

Załącznik 1.**Sprawozdanie roczne/końcowe z wdrażania priorytetu****1. Informacje wstępne**

PROGRAM OPERACYJNY	Cel: Konwergencja
	Kraj/obszar kwalifikowany: Polska
	Okres programowania: 2007-2013
	Numer Programu (CCI): 2007/PL/16/1/PO/002
	Nazwa Programu: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
	Nazwa priorytetu: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia
SPRAWOZDANIE ROCZNE/KOŃCOWE Z WDRAŻANIA PRIORYTETU	Rok sprawozdawczy: 2012

2. Przegląd realizacji działania w okresie objętym sprawozdaniem

2.1. Realizacja i analiza postępów

2.1.1. Analiza jakościowa

W okresie sprawozdawczym odbyła się aktualizacja *Wytycznych w zakresie sprawozdawczości PO liŚ*, Szczegółowego Opisu Priorytetów PO liŚ, zmianie uległ wzór umowy o dofinansowanie - modyfikacja dotyczyła postanowień tzw. warunkowej klauzuli środowiskowej określonej w § 4a ust.1, Zasad promocji projektów dla beneficjentów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, wydano Zalecenia IZ POliŚ nr 17/2012 w zakresie sposobu korygowania wydatków nieprawidłowo poniesionych w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 (stanowiące aktualizację m.in. zapisów dotychczasowych Zaleceń IZ POliŚ nr 9/2010 w sprawie stosowania w POliŚ stawek korekt finansowych odnośnie uchybień zidentyfikowanych przez KE w Planie Działań dla Polski na lata 2000-2006 oraz audytach KE na projektach FS w perspektywie finansowej 2000-2006).

W 2012 r. zaktualizowano listy projektów konkursowych (Konkurs nr 2/2008, Konkurs nr 3/2008 oraz Konkurs nr 1/2010) oraz Listę projektów indywidualnych dla PO liŚ.

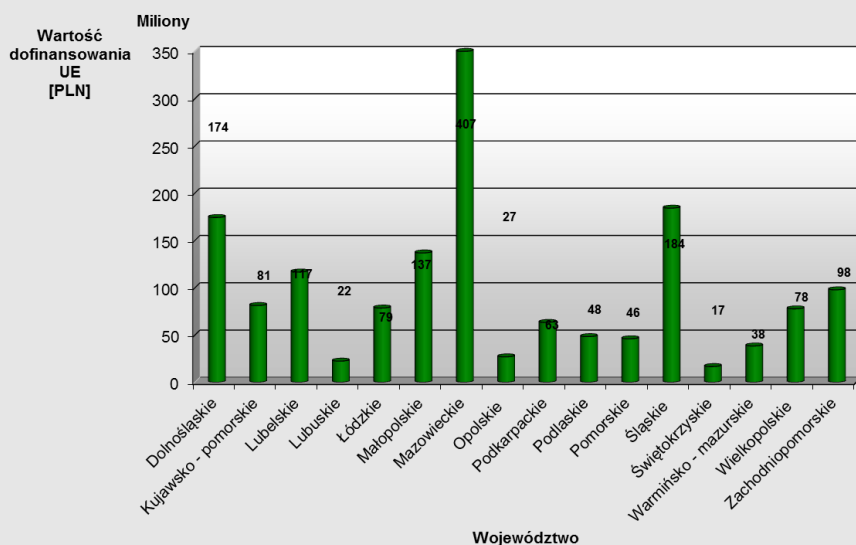
Ogólny postęp realizacji Priorytetu XII PO liŚ:

Proces kontraktacji i wydatkowania środków w ramach Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko następuje w zadowalającym tempie. Od początku wdrażania programu do dnia 31 grudnia 2012 r. podpisanych zostało 353 umów o dofinansowanie na łączną kwotę całkowitą 2 101 842 924,63 zł, z czego kwota dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wyniosła 1 616 628 111,18 zł. Wartość podpisanych umów przekroczyła tym samym 99% przyznanej dla Priorytetu XII alokacji (kurs szacowania alokacji 1 euro = 4,0968 zł został przekazany przez IZ PO liŚ w dniu 7 stycznia 2013 r. Jest to algorytm opracowany przez Ministerstwo Finansów i Ministerstwo Rozwoju Regionalnego dla ostatniego miesiąca okresu, za jaki prezentowane są dane.).

Zakontraktowano wszystkie projekty w Priorytecie (wg stanu na 19 lutego 2013 r.), do zakontraktowania pozostają jedynie projekty rezerwowe znajdujące się na LPI. Pozostała alokacja w Działaniu 12.1 zostanie przesunięta do Działania 12.2.

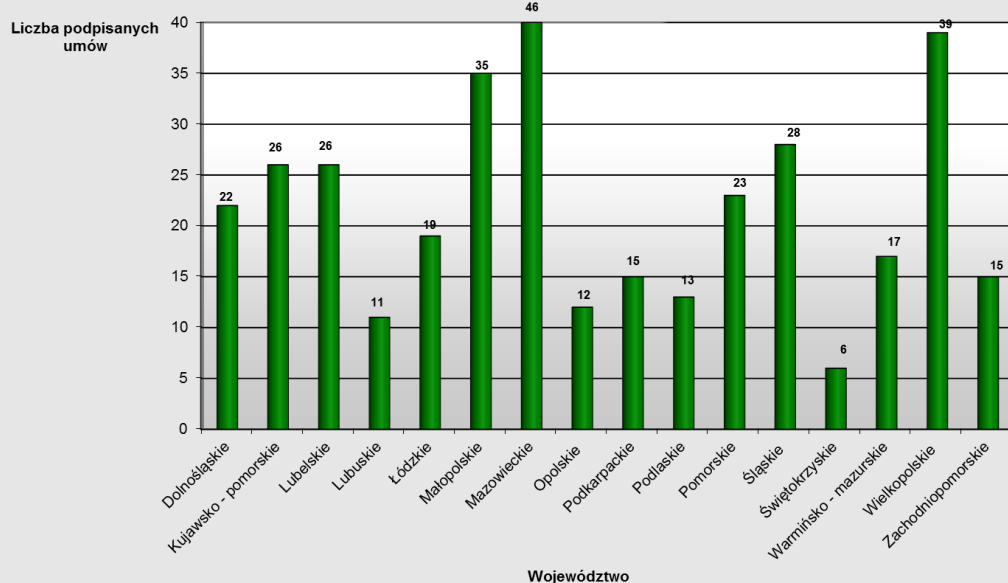
Do końca 2012 r. zakończonych i rozliczonych zostało 233 inwestycji, tj. 66 % wszystkich projektów.

Przyznane dofinansowanie UE w projektach Priorytetu XII PO IIŚ w ujęciu regionalnym



Wykres nr 1. Dofinansowanie ze środków EFRR w projektach XII Priorytetu w podziale na województwa.

Liczba podpisanych umów w ramach Priorytetu XII PO IIŚ w ujęciu regionalnym



Wykres nr 2. Liczba projektów XII Priorytetu PO IIŚ w podziale na województwa.

Województwo mazowieckie oraz wielkopolskie ma najwięcej podpisanych umów o dofinansowanie, natomiast pod kątem pozyskania środków prym wiedzy województwo mazowieckie. Projekty, które mają wpisany cały kraj są to:

- UDA-POIS.12.01.00-00-060/10-00 pn. Budowa i wyposażenie Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego,
- UDA-POIS.12.01.00-00-064/10-00 pn. Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - Etap I,

- UDA- POIS.12.01.00-00-003/11-00 pn. Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP II.

Stopień realizacji Działań w Prioryecie XII pod kątem kontraktacji przebiega na zbliżonym poziomie, co prawda liczba zawartych umów jest wyższa w Działaniu 12.1, niemniej jednak wartość podpisanych umów jest podobna (powyżej 800 tys. zł).

W Działaniu 12.1 i w Działaniu 12.2 w okresie sprawozdawczym nie ogłaszano postępowania konkursowego. Ogłoszono natomiast nabór propozycji projektów dla szpitali ponadregionalnych celem wpisania ich na listę projektów indywidualnych.

Rok 2012 był kolejnym okresem, który przyniósł przyspieszenie w certyfikacji. Kwota wydatków kwalifikowalnych poświadczonych w tym okresie przez Instytucję Pośredniczącą do Instytucji Zarządzającej wyniosła 448 442 213,00 zł.

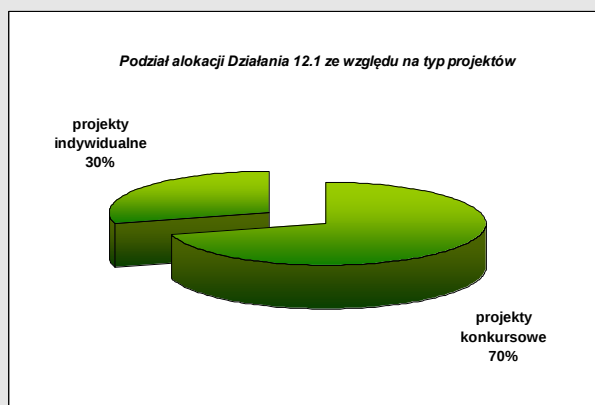
Realizacja Priorytetu XII PO IiŚ w 2012 r. w podziale na Działania:

Działanie 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*

Beneficjentami Działania 12.1 są niepubliczne i publiczne zakłady opieki zdrowotnej, udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów, lub ich organy założycielskie.

Dotychczas, w ramach Działania 12.1 przeprowadzono 3 nabory wniosków o dofinansowanie, w drodze konkursu (Konkurs 1/2008 (ambulanse), Konkurs 2/2008 (szpitalne oddziały ratunkowe i lądowiska) i Konkurs 1/2010 (lądowiska) oraz podpisano umowy z 16 beneficjentami projektów indywidualnych.

Podział alokacji dostępnej w ramach Działania 12.1 ze względu na tryb wyboru projektów przedstawia wykres nr 3:



Wykres nr 3. Podział projektów ze względu na tryb wyboru.

Na projekty konkursowe przeznaczono 568 263 984,78 zł z EFRR, natomiast na projekty indywidualne 233 523 487,91 zł z EFRR.

Postępowania konkursowe Działania 12.1

Konkurs nr 1/2010

Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Alokacja przeznaczona na konkurs 60 000 000,00 zł z EFRR.

W okresie sprawozdawczym dokonano oceny 2 wniosków o dofinansowanie:

- nr WND-POIS.12.01.00-00-002/10, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku, który decyzją Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2012 r. otrzymał dofinansowanie w wysokości 767 353,43 zł,

- nr WND-POIS.12.01.00-00-048/10, Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamojskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu. Jednakże został on negatywnie oceniony. Projekt nie spełniał kryterium merytorycznego II stopnia nr 2 Gotowość techniczna projektu do realizacji na poziomie wymaganym do danego priorytetu/działania PO liŚ. Odrzucony decyzją Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2012 r.

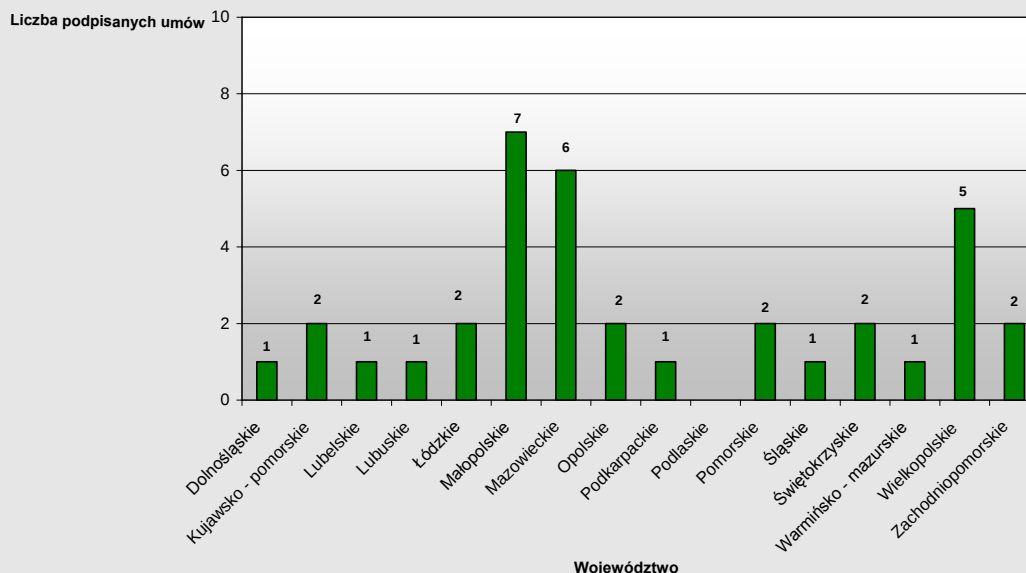
W związku z czym w 2012 r. zatwierdzono do dofinansowania 1 projekt (POIS.12.01.00-00-002/10).

Wszystkie projekty, które uzyskały minimalną liczbę punktów określoną w § 32 Regulaminu konkursu i przeszły pozytywnie ocenę merytoryczną II stopnia otrzymały dofinansowanie w ramach konkursu. W wyniku zakończenia kontraktacji środków w ramach ww. konkursu wykorzystano alokację w wysokości 56 068 013,64 zł. Pozostałe środki wróciły do ogólnej puli dla Działania 12.1 i zostaną przeznaczone na kolejne projekty lub przesunięte do Działania 12.2.

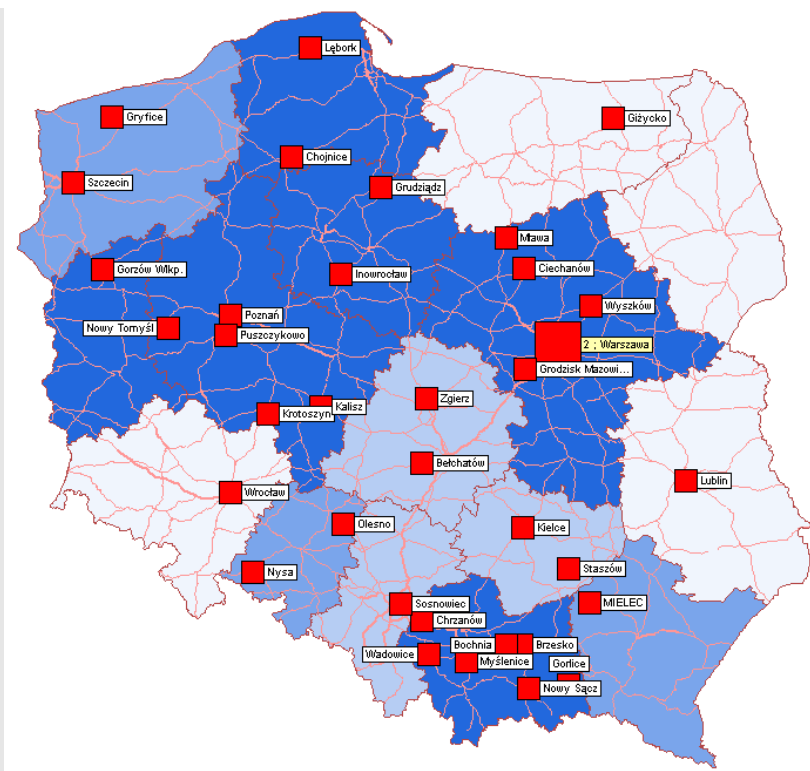
W okresie sprawozdawczym zawarto 10 umów o dofinansowanie. Łącznie w ramach przedmiotowego konkursu zawarto **36 umów o dofinansowanie** na kwotę dofinansowania ze środków EFRR **56 068 013,64 zł**.

Dotychczas zakończyła się realizacja 13 projektów.

Liczba podpisanych umów w Konkursie nr 1/2010 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 4. UoD podpisane w poszczególnych województwach w Konkursie nr 1/2010.



Mapa nr 1. Rozmieszczenie wspartych lądowisk w ramach Konkursu nr 1/2010.

Konkurs nr 2/2008

- 1. Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa,**
- 2. Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów,**
- 3. Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.**

Alokacja przeznaczona na konkurs wynosi 456 276 791,61 zł z EFRR.

W okresie sprawozdawczym rozwiązano 1 umowę o dofinansowanie z beneficjentem "KLINIKA" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. projektu pn. *Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powypadkowych poprzez rozwój Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Rykach*. W dniu 13 lutego 2012 r. IP przeprowadziła kontrolę doraźną na miejscu realizacji ww. projektu. Powyższa decyzja została podjęta w związku z podejrzeniem wystąpienia nieprawidłowości w ww. projekcie, po tym jak IP II przesała do IP projekt aneksu do umowy o dofinansowanie zawartej z ww. beneficjentem, w którym zaproponowano wydłużenie okresu kwalifikowalności wydatków. Jako uzasadnienie dla konieczności dokonania zmian w umowie wskazano problemy beneficjenta z terminową realizacją projektu. IP nie wyraziła zgody na zaproponowaną zmianę, prosząc jednocześnie o wyjaśnienia dotyczące kwestii rozliczenia przez beneficjenta otrzymanej zaliczki, tym bardziej, że już wcześniej pojawiły się informacje sugerujące problemy w ww. projekcie. Beneficjent otrzymał zaliczkę w kwietniu 2010 r., natomiast do dnia kontroli nie została rozliczona we wniosku o płatność, ani nie dokonano jej zwrotu wraz z odsetkami. Stwierdzone podczas kontroli doraźnej uchybienia polegały na nierozliczeniu zaliczki w terminie 6 miesięcy od dnia przekazania, nieprawidłowym wydatkowaniu zaliczki, zakupie sprzętu nieprzewidzianego we wniosku o dofinansowanie, zastosowaniu przez beneficjenta niezrozumiałego i skomplikowanego modelu wyłaniania wykonawców niezgodnego z pzp i k.c. oraz braku dokumentacji dotyczącej wszystkich etapów udzielania zamówień, a także dyskryminujących warunków udziału w postępowaniu oraz kryteriach oceny ofert. W związku z powyższym IP wydała zalecenie IP II, żeby rozwiązała umowę o dofinansowanie, co nastąpiło 9 marca 2012 r.

Ponadto, w związku z przyznaniem dla XII Priorytetu dodatkowych środków z Krajowej Rezerwy Wykonania i realokacji pomiędzy priorytetami PO IiŚ, zwiększono alokację dla konkursu do wysokości 456 276 791,61 zł z EFRR, tak, aby wszystkie projekty znajdujące się na rezerwowej liście rankingowej mogły uzyskać dofinansowanie. Projekty te zostały poddane ocenie merytorycznej II stopnia, a także z uwagi na fakt, iż zgodnie z zapisem PO IiŚ, inwestycje finansowane w ramach ww. puli środków muszą być spójne z priorytetami Strategii Europa 2020, w tym w szczególności Priorytetem „Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu” i inicjatywą flagową pn. „Europejski program walki z ubóstwem”, podano ocenie formalnej w oparciu o dodatkową listę sprawdzającą.

Ocena trwała od kwietnia do listopada 2012 roku. Umowy podpisywane były sukcesywnie po zakończeniu oceny poszczególnych projektów.

Ocenie poddanych zostało 15 projektów, które zmieniły status z rezerwowych na podstawowy. 10 projektów pozytywnie przeszło ww. ocenę, 5 zostało odrzuconych.

W I półroczu 2012 r. zakończyła się ocena jednego wniosku o dofinansowanie - nr WND-POIS.12.01.00-00-236/08 na realizację projektu pn. *Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Złotowie*, pozostałe zostały ocenione w II półroczu 2012 r.

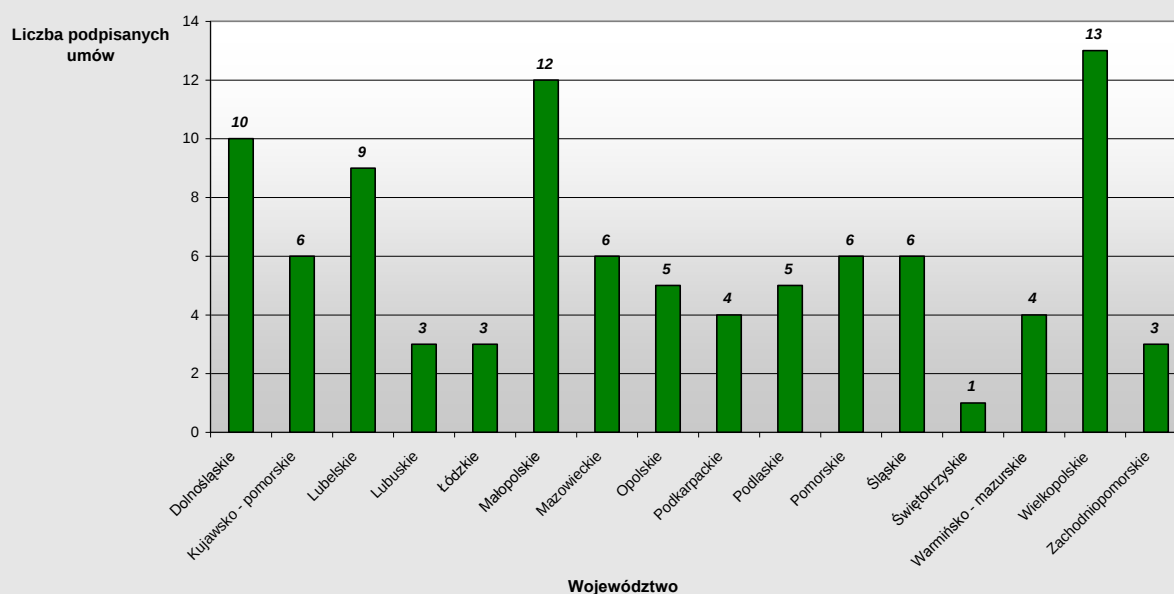
W wyniku przeprowadzonej oceny do dofinansowania zatwierdzono 10 projektów, ze wszystkimi beneficjentami w 2012 r. podpisano umowy na łączną kwotę dofinansowania ze środków EFRR w wysokości 32 971 638,35 zł.

Łącznie od uruchomienia programu w ramach Konkursu 2/2008 zawarto 96 umów o dofinansowanie na kwotę dofinansowania z EFRR w wysokości 414 548 164,97 zł.

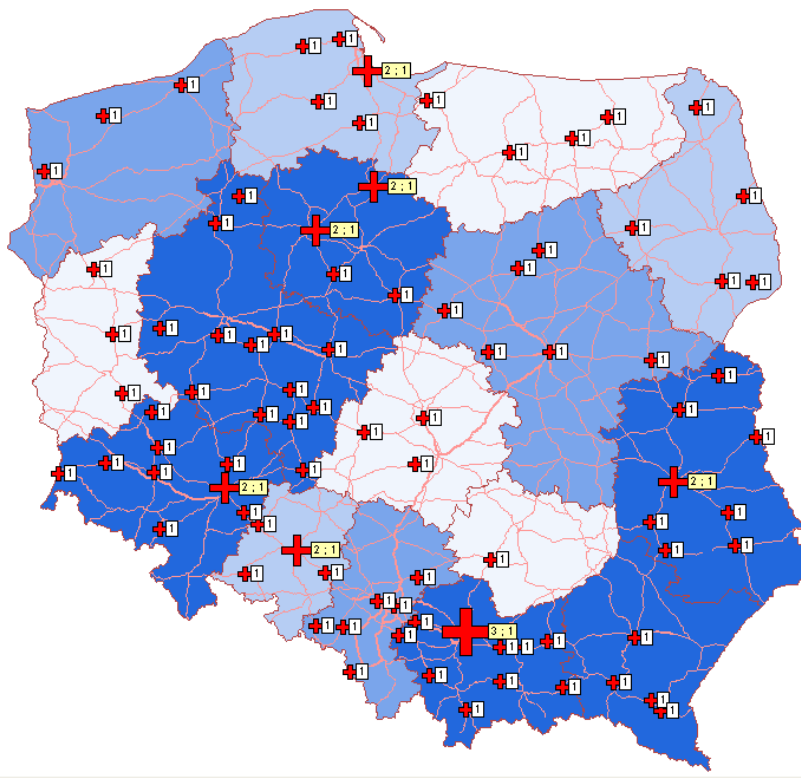
Wszystkie projekty, które uzyskały minimalną liczbę punktów określoną w § 32 Regulaminu konkursu i przeszły pozytywnie ocenę merytoryczną II stopnia otrzymały dofinansowanie w ramach konkursu. W wyniku zakończenia kontraktacji środków w ramach ww. konkursu wykorzystano alokację w wysokości 414 548 164,97 zł. Pozostałe środki wróciły do ogólnej puli dla Działania 12.1 i zostaną przeznaczone na kolejne projekty lub przesunięte do Działania 12.2.

Od początku wdrażania w ramach ww. konkursu zakończyła się realizacja 54 projektów.

Liczba podpisanych umów w Konkursie 2/2008 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 5. UoD podpisane w poszczególnych województwach w Konkursie nr 2/2008.



Mapa nr 2. Rozmieszczenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

Konkurs nr 1/2008

Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Alokacja przeznaczona na konkurs wynosi 106 296 683,77 zł z EFRR.

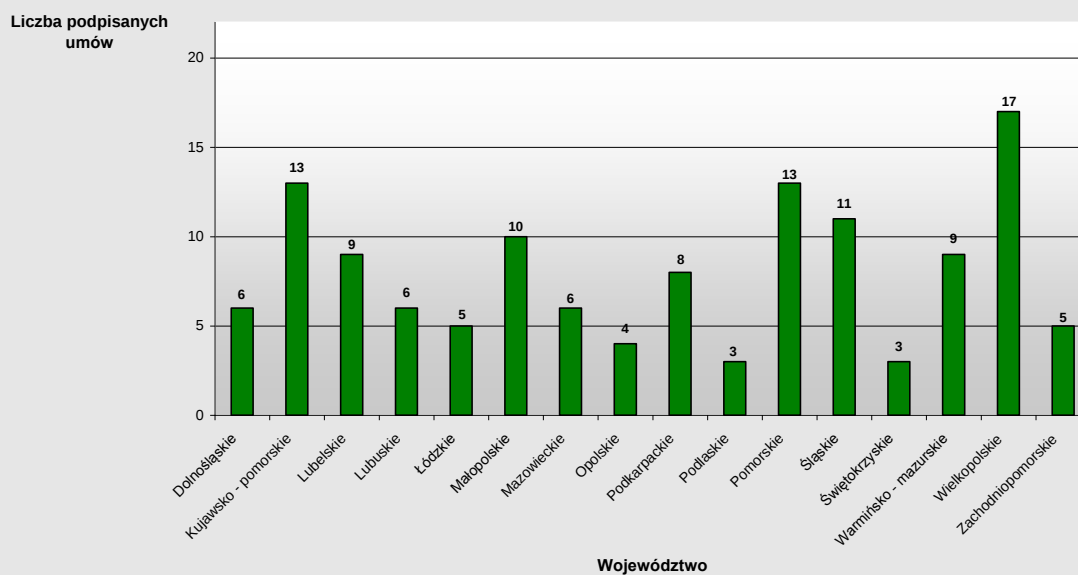
W ramach ww. konkursu zostało podpisanych 140 umów o dofinansowanie, z których 12 umów zostało rozwiązanych.

Zrealizowano 128 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 97 647 806,17 zł, w ramach których zakupiono 322 ambulanse. Uwolnione środki wróciły o ogólnej puli dla Działania 12.1 i zostały przeznaczone na kolejne projekty lub przesunięte do Działania 12.2.

Proces podpisywania umów w konkursie skończył się już 2010 r. w związku z czym, w omawianym okresie sprawozdawczym nie zawarto żadnej nowej umowy na zakup ambulansów. W 2010 r. rozwiązano 2 umowy o dofinansowanie: w jednym przypadku powodem był brak ujęcia miejsca stacjonowania zakupionego ambulansu w Wojewódzkim Planie Działania Systemu, w drugim wystąpienie podwójnego finansowania. W roku 2011 podjęto decyzję o rozwiązaniu 4 umów o dofinansowanie, w trzech przypadkach z powodu utraty przez beneficjenta kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w jednym z powodu utraty przez komornika środków finansowych przekazanych beneficjentowi w postaci zaliczki na poczet przyszłych wydatków związanych z projektem. Dodatkowo, w 2012 r. rozwiązano 6 umów o dofinansowanie, z powodu niezachowania trwałości projektów, tj. utraty przez beneficjentów kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dotyczy to jednak utraty kontraktów przez beneficjentów w poprzednich latach.

Aktualnie wszystkie projekty są w okresie trwałości.

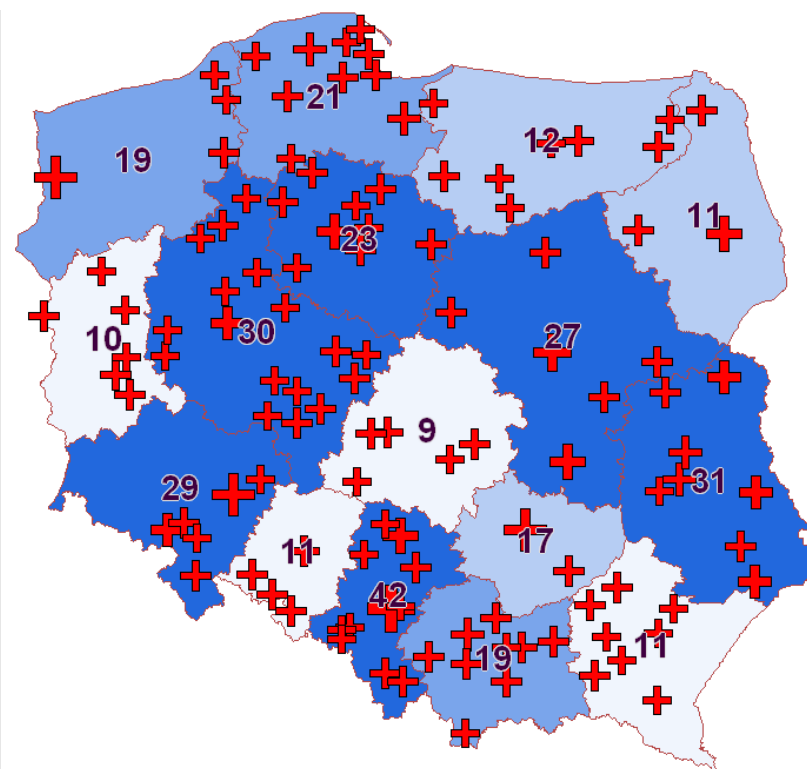
Liczba podpisanych umów w Konkursie nr 1/2008 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 6. UoD podpisane w poszczególnych województwach w Konkursie nr 1/2008.

