funkcjonalność strony pod kątem łatwości wyszukiwania pełnej i aktualnej informacji w ramach danego Priorytetu.	W kolejnej perspektywie finansowej należałoby poprawić funkcjonalność strony www.rpo.dolnyslask.pl. Propozycję nowych rozwiązań należałby skonsultować z beneficjentami i potencjalnymi beneficjentami RPO WD jako głównymi użytkownikami strony.	IZ RPO WD			

6. Aneks

Spis wykresów tabel i rysunków

Tabela 3. Ogólny schemat budowy wskaźników. 34
Tabela 4. Liczba szkół wg typu w województwie Dolnośląskim w latach 2007-2010 – opracowanie własne podstawie danych GUS 36
Tabela 3. Lista wskaźników opisujące cele i priorytety Programu zawartych w uszczegółowieniu RPO WD – Działanie 7.1 52
Tabela 4. Lista wskaźników opisujące cele i priorytety Programu zawartych w uszczegółowieniu RPO WD – Działanie 7.2 52
Tabela 5. Wskaźniki rezultatu, jakich nie udało się osiągnąć 53
Tabela 6. Liczba zrealizowanych projektów i alokacja środków w ramach Działania 7.1 Priorytetu 7 RPO WD 55
Tabela 7. Liczba zrealizowanych projektów i alokacja środków w ramach Działania 7.2 Priorytetu 7 RPO WD 56
Tabela 8. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej – planowane do realizacji inwestycje 65
Tabela 9. Powiązania projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7 RPO WD z Politykami horyzontalnymi UE (wnioski o dofinansowanie przyjęte do realizacji) 68
Tabela 10. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 7 RPO WD. 73
Tabela 11. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD.. 76
Tabela 12. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD.. 78
Tabela 13. Propozycje zmian które maja zostać zastosowane w kolejnej perspektywie finansowej – beneficjenci Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD 82
Tabela 14. Dane dotyczące rodzajów komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie projektów realizowanych w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD 86
Tabela 15. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR..... 87
Tabela 16. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD 90
Tabela 17. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD 92
Tabela 18. Zmiany jakości i dostępności Wydziału Nauk o Żywności i Żywieniu dla studentów i pracowników naukowych 122
Tabela 19. Szpitale ogólne wraz z liczbą łóżek- na podstawie danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z roku 2008, 2009, 2010 i 2011 127
Tabela 20. Wskaźniki efektywności leczenia – na podstawie danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z roku 2008 i 2011 127
Tabela 21. Leczeni w trybie stacjonarnym w ciągu roku na oddziale onkologicznym na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2007-2010 – podstawie danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z roku 2008, 2009, 2010, 2011 129
Tabela 22. Kupowane sprzęty medyczne w ramach projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD 136

