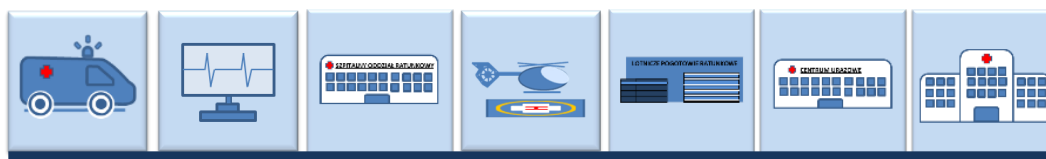


Sprawozdania roczne z realizacji priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko



2013						



**INFRASTRUKTURA
I ŚRODOWISKO**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Ministerstwo Zdrowia



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO

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: 2013

Spis treści

1.	Informacje wstępne	1
2.	Przegląd realizacji priorytetu w okresie objętym sprawozdaniem	3
2.1.	Analiza jakościowa	3
2.1.1.	Informacja na temat postępu rzeczowego priorytetu	3
2.1.2.	Informacja nt. realizacji prognoz i planowanego postępu finansowego	27
2.1.3.	Pomoc ponownie wypłacona lub wykorzystana	43
2.2.	Opis istotnych problemów we wdrażaniu wraz z podjętymi środkami zaradczymi	43
2.3.	Zgodność z prawodawstwem	45
2.3.1.	Zgodność realizowanego priorytetu z prawodawstwem w zakresie zamówień publicznych	45
2.3.2.	Zgodność priorytetu z zasadami pomocy publicznej (jeżeli dotyczy)	47
2.3.3.	Zgodność działania z prawem wspólnotowym	47
2.4.	Zmiany w kontekście realizacji (w stosownych wypadkach)	48
2.5.	Zasadnicze modyfikacje w rozumieniu art. 57 rozporządzenia nr 1083/2006 (w stosownych wypadkach)	48
2.6.	Komplementarność pomocy z innymi instrumentami wsparcia	48
2.7.	Duże projekty	52
2.8.	Informacja o wypełnianiu warunków szczególnych nałożonych na projekty	52
2.9.	Oświadczenie Instytucji Pośredniczącej	54

2. Przegląd realizacji priorytetu w okresie objętym sprawozdaniem

2.1. Analiza jakościowa

2.1.1. Informacja na temat postępu rzeczowego priorytetu

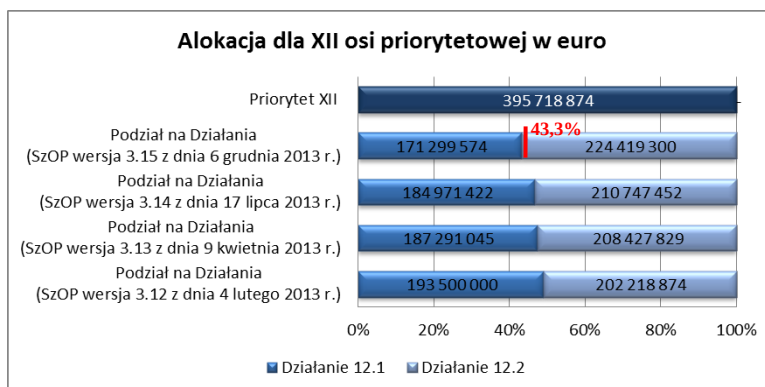
Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia

Projekty w priorytecie XII są realizowane w ramach dwóch działań:

- ✓ 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego,
- ✓ 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Wysokość środków przeznaczonych na sektor zdrowia ramach XII osi priorytetowej wynosi 395 718 874 euro z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Podział alokacji na działania przedstawia wykres nr 1.

W analizowanym okresie sprawozdawczym, tj. od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. dokonywano zmiany podziału alokacji pomiędzy działaniami przenosząc w sumie z działania 12.1



Rozwój systemu ratownictwa medycznego ok. 22,2 mln euro do działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. Realokacji środków dokonywano w ramach poniżej wskazanych aktualizacji Szczegółowego opisu priorytetów PO Infrastruktura i Środowisko.

Wykres nr 1: Podział alokacji osi priorytetowej XII na działania (dane w euro).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Szczegółowego opisu priorytetów PO Infrastruktura i Środowisko (wersja 3.15 oraz wersje archiwalne).

Proces kontraktacji i wydatkowania środków w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko postępuje w zadowalającym tempie. Do końca 2013 r. zakontraktowano 95,8% alokacji oraz certyfikowano 72,8% alokacji.

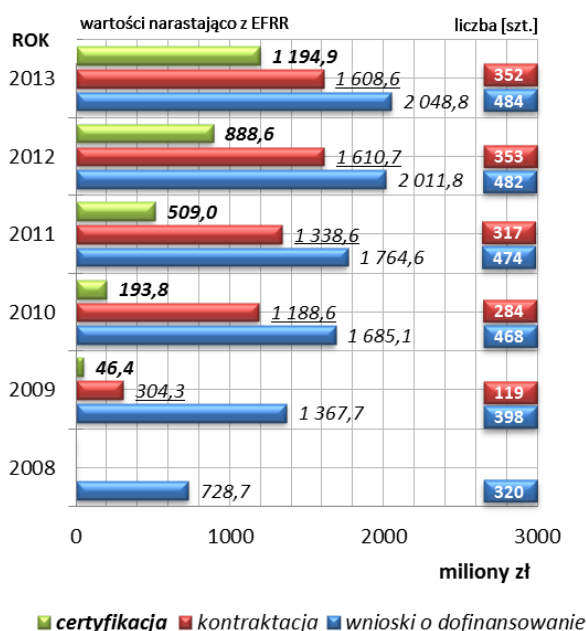
WNIOSKI O DOFINANSOWANIE

W ramach XII osi od uruchomienia Programu do 31 grudnia 2013 r., pozytywnie przeszły ocenę formalną i zostały zarejestrowane w KSI (SIMIK 07-13) 484 wnioski o dofinansowanie na łączną kwotę wnioskowanego dofinansowania z EFRR wynoszącą ponad 2 mld złotych.

Wykres nr 2: Stan realizacji priorytetu XII PO Infrastruktura i Środowisko

Źródło: Opracowanie własne.

Realizacja osi XII PO Infrastruktura i Środowisko na przestrzeni lat 2007 - 2013



KONTRAKTACJA

Od początku wdrażania Priorytetu XII podpisano 352 umowy o dofinansowanie na kwotę wydatków ogółem ok. 2 mld zł, w tym ok. 1 608,6 mln zł z EFRR. W Działaniu 12.1 w okresie sprawozdawczym nie podpisano żadnej umowy o dofinansowanie. Natomiast w ramach Działania 12.2 podpisano 3 umowy o dofinansowanie na łączną kwotę ok. 77,67 mln zł, w tym ok. 65,97 mln zł z EFRR. Wskazane umowy dotyczą wsparcia następujących projektów indywidualnych:

Nazwa beneficjenta	Tytuł projektu	Wartość całkowita projektu	Wydatki kwalifikowalne	dofinansowanie z UE
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie	31 965 344,27	31 962 594,27	27 168 205,12
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie	34 126 136,80	34 065 700,00	28 955 844,99
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie	Wzmocnienie systemu wielokierunkowej diagnostyki i terapii pacjentów wymagających wdrożenia procedur wczesnej interwencji medycznej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie	11 580 530,00	11 580 530,00	9 843 450,50
Suma końcowa		77 672 011,07	77 608 824,27	65 967 500,61

W okresie sprawozdawczym nie uruchomiono żadnego konkursu, nie odbywał się nabór wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym.