Województwo	Liczba zakupionych ambulansów
Dolnośląskie	29
Kujawsko-pomorskie	23
Lubelskie	31
Lubuskie	10
Łódzkie	9
Małopolskie	19
Mazowieckie	27
Opolskie	11
Podkarpackie	11
Podlaskie	11
Pomorskie	21
Śląskie	42
Świętokrzyskie	17
Warmińsko-mazurskie	12
Wielkopolskie	30
Zachodniopomorskie	19
Suma	322

Tabela nr 1. Liczba zakupionych ambulansów w poszczególnych województwach.



Mapa nr 3. Rozmieszczenie zakupionych ambulansów w ramach Konkursu nr 1/2008.

Rozmieszczenie terytorialne zakupionych ambulansów należy ocenić jako w miarę równomierne. Z wykresu nr 6 widać, iż najwięcej projektów zostało zrealizowanych w województwie wielkopolskim – aż 17, w ramach których zakupiono 30 ambulansów. Niemniej jednak ilość projektów w tym przypadku nie świadczy, że zakupiono najwięcej ambulansów, np. w województwie śląskim zrealizowano 11 projektów, natomiast zakupiono aż 42 karetki.

Najmniej projektów zidentyfikowano w województwie podlaskim i świętokrzyskim – po 3 projekty. Natomiast najmniej ambulansów zakupiono w województwie łódzkim – 9 szt.

Projekty indywidualne Działania 12.1:

W ramach Działania 12.1 na Liście projektów indywidualnych znajduje się 16 projektów indywidualnych o statusie podstawowym.

W omawianym okresie podpisano 1 umowę o dofinansowanie na realizację projektu indywidualnego w zakresie utworzenia centrum urazowego w Rzeszowie.

1. „Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (Etap I i Etap II)” Beneficjent: SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Celem projektu jest modernizacja infrastruktury 11 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, która pozwoli na wprowadzenie do eksploatacji nowoczesnych śmigłowców, zwiększy bezpieczeństwo startu i lądowania oraz zabezpieczy bazy przed dostępem osób niepowołanych. Ponadto zapewniona zostanie większa mobilność i dłuższy czas dyżurowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, skróci się czas dotarcia do nagłego zdarzenia, a także zwiększy się zasięg działania lotniczych służb ratowniczych.

- Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – ETAP I, który obejmuje bazy w: Białymstoku, Łodzi, Poznaniu, Sanoku, Suwałkach, Szczecinie i Zielonej Górze (dofinansowanie z EFRR: 36 704 710,98 zł).

Dla ww. projektu zatwierdzono 8 wniosków o płatność na kwotę środków uznanych za kwalifikowalne w wysokości; 25 693 512,59 zł, w tym dofinansowanie UE 21 839 485,67 zł.

- Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – ETAP II, który obejmuje bazy w Gdańsku, Kielcach, Krakowie, Olsztynie i Wrocławiu (dofinansowanie z EFRR: 21 333 289,01 zł).

Dla ww. projektu zatwierdzono 5 wniosków o płatność na kwotę środków uznanych za kwalifikowalne w wysokości 0 zł, w tym UE 0 zł. Przekazano jedynie zaliczkę w kwocie 2 843 177,74 zł.

Stan realizacji poszczególnych baz:

Baza w Łodzi – zaawansowanie robót budowlanych - 100 %, zostało wystawionych i opłaconych 5 faktur za wykonaną pracę w wysokości 5 316 004,59 zł.

Decyzja o użytkowaniu budynku została uprawomocniona w dniu 19.12.2012 r., trwa oczekiwanie na pozwolenie na użytkowanie stacji paliw. Po jego uzyskaniu zostanie opłacona ostatnia faktura na kwotę 279 789,79 zł.

Baza w Suwałkach – zaawansowanie robót budowlanych - 100 %, pozwolenie na użytkowanie obiektu zostało uprawomocnione w dniu 15.10.2012 r., rozliczono 5 faktur w wysokości 6 136 470,00 zł.

Baza w Poznaniu - zaawansowanie robót budowlanych - 100 %, rozliczono 5 faktur w wysokości 5 505 000,00 zł, pozwolenie na użytkowanie zostało uprawomocnione w dniu 14.11.2012 r.

Baza w Zielonej Górze – zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy - 84 %, rozliczono 10 faktur w wysokości 4 438 375,62 zł.

Baza w Sanoku – zaawansowanie robót budowlanych – 100 %, wykonawca w dniu 21.06.2012 r. zakończył budowę bazy, rozliczono 5 faktur w wysokości 6 199 200,00 zł., pozwolenie na użytkowanie uzyskano w dniu 09.07.2012 r.

Baza w Białymstoku - zaawansowanie robót budowlanych – 100 %, rozliczono 5 faktur w wysokości 4 982 730,00 zł.

SOT w Szczecinie – Goleniów - zaawansowanie robót budowlanych - 100 %, rozliczono 6 faktur w wysokości 7 960 000,00 zł.

Dostawca przesuwnic – platform pod śmigłowce - wykonawca firma ZM Jabłoński Sp. z o.o. zrealizował zgodnie z umową dostawę platform do wszystkich planowanych baz. Do dnia 31.12.2012 r. zostały wystawione i opłacone 3 faktury na łączną kwotę 545 467,62 zł.

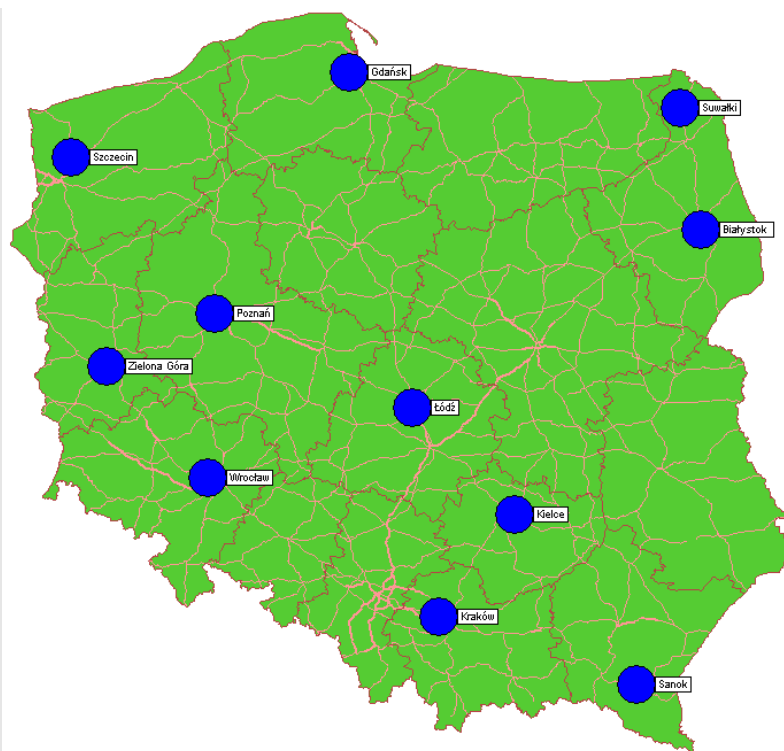
W ramach etapu II w dniu 08.03.2012 r. ogłoszono przetarg nieograniczony na wybór wykonawcy robót budowlanych dla baz w Krakowie, Kielcach, Gdańsku i Wrocławiu. Rozstrzygnięcie nastąpiło w dniu 15.06.2012 r. Wykonawcą dla baz w Krakowie i Wrocławiu została firma Skanska S.A. z siedzibą w Warszawie, bazy w Kielcach konsorcjum Ecores Sp. z o. o. z Grand Technology Sp. z o. o., bazy w Gdańsku firma Warmińskie Przedsiębiorstwo Budowlane S. A. z siedzibą w Olsztynie.

Baza w Krakowie - zaawansowanie budowy 15 %, rozliczono 1 fakturę na kwotę 805 201,90 zł.

Baza w Kielcach – zaawansowanie budowy 40 %, rozliczono 2 faktury na kwotę 2 365 706,27 zł.

Baza w Gdańsku - zaawansowanie budowy 15 %, rozliczono 1 fakturę na kwotę 688 158,79 zł.

Baza we Wrocławiu - zaawansowanie budowy 15 %, rozliczono 1 fakturę na kwotę 851 148,04 zł.



Mapa nr 4. Rozmieszczenie terytorialne baz LPR.

2. „Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego”

Beneficjent: Minister Spraw Wewnętrznych, realizacja w drodze upoważnienia została powierzona Centrum Projektów Informatycznych.

W związku z przekazanymi przez beneficjenta informacjami o możliwym zagrożeniu dla terminowego wdrożenia Systemu Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego, spowodowanym znacznym zmniejszeniem poziomu dofinansowania projektu dotyczącego centrów powiadamiania ratunkowego w ramach PO Innowacyjna Gospodarka, Centrum Projektów Informatycznych przedstawiło alternatywny wariant wdrożenia SIPR. Zakłada on realizację nowej koncepcji SIPR polegającej na finansowaniu większości zadań ze środków PO IIS i PO IG zgodnie z tzw. „kryterium ludnościowym”¹, Wypracowany został nowy model podziału środków pomiędzy WCPR oraz CPR polegający na tym, iż wydatki dla zadań WCPR oraz CPR zostaną skorygowane w proporcji zgodnym z zatwierdzonym kryterium ludnościowym: 8/38 – będzie finansowane ze środków przedmiotowego projektu (WCPR), 30/38 – będzie finansowane ze środków projektu CPR.

W związku z powyższym, w dniu 27 kwietnia 2012 r. został podpisany aneks do umowy o dofinansowanie zmniejszający całkowitą wartość projektu do 72 619 141,00 zł, wysokość dofinansowania z EFRR to 52 004 979,65 zł.

W związku z pojawieniem się zmian koncepcji w realizacji systemu powiadamiania ratunkowego, rozpoczęto prace mające na celu połączenie dotychczasowych przedsięwzięć pn. Budowa i wyposażenie Centrów Powiadamiania Ratunkowego (CPR) oraz pn. Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego w jeden projekt pn. System Informatyczny Powiadamiania Ratunkowego (SIPR), który będzie w całości sfinansowany ze środków Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, w dniu 4 grudnia 2012 r. Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji złożyło do IZ PO IG wnioski o dofinansowanie uwzględniający połączenie ww. projektów w jedno przedsięwzięcie. Wniosek ten pozytywnie przeszedł ocenę formalną i Komisja Oceniająca projekt pozytywnie zaopiniowała złożoną dokumentację. W związku z czym, w dniu 10 stycznia 2013 r. została rozwiązana umowa o dofinansowanie z beneficjentem projektu indywidualnego pn. Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

¹ Kryterium ludnościowe zostało zastosowane dla następujących zadań: wykonanie systemu SI CPR/SI WCPR, wykonanie systemu SWD PRM, wykonanie SWD Policji wraz z MM/AVL, centralny punkt styku, zapewnienie transmisji danych dla potrzeb systemów IT, integracja łączności, krajowy ośrodek, urządzenia brzegowe dla systemów IT, integracja z systemami zewnętrznymi.

Głównym czynnikiem modyfikacji projektu były zmiany prawne w zakresie organizacji funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego wyodrębniające w strukturze centra powiadamiania ratunkowego na poziomie lokalnym oraz wojewódzkim, korzystające ze wspólnych aplikacji informatycznych. Przekształcenia te wymusiły również zmianę beneficjenta projektu na MSWiA, który powierzył realizowanie zadań CPI. Prowadzone prace nad opracowaniem koncepcji przedsięwzięcia spowodowały, iż w zakresie projektu zaczynał przeważać komponent informatyczny. Podtrzymywano jednak, iż projekt będzie nadal miał charakter infrastrukturalny. W dalszej kolejności, celem zwiększenia obszaru terytorialnego obsługiwanego przez WCPR, beneficjent wnioskował o rozszerzenie zakresu projektu oraz podzielenie kosztów obu projektów, z uwagi na konieczność korzystania ze wspólnych aplikacji informatycznych, w oparciu o kryterium ludnościowe. Nadanie projektowi charakteru czysto informatycznego spowodowało konieczność rozważenia możliwości sfinansowania projektów CPR i WCPR z jednego źródła. Mając na uwadze charakter inwestycji, komplementarność celów obu projektów składających się na SIPR obejmujący obszar całego kraju oraz możliwość uproszczenia procesu rozliczania poniesionych wydatków, a także zwiększenie ich przejrzystości, wszystkie instytucje uczestniczące we wdrażaniu projektów CPR i WCPR wspólnie podjęły decyzję o połączeniu ich w jedno przedsięwzięcie współfinansowane tylko ze środków Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka. W konsekwencji z dniem 10 stycznia 2013 r. na wniosek Beneficjenta rozwiązana została umowa o dofinansowanie dotycząca współfinansowania w ramach osi XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko projektu indywidualnego w zakresie budowy i wyposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. Od dnia 11 stycznia 2013 r. projekt ten jest realizowany wspólnie z inwestycją dotyczącą centrów powiadamiania ratunkowego pn. „System Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego”. Połączenie obu projektów pozwoli także zwiększyć efektywność prowadzonych działań, zdolność prognozowania i planowania, a także obniżyć koszty realizacji zadań administracji publicznej. Projekt przyczyni się do zwiększenia wykorzystania ICT w administracji oraz umożliwi redukcję dokumentacji papierowej, związanej z obsługą zgłoszeń. Tym samym, projekt doskonale wpisuje się w cele 7. Osi priorytetowej PO IG.

Warto podkreślić, iż projekt jest komplementarny w stosunku do innych inwestycji finansowanych z 7. osi PO IG, w tym do projektu OST 112 (wykorzystywanie infrastruktury sieciowej), PLI-CBD (informacja o lokalizacji osób dzwoniących na numery alarmowe), projektów Geoportal 2, TERYT2, GBDOT realizowanych przez GUGiK (wykorzystanie informacji gromadzonych w systemach infrastruktury przestrzennej, rejestrów podziału administracyjnego i ewidencji adresowych, baz danych obiektów topograficznych, a także uniwersalnego modułu mapowego).

Ponadto, należy zaznaczyć, iż cel ogólny i szczegółowy przedsięwzięcia SIPR potwierdza, iż nowy kształt CPR/WCPR kontynuuje realizację celów pierwotnie określonych dla obu projektów. Zgodnie z założeniami PO IIŚ realizacja projektu WCPR zakładała wdrożenie systemu teleinformatycznego wspierającego pracę i współdziałanie służb ustawowo powołanych do przyjęcia i obsługi wywołań alarmowych, co w rezultacie miało przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa obywateli i cudzoziemców przybywających na terenie RP. Jednocześnie projekt miał umożliwić odbieranie wywołań alarmowych w językach obcych. Projekt SIPR, według deklaracji IZ POIG, zakłada budowę oraz wdrożenie systemów IT umożliwiających przyjęcie oraz obsługę zgłoszeń alarmowych z obszaru całego kraju, w tym również wdrożenie funkcjonalności umożliwiającej obsługę zgłoszeń obcojęzycznych, co w rezultacie ma wpłynąć na poprawę bezpieczeństwa obywateli i cudzoziemców przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z powyższym, realizacja projektu SIPR w obecnym kształcie pozwoli również zachować dotychczasowe założenia Priorytetu XII PO IIŚ w zakresie zapewnienia sprawnego przyjmowania zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i kierowania ich do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego, zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa, a także pozwoli na osiągnięcie zakładanego w ww. Priorytecie wskaźnika wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Dzięki sfinansowaniu przedmiotowego przedsięwzięcia w ramach PO IG, uwolnione w osi XII środki mogą zostać wykorzystane na nowe projekty ukierunkowane na realizację celów spójnych ze Strategią Europa 2020. Możliwe będzie dodatkowe wsparcie infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym m.in. poprzez zakup aparatury obrazowej oraz zakup wyrobów medycznych. Projekty te w większym stopniu będą odpowiadały na potrzeby sektora zdrowia i oczekiwania jego beneficjentów.

W dniu 11 stycznia 2013 . zawarto umowę o dofinansowanie na realizację Systemu Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

W dniu 23 listopada 2012 r. ww. kwestia połączenia projektów CPR i WCPR została przedstawiona Komisji Europejskiej na spotkaniu z beneficjentami VII Priorytetu PO IG. Przedstawiciele KE nie zgłosili zastrzeżeń do zaprezentowanej koncepcji realizacji i finansowania projektu SIPR.

Dodatkowo, na spotkaniu rocznym Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, które odbyło się w grudniu 2012 r. Komisja Europejska nie zgłosiła zastrzeżeń do planowanych zmian.

Dla ww. projektu zatwierdzono 11 wniosków o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych objętych wnioskiem: 25 802 235,37 zł. W ramach PO IiŚ certyfikowano wydatki związane z WCPR na kwotę 13 514 376,10 zł z EFRR. Do dnia 30 stycznia 2013 r. IP wycofała wydatki w wysokości 9 939 949,54 zł z EFRR. W kolejnym poświadczeniu do IZ zostaną wycofane pozostałe wydatki ujęte we wcześniejszych poświadczeniach.

3. „**Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych**”

W okresie sprawozdawczym zawarto umowę wpisującą się tematycznie w ww. projekt indywidualny - z projektem pn. *Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego* (20 lutego 2012 r.).

Ze wszystkimi beneficjentami projektów indywidualnych dotyczących utworzenia centrów urazowych podpisano umowy o dofinansowanie. Łącznie, w tym zakresie zawartych jest 13 umów.

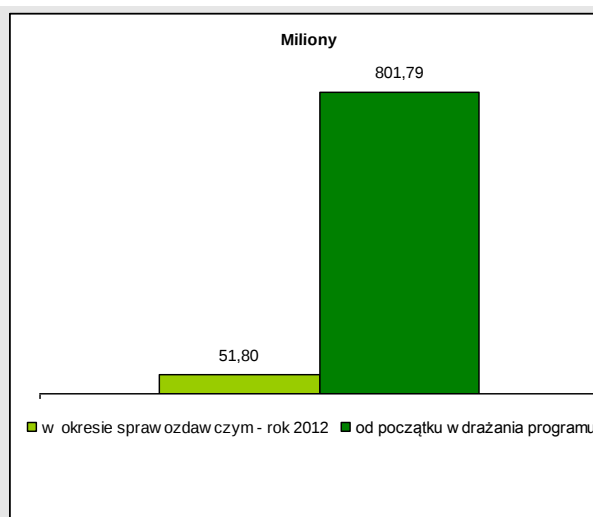
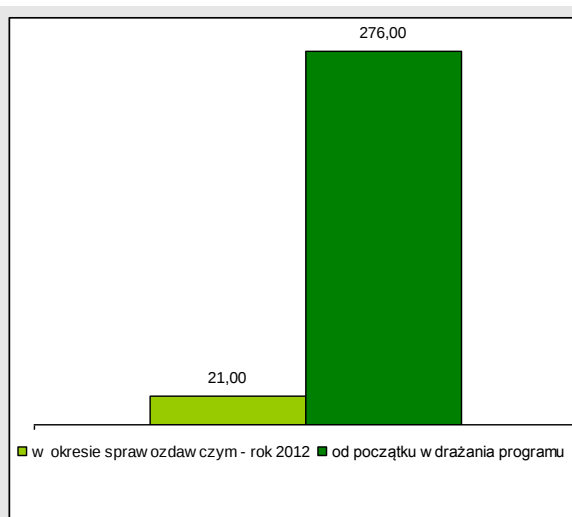
Numer umowy	Tytuł projektu	Nazwa beneficjenta	Wartość ogółem (zł)	Wartość dofinansowania ze środków UE (zł)	Stan realizacji (18 luty 2013) - liczba wniosków o płatność (WNP), - środki uznane za kwalifikow., - w tym UE (zł)
POIS.12.01.00-00-002/11-00	Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	13 310 377,52	9 543 800,00	- 7 WNP - 8 763 312,34 - 7 448 815,46
POIS.12.01.00-00-004/10-00	Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	11 243 000,00	9 556 550,00	- 8 WNP - 4 419 501,98 - 3 756 576,68
POIS.12.01.00-00-061/10-00	Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A Jurasza w Bydgoszczy	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	11 183 549,00	9 506 016,65	- 10 WNP - 335 410,88 - 285 099,24
POIS.12.01.00-00-062/10-00	Utworzenie Centrum Urazów Wielonarządowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	11 243 000,00	9 556 550,00	- 10 WNP - 3 218 131,02 - 2 735 411,36
POIS.12.01.00-00-063/10-00	Doposażenie w specjalistyczną aparaturę medyczną centrum urazowego w obecnie budowanym centrum medycyny inwazyjnej	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	12 981 147,12	8 904 725,12	- 12 WNP - 5 000 000,00 - 4 250 000,00
POIS.12.01.00-00-066/10-00	Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym	Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie	11 243 000,00	9 556 550,00	- 10 WNP - 10 674 668,23 - 9 073 467,98

POIS.12.01.00-00-065/10-00	Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	11 272 400,00	9 553 957,50	- 10 WNP - 10 081 586,52 - 8 569 348,50
POIS.12.01.00-00-067/10-00	Wyposażenie i uruchomienie Centrum Urazowego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie - Etap II	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	11 273 000,00	9 556 550,00	- 9 WNP - 0 - 0
POIS.12.01.00-00-068/10-00	Modernizacja i doposażenie SP SK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	11 243 000,00	9 556 550,00	- 10 WNP - 10 231 852,73 - 8 697 074,80
POIS.12.01.00-00-069/10-00	Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu - adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym ładowiska dla śmigłowców.	Miasto Poznań	11 243 000,00	9 556 550,00	- 1 WNP - 3 091 207,89 - 2 627 526,70
POIS.12.01.00-00-070/10-00	Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	18 236 989,05	9 554 000,00	- 6 WNP - 1 962 345,38 - 1 667 993,57
POIS.12.01.00-00-001/11-00	Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze.	Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze	15 730 760,00	9 522 159,00	- 7 WNP - 6 336 168,11 - 5 385 742,88
POIS.12.01.00-00-004/11-00	Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego	Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	11 610 386,00	9 556 550,00	- 3 WNP - 324 720,00 - 276 012,00
Suma			161 813 608,69	123 480 508,27	103 WNP 64 438 905,08 54 773 069,17

Tabela nr 2. Projekty indywidualne dotyczące utworzenia centrów urazowych.

Podsumowanie Działania 12.1

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.1 podpisano 21 umów o dofinansowanie (w tym 10 umów z beneficjentami Konkursu nr 1/2010, 10 umów z beneficjentami Konkursu nr 2/2008 oraz 1 umowa z beneficjentem projektu indywidualnego) na kwotę dofinansowania z EFRR w wysokości 51 795 905,32 zł.



Wykres nr 7. Liczba podpisanych umów w ramach Działania 12.1 **Wykres nr 8.** Wartość podpisanych umów w ramach Działania 12.1 (w mln zł z EFRR)

Razem od uruchomienia programu zawarto z beneficjentami 276 umowy o dofinansowanie – nie uwzględniając umów rozwiązanych. Łączna kwota dofinansowania z EFRR dla ww. umów wynosi 801 787 472,69 zł.

W Działaniu 12.1 zakończonych jest 195 projektów (128 z Konkursu nr 1/2008, 54 z Konkursu nr 2/2008, 13 z Konkursu nr 1/2010).

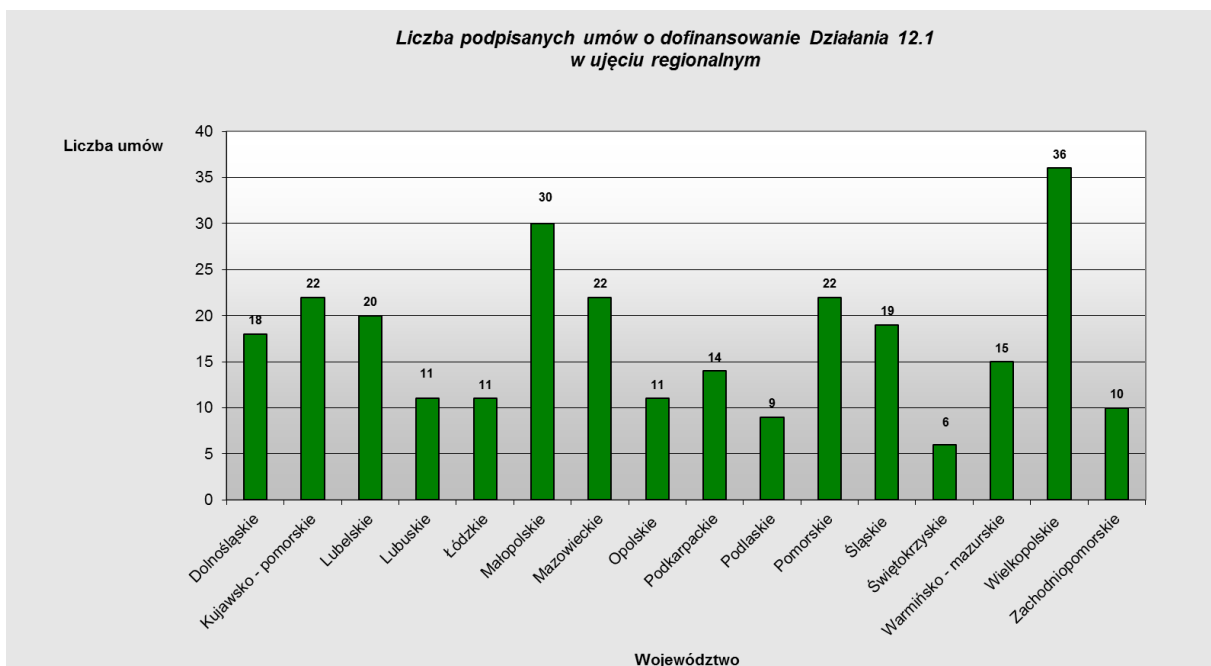
W 2012 r. zrealizowano płatności dla Beneficjentów w kwocie 162 410 644,92 zł (z uwzględnieniem zwrotów) w tym z EFRR w kwocie 154 886 279,81 zł (w tym z części budżetowej 140 126 467,91 zł oraz z rezerwy celowej 14 759 811,90 zł).

Od uruchomienia Programu do końca 2012 r. na rzecz Beneficjentów Działania 12.1 przekazano płatności w wysokości 626 631 939,57 zł (w tym z EFRR: 609 958 729,19 zł).

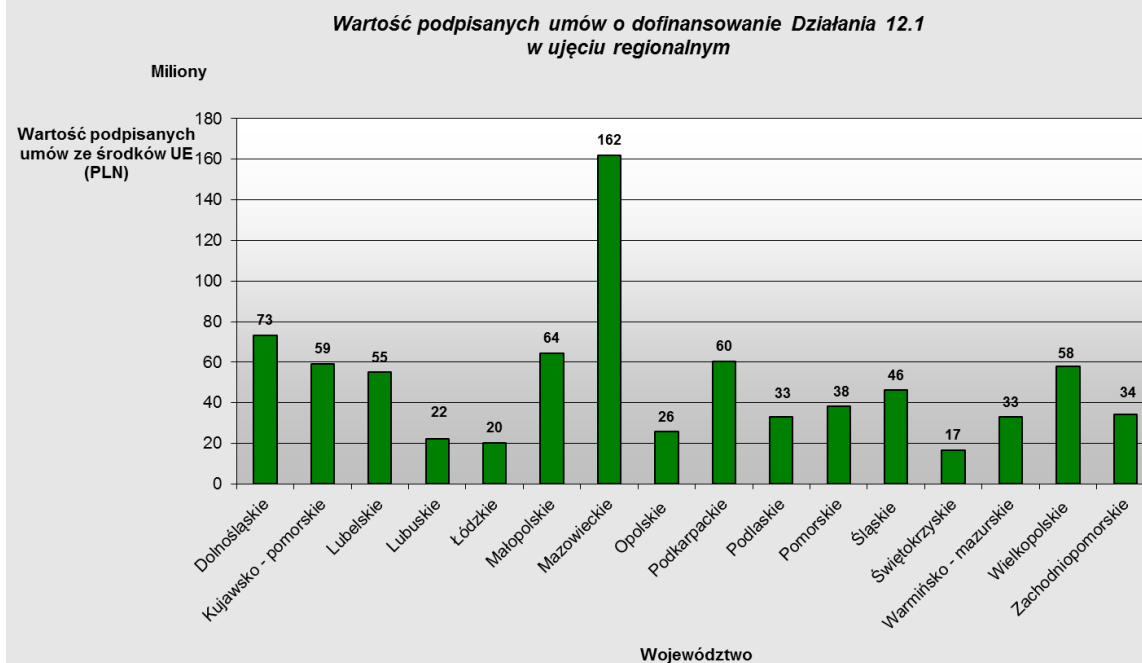
Rodzaj projektu	Liczba podpisanych umów o dofinansowanie	Wartość całkowita projektów	Dofinansowanie UE
Projekty indywidualne	16	304 034 714,50	233 523 487,91
Centra urazowe	13	161 813 608,69	123 480 508,27
Projekty LPR	2	69 601 964,81	58 037 999,99
WCPR	1	72 619 141,00	52 004 979,65
Projekty konkursowe	260	737 052 257,89	568 263 984,78
Konkurs nr 1/2008 (ambulanse)	128	117 322 594,53	97 647 806,17
Konkurs nr 2/2008 (sory)	96	550 638 748,02	414 548 164,97
Konkurs nr 1/2010 (ładowiska)	36	69 090 915,34	56 068 013,64
Suma	276	1 041 086 972,39	801 787 472,69

Tabela nr 3. Stan kontraktacji w ramach Działania 12.1 (w zł).

Realizację Działania 12.1 w ujęciu regionalnym przedstawiają poniższe wykresy:



Wykres nr 9: Liczba podpisanych umów o dofinansowanie w regionach w Działaniu 12.1.



Wykres nr 10: Wartość podpisanych umów o dofinansowanie w regionach w Działaniu 12.1.

Ocena postępu rzeczowego i finansowego Działania 12.1

W ramach Działania 12.1 w roku 2012 certyfikowano 245 676 tys. zł wydatków kwalifikowalnych, natomiast narastająco 518 158 tys. zł wydatków kwalifikowalnych. Równocześnie w ramach Działania 12.1 od początku programu zakończono realizację 195 projektów (70% wszystkich dofinansowywanych w ramach Działania projektów), tj. 128 projektów ambulatoryjnych, 54 projekty na SOR oraz 13 projektów z konkursu na lądowiska. Postęp finansowy i rzeczowy należy uznać za zadowalający.