Tabela 23. Wskaźniki spełniające cele i priorytety RPO WD w Działaniu 8.1 Poprawa jakości opieki zdrowotnej 141
Tabela 24. Liczba zrealizowanych projektów i alokacja środków w ramach Działania 8.1 Priorytetu 8 RPO WD 147
Tabela 25. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej – planowane do realizacji inwestycje 159
Tabela 26. Powiązania projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD z Politykami horyzontalnymi UE (wnioski o dofinansowanie przyjęte do realizacji) 164
Tabela 27. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 8 RPO WD. 168
Tabela 28. Problemy występujące w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 RPO WD. 170
Tabela 29. Problemy występujące w trakcie realizacji projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD. 172
Tabela 30. Propozycje zmian które maja zostać zastosowane w kolejnej perspektywie finansowej - beneficjenci Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD 175
Tabela 31. Dane dotyczące rodzajów komplementarności zawartych we wnioskach o dofinansowanie projektów realizowanych w ramach Priorytetu 8 177
Tabela 32. Na czym polegała komplementarność projektu/ów realizowanych w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR 178
Tabela 33. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD 180
Tabela 34. Na czym polegała komplementarność projektu/ów z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT 182
Tabela 35. Sprzęt zakupiony na poszczególne oddziały Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu – na podstawie załącznika 18 do wniosku. 187
Tabela 36. Zmiany wybranych wskaźników zwianych z badaną placówką służby zdrowia 188
Tabela 37. Sprzęt zakupiony na poszczególne oddziały Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy 194
Tabela 38. Sprzęt zakupiony w wyniku zrealizowanej inwestycji 210
Tabela 39. Wykaz projektów kluczowych powiązanych z obszarem edukacji w poszczególnych województwach – na podstawie Aktualna lista projektów kluczowych WRPO, Projekty kluczowe – www.rpo.slaskie.pl, Indykatywny Wykaz Indywidualnych Projektów Kluczowych dla RPO WM 2007-2013. 221
Tabela 40. Wykaz projektów kluczowych powiązanych z obszarem zdrowia w poszczególnych województwach – na podstawie Aktualna lista projektów kluczowych WRPO, Projekty kluczowe – www.rpo.slaskie.pl, Indykatywny Wykaz Indywidualnych Projektów Kluczowych dla RPO WM 2007-2013. 222
Tabela 41. Zasada obliczania poziomu dofinansowania projektów związanych ze zdrowiem. Na podstawie Uszczegółowienie RPO WD, Uszczegółowienie RPO WŚ, Uszczegółowienie RPO WW, Uszczegółowienie RPO WM. 224
Tabela 42. Ilość projektów opiniowanych przez NGO i RDOŚ 227
Tabela 43. Pojawiające się sugestie ze strony konserwatora przyrody i informacje o ich zastosowaniu na poziomie projektów w ramach Priorytetu 7 228
Tabela 44. Pojawiające się sugestie ze strony konserwatora przyrody i informacje o ich zastosowaniu na poziomie projektów w ramach Priorytetu 8 229
Tabela 44. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2007. 231

Tabela 45. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2010. 232
Tabela 44. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2007. 232
Tabela 45. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług edukacyjnych roku 2010. 233
Tabela 46. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług medycznych w roku 2007. 240
Tabela 47. Syntetyczny wskaźnik służący ocenie dostępności i jakości usług medycznych w roku 2010. 241

Wykres 2. Liczebność uczniów w poszczególnych typach szkół w latach 2007-2010 – opracowanie własne na podstawie danych GUS..... 37
Wykres 2. Wskaźnik komputeryzacji – uczniowie przypadający na 1 komputer z dostępem do Internetu, przeznaczony do użytku uczniów na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2007-2010 – opracowanie własne na podstawie danych GUS. 38
Wykres 3. Liczba przedszkoli oraz oddziałów przedszkolnych na terenie Dolnego Śląska w latach 2007-2010 – na podstawie danych GUS..... 39
Wykres 4. Liczba miejsc w przedszkolach na Dolnym Śląsku w latach 2007-2010 – podstawie danych GUS..... 39
Wykres 5. Liczba studentów wg typów szkół wyższych w województwie Dolnośląskim w latach 2007-2010 – na podstawie danych GUS 40
Wykres 6. Liczba projektów w podziale na typy szkół, w jakich były realizowane w ramach Działania 7.2 Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD 45
Wykres 7. Efekty zrealizowanych inwestycji w ramach Priorytetu 7 „Edukacja „ RPO WD 47
Wykres 8. Odsetek beneficjantów Priorytetu 7 RPO WD deklarujących utworzenie etatów w wyniku zrealizowanej inwestycji 48
Wykres 9. Możliwości realizacji przeprowadzonych w ramach Priorytetu 7 RPO WD inwestycji mimo braku dofinansowania ze środków UE..... 49
Wykres 10. Odsetek beneficjentów deklarujących osiągnięcie wskaźników rezultatu założonych na poziomie projektu 53
Wykres 11. Ocena dostępności źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD 58
Wykres 12. Ocena zakresu źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD..... 58
Wykres 13. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi *Pytanie. Proszę teraz ocenić informacje dotyczące aplikowania/ składania wniosków w ramach Priorytetu 7 „Edukacja" RPO WD dostępne na stronach internetowych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pod kątem następujących kryteriów. Podczas odpowiedzi proszę się posłużyć skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę bardzo niską, natomiast 5 bardzo wysoką.* 60
Wykres 14. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka. 61
Wykres 15. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 7)..... 62