CERTYFIKACJA

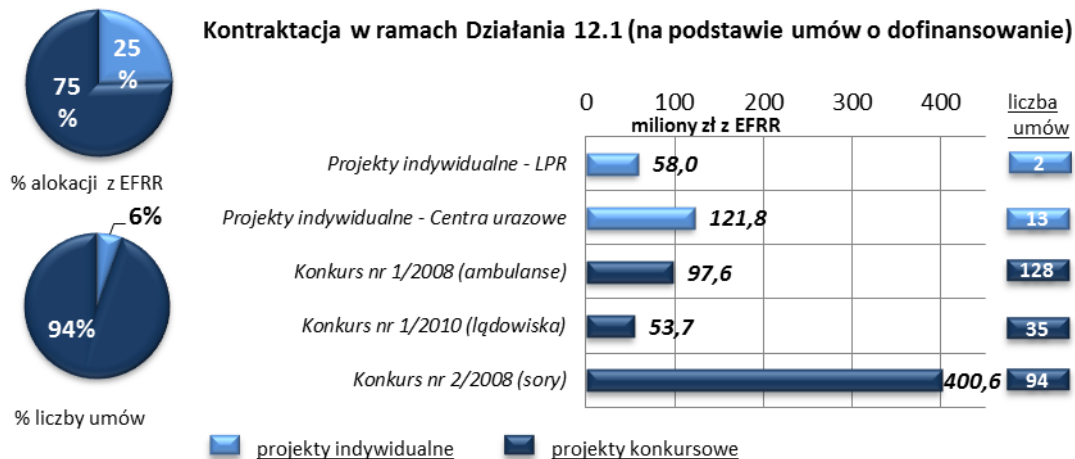
Do końca 2013 roku zakończonych zostało 288 projektów na łączną kwotę dofinansowania z EFRR ok. 838,5 mln zł. Zakończono więc 81,8% inwestycji, rozliczając tym samym ok. 52% wartości dofinansowania UE ze wszystkich podpisanych w ramach priorytetu umów.

Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych za 2013 rok dla osi XII wyniosła 361 174 547,83 zł, w tym 306 338 166,21 zł z EFRR co stanowi 105,97% prognozy certyfikacji na rok 2013. Narastająco od początku realizacji programu w ramach osi priorytetowej XII certyfikowano ok. 1 410 mln zł, w tym 1 194 945 474,19 zł z EFRR, co stanowi 74% wartości podpisanych umów o dofinansowanie.

Realizacja Działania 12.1 w 2013 roku

12.1 ROZWÓJ SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Beneficjentami Działania są niepubliczne oraz 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.



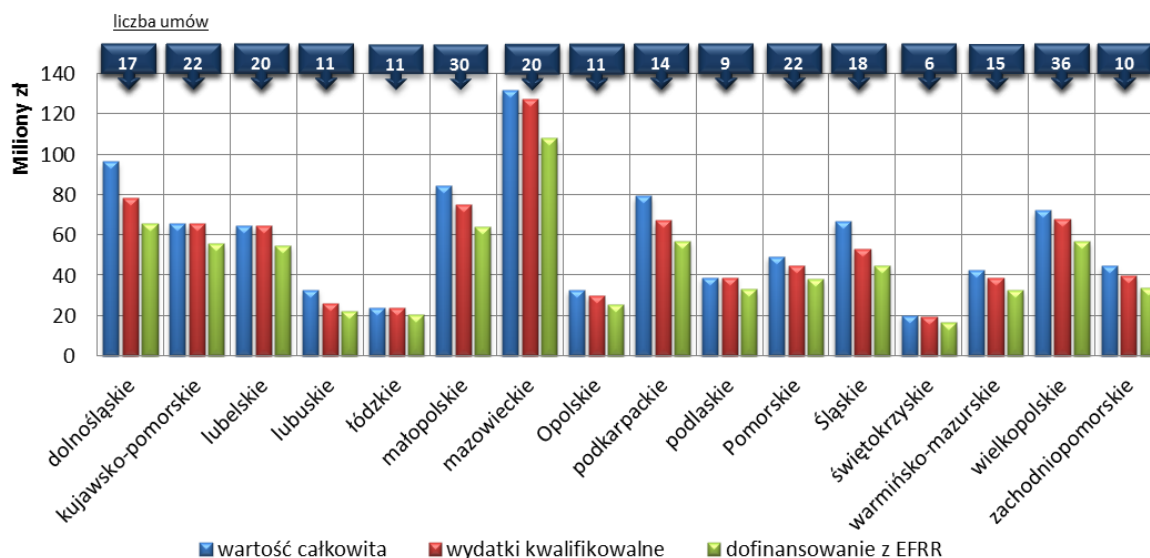
Wykres nr 3: Podział alokacji Działania 12.1 na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie (w mln zł). Wykres nie uwzględnia umów rozwiązanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie KSI SIMIK 07-13 z dnia 31.12.2013 r.

Do końca 2013 roku w ramach Działania 12.1 weryfikację formalną przeszły pozytywnie i zostały zarejestrowane w KSI (SIMIK 07-13) 394 wnioski o dofinansowanie, na łączną kwotę wnioskowanego dofinansowania wynoszącą 1 123,5 mln zł.

Od uruchomienia Programu do końca okresu sprawozdawczego w ramach Działania 12.1 podpisano 289 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania 806 990 547,56 zł z EFRR, z czego

Umowy o dofinansowanie w Działaniu 12.1 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 4: Umowy o dofinansowanie w Działaniu 12.1 w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

rozwiązano 17 umów. W ramach Działania 12.1 podpisane są obecnie 272 umowy o dofinansowanie na kwotę 731 689 758,79 zł z EFRR, w tym w ramach projektów konkursowych 257 umów na kwotę

551 881 698,44 zł z EFRR, oraz 15 w ramach projektów indywidualnych na kwotę 179 808 060,35 zł z EFRR. Alokacja przeznaczona na Działanie wynosi ok. 171,3 mln euro z EFRR. Wartość podpisanych umów o dofinansowanie na koniec okresu sprawozdawczego (z uwzględnieniem wydatków już certyfikowanych do KE) wykorzystuje alokację na poziomie 99,48%¹.

W roku 2013 r. nie podpisano żadnej umowy w ramach analizowanego Działania. Rozwiązano natomiast 4 umowy o dofinansowanie: 2 w ramach Konkursu nr 2/2008, 1 w ramach Konkursu nr 1/2010 i 1 na realizację projektu indywidualnego.

W ramach Działania 12.1 w minionym okresie sprawozdawczym nie ogłoszono żadnego nowego naboru wniosków o dofinansowanie.

Podział alokacji w ramach Działania 12.1 na poszczególne rodzaje projektów na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie zawiera wykres nr 3. Najwięcej środków zostało przeznaczonych na inwestycje w infrastrukturę szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Analizując podział alokacji działania pod kątem trybu wyboru projektów do dofinansowania, należy podkreślić, że aż 75% alokacji zostało przeznaczonych na projekty konkursowe i aż 94% projektów zostało wyłonionych w ramach ogłoszonych dla osi konkursów.

Limit środków jakie zostały do rozdysponowania w ramach Działania 12.1 ustalony na miesiąc styczeń na podstawie danych z dnia 31 grudnia 2013 r. wyniósł 3 700 977 zł z EFRR.

DZIAŁANIE 12.1 - POSTĘPOWANIA KONKURSOWE

Dotychczas w ramach przedmiotowego Działania ogłoszone zostały 3 nabory wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym:

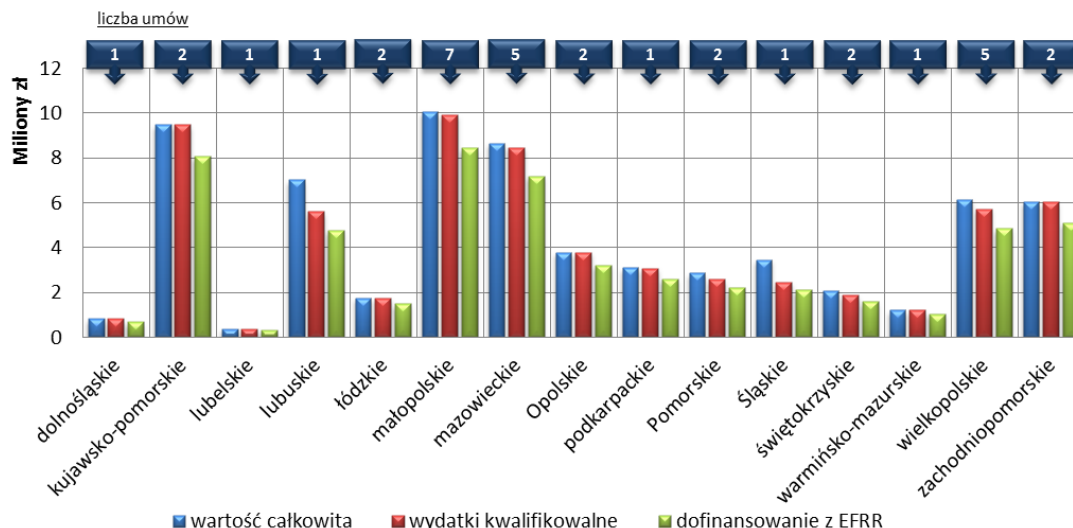
Nazwa konkursu/zakres wsparcia	Data ogłoszenia naboru	Data rozpoczęcia naboru	Data zakończenia naboru
Konkurs 1/2008			
Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.	30 lipca 2008 r.	1 września 2008 r.	30 Września 2008r.
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.	1 września 2008r.	2 października 2008 r.	1 grudnia 2008 r.
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.			
Konkurs nr 1/2010			
Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.	1 lutego 2010 r.	4 marca 2010 r.	2 kwietnia 2010 r.