W ramach projektów z Konkursu nr 1/2008 zakupiono 322 ambulanse. Wszyscy beneficjenci złożyli wnioski o płatność końcową, które zostały rozliczone. Pierwotnie, zawartych zostało 140 umów o dofinansowanie. Dwanaście umów zostało rozwiązanych, w tym dziewięć z powodu utraty przez beneficjentów kontraktów z NFZ. Zgodnie z założeniami PO LiŚ docelowa wartość wskaźnika „*Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu*” miała wynieść 600 sztuk w 2015 r. Instytucja Pośrednicząca złożyła do Instytucji Zarządzającej propozycję obniżenia wartości ww. wskaźnika produktu z 600 do 320 w ramach zmiany PO LiŚ.

W związku z faktem, iż IP nie ma ostatecznego stanowiska IZ co do możliwości uwzględniania w liczeniu ww. wskaźnika ambulansów zakupionych w ramach rozwiązanych umów, IP zostawiając margines bezpieczeństwa na ewentualną konieczność rozwiązania kolejnych umów, proponuje zmianę docelowej wartości wskaźnika *Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu* na 320 szt.

W rzeczywistości ogłoszono jeden konkurs na zakup ambulansów. Pierwotna kwota przeznaczona na konkurs wynosiła 34,4 mln zł, niemniej z uwagi na wysokie zainteresowanie ww. konkursem oraz wysoką jakością złożonych wniosków o dofinansowanie została dwukrotnie zwiększona, aż do kwoty 106,3 mln zł.

Kolejną przyczyną uniemożliwiającą realizację ww. wskaźnika na zakładanym poziomie była zmiana średniej ceny pojazdu. W momencie startu programu, średni koszt ambulansu wynosił 280 tys. zł. Od tego czasu do momentu rozstrzygnięcia konkursu (koniec roku 2008), średnia kwota niezbędna do jego zakupu wzrosła do 350 tys. zł. Koszt jednostkowy ambulansu uległ zwiększeniu m.in. w wyniku wzrostu akcyzy na ambulanse z 13,6% do 18,6%.

Ponadto, beneficjenci w projektach uwzględniali koszty związane z zarządzaniem projektem i działaniami informacyjno-promocyjnymi, które nie zostały wzięte pod uwagę na etapie programowania podczas szacowania wartości projektu. Zgodnie z raportem ewaluacyjnym „*Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO LiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia*”, koszty związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją wyniosły najczęściej 5 %, niemniej sięgały również do 20 %. W związku z czym, w skrajnych przypadkach wiązało się to ze wzrostem kosztów projektu aż do 70 tys. zł. Ww. badanie stwierdza również, że zakupy nowych ambulansów podniosły jakość i efektywność opieki medycznej, a tym samym bezpieczeństwo pacjenta. Do największych korzyści wynikających ze zrealizowanych projektów ewaluatorzy wskazali podniesienie bezpieczeństwa pacjenta wymagającego udzielenia pomocy doraźnej przez m.in. unowocześnienie floty sanitarnych środków transportu medycznego. Dodatkowo, znajdujemy informacje, iż stworzenie warunków do szybkiego transportu pacjentów w stanach wymagających pomocy doraźnej – zakup ambulansów należy ocenić w kategoriach zwiększenia dostępności pacjenta do procedur medycznych.

Co więcej ww. raport odnosi się również do rozmieszczenia terytorialnego zakupionych ambulansów. Warto zauważyć, że województwa które zakupiły najmniej ambulansów charakteryzują się mniejszą gęstością zaludnienia niż średnia krajowa (podlaskie, podkarpackie, lubuskie). Z jednej strony oznacza to większe odległości dojazdu ambulansu do pacjenta, z drugiej jednak mniejszą liczbę interwencji.

Wyniki ewaluacji „*Analiza postępów wdrażania Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 w kontekście identyfikacji niezbędnych zmian zapisów Programu z uwzględnieniem Krajowej Rezerwy Wykonania*” dostarczają również cennych informacji na temat przedmiotowego wskaźnika. „Wskaźnik dotyczący Liczby zakupionych ambulansów... zostanie osiągnięty na poziomie na poziomie ok. 57%. Przyczyną trudności w osiągnięciu zakładanej wartości docelowej w przypadku wskaźnika dotyczącego ambulansów jest zmiana kursu euro na bardziej niekorzystny w stosunku do momentu przeliczania alokacji. Innym powodem, jest wzrost akcyzy na ambulanse, który spowodował, że stały się one droższe, a co za tym idzie, można ich kupić mniej, w ramach dostępnej alokacji, niż planowano. W ramach Priorytetu XII należy przeprowadzić modyfikację wartości docelowych wskaźników....Obniżyć należy wartość wskaźnika *Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu*”

Wyniki ewaluacji Analiza postępów wdrażania Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 w kontekście identyfikacji niezbędnych zmian zapisów Programu z uwzględnieniem Krajowej Rezerwy Wykonania dostarczają również cennych informacji na temat przedmiotowego wskaźnika. „Wskaźnik dotyczący Liczby zakupionych ambulansów... zostanie osiągnięty na poziomie na poziomie ok. 57%. Przyczyną trudności w osiągnięciu zakładanej wartości docelowej w przypadku wskaźnika dotyczącego ambulansów jest zmiana kursu euro na bardziej niekorzystny w stosunku do momentu przeliczania alokacji (strona 128). Innym powodem, jest wzrost akcyzy na ambulanse, który

spowodował, że stały się one droższe, a co za tym idzie, można ich kupić mniej, w ramach dostępnej alokacji, niż planowano. W ramach Priorytetu XII należy przeprowadzić modyfikację wartości docelowych wskaźników....Obniżyć należy wartość wskaźnika Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu”.

Należy jednocześnie podkreślić, iż niższy poziom zakupionych ambulansów nie przekłada się negatywnie na osiągnięcie wskaźnika rezultatu (mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia), który już przy obecnej liczbie pojazdów jest krótszy niż zakładany czas (w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców – 5,9 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 13 minut, wg danych za rok 2012. Na zapewnienie odpowiedniego tempa reagowania zespołów ratownictwa medycznego wpłynęła bowiem nie tylko dodatkowa liczba nowych ambulansów, ale również inne czynniki m.in. takie jak lepszy stan dróg, poprawiający się system powiadamiania ratunkowego, systematycznie rozbudowywana infrastruktura lądowisk przy szpitalnych oddziałach ratunkowych czy też szkolenia dla ratowników medycznych. Inwestycje te finansowane są nie tylko z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, ale również środków krajowych. W ramach aktualnie dostępnej alokacji dla Działania 12.1 wybudowanych lub wyremontowanych zostało lub zostanie ok. 75 lądowisk dla śmigłowców ratunkowych, wyremontowanych i wyposażonych 96 szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz utworzonych 13 centrów urazowych. Część z tych projektów została już zakończona, a znakomita większość jest w zaawansowanej fazie realizacji. Wsparcie to jest także komplementarne m.in. ze zrealizowanym zakupem 23 nowoczesnych helikopterów dla lotniczego pogotowia ratunkowego finansowanym ze środków Ministra Zdrowia.

Obecny poziom realizacji wskaźnika dotyczącego ambulansów nie wpłynie negatywnie na osiągnięcie celów PO LiŚ, celu ogólnego Priorytetu XII oraz celu szczegółowego Działania 12.1 jakim jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Kompleksowe wsparcie uwzględniające wszystkie elementy systemu ratownictwa medycznego wpłynie na usprawnienie działań ratowniczych, w tym m.in. zachowanie zasady tzw. złotej godziny polegającej na udzieleniu pierwszej pomocy ratowniczej osobom będącym w stanie zagrożenia życia w czasie nie dłuższym niż 60 minut licząc od momentu otrzymania wezwania przez dyspozytora medycznego do momentu udzielenia pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym. Od ww. czynnika uzależnione jest bowiem w większości przypadków uratowanie życia lub ograniczenie skutków powikłań pourazowych osób poszkodowanych w zdarzeniach nagłych. Realizowane projekty pozwolą na wypełnienie luki na mapie dostępności do świadczeń medycznych w ramach ratownictwa medycznego, poprawiając jakość i pozwalając wyrównać szanse w dostępie do jak najszybciej udzielonej pomocy medycznej dla wszystkich obywateli.

Do końca okresu sprawozdawczego w XII Priorytecie podpisano 353 umowy o dofinansowanie – *Liczba projektów*, ich realizacja zakładana jest do 2015 r. W chwili obecnej zakończone są 233 projekty. W ramach działania 12.1 podpisanych jest 276 umów o dofinansowanie, z których 195 zostało zakończonych. Zgodnie z obowiązującą wersją Programu Operacyjnego (3.0) wartością docelową jest 500 projektów, niemniej IP złożyła propozycję obniżenia wartości ww. wskaźnika do 340 sztuk.

Sytuacja spowodowana jest m.in. mniejszą liczbą projektów wdrażanych w ramach projektów związanych z zakupem ambulansów. Głównym czynnikiem, który miał mieć wpływ na realizację wskaźnika liczba projektów były niewątpliwie projekty związane z zakupem ambulansów, które to w ramach niewielkich kwot miały zapewnić wysoką realizację wartości docelowej liczby projektów. Niemniej jednak, w związku z faktem, iż w ramach 1 projektu beneficjenci mogli wnioskować o zakup kilku ambulansów (nawet 21 sztuk), okazało się, iż wartość docelowa nie jest możliwa do osiągnięcia. Ważne w tym miejscu jest przytoczenie oceny ewaluacji pt. *„Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO LiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu”*, która podkreśliła jednoznacznie, że w przypadku wskaźnika liczba projektów, jego poziom nie przekłada się bezpośrednio na osiągane rezultaty wsparcia, stąd jego niska wartość nie może być podstawą negatywnej oceny efektów interwencji podejmowanych w ramach Priorytetu XII.

Analiza IP dotycząca ww. wskaźnika produktu została również potwierdzona w wynikach ewaluacji przeprowadzonej przez IZ PO LiŚ pt. *„Analiza postępów wdrażania Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 w kontekście identyfikacji niezbędnych zmian zapisów Programu z uwzględnieniem krajowej rezerwy wykonania”*, gdzie znajdujemy stwierdzenie, iż „wartości docelowe nie zostaną osiągnięte jedynie w przypadku 2 wskaźników: Liczby projektów oraz Liczby zakupionych ambulansów. Wskaźnik dotyczący liczby projektów zostanie osiągnięty na

poziomie ok. 58%, natomiast wskaźnik dotyczący liczby zakupionych ambulansów – na poziomie ok. 57%. Przyczyną trudności w osiągnięciu zakładanej wartości docelowej w przypadku wskaźnika dotyczącego ambulansów jest zmiana kursu euro na bardziej niekorzystny w stosunku do momentu przeliczania alokacji. Innym powodem, jest wzrost akcyzy na ambulanse, który spowodował, że stały się one droższe, a co za tym idzie, można ich kupić mniej, w ramach dostępnej alokacji niż planowano. W ramach Priorytetu XII należy przeprowadzić modyfikację wartości docelowych wskaźników. Należy obniżyć wartość wskaźnika: Liczba projektów oraz Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu.”

W chwili obecnej realizacja wskaźnika *Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego* wynosi 0. Zgodnie z PO liŚ wartość docelowa ma wynosić 16. Jednakże, w związku z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie projekt dotyczący WCPR nie będzie wdrażany w ramach PO liŚ. Spowodowało to konieczność zmiany zapisów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w zakresie usunięcia zapisów dotyczących możliwości współfinansowania budowy i wyposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego w ramach PO liŚ, co jednocześnie wiąże się z rezygnacją ze wskaźnika produktu na poziomie Priorytetu XII dotyczącego liczby wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Dla wskaźników *Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej* i *Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej* wartości docelowe nie były szacowane. W obecnej chwili realizacja ww. wskaźników wynosi kolejno: 26 przebudowanych projektów w ramach konkursu na SOR-y oraz 51 doposażonych podmiotów leczniczych. Natomiast przewiduje się, na podstawie zawartych umów, że docelowo będzie to kolejno 66 i 104.

Wskaźnik *Liczba utworzonych centrów urazowych* docelowo ma wynieść 9, niemniej jednak wg podpisanych umów o dofinansowanie zostanie utworzonych 13 centrów.

Na etapie powstawania Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko nie były znane założenia dotyczące zasad tworzenia centrów urazowych, w tym m.in. dotyczące kryterium ludnościowego. Zasady powstania centrów urazowych współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego reguluje ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z ww. ustawą podmiot leczniczy, który będzie bazą dla funkcjonowania centrum urazowego wskazuje Wojewoda w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który jest opracowany, uzgadniany i zatwierdzany, zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Należy zwrócić uwagę, iż zgodnie z założeniami ustawy, centra urazowe tworzy się dla populacji minimum 1 mln ludności, a optymalnie, jak wynika to z doświadczeń światowych, powinno się tworzyć dla ponad 2 mln. Wynika to nie tylko z wysokich kosztów, ale też z konieczności odpowiednio dużego napływu pacjentów, w celu zapewnienia wykorzystania posiadanych środków dla jak największej liczby poszkodowanych oraz nabywania i zachowania niezbędnego doświadczenia i sprawności zawodowej zatrudnionej tam kadry medycznej do potrzeb zdrowotnych. Takie obciążenie centrów urazowych jest optymalne z punktu zachowania należytych standardów w zakresie doświadczenia i sprawności zawodowej zatrudnionej w nich kadry medycznej.

Mając powyższe na uwadze Wojewodowie, zgodnie z zakresem kompetencji uregulowanych na poziomie ww. ustawy, wytypowali 14 jednostek, które będą spełniać funkcje centrów urazowych (1 nie jest dofinansowana z PO liŚ).

W ramach tej samej zakładanej alokacji utworzono więcej centrów urazowych. Ustalono wartość projektu na poziomie ok. 11 mln zł.

Powyższa analiza dowodzi, że zasadnym było utworzenie takiej ilości centrów urazowych, co zapewni optymalną organizację świadczeń, z uwzględnieniem możliwości finansowania nakładów inwestycyjnych na remont, modernizację i wyposażenie centrów urazowych w wytypowanych podmiotach.

W chwili obecnej realizacja wskaźnika *Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego* wynosi 0, niemniej już kilka baz jest już zakończonych, prezentacja ww. wskaźnika będzie po zrealizowaniu wszystkich baz w ramach poszczególnych projektów. Docelowo zostanie wybudowanych/wyremontowanych 11 baz wobec zakładanych 9 w SZOP.

Założona wartość docelowa w wysokości 9 sztuk miała obejmować niezbędne minimum, które będzie podlegało wsparciu ze środków EFRR. Z uwagi na fakt, iż nie we wszystkich przypadkach konieczny był zakup gruntu, w ramach dostępnej alokacji na ww. typ projektu, zdecydowano się objąć projektem większą liczbę baz niż przewidywano. Wynikało to z faktu, że stan techniczny infrastruktury wszystkich baz LPR był na złym poziomie. Nadal do wyremontowania pozostaje 6 baz.

Wskaźnik *Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia działania* w chwili obecnej osiągnął wg KSI wartość 13 (9 projektów z Konkursu nr 2/2008 oraz 4 projekty z K 1/2010), niemniej jednak w rzeczywistości ww. wartość wynosi 30 sztuk (rozbieżność wynika z niezalążania wskaźników do wniosków o płatność końcową). Na podstawie podpisanych umów szacuje się, że już w 2013 r. ww. wskaźnik będzie wynosił 75 sztuk wobec zakładanych 44 sztuk w SZOP.

W związku z faktem, iż zrezygnowano z ogłaszania kolejnych konkursów na zakup ambulansów (uzasadnienie powyżej), a także konieczności budowy lądowisk, które są bardziej strategiczną, niezbędną inwestycją dla poprawności funkcjonowania państwowego systemu ratownictwa medycznego, ogłoszono konkurs na budowę/modernizację lądowisk.

Ponadto, w 2011 r. uzyskano dodatkowe środki z Krajowej Rezerwy Wykonania, którymi objęto projekty z Konkursu nr 2/2008 (obejmował m.in. modernizację/budowę lądowisk). Spowodowało to, iż jeszcze więcej inwestycji tego typu mogło zostać objęte wsparciem, a więc nastąpiła jeszcze wyższa realizacja ww. wskaźnika.

Dodatkowo, należy wspomnieć, iż lądowiska są komplementarne z projektami związanymi z bazami LPR. Dla większej skuteczności i szybkości udzielania pomocy niezbędne są odpowiednie miejsca do lądowania dla lądowisk sanitarnych w pobliżu szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Dla wskaźnika *Liczba przebudowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym* (z wył. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum urazowych) obecna realizacja wynosi 77 szt. Z kolei szacowana wartość docelowa 150 szt. Natomiast zgodnie z zapisami SZOP miała wynosić 100 szt.

Sposób prezentowania ww. danych poprzez zsumowanie projektów które w swoim zakresie mają wyposażenie i przebudowę, pozwala na dokładny opis skali interwencji Działania 12.1 w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Ww. projekty mają różne zakresy rzeczowe. Niektóre zakładają tylko zakup aparatury medycznej, część dotyczy modernizacji podmiotów leczniczych, kolejne obejmują obydwa typy. W związku z czym, sposób prezentacji danych poprzez zsumowanie wyposażenia oraz przebudowy odzwierciedla rzeczywistą skalę nakładów inwestycyjnych na SOR. Defacto, gdybyśmy obliczali wartość ww. wskaźnika zgodnie z zasadami matematycznymi, a więc stosowali koniunkcję, należałoby brać pod uwagę tylko projekty obejmujące w swym zakresie obydwa rodzaje przedsięwzięć. Taki sposób prezentacji nie odzwierciedlałby rzeczywistych efektów.

Niemniej jednak, przeprowadzono analizę podmiotów, które uzyskały wsparcie, celem zbadania ile w rzeczywistości wspartych zostało podmiotów leczniczych. Na koniec 2012 r. było wdrażanych 96 umów o dofinansowanie związanych z SOR, jednakże biorąc pod uwagę ilość beneficjentów, ww. projekty realizuje 95 podmiotów leczniczych/jednostek samorządu terytorialnego.

Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców zgodnie z założeniami PO liŚ oraz przepisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wartość docelowa ww. wskaźnika powinna wynosić do 8 minut w mieście powyższej 10 tys. mieszkańców oraz do 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców. Obecnie, ww. wskaźnik wynosi kolejno 5,9 minuty oraz 13 minut. Niższa wartość mediana wynika z kilku przyczyn. Przede wszystkim, na zapewnienie odpowiedniego tempa reagowania zespołów ratownictwa medycznego wpływa dodatkowa liczba zakupionych ambulansów w ramach XII Priorytetu PO liŚ, ale również właściwe rozmieszczenie stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego. Dodatkowym czynnikiem jest poprawiający się stan dróg oraz poprawiający się system powiadamiania ratunkowego, pozwalający na szybsze reagowanie zespołu oraz szybsze dotarcie na miejsce zdarzenia.

Należy również dodać, iż wartość wskazana w PO liŚ wskazuje na górną granicę oczekiwanej wartości mediany, w związku z czym niższe wartości niż 8 i 15 minut są również pożądane.

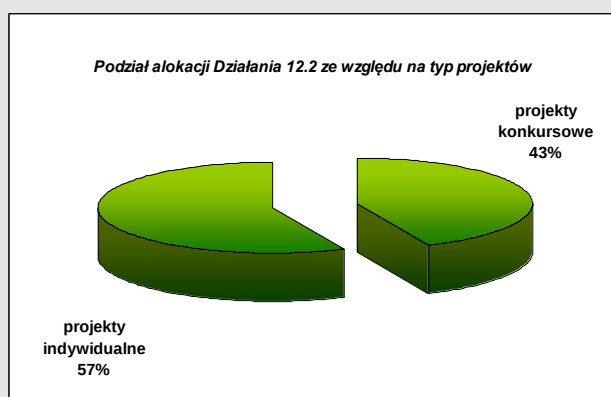
W odniesieniu do Działania 12.1 proces kontraktacji można uznać za zakończony (środki które uwalniły się w związku z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie z WCPR zostaną przesunięte do Działania 12.2). Mając na uwadze szacowane wartości wskaźników produktu i rezultatu Działania 12.1 (na podstawie podpisanych umów) można stwierdzić, iż wszystkie wartości docelowe zostaną osiągnięte, niektóre nawet powyżej zakładanej wartości (po zmianie wartości docelowej wskaźników *Liczba projektów* oraz *Liczba zakupionych ambulansów...*). W związku z czym można uznać, iż cel opisany w sposób rzeczowy zostanie zrealizowany po wdrożeniu wszystkich projektów. Na tym etapie wdrażania można pokusić się o stwierdzenie, iż dostępne środki zostały odpowiednio i właściwie zaalokowane, zgodnie ze zidentyfikowanymi potrzebami.

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Beneficjentami działania 12.2 są publiczne zakłady opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, z wyłączeniem zakładów lecznictwa uzdrowiskowego lub ich organy założycielskie.

Dotychczas w ramach Działania 12.2 przeprowadzono 1 nabór wniosków o dofinansowanie w drodze konkursu - Konkurs nr 3/2008 (szpitale ponadregionalne) oraz podpisano umowy z 14 Beneficjentami projektów indywidualnych.

Przeznaczenie alokacji dostępnej w ramach Działania 12.2 ze względu na tryb wyboru projektów zawiera następujący wykres.



Wykres nr 11. Podział projektów ze względu na tryb wyboru.

Na projekty konkursowe przeznaczono 352 037 204,72 zł z EFRR, natomiast na projekty indywidualne 462 803 433,77 zł.

Postępowania konkursowe Działania 12.2

W 2012 r. nie przeprowadzano postępowania konkursowego w ramach Działania 12.2.

Konkurs nr 3/2008

- 1. Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa;**
- 2. Zakupu aparatury obrazowej;**
- 3. Zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii.**

Alokacja przeznaczona na konkurs wynosi 386 257 605,06 zł z EFRR.

W związku z przyznaniem dla XII Priorytetu dodatkowych środków z Krajowej Rezerwy Wykonania i realokacji pomiędzy priorytetami PO IiŚ, zwiększono alokację dla konkursu do kwoty 386 257 605,06 zł z EFRR, tak, aby wszystkie projekty znajdujące się na rezerwowej liście rankingowej mogły uzyskać dofinansowanie. Projekty te zostały poddane ocenie merytorycznej II stopnia, a także z uwagi na fakt, iż zgodnie z zapisem PO IiŚ, inwestycje finansowane w ramach ww. puli środków muszą być spójne z priorytetami Strategii Europa 2020, w tym w szczególności Priorytetem „Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu” i inicjatywą flagową pn. „Europejski program walki z ubóstwem”, ocenie formalnej w oparciu o dodatkową listę sprawdzającą.

Ocena trwała od kwietnia do listopada 2012 roku. Umowy podpisywane były sukcesywnie po zakończeniu oceny poszczególnych projektów.

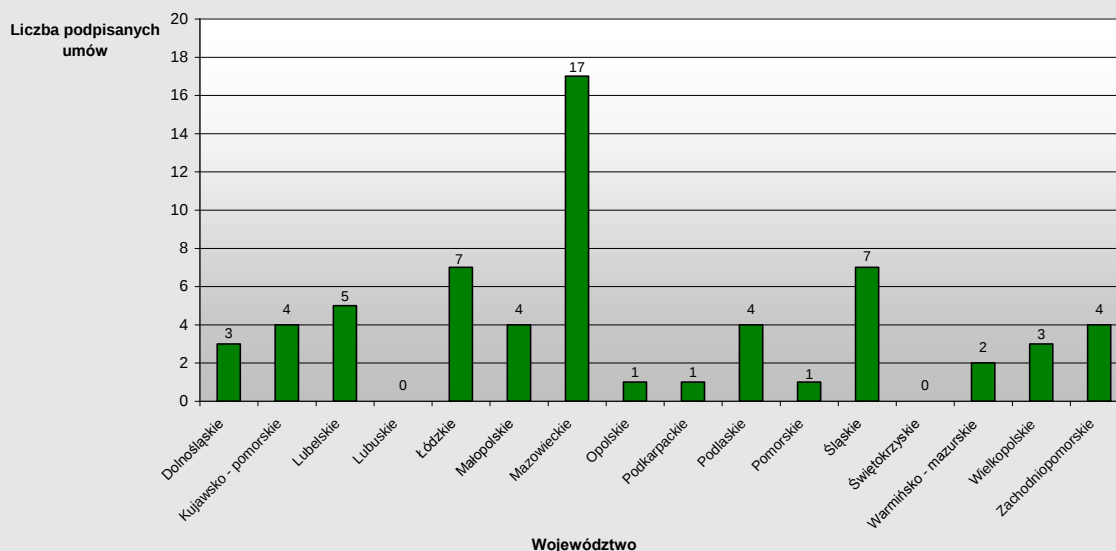
Ocenie poddanych zostało 18 projektów, które zmieniły status z rezerwowych na podstawowy w ramach ww. konkursu, 14 pozytywnie przeszło ww. ocenę, 4 zostały odrzucone.

W ramach Konkursu nr 3/2008 w omawianym okresie sprawozdawczym podpisano 14 umów o dofinansowanie na kwotę z EFRR równą 54 851 369,15 zł.

Wszystkie projekty, które uzyskały minimalną liczbę punktów określoną w § 32 Regulaminu konkursu i przeszły pozytywnie ocenę merytoryczną II stopnia otrzymały dofinansowanie w ramach konkursu. W wyniku zakończenia kontraktacji środków w ramach ww. konkursu wykorzystano alokację w wysokości 352 037 204,72 zł. Pozostałe środki wróciły do ogólnej puli i zostaną przeznaczone na kolejne projekty.

Od uruchomienia programu do dnia 31 grudnia 2012 r. podpisanych zostało 63 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 352 037 204,72 zł z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Liczba podpisanych umów w Konkursie 3/2008 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 12. UoD podpisane w poszczególnych województwach w Konkursie nr 3/2008.

1. Projekt nr POIS.12.02.00-00-006/12 pn. Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu - „Przylądek Nadziei”. Rozbudowa Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o nowy blok Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej

Beneficjent: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 8 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 15 października 2012 r. do dnia 29 października 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 30 października 2012 r. do dnia 13 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I i II stopnia.

Data podpisania umowy: 28 grudnia 2012 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 85 000 000,00 zł.

2. Projekt nr POIS.12.02.00-00-005/12 pn. Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez zakup nowego aparatu rezonansu magnetycznego dla Centrum Onkologii Oddział w Gliwicach

Beneficjent: Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej - Curie w Warszawie Oddział w Gliwicach

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 5 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 15 października 2012 r. do dnia 24 października 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 25 października 2012 r. do dnia 26 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od dnia 30 października 2012 r. do dnia 26 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Data podpisania umowy: 31 grudnia 2012 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 10 200 000,00 zł.

3. Projekt nr POIS.12.02.00-00-007/12 pn. Dopuszczenie w aparaturę medyczną Instytutu Reumatologii w Warszawie metodą na zwiększenie jakości i dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych

Beneficjent: Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 8 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 15 października 2012 r. do dnia 23 października 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 25 października 2012 r. do dnia 8 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od dnia 29 października 2012 r. do dnia 19 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Data podpisania umowy: 21 grudnia 2012 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 2 380 000,00 zł.

4. Projekt nr POIS.12.02.00-00-002/12 pn. Poprawa dostępności i jakości procedur kardiologii inwazyjnej w leczeniu ostrych stanów kardiologicznych i wad strukturalnych serca w ramach hospitalizacji w SPCSK w Warszawie

Beneficjent: Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie (ul. Banacha)

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 3 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 3 października 2012 r. do dnia 23 października 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 23 października 2012 r. do dnia 13 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I i II stopnia.

Data podpisania umowy: 21 grudnia 2012 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 5 525 000,00 zł.

5. Projekt nr POIS.12.02.00-00-004/12 pn. Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie

Beneficjent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 4 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 15 października 2012 r. do dnia 2 listopada 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 6 listopada 2012 r. do dnia 27 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od dnia 8 listopada 2012 r. do dnia 26 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna II stopnia,

Planowana data podpisania umowy: 19 luty 2013 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 28 955 845,00 zł.

6. Projekt nr POIS.12.02.00-00-008/12 pn. Poprawa jakości specjalistycznych usług medycznych poprzez remont oraz zakup nowoczesnego wyposażenia dla Kliniki Neonatologii i Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt w Instytucie „CZMP” w Łodzi

Beneficjent: Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 8 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 15 października 2012 r. do dnia 30 października 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 2 listopada 2012 r. do dnia 29 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od dnia 5 listopada 2012 r. do dnia 26 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna II stopnia,

Data podpisania umowy: 28 grudnia 2012 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 16 940 117,50 zł.

7. Projekt nr POIS.12.02.00-00-003/12 pn. Poprawa jakości diagnostyki obrazowej i leczenia poprzez wymianę systemu rezonansu magnetycznego w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie

Beneficjent: Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 4 października 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 8 października 2012 r. do dnia 16 października 2012 r.- ocena formalna,
- od dnia 19 października 2012 r. do dnia 14 listopada 2012 r. - ocena merytoryczna I i II stopnia.

Data podpisania umowy: 28 grudnia 2012 r.

Wartość dofinansowania z EFRR wynosi 9 578 650,00 zł.

Projekty rezerwowe znajdujące się na LPI:

1. Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie

Beneficjent: Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie

Data podpisania pre-umowy: 5 października 2012 r.

2. Wzmocnienie systemu wielokierunkowej diagnostyki i terapii pacjentów wymagających wdrożenia procedur wczesnej interwencji medycznej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie

Beneficjent: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie

Data podpisania pre-umowy: 5 października 2012 r.

Pozostałe projekty indywidualne:

1. Projekt nr POIS.12.02.00-00-001/09-00 pn. „Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc”, beneficjent – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój, wartość dofinansowania z EFRR - 48 185 910,26 PLN, data podpisania umowy o dofinansowanie: 21.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych w wysokości: 53 855 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu 31 grudzień 2012 r.

2. Projekt nr POIS.12.02.00-00-002/09-00 pn. „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno – leczniczego SPSK nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, beneficjent – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, wartość dofinansowania z EFRR - 31 444 526,00 zł, data podpisania umowy o dofinansowanie: 15.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych w wysokości: 32 247 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu to 30 czerwiec 2013 r.

3. Projekt nr POIS.12.02.00-00-003/09-00 pn. „Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej”, beneficjent - Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR - 33 126 200,00 PLN, data podpisania umowy o dofinansowanie: 18.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych: 41 409 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu to 31 marzec 2012 r.

4. Projekt nr POIS.12.02.00-00-004/09-00 pn. „Rozbudowa Szpitala Klinicznego nr 1 – Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych PAM”, beneficjent – Pomorska Akademia Medyczna, wartość dofinansowania z EFRR - 43 603 564,08 PLN, data podpisania umowy o dofinansowanie: 03.12.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych w wysokości 44 157 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu to 31 lipiec 2013 r.