Wykres 16. Ocena szkoleń pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 7) 63
Wykres 17. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej – odsetek placówek/instytucji zainteresowanych wykonaniem inwestycji 65
Wykres 18. Ocena zakresu informacji przekazywanych przez IZ RPO WD dotyczących Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców Priorytetu 7 RPO WD 70
Wykres 19. Znaczenie polityki horyzontalnej z punktu widzenie realizowanych projektów w ramach Priorytetu 7 RPO WD. 71
Wykres 20. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 7 RPO WD. 72
Wykres 21. Podstawowe źródła wiedzy na temat polityki horyzontalnej UE 74
Wykres 22. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie aplikowania o środki w ramach Priorytetu 7 RPO WD 77
Wykres 23. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie realizacji projektów 79
Wykres 24. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR 87
Wykres 25. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR wzmocniło efekt końcowy projektu 88
Wykres 26. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD 89
Wykres 27. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarności projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD wzmocniło efekt końcowy projektu 91
Wykres 28. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT 92
Wykres 29. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 7 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT 93
Wykres 30. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w gminie korzystających z sali gimnastycznej 103
Wykres 31. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w szkole 104
Wykres 32. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w szkole. 108
Wykres 33. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby etatów w szkole.....108
Wykres 34. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – liczba dzieci w gminie uczęszczających do przedszkola 111
Wykres 35. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby osób korzystających z usług on-line 114
Wykres 36. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pracowników naukowych zatrudnionych na Uczelni 115
Wykres 37. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pracowników administracji zatrudnionych na Uczelni 115
Wykres 38. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby uczniów w szkole. 118

Wykres 39. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej pozostających pod opieką lekarza w latach 2007-2010 na Dolnym Śląsku- na podstawie danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia z roku 2010 128
Wykres 40. Liczba projektów w podziale na typy placówek medycznych w jakich były realizowane w ramach Działania 8.1 Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD 135
Wykres 41. Efekty zrealizowanych inwestycji w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie„ RPO WD 138
Wykres 42. Odsetek beneficjantów deklarujących utworzenie etatów w wyniku zrealizowanej inwestycji 139
Wykres 43. Możliwości realizacji przeprowadzonych w ramach Priorytetu 8 RPO WD inwestycji mimo braku dofinansowania ze środków UE 140
Wykres 44. Odsetek beneficjentów deklarujących osiągnięcie wskaźników rezultatu założonych na poziomie projektu 142
Wykres 45. Ocena dostępności źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD 150
Wykres 46. Ocena zakresu źródeł informacji o możliwości aplikowania o środki w ramach Priorytetu 8 „Zdrowie" RPO WD 150
Wykres 47. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 8) 153
Wykres 48. Ocena strony WWW RPO WD pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi (wnioskodawcy składający wnioski w ramach Priorytetu 8) 154
Wykres 49. Ocena szkoleń pod kątem różnych aspektów - % rozkład odpowiedzi 156
Wykres 50. Ocena szkoleń pod kątem różnych aspektów – średnia na skali od 1 do 5, gdzie 5 ocena bardzo wysoka 157
Wykres 51. Plany inwestycyjne jednostek w przyszłej perspektywie finansowej – odsetek placówek/instytucji zainteresowanych wykonaniem inwestycji 158
Wykres 52. Ocena zakresu informacji przekazywanych przez IZ RPO WD dotyczących Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców Priorytetu 8 RPO WD 166
Wykres 53. Znaczenie polityki horyzontalnej z punktu widzenie realizowanych projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD 167
Wykres 54. Sposoby definiowania Polityki horyzontalnej UE przez wnioskodawców składających wnioski w ramach Priorytetu 8 RPO WD. 168
Wykres 55. Podstawowe źródła wiedzy na temat polityki horyzontalnej UE 169
Wykres 56. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie aplikowania o środki 171
Wykres 57. Ocena skuteczności rozwiązania problemów występujących w trakcie realizacji projektów w ramach Priorytetu 8 RPO WD 173
Wykres 58. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR 178
Wykres 59. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach ZPORR wzmocniło efekt końcowy projektu 179
Wykres 60. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD 180
Wykres 61. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach RPO WD wzmocniło efekt końcowy projektu 181