¹ Przy kursie euro 4,1487 zł

KONKURS NR 1/2010

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

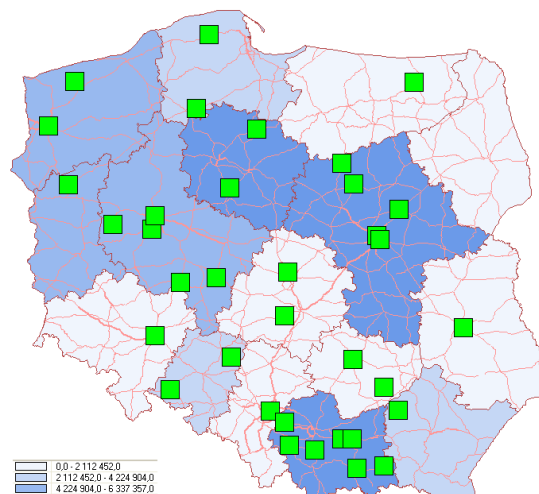
Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 1/2010 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 5: Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 1/2010 w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

W omawianym okresie sprawozdawczym nie podpisano żadnej umowy w ramach Konkursu nr 1/2010. Od uruchomienia Programu do końca okresu sprawozdawczego zawartych jest 35 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 53 749 667,18 zł. Najwięcej umów podpisano z Beneficjentami z województwa małopolskiego i mazowieckiego (odpowiednio 7 i 5 na kwoty łączne 8,4 mln i 7,2 mln). Ze względu na wartość umów do grona tych dwóch województw należy dołączyć województwo kujawsko – pomorskie z dwiema umowami na kwotę 8 mln zł. Od początku wdrażania w ramach Konkursu nr 1/2010 rozwiązano 1 umowę o dofinansowanie (umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-051 na realizację projektu pn. Budowa lądowiska dla śmigłowców ratunkowych – ostatni etap budowy Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim rozwiązana na wniosek Beneficjenta.)



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

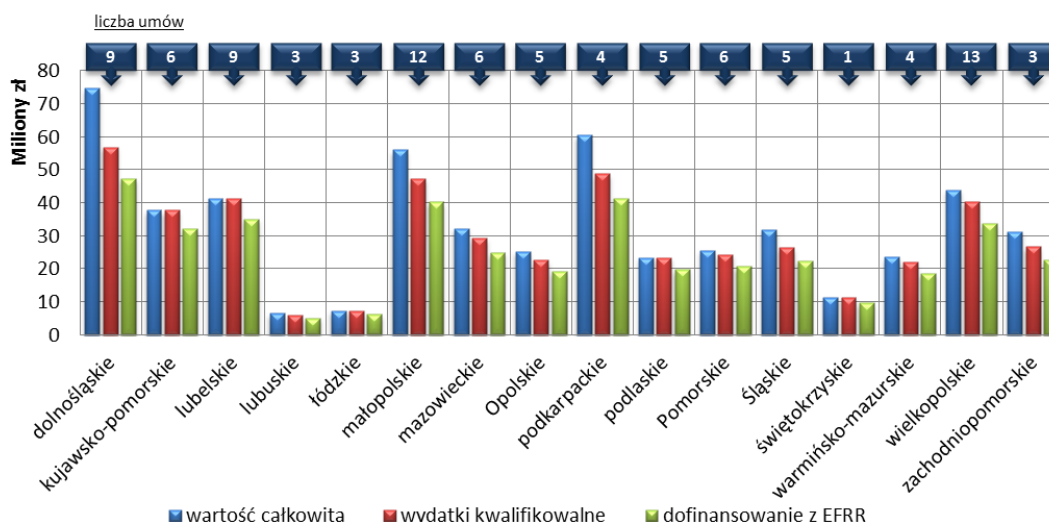
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

KONKURS NR 2/2008

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

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

Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 2/2008 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 6: Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 2/2008 w podziale na województwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

W omawianym okresie sprawozdawczym nie podpisano żadnej umowy w ramach Konkursu nr 2/2008. Na koniec roku 2013 r. w ramach konkursu zawarte były 94 umowy na łączną kwotę dofinansowania równą ok. 400 mln zł.

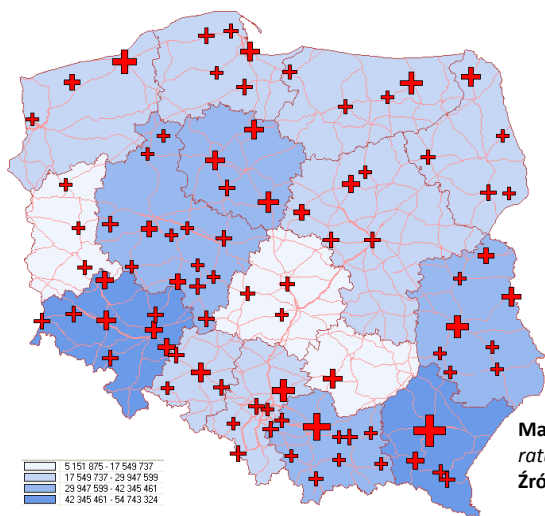
Od początku wdrażania w ramach Konkursu nr 2/2008 rozwiązano 3 umowy o dofinansowanie (UDA-POIS.12.01.00-00-345/08-00, UDA-POIS.12.01.00-00-240/08-00 i UDA-POIS.12.01.00-00-224/08-00), z czego 2 ostatnie w omawianym okresie sprawozdawczym.

umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-240/08-00 z Powiatem Lubińskim zawarta na realizację projektu pn. „Rozbudowa i przebudowa pomieszczeń Szpitala im. J. Jonstona w Lubinie na Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z zakupem wyrobów medycznych” została rozwiązana w trybie natychmiastowym w dniu 11 stycznia 2013 r. Projekt na skutek okoliczności leżących po stronie beneficjenta, nie został rozpoczęty w terminie wynikającym z „Harmonogramu Realizacji Projektu”, stanowiącym załącznik nr 3 do aneksu nr UDA-POIS.12.01.00-00-240/08-01 z dnia 05 marca 2012 r. Beneficjent opóźnił się w realizacji projektu o okres dłuższy niż 6 miesięcy. W związku z powyższym zaistniały przesłanki wynikające z § 19 ust. 2 pkt.1 umowy do rozwiązania z beneficjentem umowy o dofinansowanie ze skutkiem natychmiastowym;

umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-224/08-00 z Powiatem Raciborskim zawarta na realizację projektu pn. „Troska o życie - zakup nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego dla nowo tworzonego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Rejonowego w Raciborzu” została rozwiązana na mocy porozumienia Stron z dniem 8 kwietnia 2013 r. Beneficjent pismem z dnia 27 lutego br. wystąpił do Instytucji Wdrażającej z wnioskiem w przedmiocie rozwiązania w/w umowy o dofinansowanie, wskazując w uzasadnieniu na brak środków finansowych umożliwiających pokrycie wydatków niekwalifikowalnych wynikających ze wzrostu kosztu całkowitego realizacji projektu. Celem projektu był zakup sprzętu medycznego (służącego do diagnostyki i terapii) niezbędnego do uruchomienia SOR. Warunkiem umożliwiającym dopuszczenie SOR do użytkowania jest spełnienie wymagań określonych w przepisach prawa, w tym w szczególności określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420). W związku z tym, że przepisy dotyczące wymagań technicznych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia oraz wyposażenie SOR, od czasu sporządzenia przez beneficjenta wniosku o dofinansowanie (2008 r.), uległy zmianie, zrodziła się konieczność wykonania dodatkowych zadań w projekcie (modernizacja pomieszczeń szpitala oraz zakup dodatkowego sprzętu medycznego). Z informacji podawanych przez beneficjenta wynika, iż nie dysponuje on środkami finansowymi umożliwiającymi pokrycie wydatków niekwalifikowalnych wynikających ze wzrostu kosztu całkowitego realizacji projektu. Jednocześnie przystosowanie pomieszczeń szpitala oraz wyposażenie oddziału w aparaturę medyczną nie gwarantuje uzyskania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ w rodzaju odpowiadającym zakresowi projektu. Wystąpienie powyższych okoliczności uniemożliwia beneficjentowi realizację projektu w pełnym zakresie i osiągnięcie zakładanych wskaźników, co

stanowi przesłankę do rozwiązania umowy o dofinansowanie.