5. Projekt nr POIS.12.02.00-00-005/09-00 pn. „Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie”, beneficjent – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR - 58 650 000,00 PLN, data podpisania umowy o dofinansowanie: 18.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych w wysokości: 62 624 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu to 31 sierpnia 2013 r.

6. Projekt nr POIS.12.02.00-00-001/11-00 pn. „Rozbudowa i Przebudowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” (Blok Operacyjny, OIT I, OIT II i OIT III), beneficjent – Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, wartość dofinansowania ze środków EFRR w wysokości 25 500 000 zł, data podpisania umowy o dofinansowanie: 1.07.2011 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych w wysokości: 11 851 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu to 30 czerwiec 2013 r.

7. Projekt nr POIS.12.02.00-00-002/11-00 pn. „Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski”, beneficjent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku, wartość dofinansowania ze środków EFRR w wysokości 4 067 440,94 zł. Data podpisania umowy o dofinansowanie: 24.01.2012r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę wydatków kwalifikowalnych w wysokości: 3 192 tys. zł. Data zakończenia realizacji projektu to 31 grudnia 2012 r.

8. Projekt nr POIS.12.02.00-00-001/12-00 pn. „Rozbudowa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) - utworzenie ogólnopolskiego centrum kliniczno-naukowego transplantacji płuc i serca oraz leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci”.

Beneficjent: Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Data złożenia wniosku o dofinansowanie: 28 czerwca 2012 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 6 lipca 2012 r. do dnia 27 lipca 2012 r. - ocena formalna,
- od dnia 30 lipca 2012 r. do dnia 20 sierpnia 2012 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od dnia 30 lipca 2012 r. do dnia 14 sierpnia 2012 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

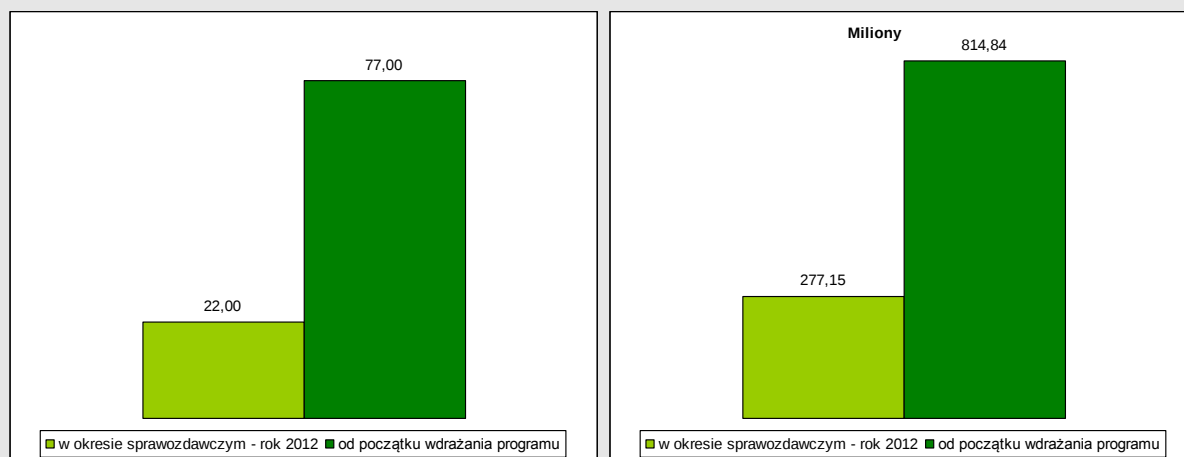
Data podpisania umowy: 24 października 2012 r. Data zakończenia realizacji projektu to 31 grudzień 2014 r. Wartość dofinansowania 88 604 999,99 zł z EFRR.

W okresie sprawozdawczym podpisano 8 umów o dofinansowanie z beneficjentami projektów indywidualnych na kwotę dofinansowania ze środków EFRR 222 296 208,43 zł.

Łącznie od początku wdrażania programu w ramach projektów indywidualnych Działania 12.2 podpisano **14 umów o dofinansowanie na kwotę 462 803 433,77 zł.**

Podsumowanie Działania 12.2

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.2 podpisano 22 umowy o dofinansowanie (w tym 14 umów z beneficjentami Konkursu nr 3/2008 oraz 8 umów z beneficjentami projektów indywidualnych) na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 277 147 577,58 zł.



Wykres nr 13. Liczba podpisanych umów w ramach Działania 12.2 **Wykres nr 14.** Wartość podpisanych umów w ramach Działania 12.2 (w mln zł z EFRR)

Razem od uruchomienia programu zawarto z beneficjentami 77 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 814 840 638,49 zł.

W 2012 r. zrealizowano płatności dla Beneficjentów w kwocie 77 035 331,81 zł (z uwzględnieniem zwrotów) w tym z EFRR w kwocie 63 433 539,75 zł (w tym z części budżetowej 55 754 445,84 zł oraz z rezerwy celowej 7 679 093,91 zł)

Od uruchomienia Programu do końca 2012 roku na rzecz Beneficjentów łącznie przekazano płatności w wysokości 535 896 039,21 zł (w tym z EFRR 467 396 309,74 zł).

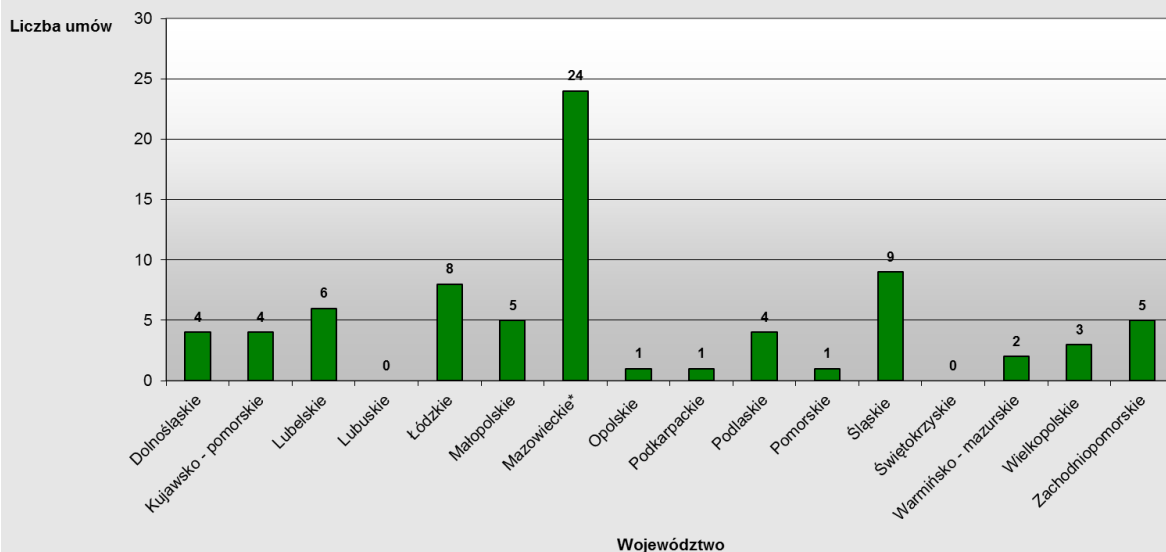
Rodzaj projektu	Liczba podpisanych umów o dofinansowanie	Wartość całkowita projektów	Dofinansowanie UE
Projekty indywidualne	14	592 676 872,15	462 803 433,77
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im Jana i Ireny Rudników w Rabce - Zdrój	1	58 696 733,42	48 185 910,26
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	1	36 992 500,00	31 441 551,00

Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	1	41 648 047,40	33 126 200,00
Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie	1	74 462 067,71	43 603 564,08
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	1	69 000 000,00	58 650 000,00
Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"	1	47 328 976,01	25 500 000,00
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy w Otwocku	1	4 807 591,14	4 067 440,94
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	1	107 241 176,47	88 604 999,99
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	1	6 500 000,00	5 525 000,00
Wojskowy Instytut Medyczny	1	11 269 000,00	9 578 650,00
Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach	1	12 000 000,00	10 200 000,00
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	1	100 000 000,00	85 000 000,00
Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. Eleonory Reicher	1	2 800 000,00	2 380 000,00
Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi	1	19 930 780,00	16 940 117,50
Projekty konkursowe Konkurs 3/2008	63	468 079 080,09	352 037 204,72
Suma	77	1 060 755 952,29	814 840 638,49

Tabela nr 4. Stan kontraktacji Działania 12.2.

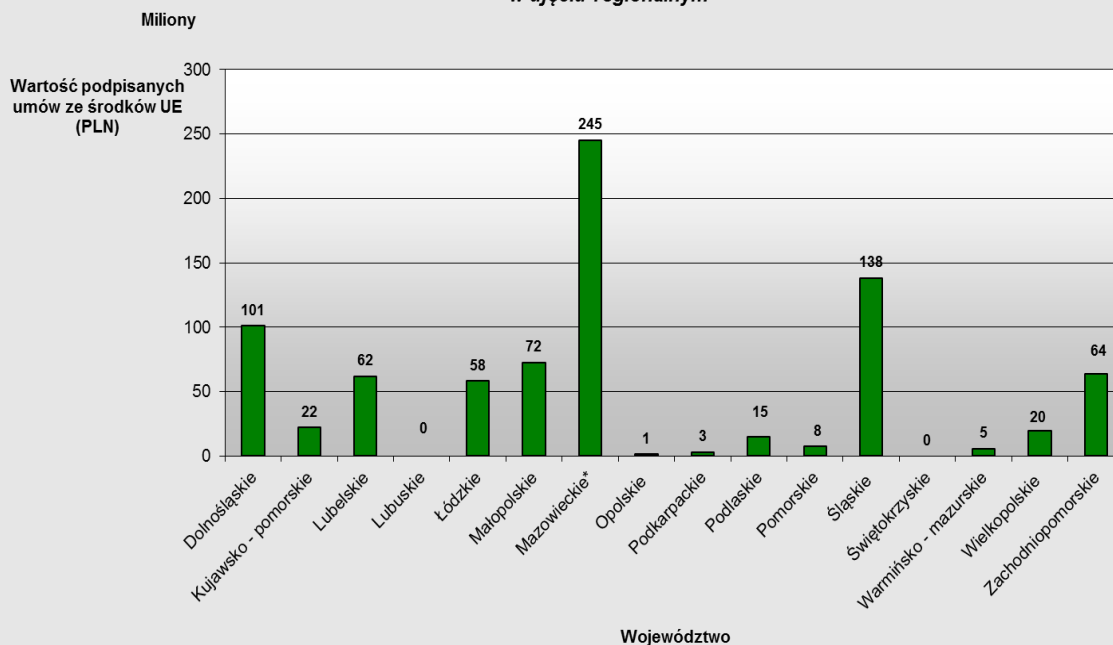
Realizację Działania 12.2 w ujęciu regionalnym przedstawiają poniższe wykresy:

**Liczba podpisanych umów o dofinansowanie Działania 12.2
w ujęciu regionalnym**



Wykres nr 15. Liczba podpisanych umów o dofinansowanie w regionach w Działaniu 12.2.

**Wartość podpisanych umów o dofinansowanie Działania 12.2
w ujęciu regionalnym**



Wykres nr 16. Wartość podpisanych umów w regionach w Działaniu 12.2.

Ocena postępu rzeczowego i finansowego Działania 12.2:

W ramach Działania 12.2 w roku 2012 certyfikowano 202 765 tys. zł wydatków kwalifikowalnych, natomiast narastająco 530.734 tys. zł wydatków kwalifikowalnych. Równocześnie w ramach Działania 12.2 od początku programu zakończono realizację 38 projektów (49% wszystkich dofinansowywanych w ramach Działania projektów), tj. 37 projektów konkursowych i 1 indywidualny.

Wartość wskaźnika *Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej* osiągnęła do końca okresu sprawozdawczego poziom 10 sztuk. Zakładana wartość w roku docelowym nie została określona. Na podstawie podpisanych umów, szacuje się, że wartość ww. wskaźnika w roku 2015 będzie wynosić 33 szt.

Wartość wskaźnika *Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej* osiągnęła do końca okresu sprawozdawczego poziom 32 sztuk. Zakładana wartość w roku docelowym nie została określona. Na podstawie podpisanych umów, szacuje się, że wartość ww. wskaźnika w roku 2015 będzie wynosić 71 szt.

Z kolei wskaźniki rezultatu tj. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej oraz Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych wykazują wartość wyższą od zakładanej, co jest zjawiskiem wysoce korzystnym z punktu widzenia sektora ochrony zdrowia. Obecna wartość pierwszego z ww. wskaźników wynosi 7,98 lat i jest niższa niż zakładana wartość docelowa na poziomie 10 lat. Natomiast wartość 2 wskaźnika wynosi 146 tys os/rok i jest wyższa niż zakładana wartość docelowa. Jest to zjawisko również korzystne, gdyż więcej osób jest leczonych niż zakładano, co świadczy o większej dostępności procedur medycznych.

Na obniżenie wieku aparatów RTG miał wpływ zakup aparatów radiologicznych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ, środków własnych i środków budżetu państwa, co było wynikiem wprowadzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2005 r. w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi, które wprowadziły m.in. szereg wymagań dla aparatów rentgenowskich, a także nadzór państwowego inspektora sanitarnego nad stanem urządzeń radiologicznych. Ww. rozporządzenia spowodowały konieczność wycofania aparatów przestarzałej konstrukcji.

Dodatkowo, należy zaznaczyć, iż w związku z dużą liczbą wymienionych/zakupionych aparatów RTG spełniających wymagania określone w ww. rozporządzeniach, może skutkować, iż w kolejnych latach nie będzie dokonywana aż tak gwałtownie wymiana aparatów na nowe, w związku z czym wiek ten prawdopodobnie będzie ulegał wzrostowi.

Uzasadnienie większej wartości docelowej dla średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych znajduje się w części Pozostałe wskaźniki Programu Operacyjnego.

Wartość wskaźnika rezultatu Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem wynosi 159 693 szt. (jest to wartość osiągnięta od początku wdrażania). Docelowo w ramach Działania 12.2 przewiduje się, iż osiągnie wartość 963 745 szt. Wartość docelowa nie była szacowana, z uwagi na fakt, iż źródłem danych ma być sprawozdawczość beneficjentów.

Oczekuje się, że efektem wsparcia w infrastrukturę wysokospecjalistycznych szpitali wspieranych w ramach Działania będzie zapewnienie kompleksowej opieki medycznej dla osób z przewlekłymi skutkami urazów lub cierpiących na przewlekłe schorzenia, tj. m.in. choroby płuc, choroby krążenia czy nowotwory. Objęcie wsparciem wysokospecjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej zwiększy dostępność do udzielanych świadczeń w skali całego kraju oraz zmniejszy różnice w dostępności do świadczeń pomiędzy poszczególnymi regionami. Zapewnią również dostęp do wysokospecjalistycznych procedur medycznych, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób, zarówno tych stanowiących główne przyczyny zgonów oraz zapewnią możliwość leczenia najtrudniejszych przypadków medycznych.

Pozostałe wskaźniki z Programu Operacyjnego:

Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców). Wartość docelowa ww. wskaźnika wynosi 79,2 na 1000 mieszkańców. Obecna realizacja za rok 2011 wynosi 74,7 na 1000 mieszkańców.

Aktualnie, zakładana wartość docelowa jest nieadekwatna do trendu, jaki wykształtował się na przestrzeni lat 2007-2011. Wiąże się to z faktem, iż na wartość niniejszego wskaźnika wpływa wiele złożonych czynników, trudnych do przewidzenia z kilkuletnim wyprzedzeniem.

Dane dotyczące wskaźnika Liczba osób, którym udzielono świadczenia w miejscu zdarzenia dostępne są dopiero od 2003 r. Krótki okres badania wskaźnika spowodował trudności w dokonaniu rzetelnej analizy prawdopodobieństwa jego kształtowania się w przyszłości. W latach poprzedzających wartość

bazową z 2005 r., nie wyłaniał się wyraźny trend, gdyż pomiędzy 2003 a 2004 r. jego wartość znacząco spadła, natomiast pomiędzy 2004 a 2005 r. gwałtownie wzrosła. Sytuacja taka spowodowała duży margines błędu podczas szacowania wartości docelowej wskaźnika na potrzeby Programu Operacyjnego.

Rok	2003	2004	2005
Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców)	78,9	75,4	79,1

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS

Realizacja wskaźnika w poszczególnych latach

Zgodnie z aktualnie dostępnymi danymi, trend wskaźnika Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) jest malejący (z nieznacznym wzrostem w wysokości 0,8 od 2007 r. do 2008 r.).

Rok	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców)	77,6	78,4	76,9	75,1	74,7

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS

Na kształtowanie się jego wartości miały wpływ przede wszystkim liczba i struktura wyjazdów ambulansów ratowniczych do zachorowań i wypadków.

Pierwotnie, związku z faktem, iż do 2005 r. liczba wyjazdów rosła, przyjęto, iż liczba osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia również będzie wykazywała tendencję wzrostową. Tymczasem, w rzeczywistości okazało się, że wyjazdy na miejsce zdarzenia od roku 2005 do 2011 r. wykazują tendencję malejącą.

Rok	2000	2002	2004*	2005*	2007*	2008*	2009*	2010*	2011*
Wyjazdy na miejsce zdarzenia	2 983 tys.	3 248 tys.	75,1	78,6	77,2	76,6	76	74	74

*Uwaga: od 2004 r. zmienił się sposób prezentacji danych – rozpoczęto mierzenie liczby wyjazdów na 1000 mieszkańców

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS

Zgodnie z publikacją Głównego Urzędu Statystycznego pn. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r., zdecydowaną większość, tj. ok. 72% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Miejsca zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (bez ruchu uliczno-drogowego), sklep, kościół, itp., plasowały się na drugim co do liczebności miejscu zdarzenia i stanowiły ok. 20%. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym wyniosły ok. 7%, a w pracy lub w szkole łącznie ok. 2%.

Struktura wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w poszczególnych latach przedstawia się w podobny sposób. Największy odsetek stanowią wyjazdy do domu pacjenta, następnie oznaczone jako kategoria inne, na trzecim miejscu wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno – drogowym.

Wyszczególnienie	Ogółem	W tym:				
		Ruch uliczno – drogowy	Praca	Szkoła	Dom	Inne
Polska 2005	2 998 452	216 258	28 227	19 577	2 158 899	524 082
Polska 2006	3 046 421	216 934	29 133	20 680	2 231 763	547 911
Polska 2007	2 942 522	215 007	31 143	22 708	2 149 695	523 969
Polska 2008	2 918 171	217 047	31 008	22 126	2 054 106	593 884
Polska 2009	2 900 052	202 747	28 751	21 766	2 086 957	559 831
Polska 2010	2 825 125	184 548	27 309	22 658	2 024 511	566 099

Źródło: Dane GUS

Zgodnie z danymi przedstawionymi w powyższej tabeli, liczba wyjazdów do domów pacjentów, stanowiących największy odsetek interwencji, na przestrzeni lat co do zasady przyjmuje tendencję malejącą. Wiąże się to m.in. ze znaczącą poprawą stanu zdrowia oraz świadomości zdrowotnej Polaków. W ostatnich latach obniżyła się zapadalność na choroby układu krążenia, zmniejszyła się liczba zawałów oraz udarów, które stanowią główne powody wzywania ambulansów ratowniczych przez pacjentów do domów. W związku z realizacją programów zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, np. Program profilaktyki chorób układu krążenia, Program profilaktyki chorób odtytoniowych - palenie jest uleczalne, Program profilaktyki gruźlicy, znaczącej poprawie uległa wczesna diagnostyka chorób. Dodatkowo, wzrost liczby wysokospecjalistycznego sprzętu diagnostycznego, kupowanego m.in. w ramach Priorytetu XII POIŚ, przyczynia się do szybszego i skuteczniejszego diagnozowania schorzeń, a w konsekwencji szybszego rozpoczęcia leczenia, co zmniejsza ryzyko wystąpienia zdarzeń nagłych w domach. Prowadzone były także kampanie promujące zachowania prozdrowotne zwiększające świadomość zdrowotną mieszkańców Polski przejawiającą się w łatwiejszym diagnozowaniu własnego stanu zdrowia, chętniejszym zgłaszaniem się na badania profilaktyczne, uprawianiu zdrowego stylu życia.

Badania wskazują, że samoocena stanu zdrowia Polaków znacznie poprawia się. O ile w 2004 r. 61 % mieszkańców Polski oceniało swoje zdrowie jako bardzo dobre, to pod koniec 2009 r. takie opinie formułowało 65,7% Polaków.²

Dodatkowo, na przestrzeni lat zwiększyła się liczba aptek (w 2000 r. było ich 8 318, a w 2010 r. już – 11 2973). Wzrost dostępności do leków spowodował, że pacjenci w przypadku wystąpienia gorszego stanu zdrowia w nocy lub w święta, częściej korzystają z doraźnych metod leczenia, a następnie zgłaszają się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, rezygnując tym samym ze wzywania ambulansu ratowniczego.

Ponadto, możliwość korzystania z nocnej i świątecznej opieki medycznej świadczonej codziennie od godz. 18.00 do 8.00 rano następnego dnia oraz przez 24 h na dobę w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, odciąża wyjazdowość jednostek PRM. Pacjent, który z powodu dysfunkcji narządów ruchu lub przewlekłej choroby nie może osobiście zgłosić się do przychodni ma prawo poprosić o wizytę domową. Jest to swoista konkurencja dla systemu ratownictwa medycznego, gdyż liczba udzielonych świadczeń z tego tytułu jest znaczna i w roku 2009 wyniosła 397 989, w roku 2010 - 359 892, natomiast w roku 2011 – 295 959.⁴

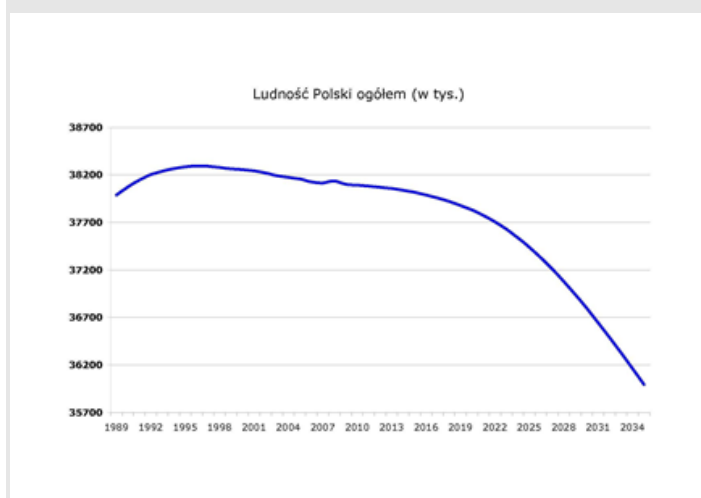
² Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS

³ Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS

⁴ Dane NFZ

Na marginesie należy zauważyć, iż na liczbę wyjazdów na miejsce zdarzenia ma także wpływ poprawiający rozwój społeczno - gospodarczy. Jednym ze wskaźników zrównoważonego rozwoju jest liczba samochodów osobowych. Liczba pojazdów osobowych na przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrasta. W latach 2004-2010 w Polsce zanotowano wzrost liczby samochodów przypadających na 1000 ludności, przeciętnie w tempie 7,0% rocznie. W 2010 r. wskaźnik ten wzrósł o 43,6% w porównaniu z 2004 r. Na koniec 2010 r. prawie co drugi mieszkaniec kraju posiadał samochód osobowy, natomiast w 2004 r. – co trzeci⁵. Dynamiczny wzrost liczby samochodów osobowych wpływa na ograniczenie przewozów pasażerskich środkami komunikacji publicznej. Wielu pacjentów wymagających doraźnej pomocy medycznej jest dowożonych samochodami prywatnymi do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Ponadto, zgodnie z danymi GUS, zmniejsza się systematycznie liczba ludności w Polsce. Na podstawie dokonanych analiz, przewiduje się, że w najbliższej przyszłości – do 2035 r., trend ten będzie się utrzymywał. Mniejsza populacja oznacza zmniejszenie konieczności interwencji zespołów ratownictwa medycznego.



Źródło: <http://blog.syntetos.pl/?p=180> (15.11.2012 r.)

Na uwagę zasługuje także fakt, iż w związku z poprawą bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz jakości pojazdów dopuszczanych do ruchu ulicznego - drogowego, zmniejszyła się liczba wypadków drogowych, stanowiąca jeden z czynników wpływających na wartość wskaźnika Liczba osób...

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Liczba wypadków	48 100	46 876	49 536	49 054	44 196	38 832

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski, GUS

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Instytucja Pośrednicząca widzi konieczność dokonania zmiany w PO Infrastruktura i Środowisko wartości docelowej wskaźnika Liczba osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia.

Na podstawie posiadanych danych, trudno jest precyzyjnie oszacować jak będzie kształtowała się jego wartość w roku 2013. Niemniej jednak, uśredniając zmiany na przestrzeni lat, dynamicznie postępujący rozwój cywilizacyjny oraz trendy demograficzne, należy założyć, iż wartość ww. wskaźnika może przyjąć tendencję malejącą. Wpływ wielu złożonych, trudnych do przewidzenia czynników na wartość niniejszego indeksu (np. wystąpienie nagłych zdarzeń masowych, epidemii), powoduje jednak powstanie dużego marginesu niepewności.

Wartość bazowa wskaźnika Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia wynosiła 79,1 w roku 2005 i w stosunku do roku 2011 spadła o 4,4.

⁵ Wskaźniki zrównoważonego rozwoju Polski, GUS

2005/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
-1,5	0,8	-1,5	-1,8	-0,4

Biorąc pod uwagę ww. trend i średnioroczny spadek w latach 2005 – 2011 w wysokości -0,88, zakłada się, że w roku docelowym 2013 powinien osiągnąć wartość 73. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę, iż ww. wartość za rok 2011 nie odnotowała znaczącego spadku w stosunku do 2010 r., a tego typu prognozowanie obarczone jest ryzykiem, IP proponuje zmianę wartości wskaźnika Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców w ciągu roku) z 79,2 na 73,4.

Dla wskaźnika Liczba osób leczonych, w ciągu roku, w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji wartość docelowa wynosi 1460,3 tys. osób. Obecna realizacja jest wyższa i wynosi 1756,8 tys. osób.

Dla wskaźnika Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych wartość docelowa zgodna z PO LiŚ wynosi 89,6 tys. osób. Z kolei obecna realizacja wynosi 146,4 tys. osób.

Jak wskazano powyżej, zarówno liczba osób leczonych, jak i średnia liczba leczonych jest większa od zakładanej. Powodem wyższej od zakładanej hospitalizacji jest ciągle wysoka zachorowalność na choroby układu krążenia, oraz zwiększająca się zachorowalność na nowotwory. W 2010 r. najczęściej pacjenci byli leczeni z powodu chorób układu krążenia (15 % hospitalizowanych), urazów lub zatruc (9,6% hospitalizowanych), nowotworów ogółem (9 % hospitalizowanych) oraz chorób układu moczowo-płciowego, trawienno i oddechowego (odpowiednio 8,1 %, 7,9 %, 6,9 % hospitalizowanych).⁶ Choroby układu mięśniowo – kostnego były przyczyną pobytu w szpitalu w 5,3 %.

Choroby układu krążenia są od wielu lat główną przyczyną również i zgonów Polaków. W 2000 r. z tego powodu umarło 458,5 osób na 100 tys. ludności.⁷ W 2005 r. liczba ta zmniejszyła się nieznacznie do 440,8 na 100 tys., aby znowu wzrosnąć w 2008 r. do 453 na 100 tys.⁸, a w 2009 r. do 466,4 na 100 tys. – co stanowi 46,2% wszystkich przyczyn zgonów.

Podobnie, systematyczny wzrost obserwuje się wśród zgonów z powodu chorób nowotworowych, będących od lat na drugim miejscu wśród wszystkich przyczyn zgonów w Polsce. W następstwie nowotworów umarło w Polsce w 2000 r. 225,5 osób na 100 tys. ludności, w 2005 r. 242 osób na 100 tys., w 2008 r. 250,06 na 100 tys., w 2009 r. 252 na 100 tys., co stanowi 24,9 % wszystkich zgonów.

Syntetyczny wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu (HLY) doskonale opisuje sytuację zdrowotną ludności. Jest on nazywany także współczynnikiem oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności. Określa on dwie cechy ocenianej populacji – długość życia i jakość życia odnoszącą się do zdrowia. Wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu został opracowany na podstawie obserwacji, że nie wszystkie lata, określane przez oczekiwaną długość życia są przeżywane w pełnym zdrowiu.⁹ Długie życie jest wartością pożądaną, szczególnie wtedy, gdy towarzyszy mu zdrowie, brak ograniczeń w wykonywaniu czynności dnia codziennego i możliwość korzystania z życia w pełni. Jeżeli wysokość HLY rośnie szybciej niż wysokość oczekiwanej długości życia, wtedy ludzie nie tylko żyją dłużej ale żyją dłużej w pełnym zdrowiu”¹⁰. Analiza współczynnika HLY obrazującego lata przeżyte w zdrowiu wskazuje na niepokojący trend w Polsce – tj. zmniejszanie liczby lat przeżytych w zdrowiu. W Polsce w 2002 r. kobiety przeżywały w zdrowiu 68,9 lat, a w 2009 r. wskaźnik ten zmniejszył się do 62,1. Podobną tendencję zaobserwowano w grupie mężczyzn - w roku 2002 r. w zdrowiu przeżywali oni 62,5 lat, a w

⁶ Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2012.

⁷ Mały rocznik statystyczny GUS 2011, str. 127.

⁸ Mały rocznik statystyczny GUS 2011, str. 127.

⁹ Life Expectancy i Healthy Life Years jako podstawowe miary oceny sytuacji zdrowotnej ludności <http://www.phie.pl/pdf/phe-2010/phe-2010-4-530.pdf>

¹⁰ Gromulska L., Wysocki M. J, Goryński P. Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years -HLY – zalecany przez Unię syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności w Przegląd Epidemiologiczny 2008; 62: str. 811-820.

2009 r. już tylko 58,1 lat. Jest to niepokojące zjawisko, bowiem wskaźnik HLY obrazuje zdrowie w kontekście rozwoju danego kraju i jego dobrobytu.

Rok	Kobiety	Mężczyźni
2002	68,9	62,5
2005	66,6	61
2009	62,1	58,1

Wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu HLY w Polsce

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tsdph100&language=en>

Zmniejszanie się ww. wskaźnika wskazuje, iż populacja wcześniej musiała korzystać z opieki medycznej.