Wykres 62. Odsetek beneficjentów deklarujących komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT 182
Wykres 63. Odsetek beneficjentów deklarujących, czy zastosowanie komplementarność projektu realizowanego w ramach Priorytetu 8 RPO WD z innym projektem realizowanym w ramach programów takich jak PO KL, PO IŚ, PO IG, PROW, EWT 183
Wykres 64. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pacjentów przychodni 192
Wykres 65. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby wykonywanych badań medycznych 192
Wykres 66. Efekt netto zrealizowanej inwestycji - wykrywalność schorzeń na poziomie gminy.....200
Wykres 67. Efekt netto zrealizowanej inwestycji – wzrost liczby pacjentów przychodni 200
Wykres 68. Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.....233
Wykres 69. – Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego - wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.....234
Wykres 70. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.....235
Wykres 71. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.....236
Wykres 72. Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin.....237
Wykres 73. Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług edukacyjnych – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach gmin. 239
Wykres 74. Wskaźnik ilości zakontraktowanych usług medycznych – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów. 242
Wykres 75. Wskaźnik ilości pacjentów – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów. 243
Wykres 76. Wskaźnik dostępności i jakości kadry medycznej – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów. 244
Wykres 77. Wskaźnik dostępności i jakości placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.....245
Wykres 76. Wskaźnik dostępności szpitali – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów. .245
Wykres 78. Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z ochroną zdrowia – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów.....246
Wykres 79. Zbiorczy wskaźnik oceny dostępności i jakości usług medycznych – wartości w latach 2007 i 2010 w grupach powiatów. 247

Rysunek 1. Propozycja ze strony respondentów, jeśli chodzi o poprawienie funkcjonalności strony 59
Rysunek 2. Propozycja ze strony respondentów jeśli chodzi o poprawienie funkcjonalności strony 152

Schemat budowy wskaźników - model ekonomiczny

1. SYNTETYCZNY WSKAŹNIK SŁUŻĄCY OCENIE DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI USŁUG EDUKACYJNYCH

1.1. Wskaźnik dostępności i jakości przedszkoli

- Miejsca w przedszkolach - w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku przedszkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Dzieci w przedszkolach - w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku przedszkolnym Źródło danych: BDL GUS.

1.2. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa podstawowego

- Pomieszczenia szkolne w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Oddziały w szkołach w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie - w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Absolwenci w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Udział % szkół wyposażonych w komputery przeznaczone do użytku uczniów z dostępem do Internetu Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 komputer z dostępem do Internetu przeznaczony do użytku uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 komputer przeznaczony do użytku uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 pracownię Źródło danych: BDL GUS.
- Dodatkowo uczący się języka obcego w przeliczaniu na 1 000 uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Obowiązkowo uczący się języka obcego w przeliczaniu na 1 000 uczniów Źródło danych: BDL GUS.

1.3. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa gimnazjalnego

- Pomieszczenia szkolne w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Oddziały w szkołach w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie - w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

- Absolwenci w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Udział % szkół wyposażonych w komputery przeznaczone do użytku uczniów z dostępem do Internetu Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 komputer z dostępem do Internetu przeznaczony do użytku uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 komputer przeznaczony do użytku uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 pracownię Źródło danych: BDL GUS.
- Dodatkowo uczący się języka obcego w przeliczaniu na 1 000 uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Obowiązkowo uczący się języka obcego w przeliczaniu na 1 000 uczniów Źródło danych: BDL GUS.