Analizując proces kontraktacji w ramach konkursu nr 2/2008 najwięcej umów o dofinansowanie podpisano w województwie wielkopolskim, bo aż 13. Zaraz za nim z 12 zawartymi uplasowało się województwo małopolskie. Największy jednak strumień środków EFRR w ramach Konkursu nr 2/2008 popłynął do województwa dolnośląskiego. Beneficjenci z tego regionu otrzymali łączne dofinansowanie w kwocie ok. 47,4 mln zł. Drugie miejsce pod względem absorpcji środków UE w ramach Konkursu nr 2/2008 zajęło Podkarpacie zdobywając 41,4 mln zł.



Mapa nr 2: Rozmieszczenie projektów dotyczących szpitalnych oddziałów ratunkowych.

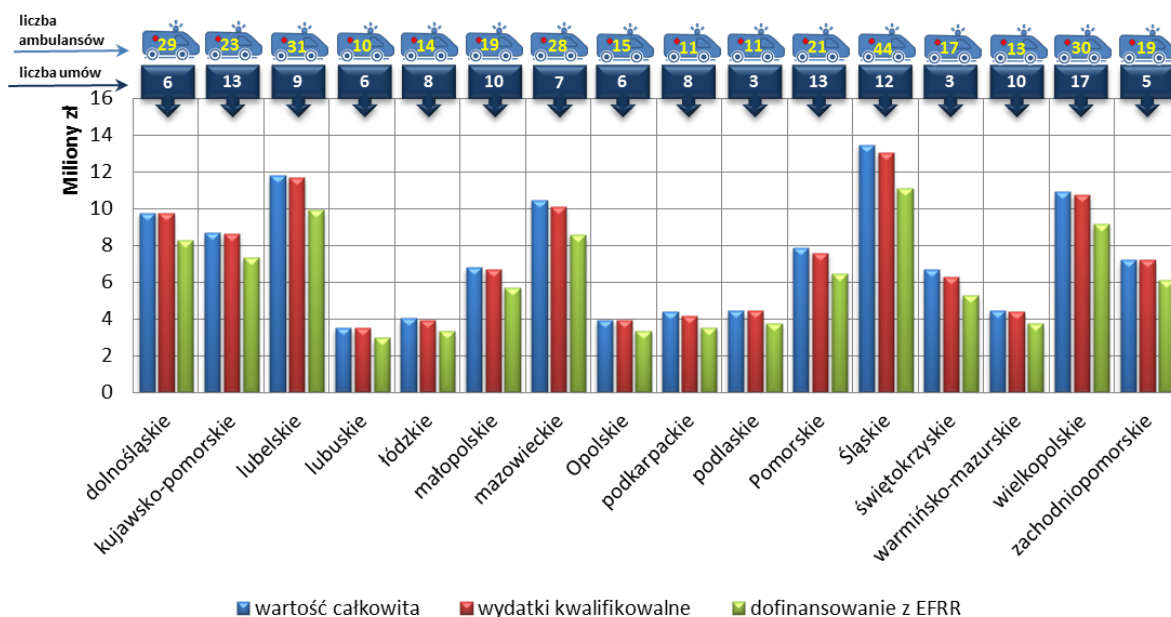
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

KONKURS NR 1/2008

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

Umowy z Beneficjentami wyłonionymi w ramach konkursu nr 1/2008 zostały zawarte w poprzednich okresach sprawozdawczych (2009 i 2010). Łącznie zostało podpisanych 140 umów o dofinansowanie, z czego 12 umów zostało rozwiązanych. Na koniec omawianego okresu sprawozdawczego było zawartych 128 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania ze środków EFRR równą ponad 97,5 mln zł. W ramach 8 rozwiązanych umów o dofinansowanie dokonano płatności proporcjonalnie do zrealizowanego okresu trwałości w kwocie łącznej 897 495,74 zł.

Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 1/2008 w ujęciu regionalnym

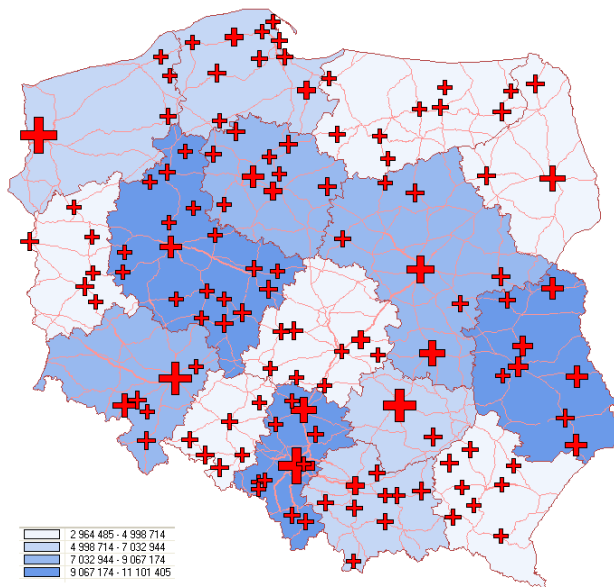


Wykres nr 7: Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 1/2008 w podziale na województwa. (Wykres uwzględnia 8 rozwiązanych umów o dofinansowanie w ramach których zakupiono 13 ambulansów)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

Rozmieszczenie terytorialne zakupionych ambulansów należy ocenić jako w miarę równomierne. Z wykresu nr 7 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 12 projektów, natomiast zakupiono aż 44 karetki.

Najmniej projektów zidentyfikowano w województwie podlaskim i świętokrzyskim – po 3 projekty. Natomiast najmniej ambulansów zakupiono w województwie lubuskim – 10 szt.



Mapa nr 3: Rozmieszczenie zakupionych ambulansów w Konkursie nr 1/2008.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

DZIAŁANIE 12.1 – PROJEKTY INDYWIDUALNE

Od uruchomienia Programu do końca 2013 r. z Beneficjentami projektów indywidualnych w ramach Działania 12.1 podpisano 16 umów o dofinansowanie, z czego 1 umowa została rozwiązana w omawianym okresie sprawozdawczym.

umowa o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-060/10-00 z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych na realizację projektu pn. Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. została rozwiązana w dniu 10 stycznia 2013 r. na wniosek Beneficjenta Od dnia 11 stycznia 2013 r. projekt ten jest realizowany wspólnie z inwestycją dotyczącą centrów powiadamiania ratunkowego pn. „System Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego” w ramach 7. Osi priorytetowej PO IG. Połączenie obu projektów pozwoliło zwiększyć efektywność prowadzonych działań, zdolność prognozowania i planowania, a także obniżyć koszty realizacji zadań administracji publicznej.

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 liŚ 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 liŚ 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 po akceptacji przez KE zmian PO liŚ w ww. zakresie zostaną 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.

Tabela 1 Lista projektów indywidualnych realizowanych w ramach Działania 12.1

Lp.	Nr umowy	Nazwa Beneficjenta	Tytuł projektu	Kwota z EFRR [zł]
1	POIS.12.01.00-00-069/10	Miasto Poznań	Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu - adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców.	9 271 933,42
2	POIS.12.01.00-00-068/10	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego	9 556 550,00
3	POIS.12.01.00-00-064/10	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 1.	36 704 710,98
4	POIS.12.01.00-00-003/11	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 2	21 333 289,01
5	POIS.12.01.00-00-067/10	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Wyposażenie i uruchomienie Centrum Urazowego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie – Etap II	9 556 550,00
6	POIS.12.01.00-00-061/10	Szpital Uniwersytecki im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy	8 264 016,53
7	POIS.12.01.00-00-004/11	Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego	9 556 550,00
8	POIS.12.01.00-00-001/11	Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze	Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze.	9 522 159,00
9	POIS.12.01.00-00-065/10	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	9 380 496,36
10	POIS.12.01.00-00-062/10	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Utworzenie Centrum Urazów Wielonarządowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku	9 546 180,00
11	POIS.12.01.00-00-063/10	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Doposażenie w specjalistyczną aparaturę medyczną centrum urazowego w obecnie budowanym centrum medycyny inwazyjnej	8 904 725,05
12	POIS.12.01.00-00-004/10	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi	9 556 550,00
13	POIS.12.01.00-00-070/10	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary	Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	9 554 000,00
14	POIS.12.01.00-00-002/11	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi	9 543 800,00
15	POIS.12.01.00-00-066/10	Wojskowy Instytut Medyczny	Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym	9 556 550,00
SUMA				<u>179 808 060,35</u>

Łączna kwota dofinansowania z EFRR dla 15 umów o dofinansowanie dotyczących realizowanych w Działaniu 12.1 projektów indywidualnych wynosi ok. 179,8 mln zł.

Bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

- ❖ ETAP I - obejmuje bazy w: Białymstoku, Łodzi, Poznaniu, Sanoku, Suwałkach, Szczecinie i Zielonej Górze
- ❖ ETAP II - obejmuje bazy w Gdańsku, Kielcach, Krakowie i Wrocławiu

W ramach Działania 12.1 SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe realizuje w dwóch etapach inwestycje „**Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (Etap I i Etap II)**”.

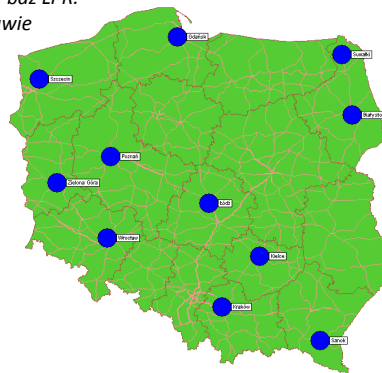
Celem projektu jest modernizacja infrastruktury 11 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, która pozwoli na wprowadzenie do eksploatacji nowoczesnych śmigłowców, zwiększy bezpieczeństwo startu i lądowania oraz zabezpieczy bazy przed dostępem osób niepowołanych. Ponadto zapewniona zostanie większa mobilność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

Tabela 2 Stan realizacji projektów wdrażanych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Numer decyzji	Nazwa Beneficjenta	Wartość ogółem	Dofinansowanie z EFRR	zatwierdzone wnioski o płatność - dofinansowanie z UE [zł]	%zaawansowania
POIS.12.01.00-00-064/10	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	44 236 482,91	36 704 710,98	34 869 475,35	95%
POIS.12.01.00-00-003/11		25 365 481,90	21 333 289,01	18 388 153,65	86%
		69 601 964,81	58 037 999,99	53 257 629,00	

Mapa nr 4: Rozmieszczenie terytorialne baz LPR.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie umowy o dofinansowanie



Etap 1 – obejmuje budowę baz w: Łodzi, Suwałkach, Poznaniu, Zielonej Górze, Sanoku, Białymstoku oraz Stacji Obsługi Technicznej w Szczecinie – Goleniowie. Wszystkie prace związane ze sprawami formalno-prawnymi, takimi jak: uzyskanie decyzji pozwoleń na budowę i zgłoszeniami robót nie wymagającymi pozwolenia na budowę zostały zakończone. Budowa baz HEMS w Suwałkach, Poznaniu, Sanoku, Białymstoku, Łodzi oraz Stacji Obsługi Technicznej w Szczecinie - Goleniowie zostały zakończone i przekazane do użytkowania. Budowa bazy HEMS w Zielonej Górze jest na etapie realizacji.



Baza w Łodzi

– zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy firmy T4B Sp. z o. o. w 100 %, zostało wystawionych i opłaconych 6 faktur za wykonaną pracę w wysokości 5 595 794,31 PLN. Pozwolenie na użytkowanie budynku uprawomocnione 19.12.12 r., pozwolenie na użytkowanie stacji paliw uprawomocnione 19.02.2013 r.



Baza w Suwałkach

– zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy firmy Fadbet S.A. w 100 %, zostało wystawionych i opłaconych 5 faktur za

wykonaną pracę w wysokości 6 136 470,00 PLN. Pozwolenie na użytkowanie obiektu zostało uprawomocnione 15.10.12 r.



Baza w Poznaniu

– zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy firmy Przedsiębiorstwo Inżynieryjne Ćwiertnia Sp. z o. o. w 100 %, zostało wystawionych i opłaconych 5 faktur za wykonaną pracę w wysokości 5 505 000,00 PLN. WWINB nie zgłosił sprzeciwu na użytkowanie obiektu w dniu 14.11.12 r.



Baza w Zielonej Górze

– zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy firmy Przedsiębiorstwo Inżynieryjno-budowlane Milbud Sp. z o. o. w ok. 95%, poziom finansowania dotychczas wykonanych prac budowlanych 87%, zostało wystawionych i opłaconych 10 faktur za wykonaną pracę w wysokości 4 596 888,57 PLN zł. Reszta płatności została wstrzymana - Generalny Wykonawca zrealizował budowę w części niezgodnie z dokumentacją projektową oraz bez uzgodnienia dokonywanych zmian z Inwestorem. Z odbioru etapów, o których mowa w umowie z firmą MILBUD Sp. z o.o. wyłączono elementy zewnętrzne obiektu, tj. płytę przedhangarową oraz płytę postojową śmigłowca. Stwierdzone na etapie odbiorów nieprawidłowości miały zostać poprawione przez Wykonawcę, w ramach zawartego aneksu, do 31 marca 2013 r. Niwelacja terenu zaś miała zostać wykonana do dnia 30 października 2013 r. Niestety Wykonawca nie podjął żadnych z ww. czynności. Dlatego zdecydowano o wyborze wykonawcy zastępczego. Dnia 16.10.2013 r. zawarto, w wyniku przeprowadzonego przetargu nieograniczonego, umowę z firmą PHU „Radom” Danuta Jędrzejewska na dokończenie budowy bazy HEMS w Zielonej Górze, polegające na odtworzeniu nawierzchni trawiastej, wymianie / naprawie płyty przedhangarowej, placu postojowego, schodów betonowych, torowiska, posadzki w hangarze oraz rampy dla śmigłowców. Zapłacono 3 faktury na łączną kwotę 309.806,29 PLN.

Baza posiada prawomocne pozwolenie na użytkowanie z dnia 11.01.2013 r.



Baza w Sanoku

– firmy Ecores Sp. z o. o. i Grand Technology Sp. z o. o. w dniu 21.06.2012 r. zakończyły budowę bazy, ostateczną decyzję PINB zezwalającą na użytkowanie obiektu uzyskano w dniu 09.07.12 r. Zostało wystawionych i rozliczonych 5 faktur na łączną kwotę 6 199 200,00 PLN.



Baza w Białymstoku

- zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy firmy Fadbet S.A. w 100 %, w związku z brakiem sprzeciwu przez WINB do użytkowania przystąpiono 17.10.12 r., zostało wystawionych i opłaconych 5 faktur za wykonaną pracę w wysokości 4 982 730,00 PLN.



SOT w Szczecinie – Goleniów

- zaawansowanie robót budowlanych wykonawcy firmy Prime Construcion Sp. z o.o. w 100%, ostateczną decyzję zezwalającą na użytkowanie budynku uzyskano w dniu 28.09.12 r., zostało

wystawionych i opłaconych 6 faktur za wykonaną pracę w wysokości 7 960 000,00 PLN.

Dostawca przesuwnic – platform pod śmigłowce - wykonawca firma ZM Jabłoński Sp. z o.o. zrealizowała zgodnie z umową dostawę platform do wszystkich planowanych baz. Zostały wystawione i opłacone 4 faktury na łączną kwotę 340 917,27 PLN.

Etap 2 – w dniu 08.03.2012 r. ogłoszono przetarg nieograniczony na wybór wykonawcy robót budowlanych etapu 2 – tj. 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, dla bazy w Kielcach - konsorcjum Ecores Sp. z o. o. z Grand Technology Sp. z o. o., dla bazy w Gdańsku - firma Warmińskie Przedsiębiorstwo Budowlane S. A. z siedzibą w Olsztynie.



Baza w Krakowie

- zaawansowanie robót budowlanych 100 %, wystawiono i opłacono 5 faktur na kwotę 5 499 230,38 PLN. Uzyskano decyzję o pozwoleniu na użytkowanie (decyzja z dnia 10.07.2013 r.)



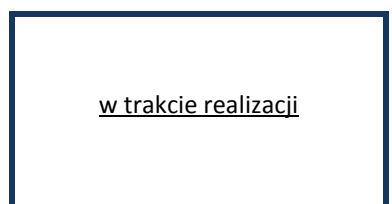
Baza w Kielcach

- zaawansowanie budowy 100 %, wystawiono i opłacono 5 faktur na kwotę 5 444 200 PLN. Ostateczną decyzję zezwalającą na użytkowanie budynku uzyskano w dniu 04.07.2013 r. (decyzja z dnia 20.06.2013 r.)



Baza w Gdańsku

- zaawansowanie robót budowlanych 100 %, wystawiono i opłacono 5 faktur na kwotę 4 525 862,71 PLN, uzyskano decyzję w sprawie pozwolenia na użytkowanie bazy (decyzja z dnia 12.09.2013 r.)