Nie bez znaczenia dla liczby hospitalizowanych ma starzejące się społeczeństwo. W ostatnich latach gwałtownie wzrasta odsetek osób starszych w populacji.⁸ Długość życia zwiększyła się, zaś prognozy demograficzne wskazują, że na przestrzeni najbliższych 50 lat liczba osób po 60. roku życia wzrośnie 5-krotnie. Przewidywany jest również wzrost oczekiwanej długości życia z 67 do 77 lat do roku 2050. W Polsce, jak i w innych krajach, obserwuje się tendencję wzrostową udziału osób starszych w ogólnej populacji, co przedstawia tabela nr 2. Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wzrósł na przestrzeni 40 lat o 7%, a do roku 2020 wzrost ten ma wynieść kolejne 8,7%. Udział osób po 65. roku życia w populacji Polski również systematycznie wzrasta – od 5,9% w 1960 r., do 18,4% w 2020 r.

Lata	Osoby w wieku powyżej 60 lat	Osoby w wieku powyżej 65 lat
1960	9,7	5,9
2000	16,7	12,2
2005	17,1	13,2
2009	18,8	13,5
2010	19,6	13,5
2015	22,7	15,6
2020	25,4	18,4

Udział osób (%) w wieku 60 lat i więcej i 65 lat i więcej w Polsce w latach 1960-2020.⁹

Dłuższe życie oraz, co zostało przedstawione powyżej, krótsze lata w zdrowiu powodują konieczność korzystania z systemu opieki zdrowotnej, w tym wiąże się to z koniecznością hospitalizacji.

Czynniki wymienione powyżej są przyczyną wyższej hospitalizacji, wyższej niż zakładano. Podmioty lecznicze, w których zbierane są dane do oszacowania ww. wskaźników są wysokospecjalistycznymi jednostkami systemu. Pacjenci trafiający do ww. podmiotów to ciężkie przypadki, m.in. onkologiczne czy krążeniowe, wymagające specjalistycznych i wysokospecjalistycznych procedur medycznych. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż w szpitalach ponadregionalnych pracuje wysoko wykwalifikowana kadra medyczna, co dodatkowo powoduje, iż populacja bardziej skora jest skorzystać z usług ww. podmiotów. Wysoka jakość usług szpitalnych jest najważniejsza dla 41 % ankietowanych, wg badania pn. Opinie Polaków na temat usług szpitalnych przeprowadzonego przez TNS OBOP.

Ponadto, niebagatelnym wpływem na ilość leczonych pacjentów mają nakłady na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (kontrakty z NFZ). Całkowite wydatki na zdrowie rosną. W Polsce, w przeciągu ostatnich kilku lat (2000-2009) wydatki na zdrowie w ujęciu realnym wzrastały, co roku średnio o 7% PKB.¹¹ Przy czym najwięcej środków przeznaczanych jest na leczenie szpitalne.

W ramach wszystkich projektów wdrażanych w ramach XII Priorytetu wskaźnik *Liczba zmodernizowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej* przewiduje się, że osiągnie wartość 274sztuk. W chwili obecnej realizacja wynosi 119 sztuk. Zgodnie z PO liŚ ww. wartość miała wynosić 160 sztuk. Sposób prezentowania ww. danych poprzez zsumowanie projektów, które w swoim zakresie mają doposażenie i przebudowę, pozwala na dokładny opis skali interwencji Priorytetu XII.

Ww. wskaźnik obejmuje swym zakresem zarówno projekty Działania 12.1 oraz Działania 12.2. Ww. projekty mają różne zakresy rzeczowe. Niektóre zakładają tylko zakup aparatury medycznej, część dotyczy modernizacji podmiotów leczniczych, kolejne obejmują obydwa typy. W związku z czym, sposób prezentacji danych poprzez zsumowanie doposażenia oraz przebudowy odzwierciedla rzeczywistą skalę nakładów inwestycyjnych na ochronę zdrowia. De facto, gdybyśmy obliczali wartość ww. wskaźnika zgodnie z zasadami matematycznymi, a więc stosowali koniunkcję, należałoby brać pod uwagę tylko projekty obejmujące w swym zakresie obydwa rodzaje przedsięwzięć. Taki sposób prezentacji nie odzwierciedlałby rzeczywistych efektów.

Niemniej jednak, przeprowadzono analizę podmiotów, które uzyskały wsparcie, celem zbadania ile w rzeczywistości wspartych zostało podmiotów leczniczych. W ramach działania 12.1 na koniec 2012 r. było wdrażanych 96 umów o dofinansowanie związanych z SOR, jednakże biorąc pod uwagę ilość beneficjentów, ww. projekty realizuje 95 podmiotów leczniczych/jednostek samorządu terytorialnego. Z kolei 13 podmiotów realizuje centra urazowe, w tym 4 podmioty realizują zarówno SOR jak i CU. Natomiast, w ramach Działania 12.2 wdrażanych jest 77 umów o dofinansowanie. Ww. umowy realizuje 54 podmioty lecznicze. W 8 przypadkach podmioty lecznicze realizują zarówno projekty w Działaniu 12.1 i Działaniu 12.2. W związku z powyższym, biorąc pod uwagę projekty związane z doposażeniem oraz przebudową, ww. przedsięwzięcia realizuje 162 beneficjentów, natomiast z uwzględnieniem dublujących się podmiotów ww. rodzaje projektów realizuje 150 beneficjentów.

Wkład Priorytetu XII w realizację celów Strategii Lizbońskiej

Zarówno Działanie 12.1, jak i Działanie 12.2 nie realizuje bezpośrednio celów strategii lizbońskiej. Wydatki w ramach ww. działań nie należą do kategorii „wydatki lizbońskie”.

Niemniej jednak, wytyczna 1.3.5 Strategicznych Wytycznych Wspólnoty dla spójności na lata 2007-2013 stanowi o potrzebie wspierania utrzymania dobrego poziomu zdrowia pracowników ze względu m.in. na niski przyrost naturalny i starzejące się społeczeństwa Europy. Wyrównywanie niedostatków infrastruktury ochrony zdrowia oraz wspieranie skutecznego świadczenia usług to główne postulaty polityki spójności w tym zakresie. Podniesienie poziomu atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez stworzenie odpowiedniego środowiska dla inwestorów i mieszkańców, w tym zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej opartej na nowoczesnych standardach, wymaga zapewnienia odpowiedniego poziomu infrastruktury służącej ochronie zdrowia.

Istotnym elementem zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy w Polsce jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, standardu wyposażenia w sprzęt medyczny oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego. Jednym z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności oraz niepełnosprawności, zwłaszcza z powodu wypadków drogowych, katastrof, pożarów, a także chorób układu krążenia jest natomiast rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego. Niezwykle ważna jest zatem interwencja w infrastrukturę ratownictwa przedszpitalnego oraz szpitalnego (wyspecjalizowane oddziały szpitalne), w tym w system powiadamiania ratunkowego, jak również wsparcie dla bazy technicznej profilaktyki i leczenia specjalistycznego w zakresie m. in. chorób układu krążenia, onkologicznych oraz urazów i udarów.

Nie bez znaczenia wydaje się wpływ inwestycji dofinansowanych w Prioryecie XII na szpitale kliniczne, których jednym z zadań jest prowadzenie zajęć dla studentów medycyny. Wpływa to na poprawę warunków pracy, a nowoczesny sprzęt zakupiony ze środków EFRR wpływa na efektywność i jakość kształcenia w zawodach medycznych.

¹¹ Wojtyniak B., Goryński P., Moskaiewicz B., Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Warszawa 2012.

Wkład Priorytetu XII w realizację celów Strategii Europa 2020

Wdrażane przez resort zdrowia w ramach Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* projekty wpisują się w założenia Strategii Europa 2020 *na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*. Zgodnie z zapisami ww. dokumentu, rozwój gospodarczy powinien zapewniać spójność społeczną, m.in. poprzez podniesienie poziomu zatrudnienia do 75% oraz aktywne przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i walkę z ubóstwem. Zwiększenie wskaźnika zatrudnienia jest jednym z głównych celów Unii Europejskiej wymienionych w Strategii Europa 2020. W tym kontekście należy zwrócić szczególną uwagę na stan zdrowia społeczeństwa, który ma bezpośredni wpływ na aktywność zawodową oraz status materialny i społeczny obywateli. Strategia Europa 2020 kładzie nacisk na zapewnienie odpowiedniego poziomu zdrowia m.in. w zapisach dotyczących zmniejszenia nierówności w obszarze zdrowia, zwiększenia dostępu do opieki zdrowotnej oraz ochrony zdrowia osób pracujących. Priorytet *Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – gospodarka charakteryzująca się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniająca spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną* stanowi, iż jednym z podstawowych działań wspierających zrównoważony rozwój gospodarczy i spójność społeczną we wszystkich regionach Unii Europejskiej będzie „walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz zmniejszenie nierówności w obszarze zdrowia, tak aby rozwój przyniósł korzyści wszystkim.” Ww. priorytet będzie realizowany m.in. poprzez wdrożenie projektu przewodniego „Europejski program walki z ubóstwem”, w ramach którego Komisja Europejska podejmuje się „... znaleźć sposoby zapewnienia lepszego dostępu do systemów opieki zdrowotnej”.

Działania podejmowane w obszarze zdrowia stanowią podstawę rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, a poprawa oraz utrzymanie dobrego stanu zdrowia obywateli krajów członkowskich UE jest jednym z podstawowych warunków zwiększenia poziomu zatrudnienia oraz podniesienia jakości i wydajności pracy. Tym samym wydatki na ochronę zdrowia należy traktować jako inwestycję w kapitał ludzki, równie istotną jak wydatki związane z edukacją oraz doskonaleniem zawodowym. Ochrona i utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym jest warunkiem zwiększenia wskaźnika zatrudnienia, natomiast zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej osobom starszym i przewlekle chorym pozwala członkom ich rodzin na aktywny udział w rynku pracy.

Projekty realizowane w ramach XII Priorytetu PO LiŚ wpisują się w 3 priorytet Strategii, w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, którą Komisja Europejska określiła jako cel przewodni pn. „Europejski program walki z ubóstwem”. W związku z tym, że słaba kondycja zdrowotna społeczeństwa bywa głównym powodem ubóstwa, obniżając zdolność do pracy oraz powodując koszty opieki zdrowotnej i leczenia, istotnym środkiem zwalczania ubóstwa jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy poprzez obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zapewnianie dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Jednym z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności oraz niepełnosprawności, zwłaszcza z powodu zdarzeń nagłych (wypadków, katastrof) oraz chorób układu krążenia, jest rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego. Realizacja projektów, które uzyskały wsparcie z EFRR, przyczyni się do przełożenia celu określonego w Strategii Europa 2020 na namacalne korzyści i spowoduje odczuwalną różnicę w życiu obywateli. W efekcie interwencji zachowana zostanie zasada „złotej godziny”, tj. rozpoczęcie specjalistycznego leczenia szpitalnego w czasie nie przekraczającym 60 minut od zgłoszenia zdarzenia medycznego, poprzez dotarcie zespołów ratunkowych do osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia w czasie nie dłuższym niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską. Służą temu nie tylko odpowiedniej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego, odpowiednia infrastruktura lądowisk dla śmigłowców ratunkowych oraz infrastruktura szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów urazowych.

Zapewnienie odpowiedniej jakości oraz proporcji wszystkich ww. elementów może przynieść wymierne efekty w postaci szybkiego reagowania służb ratownictwa medycznego w sytuacjach zagrożenia życia, a w konsekwencji obniżenie śmiertelności oraz powikłań skutkujących niepełnosprawnością. W związku z czym w chwili obecnej zakupiono 322 ambulansów, wybudowano 13 lądowisk dla helikopterów, doposażono 51 podmiotów leczniczych oraz 26 przebudowano.

Ponadto, dzięki poprawie infrastruktury wysokospecjalistycznych szpitali wspieranych w ramach Działania 12.2, możliwe jest zapewnienie kompleksowej opieki medycznej dla osób z przewlekłymi skutkami urazów lub cierpiących na przewlekle schorzenia. Objęcie wsparciem wszystkich elementów infrastruktury ochrony zdrowia zwiększa dostępność do udzielanych świadczeń

w skali całego kraju oraz zmniejsza różnice w dostępności do świadczeń pomiędzy poszczególnymi regionami. Ww. działania będą możliwe m.in. poprzez zakup wyrobów medycznych tj. w chwili obecnej doposażenie 32 oraz przebudowanie 10 podmiotów leczniczych.

Warto podkreślić, iż zaproponowane działania w obszarze zdrowia wpisują się również w pośrednio w realizację projektu przewodniego „Unia innowacji”, mającego na celu *„poprawę warunków ramowych i dostępu do finansowania badań i innowacji, tak by innowacyjne pomysły przeradzały się w nowe produkty i usługi, które z kolei przyczynią się do wzrostu gospodarczego i tworzenia nowych miejsc pracy”*.

Przykłady projektów efektywnych z punktu widzenia Strategii Europa 2020:

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-061/10 pn. „Remont i doposażenie Centrum Urazowego Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy”. Przedmiotem projektu jest remont części pomieszczeń Kliniki Medycyny Ratunkowej największego w regionie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy na potrzeby nowoczesnego centrum urazowego oraz zakup wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego i wyposażenia (m. in. aparatów do znieczulania, defibrylatora, respiratora, aparatów do EKG, angiografu cyfrowego, USG z dopplerem, aparatów RTG, aparatu do hipotermii, stołu zabiegowego). Utworzenie centrum ma na celu poprawę skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego, ponadto pozwoli na zachowanie tzw. „zasady złotej godziny”. Szybka i skuteczna pomoc możliwa będzie dzięki posiadaniu w strukturze szpitala klinik udzielających świadczeń m. in. w zakresie: leczenia udarów, kardiologii interwencyjnej, leczenia oparzeń i chirurgii ręki. Centrum urazowe będzie zabezpieczać potrzeby całego województwa kujawsko – pomorskiego, czyli populację ok. 2 mln mieszkańców. Realizacja projektu przyczyni się do wsparcia dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym (obniżenie śmiertelności oraz niepełnosprawności zwłaszcza z powodu wypadków drogowych, katastrof budowlanych, pożarów). Projekt wpisuje się w 3 priorytet Strategii, w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, którą Komisja Europejska określiła jako cel przewodni projektu pn. „Europejski program walki z ubóstwem”.

- Projekt nr WND-POIS.12.02.00-00-003/08 pn. „Doposażenie Oddziałów Neurochirurgii, Otolaryngologii i Chirurgii w 103 Szpitalu Wojskowym w Olsztynie”. Projekt przewiduje zakup sprzętu medycznego (m. in. aparatu EKG, aparatu cyfrowego RTG, aparatu USG, kardiomonitora modułowego Ultraview, defibrylatora, respiratora) do zainstalowania na Oddziale Neurochirurgii, Chirurgii i Otolaryngologii. Pozwoli on na zwiększenie ilości i jakości wykonywanych badań diagnostycznych a także na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na zabiegi. Realizacja projektu przyczyni się do poprawy zdrowia ludzkiego i wpłynie bezpośrednio na długość i jakość życia jego ostatecznych odbiorców. Powyższe rzutuje także na podwyższenie potencjału siły roboczej poprzez wydłużenie okresu zdolności wykonywania pracy (aktywności zawodowej). W ramach projektu przewidziano utworzenie nowych miejsc pracy, co bezpośrednio wpływa na wzrost ogólnego poziomu zatrudnienia. W wyniku realizacji projektu zapewniony zostanie dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, a ponadto nastąpi zmniejszenie nierówności w obszarze zdrowia w regionie Warmii i Mazur, który boryka się z wieloma problemami natury społecznej, w tym z wysokim bezrobociem i ubóstwem. Inwestycja w regionie, który posiada niekorzystne wskaźniki ekonomiczne w porównaniu do reszty kraju, przyczyni się do zapewnienia spójności gospodarczej i społecznej Warmii i Mazur z resztą kraju. Projekt wpisuje się w realizację inicjatywy przewodniej „Europejski program walki z ubóstwem”.

- Projekt nr WND-POIS.12.02.00-00-051/08 pn. „Modernizacja oddziałów neurologii w celu podniesienia jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oferowanych przez IPIN w Warszawie”. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie poprzez swoją działalność realizuje wiele założeń unijnej Strategii. Beneficjent prowadzi badania naukowe, prace badawczo-rozwojowe dla postępu nauki w zakresie psychiatrii, neurologii i dyscyplin pokrewnych oraz udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, jak również prowadzi aktywizację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych. Wszystkie kliniki działające w strukturze szpitala uczestniczą w realizacji programów zdrowotnych i badań klinicznych mających na celu przywrócenie dobrego stanu zdrowia pacjenta, stosując przy tym innowacyjne metody badawcze (priorytet Strategii – „Unia Innowacji”). Beneficjent prowadzi również działalność w zakresie podnoszenia kwalifikacji naukowych i zawodowych pracowników Instytutu oraz pracowników innych zakładów poprzez prowadzenie szkoleń specjalistycznych, w tym specjalizacji lekarskich, prowadzenie studium doktoranckiego i innych studiów podyplomowych w dyscyplinach objętych statutową działalnością Instytutu oraz kształcenia podyplomowego (priorytet Strategii – „Młodzież w drodze”). Projekt finansowany ze środków PO LiŚ dotyczy rozbudowy obiektu szpitalnego (blok E), dobudowy klatki schodowej, modernizacji pomieszczeń Klinik Neurologicznych, gdzie znajdują się oddziały łóżkowe i dzienne oraz modernizacji

nawierzchni chodnika i infrastruktury sieciowej. Jego realizacja przyczyni się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa w okresie produkcyjnym. Umiejętności zdobyte przez młodych ludzi podczas praktyk zawodowych i staży podyplomowych organizowanych przez Instytut a także praca w lepszych warunkach, wydłuży ich okres aktywności zawodowej, co będzie miało korzystny wpływ na wzrost zamożności społeczeństwa (priorytet Strategii – „Europejski program walki z ubóstwem” oraz „Europa efektywnie korzystająca z zasobów”).

Priorytety XII PO liŚ wpisujące się w obszary priorytetowe Krajowego Programu Reform

Inwestycje w ramach Priorytetu XII PO liŚ wpisują się w Krajowy Program Reform w obszarze priorytetowym *Infrastruktura dla wzrostu zrównoważonego*. Realizacją ww. obszaru służyć ma m.in. zadanie *Rozwój i modernizacja infrastruktury społecznej* – inwestycje w infrastrukturę społeczną m.in. w zakresie ochrony zdrowia umożliwiają uwolnienie potencjału regionów oraz zapobiegają pogłębianiu się nierówności i sprzyjają włączeniu społecznemu. Zgodnie z KPR działania mają zostać ukierunkowane na poprawę m.in. dostępności systemu ochrony zdrowia poprzez inwestycje podnoszące jakość i konkurencyjność świadczenia usług zdrowotnych (modernizacja placówek świadczących usługi medyczne, zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i leczniczego). Ww. działania realizowane są w ramach Priorytetu XII PO liŚ, w ramach którego następuje przebudowa, rozbudowa, remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia wraz z zakupem aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych służących do diagnostyki i terapii. Ww. działania służą zwiększeniu dostępności do świadczeń medycznych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto, działania realizowane w ramach Priorytetu XII PO liŚ wpisują się w priorytet KPR pn. *Aktywność dla wzrostu sprzyjającemu włączeniu społecznemu* – Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, w którym działania na rzecz ograniczenia skali ubóstwa i wykluczenia społecznego będą koncentrowały się w znacznej mierze na zwiększeniu szans na zatrudnienie osób defaworyzowanych na rynku pracy m.in. o złym stanie zdrowia. Czynnikiem wpływającym na ryzyko zagrożenia ubóstwem doprowadzającym do wykluczenia społecznego jest ograniczony dostęp do usług zdrowotnych. Zakupiony sprzęt medyczny oraz modernizacja podmiotów leczniczych ze środków EFRR zwiększa dostęp do usług medycznych.

Analiza wpływu projektów realizowanych ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na sektor ochrony zdrowia w Polsce

Niewystarczający, niski poziom finansowania ochrony zdrowia to słaby punkt systemu ochrony zdrowia nie tylko w Polsce, ale i w Europie. W związku z czym inwestycje z innych źródeł w ochronę zdrowia są niezwykle potrzebne. Dodatkowe środki finansowe, tj. środki europejskie pozwalają na niwelację niewystarczających zasobów ochrony zdrowia. Mając na uwadze ilość środków przeznaczonych na sektor zdrowia z XII Priorytetu PO liŚ oraz biorąc pod uwagę ilość podmiotów, które zostały objęte dofinansowaniem w ramach Działania 12.1. i Działania 12.2. można stwierdzić, że realizacja projektów finansowanych ze środków EFRR ma odczuwalny wpływ na sektor ochrony zdrowia w Polsce w wybranych aspektach, a efekty wykorzystywania środków unijnych widoczne są niemal na każdym kroku. Sektor zdrowia jest obszarem wymagającym ciągłego doinwestowywania (w szczególności w zakresie technicznym i modernizacyjnym), a środki finansowe w ochronie zdrowia były i nadal są niezwykle potrzebne. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia – czy to poprzez doposażenie placówek ochrony zdrowia w najnowszy sprzęt i aparaturę medyczną, czy też przebudowę, rozbudowę lub modernizację obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, wymagają zazwyczaj dużych nakładów finansowych. Biorąc jednak pod uwagę ogólną kondycję finansową podmiotów leczniczych w Polsce, niewielu Beneficjentów XII Priorytetu PO liŚ zdolnych byłoby zrealizować zaplanowane inwestycje objęte zakresem projektów bez udziału środków UE. Dekapitalizacja infrastruktury, również w zakresie ambulansów, to kolejny zidentyfikowany słaby punkt systemu ochrony zdrowia w PO liŚ. Ze środków EFRR zostało zakupionych 322 karettek spełniających najwyższe standardy, tj. ok. 22 % wszystkich funkcjonujących w zespołach ratownictwa medycznego, które pozwoliły na odtworzenie zasobów ratownictwa medycznego oraz sprawniejsze i szybsze udzielanie pomocy. Inwestowanie za pomocą środków z EFRR w poprawę wyposażenia (sprzęt najnowszej generacji), zastosowanie nowych, niedostępnych dotychczas w Polsce metod leczenia, informatyzacja i komputeryzacja usług a także modernizacja obiektów ochrony zdrowia, pozwala na podniesienie jakości i zwiększenie potencjalnej dostępności usług medycznych, co przekłada się na komfort i bezpieczeństwo pacjenta.

Równocześnie, szczególne znaczenie dla sektora ochrony zdrowia w Polsce ma realizacja projektów finansowanych ze środków PO LiŚ polegających na dostosowaniu SOR-ów do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420). Wyremontowano i doposażono 96 SOR, tj. 43 % wszystkich SOR. Realizacja przedsięwzięć mających na celu budowę lub przebudowę lądowisk dla helikopterów, podjazdów dla karet, zapewnienie powierzchni wystarczającej do jednoczesnego przyjęcia co najmniej czterech osób, które znajdują się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, bądź też zakupu/wymiany sprzętu niezbędnego do wykonywania badań diagnostycznych, resuscytacyjno-zabiegowych i aparatury stosowanej w terapii natychmiastowej spowodowała, że szpitalne oddziały ratunkowe dofinansowane ze środków UE spełniają normy wymagane ww. rozporządzeniem umożliwiające dalsze działanie w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dodatkowo, warto zaznaczyć, że z środków EFRR wsparto ok. 33 % wszystkich lądowisk funkcjonujących przy SOR, przebudowanych/doposażonych/wybudowanych zostało 11 z 17 baz LPR. Efektem realizacji projektów w ramach XII Priorytetu PO LiŚ jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, zwiększenie standardu wyposażenia medycznego oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego co ma bezpośredni wpływ na zwiększenie dostępności usług medycznych, zmniejszenie czasu oczekiwania na usługi medyczne, w tym zachowanie zasady tzw. złotej godziny oraz podwyższenie ich jakości, a więc elementy wpływające na większą skuteczność leczenia. Za przykład projektu, w którym te efekty są widoczne może posłużyć Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, który realizował projekt indywidualny pn. „Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym”. WIM jest jednym z głównych w Polsce ośrodków udzielania pomocy ofiarom katastrof – kolizji pociągów, wypadków lotniczych, karamboli samochodowych i innych. Zakup sprzętu w ramach projektu pozwala na wykonywanie najwyższej jakości wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych dla osób z obrażeniami wielonarządowymi. Centrum urazowe w WIM przyjmuje pacjentów z Warszawy i powiatów woj. mazowieckiego, czyli populację szacowaną na 3 mln osób. Dzięki tego typu placówce pacjenci w ciężkim stanie z wielonarządowymi obrażeniami ciała mogą otrzymać kompleksową opiekę specjalistyczną, tym samym wzrasta ich szansa na przeżycie i powrót do zdrowia. Centrum urazowe stanowi również doskonałą bazę dydaktyczną i szkoleniową dla kadry medycznej.

„Projekty finansowane ze środków XII Priorytetu PO LiŚ przyczyniają się do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie” – m.in. taki wniosek ewaluatorzy zapisali w raporcie pn. *„Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO LiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia”*. Dalej, ww. raport dostarcza kolejnych informacji: „z unijnego wsparcia doinwestowano ratownictwo przedszpitalne, szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe oraz ośrodki kliniczne, w których m.in. uruchomiono nowe oddziały, zmodernizowano i podniesiono standard istniejących. Udział środków europejskich ma niebagatelny wpływ na tworzenie zintegrowanego, jednolitego systemu ratownictwa medycznego w Polsce, czemu służy również realizacja projektów indywidualnych związanych budową i remontem oraz doposażeniem baz SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.”

Dalej ww. raport przynosi kolejne informacje: „efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce uległa także znaczącej poprawie dzięki realizacji projektów w zakresie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, powodujących zwiększenie dostępu do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób, zarówno tych stanowiących główne przyczyny zgonów (tj. chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych), jak i chorób zawodowych. Wsparciem objęto ok. 67 % wszystkich szpitali ponadregionalnych. Warto również dodać, że zrealizowane inwestycje przyczyniają się do podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego, a niekiedy również do zwiększenia zatrudnienia w jednostkach Beneficjentów projektów finansowanych ze środków Priorytetu XII PO LiŚ”. „Inwestowanie w potrzeby sektora zdrowotnego długofalowo powinno przyczyniać się do polepszenia stanu zdrowia populacji, a więc i zwiększenia jego produktywności” - to kolejny wniosek z ww. badania ewaluacyjnego”. Dodatkowo znajduje informacje, że „inwestowanie w ramach Priorytetu XII PO LiŚ ma wymiar innowacyjny w sensie zastosowania w opiece zdrowotnej nowych technologii i zwiększenia dostępu do nich (np. wprowadzenie 64-warstwowej tomografii komputerowej), wymiar proekologiczny, przyczyniając się do szerszego stosowania technologii energooszczędnych (np. eliminacja klisz rentgenowskich poprzez ucyfrowienie diagnostyki obrazowej czy też zakup nowoczesnych ambulansów, charakteryzujących się niską emisją spalin) oraz wymiar włączenia społecznego, czego najistotniejszym efektem jest potencjalne zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz przystosowanie placówek ochrony zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych.”

Analiza SWOT

Mocne strony:

Wysoki potencjał wchłaniania nowoczesnych technologii

Wśród licznych projektów realizowanych w sektorze zdrowie znajdują się również o charakterze innowacyjnym, np. projekt pn. „Rozbudowa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) – utworzenie ogólnopolskiego centrum kliniczno-naukowego transplantacji płuc i serca oraz leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci” realizowany przez Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Inwestycja obejmuje rozbudowę i doposażenie SCCS w Zabrzu (moduł C), w wyniku których utworzony zostanie m.in. oddział transplantacji płuc i niewydolności oddechowej, a dodatkowo rozbudowane zostaną oddziały kardiologii, transplantacji serca i niewydolności krążenia oraz oddział intensywnej opieki pooperacyjnej. Utworzenie w module C nowoczesnego oddziału transplantacji płuc, serca i płuc oraz leczenia stanów ciężkiej niewydolności krążeniowo-oddechowej pozwoli na uratowanie wielu chorych i przyczyni się do rozwoju i upowszechnienia w polskiej medycynie przeszczepów płuc, serca, płuco-serca, dając szanse na uratowanie życia także chorym z mukowiscydozą.

Szanse:

Poprawa wczesnej diagnostyki chorób zawodowych i cywilizacyjnych poprzez unowocześnienie bazy diagnostycznej i podwyższenie kwalifikacji personelu medycznego

Dostępność sprzętu medycznego w polskich szpitalach jest różna w zależności od rodzajów urządzeń. Na przykład, w 2009 r. dostępność urządzeń do tomografii komputerowej, litotrypsji, mammografii cyfrowej angiografii subtrakcyjnej na 1 mln mieszkańców była stosunkowo dobra, podczas gdy dostępność urządzeń do obrazowania magnetyczno-rezonansowego, radiografii, stosowania gamma i pozytonowej tomografii emisyjnej była stosunkowo słaba. Raport NIK z 2010 r. o stanie specjalistycznej aparatury medycznej w 53 szpitalach publicznych wykazał, że sprzęt szpitalny jest często przestarzały.

Nie bez znaczenia dla zdrowia pacjentów jest posiadanie wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej. Lekarze są zobowiązani do nabywania nowych umiejętności i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Obowiązek ten może być spełniony poprzez samokształcenie i udział w różnych formach kształcenia ustawicznego. Niewypełnienie ww. obowiązku może skutkować nawet zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.

Poprawa wczesnej diagnostyki jest uzależniona od ww. czynników. W związku z czym w ramach Priorytetu XII PO liŚ wspierane są zakupy podmiotów leczniczych w zakresie aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych do diagnostyki lub terapii. Zwiększenie standardu wyposażenia medycznego oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego ma bezpośredni wpływ na wcześniejszą wykrywalność chorób zawodowych i cywilizacyjnych oraz na szybszy powrót do zdrowia.

Wejście w życie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Ww. ustawa miała znaczenie dla całej organizacji systemu ratownictwa w Polsce. Przede wszystkim, w latach 2005-2010 zawarto umowy ze znacznie większą liczbą zespołów ratownictwa medycznego niż w latach wcześniejszych, poprawiając w ten sposób dostęp do udzielanych przez nie świadczeń. Uchwalenie ustawy o PRM oraz utworzenie sieci centrów urazowych spowodowało integrację poszczególnych elementów systemu ratownictwa medycznego oraz skrócenie czasu reakcji. Dodatkowo, podejmowane są dalsze wysiłki w tym zakresie, ukierunkowane na usprawnienie funkcjonowania i współpracy pomiędzy dyspozytorami medycznymi i centrami powiadamiania ratunkowego. W celu poprawy systemu lotniczego ze środków Ministerstwa Zdrowia zakupiona została nowoczesna flota śmigłowców, która swoim zasięgiem obejmuje 95 % terytorium Polski.