1.4. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa ponadgimnazjalnego (z podziałem na typ: ogólnokształcące, zawodowe i artystyczne, zasadnicze zawodowe).

- Pomieszczenia szkolne w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Oddziały w szkołach w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie - w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Absolwenci w przeliczeniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.
- Udział % szkół wyposażonych w komputery przeznaczone do użytku uczniów z dostępem do Internetu Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 komputer z dostępem do Internetu przeznaczony do użytku uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 komputer przeznaczony do użytku uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Uczniowie przypadający na 1 pracownię Źródło danych: BDL GUS.
- Dodatkowo uczący się języka obcego w przeliczaniu na 1 000 uczniów Źródło danych: BDL GUS.
- Obowiązkowo uczący się języka obcego w przeliczaniu na 1 000 uczniów Źródło danych: BDL GUS.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

1.5. Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z edukacją

- Gminy bez miast na prawach powiatu - subwencja oświatowa w przeliczaniu na 1 000 osób w wieku szkolnym Źródło danych: BDL GUS.

1.6. Wskaźnik dostępności i jakości szkolnictwa wyższego (wskaźnik uzupełniający)

- Liczba uczelni wyższych Źródło danych: BDL GUS.
- Studenci w przeliczaniu na 1 000 osób Źródło danych: BDL GUS.
- Absolwenci w przeliczaniu na 1 000 osób Źródło danych: BDL GUS.

2. SYNTETYCZNY WSKAŹNIK SŁUŻĄCY OCENIE DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI USŁUG OCHRONY ZDROWIA

2.1. Wskaźnik ilości zakontraktowanych usług medycznych

- ilości zakontraktowanych usług medycznych poszczególnych typów. Źródło danych: badania własne. Dotyczy tylko powiatów, na terenie których realizowano projekty.

2.2. Wskaźnik ilości pacjentów

- Liczba pacjentów w ramach realizowanych usług medycznych. Źródło danych: badania własne. Dotyczy tylko powiatów, na terenie których realizowano projekty.

2.3. Wskaźnik efektywności inwestycji (wskaźnik uzupełniający)

- Poziom wskaźnika P. Źródło danych: badania własne. Dotyczy tylko powiatów, na terenie których realizowano projekty.

2.4. Wskaźnik dostępności i jakości kadry medycznej

- Lekarze i wg miejsca pracy w przeliczaniu na 1 000 osób Źródło danych: BDL GUS.
- Lekarze dentyści wg miejsca pracy w przeliczaniu na 1 000 osób Źródło danych: BDL GUS.

2.5. Wskaźnik dostępności placówek opieki zdrowotnej

- Liczba miejsc w placówkach opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców (z podziałem na oddziały). Źródło danych: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Dane za rok 2012.
- Czas oczekiwania pacjenta na badania i/lub zabieg medyczny. Źródło danych: badania własne.

Badanie współfinansowane ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego w ramach Pomocy Technicznej Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013

2.6. Wskaźnik dostępności szpitali

- Liczba ludności na łóżko w szpitalach ogólnych.

2.7. Wskaźnik poziomu wydatków JST na cele związane z ochroną zdrowia

- Gminy bez miast na prawach powiatu w przeliczaniu na 1 000 osób Źródło danych: BDL GUS.
- Miasta na prawach powiatu w przeliczaniu na 1 000 osób Źródło danych: BDL GUS. (porównanie międzypowiatowe).

2.8. Wskaźnik jakości usług medycznych (wskaźnik uzupełniający)

- Rodzaj i jakość badań diagnostyki obrazowej. Źródło danych: badania własne, wnioski o dofinansowanie. Dotyczy tylko projektów, których inwestycje dotyczyły zakupu sprzętu diagnostycznego.
- Procent występowania zakażeń szpitalnych. Źródło danych: badania własne. Dotyczy tylko projektów, których inwestycje dotyczyły zakupu sprzętu diagnostycznego.