Baza we Wrocławiu

- zaawansowanie robót budowlanych 100 %, wystawiono i opłacono 5 faktur na kwotę 4 724 114,59 PLN. Uzyskano częściowe pozwolenie na użytkowanie – decyzja z dnia 26.09.2013 r. W trakcie budowy bazy HEMS dokonano, celem usprawnienia procedury

hangarowania śmigłowca, zmiany ukształtowania płyty przedhangarowej (jej pochylenia względem hangaru), a co się z tym wiąże, również zmiany położenia odwodnień liniowych i odpływów. Na etapie pozyskiwania pozwolenia na użytkowanie, Wojewódzki Inspektor Nadzoru Budowlanego uznał tę zmianę za istotną, tj. wymagającą wykonania projektu zamiennego. Na dzień dzisiejszy SPZOZ LOR dysponuje zatem pozwoleniem na użytkowanie z pewnymi wyłączeniami.

Projekt zamienny został już wykonany, obecnie SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oczekuje na wydanie decyzji o zamiennym pozwoleniu na budowę. Po jego otrzymaniu i uprawnomocnieniu przystąpi do uzyskania pozwolenia na użytkowanie obiektów wcześniej wyłączonych.

Centra Urazowe				
❖ Białystok	❖ Kraków	❖ Olsztyn	❖ Sosnowiec	❖ Zielona Góra
❖ Bydgoszcz	❖ Lublin	❖ Poznań	❖ Wrocław	
❖ Gdańsk	❖ Łódź	❖ Rzeszów	❖ Warszawa	

W ramach Działania 12.1 realizowanych jest 13 projektów dotyczących utworzenia **centrów urazowych** na realizację których przeznaczono 121 770 060 ,4 zł z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Do dnia 31 grudnia 2013 r. w ramach projektów dotyczących centrów urazowych zatwierdzono wnioski o płatność o wartości ok. 94,7 mln zł z EFRR, co stanowi 78% dofinansowania z UE zaplanowanego w umowach.

Zgodnie z umowami o dofinansowanie, realizacja rzeczowa 11 inwestycji została zakończona, 4 projekty zostały rozliczone płatnością końcową.

Numer decyzji	Nazwa Beneficjenta	Wniosek o płatność końcową	Dofinansowanie z EFRR	zatwierdzone wnioski o płatność - dofinansowanie z UE [zł]	%zaawansowania
POIS.12.01.00-00-001/11	Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze	Tak	9 522 159,00	9 522 158,98	100%
POIS.12.01.00-00-066/10	Wojskowy Instytut Medyczny	Tak	9 556 550,00	9 503 821,79	99%
POIS.12.01.00-00-069/10	Miasto Poznań	Tak	9 271 933,42	9 124 266,06	98%
POIS.12.01.00-00-070/10	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 Im.Św. Barbary	Tak	9 554 000,00	9 270 099,97	97%
POIS.12.01.00-00-068/10	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Nie	9 556 550,00	8 831 397,79	92%
POIS.12.01.00-00-065/10	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	Nie	9 380 496,36	8 569 348,50	91%
POIS.12.01.00-00-004/11	Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	Nie	9 556 550,00	8 311 947,08	87%
POIS.12.01.00-00-062/10	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Nie	9 546 180,00	7 697 922,76	81%
POIS.12.01.00-00-002/11	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	Nie	9 543 800,00	7 448 815,46	78%
POIS.12.01.00-00-063/10	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Nie	8 904 725,05	6 312 654,99	71%
POIS.12.01.00-00-004/10	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	Nie	9 556 550,00	3 756 576,68	39%
POIS.12.01.00-00-061/10	Szpital Uniwersytecki im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Nie	8 264 016,53	3 174 009,51	38%
POIS.12.01.00-00-067/10	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Nie	9 556 550,00	3 201 193,16	33%
	SUMA		121 770 060,36	94 724 212,73	78%

Tabela 3 Stan realizacji projektów dotyczących centrów urazowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

Wojewódzkie Centra Powiadamiania Ratunkowego

Z dniem 10 stycznia 2013 r. rozwiązano za porozumieniem stron umowę o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-060/10-00 na realizację projektu pn. „Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego”

OCENA POSTĘPU RZECZOWEGO I FINANSOWEGO

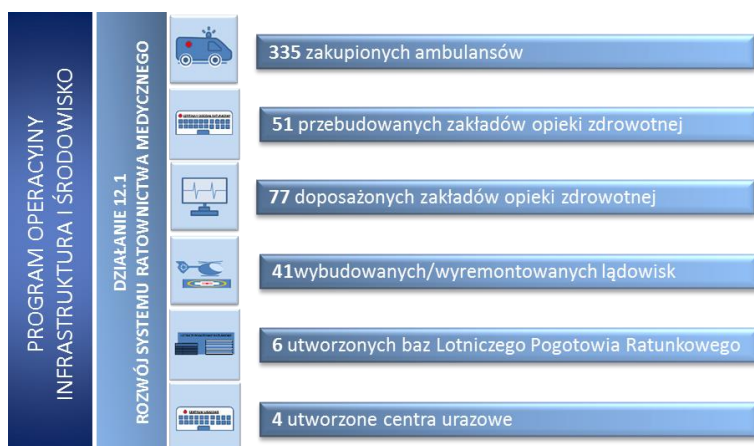
W ramach Działania 12.1 w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r., zarejestrowano w KSI – 207 wniosków o płatność (w tym 40 wniosków o płatność końcową).

Od początku uruchomienia Programu do końca 2013 roku zarejestrowano w KSI 1439 wniosków o płatność (w tym 243 wniosków o płatność końcową) na kwotę ok. 634,5 mln zł z EFRR.

W pierwszym półroczu 2013 r. zrealizowano płatności dla Beneficjentów (z uwzględnieniem zwrotów) w kwocie 80 826 801,94 zł (w tym z EFRR 76 088 722,15 zł), w tym z części budżetowej 71 564 658,59 oraz z rezerwy celowej 4 524 063, 56 zł.

Od uruchomienia Programu do końca 2013 r. na rzecz Beneficjentów Działania 12.1 przekazano płatności w wysokości 707 458 741,51 zł (w tym z EFRR - 686 047 451,34 zł).

Wartość wskaźników produktu i rezultatu zostały opracowane na podstawie złożonych i zatwierdzonych wniosków o płatność końcową (faktyczna realizacja) oraz na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie (szacowana realizacja). Informacje odnośnie kształtowania się wartości



wskaźników zostały przedstawione poniżej oraz w załączniku nr IV do przedmiotowego sprawozdania.

Do dnia 31 grudnia 2013 r. w ramach Działania 12.1 zakończono realizację 235 projektów na łączną kwotę dofinansowania z EFRR ok. 457 mln zł. Zakończono więc 86% inwestycji, rozliczając tym samym 62% wartości dofinansowania UE ze wszystkich podpisanych w ramach Działania umów.

Wykres nr 8: Wskaźniki postępu rzeczowej realizacji Działania 12.1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

WSKAŹNIKI PRODUKTU

1. Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu

W ramach 128 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. W ramach 8 rozwiązanych umów z powodu niedochowania zasady trwałości ze względu na utratę kontraktu z NFZ, Beneficjenci otrzymali płatności proporcjonalnie do zrealizowanego okresu trwałości. Zgodnie ze stanowiskiem IZ wyrażonym w piśmie z dnia 9 sierpnia 2012 r., znak: DWI-IV-92117-(2)-15-LJ/12, 13 szt. ambulansów zakupionych w ramach ww. rozwiązanych umów o dofinansowanie należy uwzględnić przy wyliczaniu wskaźnika dotyczącego liczby zakupionych karet. Ostateczna wartość ww. wskaźnika wynosi, więc 335 szt.

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.²

2. Liczba projektów

Do końca okresu sprawozdawczego w XII Priorytecie podpisano 352 umowy o dofinansowanie – **Liczba projektów**, ich realizacja zakładana jest do 2015 r. W chwili obecnej zakończonych jest 288 projektów. W ramach działania 12.1 podpisane są 272 umowy o dofinansowanie, z których 243 zostały zakończone. Zgodnie z obowiązującą na koniec okresu sprawozdawczego wersją Programu Operacyjnego (3.0) wartością docelową jest 500 projektów, niemniej IP złożyła propozycję obniżenia wartości ww. wskaźnika do 340 sztuk.³

3. Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego

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.⁴

4. Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej i Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej

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:

- 47 przebudowanych zoz w ramach konkursu na SOR-y,
- 4 przebudowane zoz realizujące projekty w zakresie centrum urazowego,
- 73 doposażone zoz-y w Konkursie na SOR-y
- 4 doposażone zoz-y realizujące projekty w zakresie centrum urazowego.