Wpływ interwencji środków XII Priorytetu na poprawę systemu ratownictwa medycznego w zakresie modernizacji i wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, zakupu nowych ambulansów, utworzenia centrów urazowych oraz zwiększenia liczby lądowisk dla LPR oraz remontu/budowy i doposażenia baz LPR ze środków XII Priorytetu opisano w części *analiza wpływu projektów*

realizowanych ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na sektor ochrony zdrowia w Polsce.

Zagrożenia

Pogorszenie stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

Na pogorszenie stanu bezpieczeństwa zdrowotnego wpływa wiele czynników. Do głównych należą niesprawny system ratownictwa medycznego, zły stan infrastruktury, długie listy oczekujących na świadczenia medyczne czy niedobory kadrowe.

Niemniej, wpierane w ramach Priorytetu XII ratownictwo medyczne w postaci zakupu ambulansu, modernizacji i doposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, powstające centra urazowe, modernizacja lądowisk dla helikopterów czy budowa baz LPR, przyczyniają się do szybszego i sprawniejszego udzielania pomocy osobom poszkodowanym, a co za tym idzie szybszemu powrotu do zdrowia, a więc w konsekwencji podniesienia bezpieczeństwa pacjentów.

Z kolei modernizacja infrastruktury ponadregionalnej oraz doposażenie ww. jednostek w specjalistyczny sprzęt medyczny umożliwia polepszenie stanu technicznego podmiotów leczniczych oraz zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych procedur medycznych. Szczegółowy opis został zawarty w części *wpływ projektów XII Priorytetu PO IiŚ na poprawę jakości i dostępności opieki zdrowotnej*.

Słabe strony

Niski poziom finansowania ochrony zdrowia

Pomimo corocznie zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia nie są to wystarczające środki na zaspokojenie wszystkich problemów sektora. Odpowiedzią na problemy finansowe podmiotów leczniczych są fundusze europejskie. W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na sektor zdrowia przeznaczono 395,72 mln euro z EFRR. Wiele projektów nie zostałoby wdrożonych bez możliwości pozyskania ww. środków. Do końca 2012 r. zostało zawartych 353 umowy o dofinansowanie zarówno na ulepszenie systemu ratownictwa medycznego jak i wsparcie szpitali ponadregionalnych.

Ponadto, sektor ochrony zdrowia został wsparty w innych programach operacyjnych tj. Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka oraz w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.

Dekapitalizacja infrastruktury ochrony zdrowia, transportu sanitarnego oraz aparatury diagnostycznej – terapeutycznej, zagrażającej bezpieczeństwu pacjentów

Dekapitalizacja infrastruktury ochrony zdrowia, zwłaszcza ambulansów jest dużym wyzwaniem podmiotów leczniczych. Spowodowane jest to faktem, iż ambulanse ratunkowe są intensywnie eksploatowane oraz podlegają szybkiemu technicznemu zużyciu. Częste wyjazdy do interwencji medycznych, ciężkie warunki eksploatacji oraz większe ryzyko uszkodzenia podczas pełnienia służby ograniczają możliwość ich używania z takim samym natężeniem przez cały okres trwałości projektu. Z punktu widzenia eksploatacji bardziej efektywne są inwestycje polegające na modernizacji budynków, budowie lądowisk czy zakupie specjalistycznej aparatury medycznej, które nie są narażone w tak wysokim stopniu na techniczną degradację.

W związku z czym, przedsięwzięcia wspierane w ramach środków z EFRR sprzyjają odnowieniu infrastruktury ochrony zdrowia, zakupieniu nowoczesnych aparatów medycznych, które pozwalają zwiększyć bezpieczeństwo leczenia pacjentów, jak i kadry medycznej.

Ocena efektywności wsparcia udzielonego w ramach priorytetu w kontekście realizacji celów programu

Efektom realizacji projektów w ramach XII Priorytetu PO IiŚ jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, zwiększenie standardu wyposażenia medycznego oraz skuteczności działań w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Dzięki zakupionej infrastrukturze zwiększa się skuteczność i dostępność ratownictwa medycznego. Skutkuje to wzrostem bezpieczeństwa mieszkańców Polski

oraz osób odwiedzających kraj. Infrastruktura ponadregionalna uległa także znaczącej poprawie dzięki realizacji projektów w zakresie inwestycji z EFRR, powodujących zwiększenie dostępu do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób, zarówno tych stanowiących główne przyczyny zgonów jak i chorób zawodowych. Inwestowanie w potrzeby sektora zdrowotnego długofalowo powinno przyczyniać się do polepszenia stanu zdrowia populacji, a więc i zwiększenia jego produktywności.

Wpływ projektów XII Priorytetu PO LiŚ na poprawę jakości i dostępności opieki zdrowotnej

W wyniku interwencji EFRR beneficjenci dysponują nowoczesnymi ambulansami oraz najwyższej klasy aparaturą medyczną, spełniającą wszelkie europejskie standardy. Nowe ambulanse, które zastępują wysłużony tabor, umożliwiają szybki i bezpieczny dojazd do osób potrzebujących fachowej pomocy medycznej, co pozwala skrócić czas oczekiwania poszkodowanego na niezbędną pomoc medyczną, a to w wielu przypadkach decyduje o możliwości uratowania ich życia. Równie istotne znaczenie ma fakt, iż karetki zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną. Umożliwiło to m.in. rozpoczęcie leczenia nagłych stanów już w warunkach przedszpitalnych. Korzyści wynikające z modernizacji taboru samochodowego to również poprawa warunków pracy lekarzy, ratowników medycznych i kierowców ambulansów. Nowoczesny jest nie tylko sprzęt medyczny, ale również systemy bezpieczeństwa zastosowane dla poprawy komfortu przewozu pacjentów i pracy zespołu ratownictwa medycznego. Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego służy podniesieniu jakości usług świadczonych przez placówki w zakresie ratownictwa medycznego. Inwestycje doprowadziły do wyraźnego podniesienia standardu usług w zakresie ratownictwa medycznego, pozwoliły zapewnić jeszcze większą skuteczność działań zespołów ratunkowych oraz znacząco wpłynęły na poprawę stanu bezpieczeństwa pacjentów. Możliwość korzystania z wyremontowanych/wybudowanych lądowisk dla helikopterów sanitarnych, a także nowe bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego spowodują znaczne przyspieszenie w udzielaniu pomocy. Nowy specjalistyczny sprzęt medyczny, szybkość dostarczenia do pacjentów, profesjonalizm zespołów ratownictwa medycznego, usługi świadczone w oparciu o standardy obowiązujące w państwach Unii Europejskiej przyczyniają się do poprawy zdrowia całego społeczeństwa. Umożliwi to zmniejszenie ilości śmiertelnych przypadków, dzięki zwiększeniu skuteczności reanimacji, a także szybszy powrót do aktywności zawodowej poszkodowanych w wypadkach osób, którym udzielono skutecznej pomocy medycznej przedszpitalnej.

Z kolei realizacja projektów związanych z przebudową i doposażeniem podmiotów leczniczych przyczynia się do większej dostępności pacjentów do diagnostyki, i zabiegów. Zakup nowego sprzętu oraz urządzeń medycznych przekłada się na wysoką jakość usług oraz poprawę bezpieczeństwa pacjenta, zwiększenie i przyspieszenie możliwości diagnostycznych. Wiele z projektów nie mogłoby być wdrażanych gdyby nie interwencja ze środków EFRR. Beneficjenci dokonali wymiany zużytego sprzętu na sprzęt lepszej jakości, o szerszych możliwościach diagnostycznych i bezpieczniejszy dla pacjentów oraz nabyli sprzęt zwiększający zakres świadczonych przez placówkę usług. Nabyty sprzęt medyczny zastąpił urządzenia starszej generacji, słabsze technicznie i bardziej dla pacjenta inwazyjne. Inwestowanie w nowy sprzęt, budowa/modernizacja Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych oraz lądowisk podniosło standard świadczonych usług medycznych. W nowy sprzęt doposażono całe kliniki, jak i poszczególne oddziały, w tym: chirurgii, onkologii, pulmonologii, kardiologii, bloki operacyjne, pracownie RTG, pracownie endoskopowe, pracownie tomografii komputerowej i USG, oddziały anestezyjologii i intensywnej terapii, oddziały ginekologiczno-położnicze, neonatologiczne, oddziały chirurgiczne, ortopedyczne a także oddziały okulistyczne, zakaźne i leczenia uzależnień.

W ramach realizowanych projektów Beneficjenci zakupili m.in.:

- sprzęt diagnostyczny,
- sprzęt anestezyjologiczny,
- sprzęt endoskopowy,
- sprzęt dezynfekcyjno-myjący,
- sprzęt chirurgiczny i operacyjny,
- sprzęt reanimujący-monitorujący,
- sprzęt kardiologiczny,
- sprzęt ortopedyczny,

- sprzęt ginekologiczny,
- sprzęt noworodkowy,
- sprzęt neurochirurgiczny,
- systemy cyfryzacji, archiwizacji i komunikacji cyfrowej wyników badań, sal i oddziałów szpitalnych.

W ramach umów o dofinansowanie realizowanych w ramach Działania 12.1 i Działania 12.2. Beneficjenci zakupili/zakupią m.in. następujący sprzęt i aparaturę medyczną:

- Aparaty RTG - 91 szt.,
- Aparaty RTG z ramieniem C - 59 szt.,
- Tomografy komputerowe - 21 szt.,
- Angiografy - 11 szt.,
- Aparaty do rezonansu magnetycznego – 15 szt.,
- Aparaty do Scyntygrafii - 4 szt.,
- Aparaty USG - 120 szt.,
- Aparaty do echokardiografii - 11 szt.,
- Aparaty do elektroencefalografii – 2 szt.,
- Densytometry - 2 szt.,
- Aparaty EKG - 175 szt.,
- Defibrylatory - 583 szt.,
- Respiratory - 813 szt.,
- Endoskopy - 42 szt.,
- Kardiomonitoring – 926 szt.,
- Bronchoskopy - 61 szt.,
- Łóżka pooperacyjne - 478 szt.,

Ponadto, placówki ochrony zdrowia wzbogaciły/wzbogacą się o: aparaty do znieczulenia, nosze, ssaki, pulsoksymetry, pompy infuzyjne, laryngoskopy, mikronarzędzia okulistyczne, zestawy do trudnej intubacji, zestawy narzędzi chirurgicznych, wózki reanimacyjne, wywoływarki RTG, wiertarki chirurgiczne, aparaty do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, analizatory parametrów krytycznych, łóżka chorych, wózki do przewożenia chorych, stoły zabiegowe, lampy operacyjne, lampy zabiegowe, videolaryngoskopy, aparaty do ogrzewania płynów infuzyjnych, kolumny zasilające, szafki zabiegowe, stoły do zakładania opatrunków gipsowych, szafki do opatrunków gipsowych, monitory czynności życiowych, myjki automatyczne z wyposażeniem, laryngofiberoskopy, wiertarki ortopedyczne, piły ortopedyczne, tory wizyjne do artroskopii z wyposażeniem, inhalatory ultradźwiękowe, lampy do badań laryngologicznych, sterylizatory parowe.

Wśród efektów jakie już przyniosły i w przyszłości przyniosą realizowane inwestycje wyliczyć należy:

- polepszenie jakości świadczonych usług medycznych,
- polepszenie bezpieczeństwa i warunków pracy personelu (szczególnie w przypadku zakupów związanych ze sprzętem RTG),
- zwiększenie liczby specjalistycznego sprzętu,
- skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wykonanie zabiegu/badania,
- polepszenie warunków diagnozowania i leczenia pacjenta,
- zwiększenie liczby typów świadczeń medycznych oferowanych przez placówkę,
- objęcie większej liczby pacjentów usługami medycznymi,
- zwiększenie zasięgu terytorialnego świadczonych usług zdrowotnych,
- zwiększenie liczby specjalistycznych badań medycznych wykonanych zakupionym sprzętem,

- zwiększenie liczby osób korzystających z obiektów opieki zdrowotnej objętej wsparciem,
- wzrost liczby osób zatrudnionych do obsługi nowego sprzętu,
- wzrost liczby nowopowstałych miejsc pracy,
- skrócenie czasu dojazdu na miejsce zdarzenia,
- obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań.

Zrealizowane inwestycje mają wpływ na diagnostykę i poziom wczesnego wykrywania chorób. Pokazną grupę wśród aparatury zakupionej w ramach dofinansowania projektów stanowi aparatura diagnostyczna, przy czym spektrum aparatury mieszczącej się w tej kategorii sięgało od diagnostyki obrazowej, po diagnostykę kardiologiczną. Zakupiona aparatura diagnostyczna ma szczególne znaczenie dla profilaktyki i diagnozowania chorób układu krążenia, nowotworów i chorób dróg oddechowych, ortopedii i traumatologii ruchu. Ważne miejsce na liście zakupów stanowi aparatura anestezjologiczna, która ma zasadnicze znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta podczas zabiegów operacyjnych (aparaty do znieczulenia ogólnego) i bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu. Aparatura endoskopowa najnowszej generacji ma znaczenie zarówno dla diagnostyki chorób wybranych narządów, ale również przy wykonywaniu zabiegów małoinwazyjnych.

Doposażenie jednostek w specjalistyczny sprzęt medyczny jest niezbędne dla podniesienia jakości oraz dostępności świadczeń medycznych. Zakupiony sprzęt ma istotne znaczenie, jeśli chodzi o diagnozowanie chorób serca, a także rehabilitację pacjentów ze schorzeniami sercowo - naczyniowymi. Jego zakup zapewnia pacjentom łatwiejszy i szybszy dostęp do diagnostyki oraz do zabiegów kardiologicznych. Zakupiony sprzęt wykorzystany jest również do rehabilitacji. Zakup wysokospecjalistycznych aparatów do defibrylacji i pełne zabezpieczenie oddziałów szpitalnych w ten sprzęt, wpływa na zwiększenie efektywności podejmowanych czynności reanimacyjnych. Zakupione kardiomonitoringi pozwalają na bieżące monitorowanie stanu zdrowia pacjentów, co wpływa na poprawę skuteczności procesu leczniczego. Zakupiony sprzęt rehabilitacyjny jest wykorzystywany do zabezpieczenia rehabilitacji ogólnorozwojowej. Stare łóżka zostają wycofane z użycia, a ich miejsce zajmują łóżka ortopedyczne i łóżka wielofunkcyjne. Pracownicy wykorzystujący sprzęt emitujący promieniowanie jonizujące, zostaną wyposażone w rejestratory dawki promieniowania, co wpływa na komfort i bezpieczeństwo pracy personelu medycznego.

Dzięki budowie całonocnych lądowisk dla helikopterów (dotychczas w wielu przypadkach śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego lądowały na terenie szpitala, na wyznaczonej do tego płycie betonowej, która nie posiadała odpowiedniego oświetlenia, nie była przystosowana do lądowań nocnych) oraz rozbudowie, modernizacji i doposażeniu SOR powstają wieloprofilowe, zwarte kompleksy medyczne pozwalające skrócić czas transportu pacjentów urazowych (bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego), dzięki czemu można jeszcze bardziej i efektywniej pomagać ludziom, którzy potrzebują szybkiej, trafnej diagnozy oraz profesjonalnego i skutecznego leczenia, nie tylko mieszkańcom danego regionu.

Rozbudowa, przebudowa i adaptacja pomieszczeń klinik specjalistycznych zapewnia zwiększenie dostępności, jakości specjalistycznych oraz wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla dorosłych, jak i małych pacjentów z całego kraju. Wszyscy wymagający szerszej (specjalistycznej i wysokospecjalistycznej) diagnostyki czy leczenia, a u których nie udaje się tego osiągnąć w warunkach leczenia ambulatoryjnego oraz w warunkach leczenia stacjonarnego w oddziałach specjalistycznych szpitali lokalnych mogą korzystać z usług świadczonych przez placówki o szerokiej skali oddziaływania.

Informację o wpływie realizacji projektów XII Priorytetu PO LiŚ znajdujemy w raporcie ewaluacyjnym pn. „Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO LiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia”.

- Z powodu postępu technicznego (rozwiązania związane z minimalizacją wibracji i drgań noszącego pacjenta podczas jazdy, wyposażenie ambulansu w sprzęt medyczny oraz polepszenie możliwości trakcyjnych pojazdu), zakupy nowych ambulansów podniosły jakość i efektywność opieki medycznej, a tym samym bezpieczeństwo pacjenta.

- Stworzenie warunków do szybkiego transportu pacjentów w stanach wymagających pomocy doraźnej (zakup ambulansów i budowa lądowisk dla helikopterów) należy ocenić w kategoriach zwiększenia dostępności pacjenta do procedur medycznych.

- Ww. raport ewaluacyjny stwierdza również, iż inwestycje zrealizowane w ramach Priorytetu PO LiŚ przyczyniły się do zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych (w tym szczególnie świadczeń

wysokospecjalistycznych) i jakości leczenia, zarówno w obszarze procedur deficytowych (kolejki pacjentów) jak i procedur o terytorialnie ograniczonym dostępie (tlenoterapia, medycyna nuklearna). Przy czym inwestycje te zapewniają zarówno poszerzenie zakresu wykonywanych procedur medycznych jak i wzrost ich liczby. Poszerzenie zakresu wykonywanych procedur wynika zarówno ze zwiększenia bazy aparatury medycznej (wzrost liczby aparatów medycznych jakimi dysponuje beneficjent) jak i podwyższenia parametrów sprzętu wymienianego (wymiana aparatury przestarzałej).

- Następnie znajdujemy informację na temat inwestycji w sprzęt lub aparaturę medyczną. Średni wiek aparatury medycznej jest nie tylko wskaźnikiem nowoczesności wyposażenia, ale także w wielu przypadkach czynnikiem umożliwiającym wykonanie określonych procedur medycznych, w tym szczególnie diagnostycznych i zabiegowych. Zgodnie z ww. raportem ewaluacyjnym spadek średniego wieku aparatury zaznaczył się w każdym przypadku w wyniku interwencji PO IIŚ, niemniej najbardziej spektakularny był w odniesieniu do aparatów RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową, gdzie przed zakupem w badanych podmiotach średni wiek wynosił 15,77, natomiast po dokonaniu zakupu ze środków PO IIŚ wynosił 2,25 lata. Podobnie wysoką zmianę zanotowano w przypadku mammografów z 10 lat na 0,5 roku, densytometrów z 17 lat na 1 rok, rezonansu magnetycznego z 8,33 lat na 2,20 lata oraz aparatów diagnostycznych z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamery, scyntygraf z 12,23 lat na 4,33 lat.

Jako największe korzyści wynikające z zrealizowanych/realizowanych projektów ww. raport wymienia:

- **podniesienie bezpieczeństwa pacjenta wymagającego udzielenia pomocy doraźnej** poprzez budowę i remont lądowisk dla śmigłowców sanitarnych i umożliwienie lądowań w warunkach nocnych oraz unowocześnienie floty sanitarnych środków transportu medycznego (ambulansów). Szczególnie istotne są tu inwestycje w szpitalne oddziały ratunkowe, a także centra urazów wielonarządowych – placówki systemu ochrony zdrowia umożliwiające kompleksową opiekę nad pacjentem wymagającym szybkiego wykonywania wielu procedur medycznych, w tym szczególnie procedur ratujących życie,

- **podniesienie jakości opieki nad pacjentem wymagającym diagnostyki i/lub zabiegów chirurgicznych.** Wynika to zarówno z zakupu specjalistycznej aparatury diagnostycznej jak i aparatury wykorzystywanej rutynowo podczas zabiegów chirurgicznych jak i podczas opieki nad pacjentem wymagającym intensywnego nadzoru czy też aparatury umożliwiającej prowadzenie efektywnej akcji reanimacyjnej,

- **dostęp do wysokospecjalistycznych procedur medycznych** – dotyczy to szczególnie procedur wysokospecjalistycznych, w tym szczególnie procedur związanych z medycyną nuklearną czy terapią tlenową.

Realizacja Priorytetu XII PO IIŚ w znaczącym stopniu – wynikającym zarówno ze skali nakładów inwestycyjnych, jak i ich spectrum – przyczyniała się do potencjalnego podwyższenia jakości, bezpieczeństwa i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Do oceny zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych można posłużyć się kilkoma przykładami:

- 1 tomograf komputerowy umożliwia wykonanie 30 badań dziennie (zakładając, iż badanie trwa 20 minut, pracuje 10 godzin pracy na dobę) czyli ok. 10 500 badań w roku. W ramach XII Priorytetu PO IIŚ zrealizowany został zakup 19¹² tomografów, co oznacza możliwość wykonywania około 190 000 badań rocznie. Podobnie zakup 101² aparatów ultrasonograficznych stanowi pulę odczuwalną w skali każdego z regionów, a tym samym w kraju,

- zakup 4 komór hiperbarycznych urealnia dostępność do procedur medycznych z obszaru tlenoterapii populacji rzędu 12 mln osób¹³.

Podobnie należy ocenić inwestycje w lądowiska dla helikopterów, realizowane jako wymagalny element SOR. Możliwość szybkiego transportu pacjenta do ośrodka referencyjnego oznacza realne zwiększenie dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznych (w tym szczególnie ratujących życie) dla populacji spoza dużych aglomeracji miejskich.

Najbardziej znamienne jest zdanie podsumowujące, iż ***działania podejmowane w ramach Priorytetu XII PO IIŚ powinny przyczyniać się, w perspektywie wieloletniej, do polepszenia stanu zdrowia populacji, a więc zwiększenia jego produktywności, a tym samym wpływać na rynek pracy i prowadzić do pozytywnych efektów ekonomicznych.***

¹² Zgodnie z obecnie podpisanymi umowami liczba tomografów wynosi 21, aparatów USG jest 120, natomiast raport został sporządzony z grudnia 2011 r.

¹³ WHO zaleca by 1 komora hiperbaryczna była dostępna dla populacji 3 mln osób.

Przykłady realizowanych projektów:

Działanie 12.1:

Konkurs 1/2008

Projekt pn. „Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem przez Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Ełku - "Pro-Medica" w Ełku sp. z o. o.”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-062/08-00 przez Pro-Medica w Ełku spółka z o.o.

W ramach projektu zakupiono 3 ambulanse wraz z pełnym wyposażeniem.

Realizacja projektu zapewni najlepsze warunki świadczenia usług medycznych w zakresie ratownictwa medycznego, co w bezpośredni sposób wpłynie na jakość i skuteczność świadczeń medycznych udzielanych w stanach zagrożenia zdrowotnego. Zakup w ramach Projektu trzech nowych ambulansów pozwoli na skrócenie czasu dotarcia Zespołów Ratownictwa Medycznego na miejsce zdarzenia, co ma podstawowe znaczenie dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego.

Konkurs nr 2/2008

Projekt pn. „Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez budowę lądowiska i modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wałbrzychu”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-242/08-00 przez Specjalistyczny Szpital im. Dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

Zakres projektu obejmował:

- Modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Utworzenie Sali intensywnego nadzoru,
- Utworzenie Sali resuscytacyjnej,
- Utworzenie sal obserwacyjnych, działów pomocniczych wraz z pełnym dostosowaniem nowej infrastruktury dla potrzeb osób niepełnosprawnych,
- Wyposażenie oddziału w nowoczesny sprzęt medyczny do diagnostyki i terapii,
- Budowa całodobowego lądowiska dla śmigłowców wraz z drogami dojazdowymi.

Dzięki realizacji projektu:

- Oddział zapewni prawidłową opiekę medyczną w stanach nagłych dla całego regionu wałbrzyskiego
- Obecność lądowiska dla śmigłowców sanitarnych oraz dostosowanie SOR do obowiązujących norm i przepisów pozwolą na zachowanie zasady „złotej godziny”,
- Podniesienie jakości wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych udzielanych w szpitalu,
- Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań po wypadkach w regionie.

Konkurs nr 1/2010

Projekt pn. „Budowa Lądowiska Szpitala w Nysie”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-006/10-00 przez Zakład Opieki Zdrowotnej w Nysie.



Źródło: strona internetowa beneficjenta

http://www.zoznysa.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=94

Przedmiotem projektu była budowa całodobowego lądowiska dla helikoptera Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na budynku nowo wybudowanego obiektu Szpitala w Nysie. Lokalizacja lądowiska na dachu oddziału łóżkowego Szpitala w Nysie umożliwia przyjęcie chorego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego bez pośrednictwa środków transportu sanitarnego. Realizacja projektu przyczyni się w rezultacie do obniżenia poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także poprawy bezpieczeństwa osób, które znajdują się w sytuacji zagrożenia życia.

Projekt indywidualny

Projekt pn. „Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze” realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-001/11-00 przez Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze.

Zakres projektu obejmował:

1. Budowę lądowiska oraz przebudowę SOR wraz z podjazdem dla karetek
2. Utworzenie Pracowni Endoskopii wraz z wyposażeniem w sprzęt medyczny
3. Doposażenie SOR, oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej

Efekty realizacji:

- Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w regionie,
- Zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych a w szczególności opieki zdrowotnej dla chorych po urazach ciężkich i wielonarządowych,
- Skrócenie czasu potrzebnego do udzielenia pomocy,
- Poprawa jakości oraz zapewnienie kompleksowości podejmowanych czynności a tym samym poprawa skuteczności podejmowanych działań ratunkowych,
- Zabezpieczenie ciężko poszkodowanym ciągłości optymalnego i kompetentnego postępowania diagnostyczno – leczniczego w jednym ośrodku,
- Zapewnienie szybkiego, wieloprofilowego oraz wysokospecjalistycznego zaopatrzenia mnogich i wielonarządowych obrażeń ciała oraz doraźnego leczenia w jednym ośrodku,
- Optymalizacja wykorzystania posiadanych zasobów,
- Podniesienia jakości świadczonych usług.

Działanie 12.2:

Konkurs nr 3/2008

Projekt pn. „Modernizacja Katedry Ginekologii i Położnictwa UJ CM w Krakowie - przebudowa istniejących bloków porodowych wraz z wyposażeniem”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-013/08-00 przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.



Źródło: strona internetowa beneficjenta: <http://www.dnwm.cm-uj.krakow.pl/index.php/dnwm/galeria16/>

Zakres projektu obejmował przebudowę istniejących bloków porodowych i dostosowanie ich do standardów UE oraz zakup niezbędnego wyposażenia wraz z aparaturą do nowo powstałych sal.

Efekty realizacji:

- Stworzenie zgodnych z wymogami UE warunków do opieki nad ciężarnymi z ciążą zagrożoną oraz leczenie płodu wraz z właściwą opieką przedporodową i okołoporodową w województwie małopolskim,
- Zakup wysokospecjalistycznej aparatury umożliwi wcześniejsze wykrywanie wad wrodzonych u płodów i wdrożenie leczenia jeszcze przed wystąpieniem trwałych uszkodzeń innych narządów płodu jako wynik wystąpienia wady wrodzonej,
- Umożliwienie leczenia wielu zaburzeń ciąży i schorzeń płodu jeszcze w łonie matki,
- Podniesienie jakości i efektywności opieki neonatologicznej, która wpłynie na zwiększenie szansy na zdrowe życie dla dzieci przedwcześnie urodzonych.

Projekt indywidualny:

Projekt pn. „Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-002/11-00 przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy w Otwocku.

Rzeczowy zakres projektu obejmował: przebudowę i modernizację specjalistycznej przychodni ortopedycznej oraz zakup wyposażenia do ww. przychodni. W ramach ww. zakresu projektu dokonano adaptacji, przebudowy i modernizacji pomieszczeń o łącznej powierzchni około 1500 m kw.; zakupu specjalistycznego aparatu rentgenowskiego; zakupu skanera do odczytywania obrazów rtg zarejestrowanych na płytach obrazowych oraz dodatkowych płyt obrazowych rtg zdjęć RTG; zakupu densytometru; wyposażono gabinety zabiegowe.

Celem projektu było zwiększenie skuteczności działań oraz dostosowanie jakości świadczonych usług ochrony zdrowia do standardów europejskich. Na realizację powyższego celu wpłynąć ma osiągnięcie celu bezpośredniego projektu jakim jest zwiększenie efektywności i jakości udzielnych świadczeń przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. A. Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku.

Równość szans

Projekty wdrażane w ramach Działania 12.1 oraz Działania 12.2 Priorytetu XII PO liŚ zapewniają brak dyskryminacji na poszczególnych etapach wdrażania. Wiąże się to z zapobieganiem wszelkim przejawom dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. Podczas oceny wniosków o dofinansowanie premiowane są projekty, w których elementem inwestycji są zmiany techniczne istniejącej lub tworzenie nowej infrastruktury, korzystnie wpływające na poprawę dostępności dla osób niepełnosprawnych. W trakcie oceny priorytetowo traktowane były projekty, w których przewidziano udogodnienia zapewniające pozytywny wpływ na politykę równości szans (np. odrębne łazienki/szatnie dla kobiet i mężczyzn, przewidziane miejsce do przewijania i karmienia dzieci). Podczas przeprowadzanej oceny merytorycznej II stopnia, jednym z weryfikowanych elementów była ocena projektu w zakresie zastosowania rozwiązań technicznych pod kątem dostosowania obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych (np. oznaczenia dla niedowidzących, inne dostosowania dla niewidomych, niedosłyszących, głuchoniemych, upośledzonych a także wszelkie dodatkowe rozwiązania architektoniczno-budowlane korzystnie wpływające na poprawę warunków osób niepełnosprawnych).

Bezpośrednie dostosowanie inwestycji do potrzeb kobiet lub mężczyzn nie stanowi głównego elementu inwestycji.

Równy dostęp do informacji na temat realizacji PO liŚ jest zapewniany między innymi poprzez umieszczanie informacji na stronie internetowej IP i IP II (np. ogłaszanie informacji o naborach wniosków o dofinansowanie, informacji o projektach, które uzyskały dofinansowanie), oraz ogłoszenia w prasie.

Przykłady projektów realizującego zasadę równości szans

Działanie 12.1:

- Projekt nr POIS.12.01.00-00-236/08 pn. „Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Złotowie”. Podstawowym założeniem projektu jest realizacja celu w kierunku obniżenia poziomu śmiertelności oraz skutków powstających z przyczyny różnorodnych wypadków. Zakup nowoczesnego sprzętu medycznego pozwoli na obniżenie czasu oczekiwania potrzebującego na badania diagnostyczne na oddziale ratunkowym. Udzielenie natychmiastowej pomocy przyczyni się natomiast do obniżenia poziomu śmiertelności i niepełnosprawności populacji. Realizacja projektu inwestycyjnego odniesie pozytywny skutek również w obszarze wyrównania szans społecznych dzięki oddziaływaniu inwestycji w przeważającej części na obszarze o słabiej rozwiniętej infrastrukturze medycznej w porównaniu z innymi miastami. W dostępie do usług diagnostycznych i leczniczych nie będą stosowane jakiegokolwiek kryteria dyskryminujące, w tym m.in. ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek, orientację seksualną.