Przewiduje się, na podstawie zawartych umów, że docelowo będzie to kolejno 65 przebudowanych i 102 doposażone zakłady opieki zdrowotnej.

5. Liczba utworzonych centrów urazowych

Wskaźnik **Liczba utworzonych centrów urazowych** docelowo ma wynieść 9, niemniej jednak wg podpisanych umów o dofinansowanie zostanie utworzonych 13 centrów. Na koniec okresu sprawozdawczego wskaźnik został osiągnięty na poziomie 4 szt.

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

² Wskaźnik został obniżony do 320 szt. w wersji 4.0 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko zaakceptowanej przez Komisję Europejską decyzją z 27 stycznia 2014 r.

³ Wskaźnik został obniżony do 340 szt. w wersji 4.0 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko zaakceptowanej przez Komisję Europejską decyzją z 27 stycznia 2014 r.

⁴ Wskaźnik został usunięty z zapisów wersji 4.0 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko zaakceptowanej przez Komisję Europejską decyzją z 27 stycznia 2014 r.

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.

6. Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego

W chwili obecnej realizacja wskaźnika **Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego** wynosi 0, niemniej już 9 baz jest już zakończonych (6 rozliczonych), 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.

7. Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów

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 41 (19 projektów z Konkursu nr 2/2008 oraz 20 projektów z Konkursu nr 1/2010 oraz 2 projekty indywidualne dot. centrum urazowego). Na podstawie podpisanych umów szacuje się, że już w 2013 r. ww. wskaźnik osiągnie wartość docelową i będzie wynosił 74 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 i skuteczności funkcjonowania państwowego systemu ratownictwa medycznego, ogłoszono dodatkowy 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.

8. Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wył. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum urazowych)

Obecna realizacja wskaźnika **Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wył. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum urazowych)** na podstawie wniosków o płatność końcową wynosi 120 szt. Szacowana wartość docelowa na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie wynosi 147 szt. Natomiast zgodnie z zapisami SZOP miała wynosić 100 szt.

Sposób prezentowania ww. danych poprzez zsumowanie projektów, które w swoim zakresie mają doposażenie 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, powyższy sposób prezentacji danych odzwierciedla rzeczywistą skalę nakładów inwestycyjnych na SOR. 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.

Ponadto, na wzrost wartości docelowej wskaźnika mają wpływ środki z Krajowej Rezerwy Wykonania, które m.in. zostały skierowane na projekty związane z ratownictwem medycznym.

WSKAŹNIKI REZULTATU

1. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego

Wartość docelowa wskaźnika **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 IIŚ oraz przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym powinna wynosić do 8 minut w mieście powyższej 10 tys mieszkańców oraz do 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców. Na koniec 2012 r. ww. wskaźnik wynosił kolejno 5,9 minuty oraz 13 minut. Niższa wartość mediany wynika z kilku przyczyn. Przede wszystkim, na zapewnienie odpowiedniego tempa reagowania zespołów ratownictwa medycznego wpływa dodatkowa liczba zakupionych ambulansów w ramach XII Priorytetu PO IIŚ, 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. Wartość wskaźnika za rok 2013 nie jest obecnie znana, bowiem proces zbierania danych z poszczególnych województw nie został jeszcze zakończony.

Należy również dodać, iż wartość wskazana w PO IIŚ 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 uwolniły się w związku z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie z WCPR zostały 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.

Realizacja Działania 12.2 w 2013 roku

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.

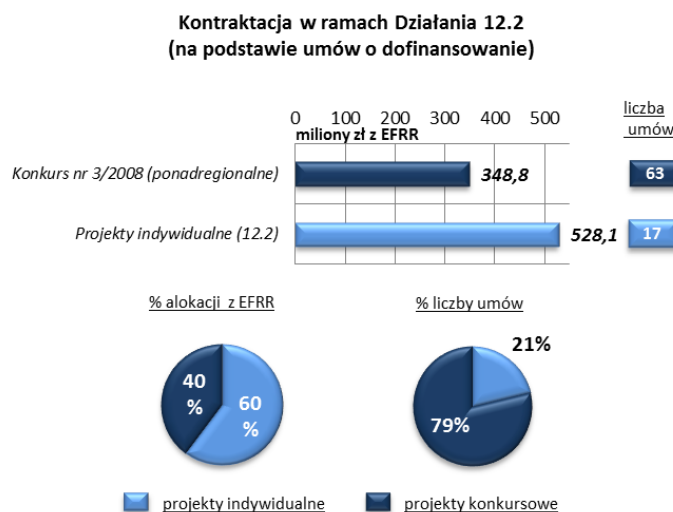
Do końca 2013 roku w ramach Działania 12.2 weryfikację formalną przeszło pozytywnie i zostało zarejestrowanych w KSI (SIMIK 07-13) 90 wniosków o dofinansowanie, na łączną kwotę wnioskowanego dofinansowania wynoszącą 1 001,4 mln zł.

W ramach Działania 12.2 podpisanych zostało 80 umów o dofinansowanie na kwotę 876 907 716,92 zł z EFRR, w tym w ramach projektów konkursowych 63 umowy na kwotę 348 843 186,03 zł z EFRR oraz 17 w ramach projektów indywidualnych na kwotę 528 064 530,89 zł z EFRR. Podział alokacji w ramach Działania 12.2 na poszczególne rodzaje projektów na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie zawiera wykres nr 8.

Alokacja przeznaczona na Działanie wynosi ok. 224,4 mln euro z EFRR. Wartość podpisanych umów o dofinansowania na koniec okresu sprawozdawczego (z uwzględnieniem wydatków już certyfikowanych do KE) wykorzystuje alokację na poziomie 92,99%⁵. Zmniejszenie poziomu kontraktacji w ramach Działania 12.2 wynika częściowo z oszczędności generowanych przez projekty, ale w głównej mierze fakt ten jest spowodowany przeniesieniem do działania wolnych środków z działania 12.1.

Od stycznia 2013 r. do grudnia 2013 r. podpisano trzy umowy o dofinansowanie na łączną kwotę ok. 77,67 mln zł, w tym ok. 65,97 mln zł z EFRR. Przedmiotowe umowy dotyczą projektów:

1. Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie
2. Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie
3. Wzmocnienie systemu wielokierunkowej diagnostyki i terapii pacjentów wymagających wdrożenia procedur wczesnej interwencji medycznej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie



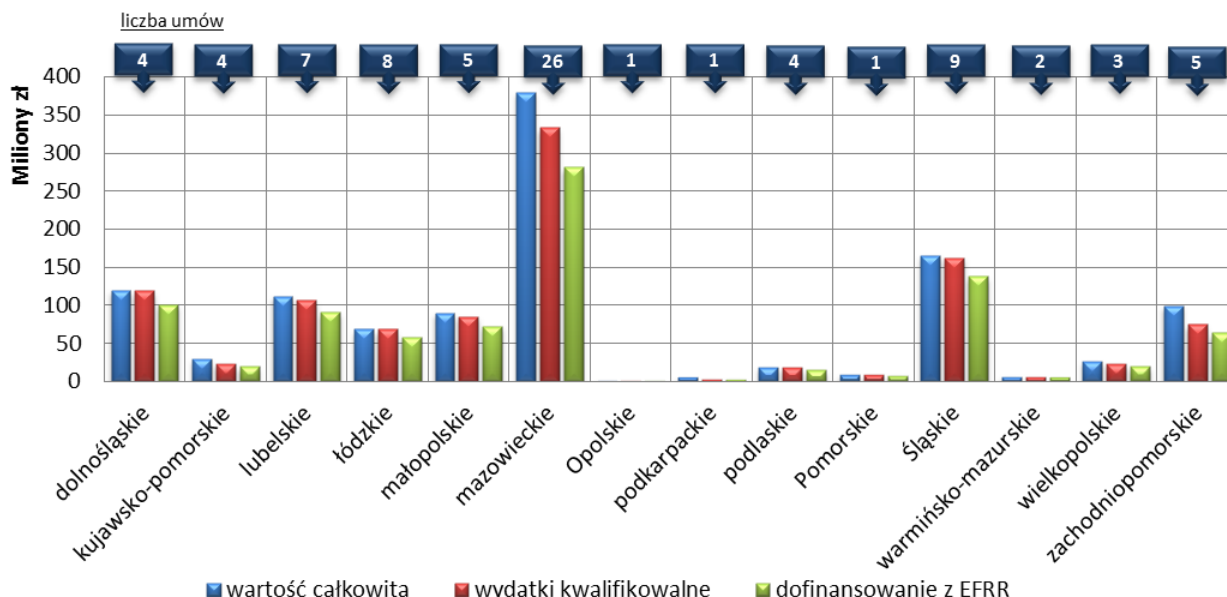
Wykres nr 9: Podział alokacji Działania 12.2 na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie KSI SIMIK 07-13 z dnia 31.12.2013 r.