Zakup nowoczesnego sprzętu i wyposażenia medycznego (m. in. aparatu RTG, aparatu USG, defibrylatorów, respiratorów, kardiomonitorów, łóżek pooperacyjnych), może mieć pozytywny wpływ na świadomość potencjalnych pacjentów odnośnie możliwości uzyskania szybkiej i skutecznej pomocy medycznej.

Działanie 12.2:

- Projekt nr POIS.12.02.00-00-006/12 pn. „Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu – „Przylądek Nadziei”. Rozbudowa Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o nowy blok Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej”. Realizacja projektu polegającego na rozbudowie i doposażeniu Akademickiego Szpitala Klinicznego dla celów funkcjonowania Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej będzie pozytywnie oddziaływać na politykę równouprawnienia. Dostęp do powstałej infrastruktury medycznej nie będzie ograniczany ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, religię, światopogląd, niepełnosprawność, wiek oraz orientację seksualną. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu w swojej polityce uczelnianej zakłada równy dostęp wszystkich ludzi do usług medycznych. Projekt zakłada równe traktowanie wszystkich osób uczestniczących w procesie przygotowania, realizacji, jak i późniejszego funkcjonowania inwestycji. O pozytywnym oddziaływaniu na kwestię równych szans świadczą planowane udogodnienia architektoniczne takie jak toalety przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, podjazdy, wydzielone miejsca parkingowe dla niepełnosprawnych ruchowo, windy, brak progów w przejściach. Ponadto w ramach zakresu przedsięwzięcia planuje się zastosowanie systemu informacji głosowej w windach, dzięki czemu osoby niedowidzące będą mogły orientować się w rozkładzie przestrzennym oddziałów Kliniki.

- Projekt nr POIS.12.02.00-00-003/12 pn. „Poprawa jakości diagnostyki obrazowej i leczenia poprzez wymianę systemu rezonansu magnetycznego w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie”. Realizacja projektu polegająca na zakupie rezonansu magnetycznego, wpłynie pozytywnie na politykę równości szans, której zadaniem jest przeciwdziałanie wszelkim przejawom dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. Projekt będzie się przyczyniał w szczególności do poprawy równości osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, równości mieszkańców obszarów miejskich i wiejskich oraz mieszkańców obszarów zagrożonych marginalizacją i wysokim poziomem ubóstwa. Realizacja planowanej inwestycji zagwarantuje wszystkim mieszkańcom województwa mazowieckiego i innych województw – grup docelowych, równy dostęp do opieki medycznej w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia. W odniesieniu do równości szans kobiet i mężczyzn, projekt zachowuje neutralność gdyż jego specyfika nie spowoduje dyskryminacji, ani też nie będzie faworyzować którejkolwiek płci. Projekt natomiast w znacznym stopniu przyczyni się do wyrównywania szans ludności miejskiej i wiejskiej. Będzie miał pozytywny wpływ na likwidację dysproporcji w poziomie życia ludności z obszarów peryferyjnych na terytorium województwa, stanowiących grupę docelową. Ludność z obszarów wiejskich jest obecnie głównym beneficjentem usług rezonansu. Beneficjent planuje utrzymać taki stan w przyszłości.

Projekt przyczynia się także do realizacji polityki równości szans ze względu na niepełnosprawność. Dostęp do Zakładu Kliniki Radiologii, w której będzie zlokalizowany zakupiony sprzęt medyczny, jest przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. W budynku Instytutu są utworzone specjalne podjazdy oraz windy dla użyteczności osób z ograniczoną sprawnością ruchową. Pracownia

rezonansu magnetycznego przystosowana jest do obsługi osób niepełnosprawnych. Pełen zakres usług rezonansu magnetycznego będzie dostępny również dla osób niepełnosprawnych bądź unieruchomionych czasowo. Dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych są: podjazdy, oznakowania, drzwi wejściowe, toalety oraz korytarze.

Przykłady dobrych praktyk:

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-065/10 pn. „Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu”. Zakres rzeczowy projektu obejmuje: budowę lądowiska dla helikopterów z systemem nawigacji nocnej, instalację poczty pneumatycznej umożliwiającej komunikację szpitalnego oddziału ratunkowego i centrum urazowego z blokiem operacyjnym, laboratorium i pozostałymi oddziałami, a także doposażenie szpitala w aparaturę medyczną (m. in. tomograf komputerowy 64-rzędowy, tor wizyjny do zabiegów torakoskopowych, zestaw do diagnostyki zaburzeń układu homeostazy, aparat do krążenia pozaustrojowego, zestaw do chirurgii neuroendoskopowej, videobronchoskop ultrasonograficzny z wyposażeniem, zestaw narzędzi do zabiegów w obrębie klatki piersiowej). Projekt jest modelowym przykładem możliwości budowania potencjału kompleksowego wykorzystania środków unijnych a także zastosowania innowacyjnych rozwiązań (poczta pneumatyczna). Beneficjent wypełnia prawidłowo wszystkie obowiązki wynikające z umowy o dofinansowanie. Gwarantuje osiągnięcie wymiernych długotrwałych korzyści płynących z realizacji projektu dla mieszkańców regionu dolnośląskiego - skuteczność i jakość podejmowanych działań ratunkowych, poprawa dostępności badań specjalistycznych i wcześniejsze wykrywanie chorób, obniżenie śmiertelności oraz zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych trwale i czasowo, co pozwoli na ograniczenie kosztów ponoszonych przez społeczeństwo.

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-311/08 pn. „Modernizacja i rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie”. W ramach projektu zrealizowano zadania polegające na rozbudowie szpitalnego oddziału ratunkowego (wzniesienie nowego trzykondygnacyjnego obiektu wraz z estakadą), doposażeniu oddziału w sprzęt medycznego (tomograf komputerowy z systemem PACS, aparaty RTG, aparaty USG, aparaty EKG, negatospokoje cyfrowe, defibrylatory, respiratory), budowa lądowiska dla helikopterów wraz z drogą dojazdową. Cele określone w projekcie: bezpieczeństwo zdrowotne ludności – cel osiągany będzie poprzez rozwój wczesnej diagnostyki, zwiększenie dostępności do usług oraz profilaktykę i promocję zdrowia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyki ambulatoryjnej, opieki szpitalnej, a także ratownictwa medycznego, co skutkuje zmniejszeniem zachorowalności oraz śmiertelności w społeczeństwie.

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-217/08 pn. „Zapewnienie skutecznego systemu ratownictwa medycznego poprzez rozbudowę i zakup aparatury medycznej dla SOR-u Szpitala Wojewódzkiego w Opolu”. Celem nadrzędnym projektu jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez poprawę skuteczności i dostępności do systemu ratownictwa medycznego oraz udzielanie świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej w pomieszczeniach i przy wykorzystaniu aparatury medycznej, spełniających standardy i wymagania określone przepisami prawa, co do warunków technicznych i budowlanych, wyposażenia i właściwej organizacji opieki medycznej. Projekt skierowany jest do mieszkańców całego województwa opolskiego oraz osób spoza regionu, które w trakcie pobytu na Opolszczyźnie z powodu nagłego pogorszenia zdrowia potrzebują pilnej pomocy medycznej. Projekt ukierunkowany jest na zwiększenie efektywności działań realizowanych w ramach ratownictwa medycznego, a tym samym prowadzących do spadku śmiertelności spowodowanej zewnętrznymi przyczynami (wypadkami, urazami, zatruciami i próbami samobójczymi) oraz do poprawy zdrowotności społeczeństwa.

Celem projektu jest również:

- poprawa jakości i dostępności do diagnostyki obrazowej, w tym do badań obrazowych dzięki uruchomieniu w obszarze projektowanego szpitalnego oddziału ratunkowego pracowni radiologicznej, w której będzie zainstalowany aparat,
- poprawa jakości leczenia oraz zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w trakcie wykonywania procedur medycznych,
- likwidacja barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych dzięki lokalizacji oddziału ratunkowego na parterze, na poziomie wjazdu dla karettek,

- ograniczenie regionalnych dysproporcji w infrastrukturze ochrony zdrowia tj. dysproporcji wewnętrznych pomiędzy oddziałami szpitala i zewnętrznych pomiędzy szpitalami na Opolszczyźnie. Rozbudowa szpitalnego oddziału ratunkowego i doposażenie w sprzęt medyczny będzie zwieńczeniem starań organizacyjnych szpitala, zmierzających do poprawy komunikacji komórek medycznych. Zarówno dźwig szpitalny w SOR, jak i wybudowany w ramach innego projektu pawilon diagnostyczno-zabiegowy wraz z łącznikiem, zmierzają do wszechstronnego skomunikowania wszystkich komórek, w szczególności bloków operacyjnych, pracowni i gabinetów diagnostycznych oraz oddziałów szpitalnych. Powyższe znacznie poprawi dostępność świadczonych usług zdrowotnych dla pacjentów w stanach zagrożenia życia – wzrost bezpieczeństwa pacjentów i szybki transport chorych.

Beneficjent zastosował niestandardową koncepcję promocyjną (ambient marketing), zwiększającą zasięg oddziaływania na całe województwo. Kampania promocyjna, w ramach której wskazane zostały efekty wykorzystania funduszy europejskich, przyczyniła się do wzrostu świadomości społeczeństwa odnośnie rzeczywistego włączenia się w system ratownictwa medycznego w regionie.

Planowany przebieg realizacji w przyszłym okresie sprawozdawczym:

Działanie 12.1:

- kontynuacja wdrażania projektów w ramach Konkursu nr 2/2008, Konkursu 1/2010 oraz projektów indywidualnych,
- przesunięcie pozostałej alokacji do Działania 12.2,
- zagospodarowanie uwolnionych środków oraz zmiana Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowiska w związku z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie dotyczącą WCPR.

Działanie 12.2:

- kontynuacja wdrażania projektów konkursowych oraz projektów indywidualnych przyjętych do dofinansowania,
- podpisanie umowy o dofinansowanie z projektem indywidualnym pn. Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie.

W przyszłym okresie sprawozdawczym nie planuje się przeprowadzania kolejnych postępowań konkursowych w ramach Priorytetu XII.

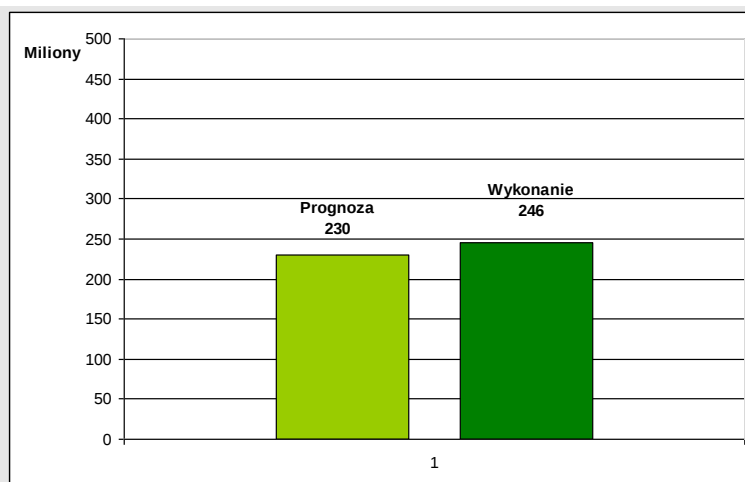
2.1.2. Informacja nt. realizacji prognoz i planowanego postępu finansowego

W prognozie certyfikacji na 2012 rok przewidywano, że zostanie zawartych ok. 27 umów o dofinansowanie na kwotę 147 404 021,84 zł z EFRR (w piśmie przekazującym prognozę zawarto informacje, że 12 umów oczekuje na podpisanie na łączną kwotę 116 858 324,79 zł dofinansowania z EFRR oraz w ocenie merytorycznej II stopnia jest 15 wniosków o dofinansowanie z konkursu nr 1/2010 na kwotę 30 545 697,05 zł), natomiast w rzeczywistości podpisano 43 umowy na kwotę dofinansowania z EFRR w wysokości 278 943 482,90 zł.

Działanie 12.1

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.1 podpisano 21 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 51 795 905,32 zł z EFRR.

Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych w 2012 r. wyniosła 245 676 787,00 zł tj. 106,71 % wydatków wskazanych w *Prognozie wniosków o płatność w ramach POIiŚ*, docelowa wartość wydatków kwalifikowanych certyfikowanych do KE w 2012 r., miała wynosić 230 227 441 zł (po aktualizacji prognoza wynosiła 235 017 831,00 zł).



Wykres nr 13: Wykonanie prognozy certyfikacji w wydatkach kwalifikowalnych w roku 2012 w ramach Działania 12.1.

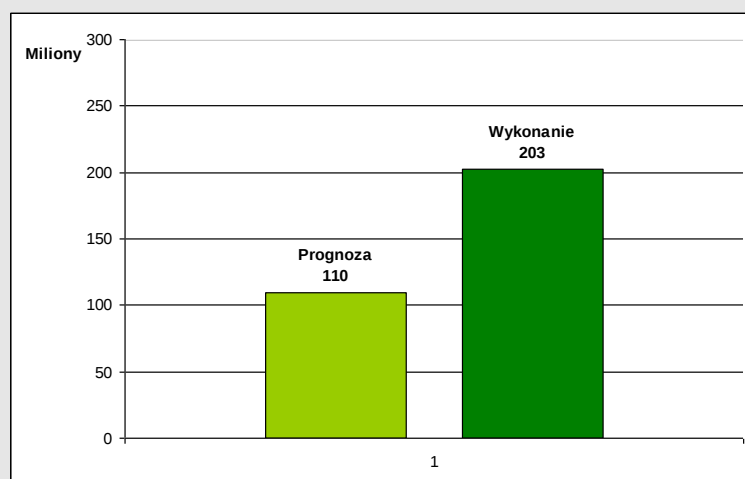
Planowana wartość wydatków kwalifikowalnych planowanych do certyfikacji w roku 2013 wynosi 241 730 605,00 zł.

W przyszłym okresie sprawozdawczym nie planuje się podpisywania umów o dofinansowanie w Działaniu 12.1.

Działanie 12.2

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.2 podpisano 22 umowy o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR w wysokości 277 147 577,58 zł.

Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych w 2012 r. wyniosła 202 765 426,00 zł tj. 184,49 % wydatków wskazanych w *Prognozie wniosków o płatność w ramach POIiŚ*, docelowa wartość wydatków kwalifikowanych certyfikowanych do KE w 2012 r., miała wynosić 109 905 156,00 zł (po aktualizacji prognoza wynosiła 188 010 401,00 zł).



Wykres nr 14: Wykonanie prognozy certyfikacji w wydatkach kwalifikowalnych w roku 2012 w ramach Działania 12.2.

Planowana wartość wydatków kwalifikowalnych planowanych do certyfikacji w roku 2013 wynosi 99 099 973,00 zł.

W przyszłym okresie sprawozdawczym planuje się podpisać umowę o dofinansowanie z projektem indywidualnym. Ponadto, w związku z uwolnieniem środków po rozwiązaniu umowy o dofinansowanie z beneficjentem WCPR, prawdopodobnie alokacja zostanie przesunięta do Działania 12.2.

2.1.3. Pomoc ponownie wypłacona lub wykorzystana

W roku 2012 w ramach Działania 12.1 rozwiązano 7 umów o dofinansowanie (Konkurs nr 1/2008 – 6 umów, Konkurs nr 2/2008 – 1 umowa). Powodem rozwiązania 6 umów było naruszenie zasady trwałości projektu (utrata kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia).

Z powodu braku kontraktu z NFZ rozwiązano w 2012 r. następujące umowy:

- nr UDA-POIS.12.01.00-00-003/08-00 zawartą w dniu 26 czerwca 2009 r. ze Szpitalem Powiatowym w Kętrzynie na realizację projektu pn. „Poprawa skuteczności pomocy udzielanej przez Dział Ratownictwa Medycznego Szpitala Powiatowego w Kętrzynie poprzez doposażenie w wysokiej jakości specjalistyczny środek transportu sanitarnego” – data rozwiązania umowy: 16 marca 2012 r.;

- nr UDA-POIS.12.01.00-00-088/08-00 zawartą w dniu 25 czerwca 2009 r. z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie, na realizację projektu pn. „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego w powiecie pajęczańskim poprzez zakup ambulansu sanitarnego typu "S" z wyposażeniem dla SP ZOZ w Pajęcznie” – data rozwiązania umowy: 20 marca 2012 r.;

- nr UDA-POIS.12.01.00-00-090/08-00 zawartą w dniu 26 czerwca 2009 r. ze Szpitalem Powiatowym w Radomsku na realizację projektu pn. „Rozwój i poprawa jakości ratownictwa medycznego w powiecie radomsczańskim poprzez zakup trzech ambulansów z wyposażeniem medycznym” – data rozwiązania umowy: 27 marca 2012 r.;

- nr UDA-POIS.12.01.00-00-145/08-00 zawartą w dniu 1 lipca 2009 r. z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Gostyniu na realizację projektu pn. „Świadczenia zdrowotne na wysokim poziomie w powiecie gostyńskim - zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego” – data rozwiązania umowy: 6 marca 2012 r.;

- nr UDA-POIS.12.01.00-00-175/08-00 zawartą w dniu 25 czerwca 2009 r. z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej Szpitalem Powiatowym im. E. Biernackiego w Opocznie na realizację projektu pn. „Poprawa skuteczności udzielania pomocy Zespołom Ratownictwa Medycznego poprzez zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla SP ZOZ Szpital Powiatowy w Opocznie” – data rozwiązania umowy: 13 marca 2012 r.;

- nr UDA-POIS.12.01.00-00-201/08-00 zawartą w dniu 28 lipca 2009 r. z Powiatem Łowickim na realizację projektu pn. „Zwiększenie skuteczności ratowania zdrowia i życia poprzez doposażenie Zespołom Ratownictwa Medycznego ZOZ w Łowiczu w nowoczesne ambulanse medyczne” – data rozwiązania umowy: 2 marca 2012 r.

Umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-345/08-00 zawarta w dniu 23 marca 2010 r. z „KLINIKA” Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o. w Nałęczowie na realizację projektu pn. „Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powypadkowych poprzez rozwój Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Rykach” została rozwiązana w dniu 9 marca 2012 r. z powodu wykorzystania środków dofinansowania niezgodnie z przeznaczeniem.

W ww. przypadkach na podstawie ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. Instytucja Wdrażająca zwróciła się do Beneficjentów o zwrot środków wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych. W niniejszym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.1 odzyskano środki z EFRR w łącznej wysokości 661 866,57 zł, z czego kwota 486 924,51 zł stanowi środki dofinansowania z tytułu rozwiązanych umów o dofinansowanie oraz kwota 174 942,06 zł to środki dofinansowania z tytułu wykrytych nieprawidłowości po zatwierdzeniu wniosków o płatność.

Trudno jednoznacznie ocenić, czy odzyskane środki (w tym środki wycofane) wydatkowano, gdyż wracają one do ogólnej puli alokacji oraz są przeznaczane na dofinansowanie dla kolejnych podpisywanych umów.

Natomiast w ramach Działania 12.2 nie zidentyfikowano nieprawidłowości, o których mowa w art. 98 rozporządzenia nr 1083/2006 oraz przypadków niezachowania przez beneficjentów, przepisów dotyczących trwałości operacji określonych w art. 57 rozporządzenia nr 1083/2006.

2.2. Opis napotkanych problemów wraz z podjętymi działaniami zaradczymi

We wdrażaniu Działania 12.1 zidentyfikowano następujące problemy:

1. Niska jakość przygotowywanych przez Beneficjentów załączników do umowy o dofinansowanie:

W przypadku Beneficjentów konkursowych oraz Beneficjentów projektów indywidualnych większość przygotowanych i przesłanych załączników wymagała szczegółowych poprawek Instytucji Wdrażającej. W celu uniknięcia powyższej sytuacji i polepszenia jakości dokumentacji przesyłanej przez Beneficjentów do IW, opiekunowie poszczególnych projektów w drodze kontaktów roboczych zwracali się do Beneficjentów z prośbą o przekazanie drogą elektroniczną przygotowanych załączników do umowy o dofinansowanie, w celu ich weryfikacji i ewentualnej poprawy.

2. Utrata przez Beneficjentów kontraktu z NFZ:

Beneficjenci, którzy uzyskali dofinansowanie mają obowiązek niezwłocznego informowania o zawarciu lub rozwiązaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub o innej podstawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju odpowiadającym zakresowi projektu. W celu monitorowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia co 6 miesięcy (w miesiącu styczniu i lipcu) zbierane są od Beneficjentów dane dotyczące posiadania aktualnych kontraktów z NFZ.

Ponadto, wydłużono także okres obowiązywania umów z NFZ do 3 lat (wcześniej dominowały kontrakty jednoroczne), co lepiej zabezpiecza Beneficjentów przed utratą dofinansowania, a w konsekwencji prowadzi do dalszego minimalizowania ryzyka utraty przez Beneficjentów kontraktów z NFZ w ostatnich latach okresu trwałości projektów.

W przypadku, gdy Beneficjent nie uzyska kontraktu z publicznym płatnikiem, może skorzystać ze środków ochrony prawnej, w tym z administracyjnej procedury odwoławczej poprzez złożenie odwołania od wyników konkursu ofert lub rokowań do Prezesa NFZ. Negatywne rozstrzygnięcie w ramach wykorzystania ww. środków ochrony skutkuje koniecznością rozwiązania umowy o dofinansowanie oraz obowiązkiem zwrotu otrzymanej dotacji wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych.

Ponadto, Beneficjenci zostali poinformowani, że w przypadku niemożności czasowego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z publicznym płatnikiem nie mogą wykorzystywać zakupionego sprzętu do innych celów niż przewidzianych w umowie o dofinansowanie, a przedmiotowe zobowiązanie podlega kontroli.

W przypadku zwiększenia obszaru rejonów operacyjnych, gdy beneficjent nie jest w stanie zapewnić samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych, ma możliwość w ramach współpracy z innymi świadczeniodawcami, realizować świadczenia ratownictwa medycznego jako podwykonawca u świadczeniodawców, którzy są stroną umowy z NFZ.

W 2010 r. rozwiązano 2 umowy o dofinansowanie: w jednym przypadku powodem był brak ujęcia miejsca stacjonowania zakupionego ambulansu w Wojewódzkim Planie Działania Systemu, w drugim wystąpienie podwójnego finansowania. W roku 2011 podjęto decyzję o rozwiązaniu 4 umów o dofinansowanie, w trzech przypadkach z powodu utraty przez beneficjenta kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w jednym z powodu zajęcia przez komornika środków finansowych przekazanych beneficjentowi w postaci zaliczki na poczet przyszłych wydatków związanych z projektem. Dodatkowo, w 2012 r. rozwiązano 6 umów o dofinansowanie, z powodu niezachowania trwałości projektów, tj. utraty przez beneficjentów kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dotyczy to jednak utraty kontraktów przez beneficjentów w poprzednich latach.

Analizując skalę zjawiska utraty kontraktów z publicznym płatnikiem, należy zaznaczyć, że jest ona niewielka i nie zagraża w jakikolwiek sposób osiągnięciu celów wyznaczonych w Programie Operacyjnym. Do tej pory na 353 umowy o dofinansowanie 9 beneficjentów utraciło kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, co stanowi zaledwie 2,5 % zawartych umów.

Nie zidentyfikowano przypadków, aby Beneficjenci Priorytetu XII wykorzystywali sprzęt/wyposażenie zakupione ze środków EFRR w celach komercyjnych (poza kontraktem NFZ).

3. Niska jakość wniosków o płatność:

Najczęstsze błędy popełniane przez Beneficjentów to: nieterminowe składanie wniosków o płatność, nieumiejętność skompletowania załączników, braku właściwego wypełnienia pól wniosku. Niska jakość wniosków powoduje konieczność wzywania Beneficjentów do uzupełniania, poprawy bądź składania wyjaśnień. Wydłuża to procedurę weryfikacji dokumentów, a tym samym powoduje obniżenie dynamiki wydatkowania środków finansowych. W celu polepszenia jakości dokumentacji,

Instytucja Wdrażająca zamieściła na stronie internetowej listę najczęściej popełnianych przez Beneficjentów błędów wraz z opisem właściwego sposobu wypełniania dokumentów oraz systematycznie przeprowadza szkolenia w tym zakresie.

4. Aneksowanie umów o dofinansowanie.

Beneficjenci bardzo często zwracali się z prośbą o aneksowanie umów w zakresie wydłużenia okresu kwalifikowania wydatków. Beneficjenci opracowując harmonogramy nie uwzględnili ryzyk w projekcie związanych z przedłużającymi się procedurami przetargowymi. Ponadto, w przypadku projektów obejmujących swoim zakresem budowę lądowisk dla helikopterów, bardzo częstą przyczyną wniosku o aneksowanie umów była przedłużająca się procedura rejestracji lądowiska w Urzędzie Lądowisk Cywilnych.

5. Nieterminowe rozliczanie zaliczek.

Mimo przekazania w dniu 27.09.2011 r. informacji do wszystkich Beneficjentów, korzystających z płatności zaliczkowych (pismo przekazane ponownie w maju 2012 r., oraz kolejno sukcesywnie przekazywane do Beneficjentów, z którymi zawarto nowe umowy o dofinansowanie lub zbliża się termin na rozliczenie zaliczek w projektach) wciąż diagnozuje się problem z nieterminowym rozliczaniem zaliczek. Problem wynika przede wszystkim, z błędnego rozumienia zapisów § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego w sprawie warunków i trybu udzielania i rozliczania zaliczek oraz zakresu i terminów składania wniosków o płatność w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich (Dz.U. z 2009 r. Nr 223 poz. 1786), „rozliczenie zaliczki polega na wykazaniu przez beneficjenta wydatków kwalifikowanych we wnioskach o płatność złożonych do właściwej instytucji w terminach i na warunkach określonych w umowie o dofinansowanie oraz zgodnie z systemem realizacji danego programu operacyjnego lub na zwrocie zaliczki”, które to zapisy Beneficjenci interpretują pod postacią wydatkowania środków z zaliczki (a nie złożenia wniosku o płatność) w terminie określonym w umowie o dofinansowanie. Opiekunowie projektów na bieżąco monitorują terminowość rozliczania zaliczek w prowadzonych przez siebie projektach, w przypadkach stwierdzenia opóźnień w rozliczaniu zaliczek, wzywają Beneficjenta do zwrotu środków lub korzystają z sekwencji wyrażonej w piśmie Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 03.04.2012 r. (pismo znak: DWI-IV-82117-52-LJ/12 NK: 43499/1), tj. dokonanie potrącenia odsetek z najbliższej, dokonywanej na rzecz Beneficjenta płatności, na co nie jest wymagana zgoda Beneficjenta. W przypadku braku możliwości odzyskania odsetek poprzez potrącenie ich z najbliższej płatności zostaje wszczęte postępowanie administracyjne. Ponadto, w umowach o dofinansowanie wprowadzono krótszy termin na rozliczenie transzy zaliczki.

6. Problemy z odzyskiwaniem środków finansowych od Beneficjentów.

W sytuacjach problemowych, związanych z odzyskiwaniem środków (umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-012/08-00 oraz umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-345/08-00) IP II przeprowadziła stosowne postępowanie administracyjne, zakończone wydaniem decyzji o zwrocie środków. Obecnie w obu przypadkach toczy się postępowanie egzekucyjne, prowadzone przez właściwe urzędy skarbowe. Oba podmioty zostały zgłoszone do rejestru podmiotów wykluczonych, prowadzonego przez Ministerstwo Finansów, co eliminuje je z możliwości ubiegania się o dofinansowanie w ciągu najbliższych trzech lat.

We wdrażaniu Działania 12.2 zidentyfikowano następujące problemy:

1. Niska jakość wniosków o płatność:

Problem opisany w części dotyczącej Działania 12.1.

2. Aneksowanie umów o dofinansowanie:

Problem opisany w części dotyczącej Działania 12.1.

3. Niska jakość przygotowywanych przez Beneficjentów załączników do umowy o dofinansowanie:

Problem opisany w części dotyczącej Działania 12.1.

2.3. Informacja na temat zgodności z prawem

2.3.1. Zgodność realizowanego priorytetu z prawodawstwem w zakresie zamówień publicznych

W trakcie wdrażania Działania 12.1 zidentyfikowano dwa problematyczne przypadki o charakterze systemowym związane ze stosowaniem prawa zamówień publicznych.

1. Projekt nr UDA-POIS.12.01.00-00-159/08-00, pn. „Zakup podstawowych i specjalistycznych ambulansów na potrzeby Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach”. Beneficjent opublikował ogłoszenie w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej w dniu 22.07.2008 r. Następnie, zamawiający odpowiadając na pytania wykonawcy, zmodyfikował SIWZ na dostawę 7 ambulansów typu C dla Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach, a jednocześnie powołując się na art. 38 ust. 6 ustawy Pzp, przesunął termin składania i otwarcia ofert, co było zgodne z dyspozycją art. 38 ust. 6 i 7 Pzp, w brzmieniu obowiązującym przed 24 października 2008 r. Zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 38 ust. 6 Pzp zamawiający przedłużył termin składania ofert, jeżeli w wyniku modyfikacji treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia niezbędny jest dodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach, z tym, że jeżeli wartość zamówienia jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8, termin na wprowadzenie tych zmian wynosi co najmniej 7 dni. Zgodnie natomiast z art. 38, ust. 7 pzp o przedłużeniu terminu składania ofert zamawiający niezwłocznie zawiadamia wszystkich wykonawców, którym przekazano SIWZ, a jeżeli specyfikacja jest udostępniona na stronie internetowej, zamieszcza taką informację na tej stronie. Działanie zamawiającego było zgodne z ówczesnymi przepisami pzp obowiązującymi przed 24 października 2008 r., które nie nakładały na zamawiających obowiązku sprostowania ogłoszenia zamieszczonego w Dz. U. UE. Stan taki był wynikiem niepełnej implementacji do polskiej ustawy przepisów dyrektywy 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy i usługi (dyrektywa klasyczna). Mieliliśmy w tym przypadku do czynienia z błędem systemowym, a Beneficjentowi nie można co do zasady przypisać winy za powstanie tej nieprawidłowości. Można jedynie mówić o zidentyfikowaniu nieprawidłowości i przypisaniu odpowiedzialności finansowej za jej powstanie Skarbowi Państwa, co jest wynikiem nieprawidłowej implementacji przez RP prawa wspólnotowego. Zamawiający zmodyfikował SIWZ i przedłużył termin składania ofert, zamieszczając pełną informację na własnej stronie internetowej, co było zgodne z brzmieniem art. 38 Pzp. Przesuwając termin składania i otwarcia ofert, działanie Beneficjenta było zgodne z art. 38 ust. 6 i 7 Pzp, w wersji ustawy, która obowiązywała przed 24 października 2008 r.

We wstępnym raporcie z audytu Komisji Europejskiej, w odniesieniu do projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-159/08, oprócz naruszenia skutkującego korektą systemową, z tytułu wydłużenia terminu składania ofert, bez publikowania sprostowania dotyczącego ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, audytorzy podnieśli również zarzut naruszenia art. 30 ust. 4 ustawy Pzp, skutkujący w świetle „taryfikatora” 5% korektą finansową na faktyczne wydatki kwalifikowane dla zamówienia objętego projektem. W świetle Zaleceń nr 9/2010 Instytucji Zarządzającej POIiŚ, w przypadku wykrycia w tym samym kontrakcie błędu indywidualnego oraz błędu nie wynikającego z działania lub zaniechania Beneficjenta, w pierwszej kolejności do rozliczenia korekty finansowej powinna być wzięta stawka korekty błędu indywidualnego.

Kwota korekty wydatków kwalifikowanych wynosi 59 202,41 zł. Mając na uwadze, że wysokość korekty systemowej z tytułu wydłużenia terminu składania ofert, bez publikowania sprostowania dotyczącego ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, jest równa wysokości korekty za błąd indywidualny Beneficjenta z tytułu naruszenia art. 30 ust. 4 ustawy Pzp (wskaźnik korekty wynosi 5%) – w przypadku nieuwzględnienia przez audytorów KE przedłożonych wyjaśnień wraz ze stanowiskiem Prezesa UZP, w kwestii stosowania norm przy zamówieniach na ambulanse ratownicze, jako podstawę rozliczenia korekty przyjęty zostanie tylko błąd indywidualny.

2. Projekt nr UDA-POIS.12.01.00-00-023/08, pn. „Rozwój systemu ratownictwa medycznego poprzez zakup i wyposażenie specjalistycznych ambulansów dla Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu”. Wydłużono termin składania ofert bez publikacji sprostowania w ogłoszeniu o zamówieniu w Dz. U. UE. Z uwagi na fakt, że postępowanie wszczęte w dniu 28.05.2008 r. prowadzono pod reżimem ustawy pzp, obowiązującej przed nowelizacją z dnia 24 października 2008 r., korekta 5% ma charakter systemowy. Ponieważ Beneficjent został obciążony korektą 5 % indywidualną za inne naruszenia (art. 30 ust. 4, art. 36 ust.1 w zw. z art. 41 pkt 7 oraz art. 25 ust.1), korekta jest pozbawiona skutku finansowego. Kwota korekty wydatków kwalifikowanych, wynosi 159 655,47 zł.

W trakcie wdrażania Działania 12.2. nie odnotowano problemów o charakterze systemowym, które związane są ze stosowaniem prawa zamówień publicznych. Wobec powyższego nie wskazano kwot jakich dotyczą ewentualne nieprawidłowości wykryte w tym zakresie.

Nowelizacja ustawy pzp oraz zaimplementowanie do polskich przepisów dyrektywy unijnej, pozwoliło na zminimalizowanie ryzyka wystąpienia podobnych problemów w przyszłości.

2.3.2. Zgodność priorytetu z zasadami pomocy publicznej

Nie dotyczy

2.3.3. Zgodność priorytetu z prawem wspólnotowym

System zarządzania i kontroli zaprojektowany został w sposób mający zagwarantować przestrzeganie polityk wspólnotowych. Projekty w ramach Działania 12.1 oraz Działania 12.2 muszą być realizowane zgodnie z prawem wspólnotowym. Każdy projekt na każdym etapie realizacji poddawany jest weryfikacji w zakresie zgodności z obowiązującym prawem wspólnotowym, m.in. w obszarach zamówień publicznych, ochrony środowiska, ochrony przyrody oraz pomocy publicznej. Na etapie oceny wniosku o dofinansowanie weryfikowane jest spełnianie przez potencjalnych beneficjentów kryteriów takich jak: gotowość techniczna projektu do realizacji (posiadanie wymaganych prawem dokumentów, zgodność z miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego), gotowość organizacyjno-instytucjonalna (posiadanie procedur zawierania umów), zgodność projektu z wymaganiami prawa ochrony środowiska, efektywność energetyczna stosowanych rozwiązań, a ponadto pozytywny wpływ na politykę horyzontalną równości szans. Weryfikacja realizacji polityk wspólnotowych przez beneficjentów odbywa się również poprzez kontrolę wniosków beneficjentów o płatność, a także podczas kontroli realizacji projektu na miejscu. Procedury realizacji tych czynności kontrolnych opisują wydane przez Instytucję Zarządzającą *Wytoczne w zakresie kontroli realizacji POIiŚ*. Wytoczne opisują także szczegółowo kontrolę procedur zawierania umów (w tym kontrole ex-ante). Ponadto, Instrukcja Wykonawcza instytucji zawiera szczegółowy opis procedur kontrolnych, w tym wyboru projektu do kontroli na miejscu oraz kontroli procedur zawierania umów. Dotychczas podczas realizacji Działań, nie napotkano problemów związanych z zachowaniem przepisów wspólnotowych.

2.4. Zmiany w kontekście realizacji (w stosownych wypadkach)

W minionym okresie sprawozdawczym nie odnotowano poważnych zmian w obszarze polityki mikro i makroekonomicznej, budżetowej, polityki rynku oraz modyfikacji w systemie prawnym, które miałyby bezpośredni wpływ na realizację Działań 12.1 i 12.2.

2.5. Zasadnicze modyfikacje w rozumieniu art. 57 rozporządzenia nr 1083/2006 (w stosownych wypadkach)

W umowie o dofinansowanie beneficjent zobowiązuje się do zapewnienia trwałości projektu, w rozumieniu art. 57 ust. 1 rozporządzenia 1083/2006, w okresie 5 lat od daty zakończenia realizacji projektu. Warunkiem zapewnienia trwałości jest m.in. posiadanie przez beneficjenta aktualnego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku utraty przez beneficjenta kontraktu, przy wykorzystaniu wszystkich przewidzianych prawem administracyjnych środków odwoławczych umowa o dofinansowanie zostaje rozwiązana.

Od początku wdrażania programu do końca 2012 r. w ramach Działania 12.1 kontrakt z NFZ utraciło 9 Beneficjentów Konkursu nr 1/2008. Z powodu braku ww. kontraktu rozwiązano 9 umów o dofinansowanie.

Wykaz Beneficjentów Konkursu nr 1/2008 nieposiadających kontraktów NFZ:

Lp.	Nazwa Beneficjenta i nr umowy o dofinansowanie	Wartość dofinansowania w PLN	Czy beneficjent posiada kontrakt z NFZ? (wg stanu na 31.12.2012 r.)	Czy rozwiązano z beneficjentem umowę o dofinansowanie?
-----	--	------------------------------	---	--

1	Szpital Powiatowy w Kętrzynie UDA-POIS.12.01.00-00-003/08-00	352 750,00	NIE	TAK
2	SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu UDA-POIS.12.01.00-00-058/08-00	644 655,78	NIE	TAK
3	SPZOZ w Mławie UDA-POIS.12.01.00-00-059/08-00	308 125,70	NIE	TAK
4	ZOZ w Oleśnie UDA-POIS.12.01.00-00-060/08-00	638 408,65	NIE	TAK
5	SP ZOZ Pajęczno UDA-POIS.12.01.00-00-088/08-00	297 500,00	NIE	TAK
6	Szpital Powiatowy w Radomsku UDA-POIS.12.01.00-0-090/08-00	726 750,00	NIE	TAK
7	SPZOZ w Gostyniu UDA-POIS.12.01.00-00-145/08-00	666 791,83	NIE	TAK
8	SP ZOZ Szpital Powiatowy w Opocznie UDA-POIS.12.01.00-00-175/08-00	345 000,34	NIE	TAK
9	Powiat Łowicki UDA-POIS.12.01.00-00-201/08-00	756 011,25	NIE	TAK

Ponadto:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu - Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-003/10:

- SOR jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego;
- posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2012-01-06 do 2012-12-31). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego wynika z niespełnienia wymagań dotyczących posiadania zadaszzonego, zamykanego i otwieranego automatycznie podjazdu dla specjalistycznych środków transportu;
- termin zawarcia kontraktu – 22 listopada 2012 r.

2. Szpital Specjalistyczny im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie – Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-017/10:

- SOR jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego;
- posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2011-01-01 do 2013-12-31). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego

wynika z niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420);

- planowany termin dostosowania SOR do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – listopad 2013 r. (kontrakt z NFZ zostanie zawarty po dostosowaniu SOR do wymogów prawa). W nowym obiekcie szpitala powstaje SOR, którego oddanie do użytku planuje się na listopad 2013 r.

3. Szpital Wojewódzki w Poznaniu - Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-027/10:

- SOR jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego planowana do utworzenia w roku 2013;
- posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2012-02-18 do 2016-12-31). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego wynika z niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420), to jest SOR nie posiadał stanowiska wstępnej intensywnej terapii oraz zadaszonego, automatycznie otwieranego i zamykanego podjazdu dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego;
- planowany termin dostosowania SOR do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – grudzień 2012 r. Termin ponownego uzyskania kontraktu na szpitalny oddział ratunkowy – styczeń 2013 r.

4. Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. – Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-252/08:

- SOR jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego planowana do utworzenia w roku 2013;
- posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2012-01-21 do 2016-12-31). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego wynika z niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420);
- planowany termin dostosowania SOR do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – czerwiec 2013 r. (Beneficjent zwrócił się z prośbą o wydłużenie okresu kwalifikowania wydatków w projekcie do czerwca 2013 r.). Planowany termin uzyskania kontraktu na SOR – II połowa 2013 r.

5. Powiat Kępiński – Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-274/08:

- SOR Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego planowana do utworzenia w roku 2013;
- SP ZOZ w Kępnie posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2012-01-20 do momentu uruchomienia SOR, z 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia. Po uruchomieniu SOR zostanie zawarta umowa do 2016-12-31.). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego wynika z niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420);
- planowany termin dostosowania SOR do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – grudzień 2012 r. (umowa z NFZ na udzielanie świadczeń w zakresie SOR – obowiązuje od 10 stycznia 2013 r.).

6. Zakład Opieki Zdrowotnej w Głogowie – Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-247/08

- SOR ZOZ w Głogowie jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego;

- SP ZOZ w Głogowie posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2012-01-20 do 2014-12-31). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego wynika z niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420);
- planowany termin dostosowania SOR do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – 2013 r. (planowany termin zawarcia umowy z NFZ na udzielanie świadczeń w zakresie SOR – 2013 r.).

7. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku – Beneficjent projektu nr UDA-POIS.12.01.00-00-263/08:

- SOR SP ZOZ w Lesku jest uwzględniony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu jako jednostka systemu ratownictwa medycznego;
- SP ZOZ w Lesku posiada kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć (okres obowiązywania: od 2012-01-01 do 2014-02-28). Brak kontraktu w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego wynika z niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420);
- planowany termin dostosowania SOR do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – II kw. 2013 r. (planowany termin zawarcia umowy z NFZ na udzielanie świadczeń w zakresie SOR – maj 2013 r.).

Wskazani powyżej Beneficjenci są uwzględnieni w WPDS, posiadają kontrakty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć, zaś przerwa w posiadaniu kontraktu na SOR ma charakter czasowy. Beneficjenci podjęli działania mające na celu dostosowanie SOR do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420), co pozwoli im na uzyskanie właściwych kontraktów z NFZ i spełnienie przesłanek umożliwiających nie rozwiązywanie umów o dofinansowanie.

W ramach Działania 12.2 nie zidentyfikowano przypadków, w których stwierdzono zasadnicze modyfikacje na mocy art. 57 rozporządzenia nr 1083/2006.

Analizując skalę zjawiska utraty kontraktów z publicznym płatnikiem, należy zaznaczyć, że jest ona niewielka i nie zagraża w jakikolwiek sposób osiągnięciu celów wyznaczonych w Programie Operacyjnym. Do tej pory na 353 umowy o dofinansowanie 9 beneficjentów utraciło kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, co stanowi zaledwie 2,5 % zawartych umów.

2.6. Komplementarność pomocy z innymi instrumentami wsparcia

W celu wyeliminowania ewentualnego nakładania się interwencji poszczególnych programów operacyjnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych Instytucja stosuje zapisy Linii demarkacyjnej pomiędzy Programami Operacyjnymi Polityki Spójności, Wspólnej Polityki Rolnej i Wspólnej Polityki Rybackiej – dokumentu zaakceptowanego przez Komitet Koordynacyjny NSRO 2007-2013.

Koordinacja komplementarności jak również linia demarkacyjna znajdują odzwierciedlenie w dokumentach programowych. Ponadto, mechanizmy uniemożliwiające finansowanie projektów z różnych funduszy oraz w ramach dwóch perspektyw finansowych (2004-2006 oraz 2007-2013) zostały zapewnione w formie odpowiednich procedur wewnętrznych jak również poprzez wymóg składania przez beneficjentów stosownych oświadczeń o ubieganiu się o środki wyłącznie w jednym programie.

Ponadto, prowadzone są kontrole krzyżowe: na etapie weryfikacji wniosku o dofinansowanie, na etapie weryfikacji wniosku o płatność oraz na etapie kontroli projektu na miejscu realizacji.

Zastosowanie przyjętych rozwiązań uniemożliwi jednoczesną realizację tych samych projektów w ramach PO IiŚ i pozostałych programów operacyjnych polityki spójności oraz programów operacyjnych Wspólnej Polityki Rolnej i Wspólnej Polityki Rybackiej.

Kryteria demarkacji:

1. Charakter prawny organu założycielskiego zakładu opieki zdrowotnej i zasięg ich oddziaływania:

W PO IiŚ wnioskodawcami mogą być zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez: ministra, centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub ich organy założycielskie, z wyłączeniem zakładów leczenia uzdrowiskowego oraz niepubliczne i publiczne zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

W 16 regionalnych programach operacyjnych realizowane są działania związane z inwestycjami w lokalną i regionalną infrastrukturę ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim są m.in. jednostki samorządu terytorialnego, z wyłączeniem systemu ratownictwa medycznego, wyjątkiem jest Pomorskie RPO.

2. charakter projektów:

RPO – za wyjątkiem ratownictwa medycznego, inwestycje w lokalną, regionalną infrastrukturę ochrony zdrowia,

PO IiŚ – infrastruktura obiektowa i sprzęt medyczny – Działanie 12.2, wspierane ratownictwo medyczne w Działaniu 12.1, wojewódzkie centra powiadamiania ratunkowego.

PO IG – projekty z zakresu e-zdrowia, informatyzacja usług medycznych, centra powiadamiania ratunkowego.

3. wartość projektów:

RPO – brak ograniczeń kwotowych.

PO IiŚ – wartości projektów:

I. Minimalne wartości projektów w Działaniu 12.1:

- 1 mln PLN dla przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów ochrony zdrowia,
- 400 tys. PLN – zakup wyrobów medycznych,
- 200 tys. PLN - budowa i remont lądowisk,
- 280 tys. PLN – zakup środków transportu sanitarnego.

II. Minimalne wartości projektów w Działaniu 12.2:

- 1 mln PLN – przebudowa, rozbudowa, remont,
- 400 tys. PLN – zakup aparatury obrazowej,
- 400 tys. PLN – zakup wyrobów medycznych.

III. Maksymalne kwoty wsparcia dla projektów konkursowych w Działaniu 12.2 wynoszą:

- w przypadku jednostek sektora finansów publicznych, zapewniających wkład własny ze środków budżetu państwa, w tym będących państwowymi jednostkami budżetowymi – 10 mln PLN,
- w przypadku, kiedy są jednostkami sektora finansów publicznych, zapewniającymi wkład własny ze środków innych niż budżet państwa (np. prywatne, inne środki publiczne) – 8,5 mln PLN.

Maksymalny udział dofinansowania w wydatkach kwalifikowalnych na poziomie projektu:

- jednostki zapewniające wkład własny ze środków budżetu państwa – 100 %,
- jednostki zapewniające wkład własny ze środków innych niż budżet państwa (np. prywatne, inne środki publiczne) – 85%.

IV. Maksymalne wartości projektów w Działaniu 12.1 i 12.2 wynoszą 50 mln euro.

Na etapie wnioskowania o środki z POIŚ w ramach oceny formalnej sprawdzane jest m.in. zgodność rodzaju projektu, typu beneficjenta, zachowania maksymalnego pułapu dofinansowania, spełnienie minimalnej/maksymalnej wartości projektu z przewidzianymi w SZOP PO IiŚ.

XII Priorytet PO IiŚ wykazuje **komplementarność** z następującymi programami operacyjnymi:

Działanie 12.1:

- Regionalne programy operacyjne: działania związane z inwestycjami w lokalną i regionalną infrastrukturę ochrony zdrowia, dla której organem założycielskim są m.in. jednostki samorządu terytorialnego, z wyjątkiem infrastruktury zintegrowanego ratownictwa medycznego, w zakresie wskazanym w POIiŚ.

- PO Kapitał Ludzki: Priorytet II – działania w zakresie doskonalenia zawodowego kadr medycznych (m.in. lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych). Pozyskanie wykwalifikowanych lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych poprawi zdolność systemu ratownictwa medycznego do skutecznego reagowania. Zarówno w ramach PO IiŚ jak i PO KL prowadzone są projekty dotyczące wsparcia ratownictwa medycznego. Z tego pierwszego zakupiono ambulanse, wybudowano nowe i wyremontowano istniejące lądowiska, zakupiono specjalistyczny sprzęt medyczny na potrzeby szpitalnych oddziałów ratunkowych, a w ramach PO KL przeszkolono m.in. lekarzy, dyspozytorów medycznych, zakupiono fantomy do ćwiczeń. Projekty prowadzone w ramach PO KL pozwalają

przygotować personel medyczny do pracy w obiektach wybudowanych/wyremontowanych w ramach PO LiŚ i na specjalistycznym sprzęcie medycznym, który został dofinansowany z tego programu.

- PO Innowacyjna Gospodarka: Priorytet VII - projekty z zakresu e-zdrowia, centra powiadamiania ratunkowego.

- PO Infrastruktura i Środowisko: Priorytet IX – projekty z zakresu termomodernizacji budynków publicznych.

Działanie 12.2:

- Regionalne programy operacyjne: działania związane z inwestycjami w lokalną i regionalną infrastrukturę ochrony zdrowia, dla której organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego, z wyjątkiem infrastruktury zintegrowanego ratownictwa medycznego w zakresie wskazanym w PO LiŚ.

- PO Kapitał Ludzki: Priorytet II – działania w zakresie doskonalenia zawodowego kadr medycznych (m.in. lekarzy, pielęgniarek i położnych). Pozyskanie wykwalifikowanych lekarzy i pielęgniarek poprawi zdolność systemu do skutecznego reagowania i świadczenia usług na najwyższym poziomie.

W ramach Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie zawodowe kadr medycznych Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki realizowany jest projekt pn. *Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy*. Celem projektu jest wsparcie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy m.in. z kardiologii i onkologii, co przełoży się na wzrost liczby specjalistów w tej dziedzinie, dostępność do świadczeń zdrowotnych i poprawę stanu zdrowia osób pracujących. Sama wiedza i umiejętności personelu nie pozwolą jednak na szybkie zdiagnozowanie pacjenta i udzielenie mu kompleksowej pomocy medycznej. Niezbędne jest odpowiednie wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej, m.in. w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny, który jest podstawowym narzędziem pracy lekarzy w specjalizacji kardiologii i onkologii. Wsparcie w tym zakresie udzielane jest szpitalom o znaczeniu ponadregionalnym z EFRR w ramach projektów realizowanych w Działaniu 12.2 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Prowadzone w ramach ww. działania projekty konkursowe, jak i indywidualne, pozwalają m.in. na wyposażenie oddziałów onkologicznych i kardiologicznych w aparaturę obrazową oraz wyroby medyczne służące do diagnostyki lub terapii, a także dostosowanie ich pomieszczeń do użytkowania sprzętu. Modelowym przykładem jest projekt indywidualny Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie (nr WND-POIS.12.02.00-00-003/09) pn. *Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej*. Celem ww. projektu jest poprawa dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych (usług medycznych) w zakresie chorób układu sercowo – naczyniowego (kardiologia, kardiochirurgia) świadczonych przez Instytut.

- PO Innowacyjna Gospodarka: Priorytet VII - projekty z zakresu e-zdrowia oraz projekty wdrażane przez zakłady opieki zdrowotnej niedziałające w publicznym systemie ochrony zdrowia

- PO Infrastruktura i Środowisko: Priorytet IX – projekty z zakresu termomodernizacji budynków publicznych. Wspierane będą inwestycje w zakresie termomodernizacji budynków użyteczności publicznej, w tym zmiany wyposażenia obiektów w urządzenia o najwyższej, uzasadnionej ekonomicznie klasie efektywności energetycznej związanych bezpośrednio z prowadzoną termomodernizacją.

Przykłady projektów przyjętych do realizacji w ramach Działań, które są komplementarne z projektami wspieranymi w ramach innych programów:

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-017/10 pn. „Budowa lądowiska dla helikopterów na dachu skrzydła Szpitala w Szczecinie - Zdunowie” jest komplementarny z projektem nr RPOWZ/7.3.1/2009/001/PU/6/08 pn. „Rozbudowa części środkowej budynku głównego wraz z dostosowaniem oddziałów chirurgicznych do wymogów fachowo-sanitarnych w Specjalistycznym Szpitalu im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007-2013 i obejmującym swym zakresem rzeczowym: rozbudowę części środkowej budynku głównego szpitala wraz z dostosowaniem oddziałów chirurgicznych do wymogów fachowo-sanitarnych, budowę dróg wewnętrznych, parkingów oraz zewnętrznych instalacji wodociągowej, kanalizacji sanitarnej i deszczowej, energetycznej, oświetlenia terenu, teletechnicznej, gazów medycznych oraz bezodpływowego zbiornika na ścieki technologiczne na terenie szpitala. Budowa lądowiska na dachu

stanowi integralną część nowo wybudowanego skrzydła szpitala. Jest ona wykazana w koszcie niekwalifikowanym dotyczącym robót budowlanych dla projektu realizowanego w ramach RPO WZ. Projekt współfinansowany z XII Priorytetu PO LiŚ nie osiągnąłby zamierzonych efektów bez realizacji projektu RPO WZ, gdyż budowa lądowiska nie byłaby możliwa.

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-361/08 pn. „Poprawa standardów działania systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację i zakup niezbędnych urządzeń medycznych dla SOR Szpitala w Nowym Targu” wpisuje się w wieloletni ciąg działań mających stworzyć nowoczesną i w pełni funkcjonalną placówkę ochrony zdrowia świadczącą usługi medyczne na najwyższym poziomie dla mieszkańców powiatu nowotarskiego oraz osób przebywających na jego terenie. Zakres projektu obejmuje modernizację SOR (wymianę ślusarski okiennej, drzwiowej, sufitów podwieszanych, remont i wymianę posadzek) oraz doposażenie oddziału (m. in. kardiomonitor, respiratory, aparaty do znieczulenia, wózki anestezyjologiczne). Jest ściśle związany z projektem nr MRPO.06.03.01-12-145/08 pn. „Modernizacja infrastruktury Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu”, prowadzonym w ramach Działania 6.3. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców, w tym socjalnego i zdrowotnego Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013. Projekt zakłada zakup aparatury medycznej, w tym, także do zakładu diagnostyki obrazowej (tomograf komputerowy, ucyfrowienie aparatu RTG). Komplementarność obu projektów polega na ich wzajemnym przedmiotowym uzupełnieniu się. Realizacja projektów skierowana jest na osiągnięcie wspólnego celu – zapewnienie pełnej funkcjonalności szpitalnego oddziału ratunkowego oraz unowocześnienie pracowni diagnostyki obrazowej, co umożliwi sprawne prowadzenie akcji ratunkowych w pełnym zakresie, wykonywanie wszystkich niezbędnych zabiegów i badań diagnostycznych, z zachowaniem wysokich standardów obsługi pacjenta.

- Projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-333/08 pn. „Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży” jest komplementarny z projektem nr WND-RPPD.06.02.00-20-028/08-00 pn. „Zakup sprzętu diagnostyczno-zabiegowego do Szpitala Wojewódzkiego w Łomży” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007- 2013, który obejmował zakup aparatury i sprzętu medycznego m. in. do zakładu diagnostyki obrazowej, oddziału kardiologicznego, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (aparatów USG, aparatów EKG, systemu monitorowania noworodków, defibrylatorów, respiratorów), a także z projektem nr WND-RPPD.06.02.00-20-036/08-00 pn. „Ucyfrowienie aparatury i sprzętu do radiografii diagnostycznej i zabiegowej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007- 2013. Wszystkie projekty wzajemnie się wzmacniają i potęgują osiągnięcie efektów. Ich realizacja pozwoli w optymalny sposób wykorzystać zmodernizowaną infrastrukturę szpitala, przyczyni się do poprawy jakości i dostępności pacjentów do diagnostyki obrazowej oraz zapewni bezpieczeństwo zdrowotne w trakcie wykonywania procedur medycznych.

Cross – financing w ramach Działania 12.1 i 12.2 nie występuje.

2.7. Duże projekty

Nie dotyczy

2.8. Informacja o wypełnianiu warunków szczególnych nałożonych na projekty

Działanie 12.1

Klauzule dotyczące oceny oddziaływania na środowisko zostały wpisane w przypadku 6 projektów Działania 12.1 (obecnie już 5) - lista poniżej. Niemniej zostały wpisane "na wyrost" i należą do niezastrzeżonych z powodu wprowadzonego wymogu przedłożenia pełnej dokumentacji środowiskowej wraz z pozwoleniem na budowę przed podpisaniem umowy o dofinansowanie. Ww. klauzule są sukcesywnie usuwane z ww. umów przy okazji ich aneksowania. W przypadku projektu pn. „Budowa całodobowego lądowiska dla helikopterów, zlokalizowanego na terenach przyszpitalnych, umożliwiającego przyjmowanie pacjentów do SOR w Szczecinie” usunięto ww. klauzulę aneksem nr UDA-POIS-12.01.00-00-237/08-01 z 28 stycznia 2011 r., natomiast w przypadku projektu pn. „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim przez rozbudowę

SOR w Sanoku, zakup sprzętu medycznego i budowę lądowiska dla helikopterów”, brzmienie § 4a umowy o dofinansowanie uchylono aneksem nr UDA-POIS-12.01.00-00-254/08-01 z 27 lutego 2012 r.

Mając na uwadze powyższe nie jest prowadzone monitorowanie realizacji klauzul warunkowych regulujących tryb uzupełniania dokumentacji środowiskowej. W przypadku sześciu podpisanych umów o dofinansowanie, w których zawarto ww. klauzule, dokumentacja dotycząca oceny oddziaływania na środowisko (załączona do złożonych przez Beneficjentów wniosków o dofinansowanie) nie wskazuje na konieczność przeprowadzenia ponownej oceny oddziaływania na środowisko w ramach postępowania w sprawie wydania np. decyzji o pozwoleniu na budowę lub decyzji o zatwierdzeniu projektu budowlanego.

Działanie 12.2

W związku z faktem, że Beneficjenci Działania 12.2 aplikujący o dofinansowanie na etapie oceny merytorycznej wniosku o dofinansowanie zobowiązani byli złożyć pełną dokumentację w zakresie realizowanej inwestycji (w tym kopie pozwolenia/pozwoleń na budowę), wobec powyższego nie zachodzi potrzeba uzupełniania dokumentacji środowiskowej. Mając na uwadze powyższe nie jest prowadzone monitorowanie realizacji klauzul warunkowych regulujących tryb uzupełniania dokumentacji środowiskowej.

Tabela nr 5. Klauzule warunkowe

Lp.	Nazwa projektu	Czy projekt duży?	Wartość dofinansowania w części UE	Wartość środków zablokowanych do momentu wypełnienia warunku	Czy warunek wypełniony (tak/nie)	Przewidywana data uzyskania decyzji o pozwoleniu na budowę /zezwoleń na realizację inwestycji drogowej
		(tak/nie)				
1.	Rozwój systemu ratownictwa medycznego regionu poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.	nie	603 088,09 zł	0	tak	28.11.2008 r.
2.	Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez dostosowanie infrastruktury ratownictwa medycznego SMS im. G. Narutowicza w Krakowie wymogów prawa.	nie	6 028 216,06 zł	0	tak	31.05.2007 r.
3.	Uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z budową heliportu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.	nie	8 348 347,66 zł	0	tak	06.10.2008 r.

4.	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez budowę lądowiska oraz zakup wyrobów medycznych dla SOR Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie.	nie	1 707 167,92 zł	0	tak	18.11.2005
----	--	-----	-----------------	---	-----	------------

2.9. Oświadczenie Instytucji Pośredniczącej

Oświadczam, iż informacje zawarte w sprawozdaniu są prawdziwe oraz, że zgodnie z moją wiedzą, priorytet realizowany jest w zgodzie z przepisami prawa wspólnotowego, w tym w następujących obszarach: ☒ polityka konkurencji; ☒ polityka zamówień publicznych; ☒ polityka ochrony środowiska; ☒ polityka równych szans.	Data i miejsce: 22.02.2013 r., Warszawa
	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do zatwierdzenia sprawozdania i wydania oświadczenia w ramach Instytucji Pośredniczącej: Michał Kępowicz
Dane osoby sporządzającej sprawozdanie	Imię i nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie: Małgorzata Kudelska
	Dane kontaktowe osoby sporządzającej sprawozdanie (telefon, adres e-mail, fax) Tel. 022 530 03 58 Fax. 0 22 530 03 50 e-mail: m.kudelska@mz.gov.pl
Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z prawdą	Data i miejsce: 22.02.2013 r., Warszawa
	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do zatwierdzenia sprawozdania: Michał Kępowicz
	Podpis osoby upoważnionej do zatwierdzania sprawozdania:

Załączniki, zostały dołączone do sprawozdania:

Formularz sprawozdawczy dotyczący informacji i promocji – załącznik 7a

Formularz sprawozdawczy dotyczący wskaźników – załącznik 6a (wszystkie tabele)