⁵ Przy kursie euro 4,1487 zł

W ramach Działania 12.2 w minionym okresie sprawozdawczym nie ogłoszono żadnego nowego naboru wniosków o dofinansowanie.

Umowy o dofinansowanie w Działaniu 12.2 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 10: Umowy o dofinansowanie w Działaniu 12.2 w podziale na województwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

DZIAŁANIE 12.2 - POSTĘPOWANIA KONKURSOWE

Dotychczas w ramach przedmiotowego Działania ogłoszony został 1 nabór wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym: Konkurs nr 3 (szpitale ponadregionalne).

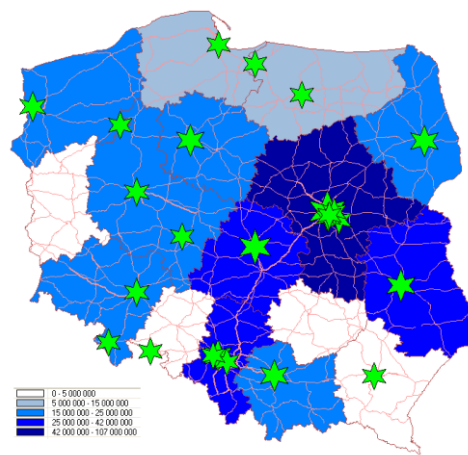
KONKURS NR 3/2008

- ❖ 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,
- ❖ Zakupu aparatury obrazowej,
- ❖ Zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii.

Analizując proces kontraktacji w ramach konkursu nr 3/2008 najwięcej umów o dofinansowanie podpisano w województwie mazowieckim, bo aż 17.

Za nim z 7 podpisanymi umowami uplasowało się województwo łódzkie oraz śląskie.

Największy strumień środków EFRR w ramach Konkursu nr 3/2008 popłynął, więc do województwa mazowieckiego, bo aż ok. 106 mln zł z EFRR. Beneficjenci z województwa łódzkiego otrzymali łącznie ok. 41 mln zł z EFRR, a z województwa śląskiego ok. 39 mln zł z EFRR. Najmniejszy strumień środków w ramach Konkursu nr 3/2008 popłynął do województwa opolskiego i

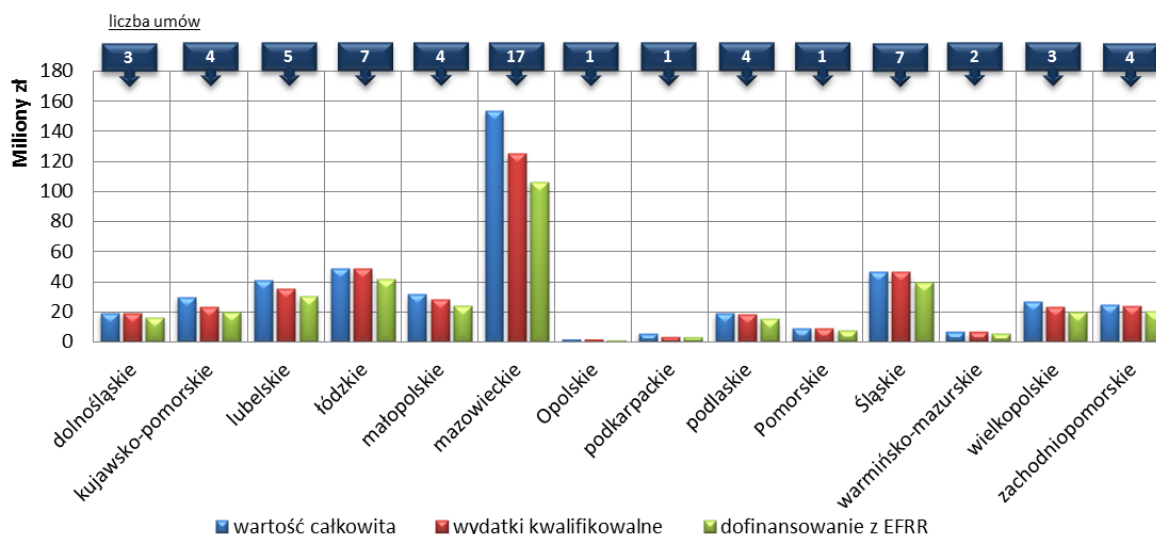


Mapa nr 5: Rozmieszczenie projektów dotyczących szpitali ponadregionalnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

podkarpackiego, odpowiednio ok. 1,3 mln zł z EFRR i ok. 2,90 mln zł z EFRR. W województwie lubuskim oraz świętokrzyskim nie jest realizowany żaden projekt z Konkursu nr 3/2008.

Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 3/2008 w ujęciu regionalnym



Wykres nr 11: Umowy o dofinansowanie w konkursie nr 3/2008 w podziale na województwa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

DZIAŁANIE 12.2 – PROJEKTY INDYWIDUALNE

Od uruchomienia Programu do końca 2013 r. z Beneficjentami projektów indywidualnych w ramach Działania 12.2 podpisano 17 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 670 mln zł, w tym 528 mln zł z EFRR.

W analizowanym okresie sprawozdawczym złożone zostały dwa wnioski o dofinansowanie na realizację projektów indywidualnych umieszczonych na Liście projektów indywidualnych ze statusem rezerwowy:

- ✓ WND-POIS.12.02.00-00-001/13, złożony w dniu 20 czerwca 2013 r. na realizację projektu pn. „Wzmocnienie systemu wielokierunkowej diagnostyki i terapii pacjentów wymagających wdrożenia procedur wczesnej interwencji medycznej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie” (Wnioskodawca: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus).

Ocenę dokumentacji przeprowadzano w dniach:

- od dnia 2013-06-25 do dnia 2013-07-08 ocena formalna Wniosku,
- od dnia 2013-07-24 do dnia 2013-07-31 ocena merytoryczna I stopnia Wniosku,
- od dnia 2013-07-25 do dnia 2013-08-05 ocena merytoryczna II stopnia Wniosku.

Zespół ds. oceny formalnej projektów, pozytywnie ocenił wniosek pod względem spełnienia kryteriów formalnych i przekazał do oceny merytorycznej I stopnia. Ocena merytoryczna I i II stopnia prowadzone były równolegle. W wyniku oceny merytorycznej I stopnia projekt uzyskał 104 punkty. Zespół ds. oceny merytorycznej projektów ocenił projekt pod kątem spełnienia kryteriów merytorycznych II stopnia pozytywnie. W trakcie oceny nie skorzystano z udziału ekspertów z listy MRR celem wydania opinii. W dniu 6 sierpnia 2013 r. podjęto decyzję w sprawie dofinansowania (decyzja została zaakceptowana przez Ministra Zdrowia w dniu 12 sierpnia 2013 r.). Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 9 843 450,50 zł. Umowę o dofinansowanie ww. projektu podpisano w dniu 27 września 2013 r.

- ✓ WND-POIS.12.02.00-00-002/13, złożony w dniu 26 czerwca 2013 r. na realizację projektu pn. „Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie” (Wnioskodawca: Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego).

Ocenę dokumentacji przeprowadzano w dniach:

- od dnia 2013-07-08 do dnia 2013-07-16 ocena formalna Wniosku,
- od dnia 2013-07-24 do dnia 2013-08-07 ocena merytoryczna I stopnia Wniosku,
- od dnia 2013-07-25 do dnia 2013-08-05 ocena merytoryczna II stopnia Wniosku.

Zespół ds. oceny formalnej projektów, pozytywnie ocenił wniosek pod względem spełnienia kryteriów formalnych i przekazał do oceny merytorycznej I stopnia. Ocena merytoryczna I i II stopnia prowadzone były równolegle. W wyniku oceny merytorycznej I stopnia projekt uzyskał 86 punktów. Zespół ds. oceny merytorycznej projektów ocenił projekt pod kątem spełnienia kryteriów merytorycznych II stopnia pozytywnie. W trakcie oceny nie skorzystano z udziału ekspertów z listy MRR celem wydania opinii. W dniu 7 sierpnia 2013 r. podjęto decyzję w sprawie dofinansowania (decyzja została zaakceptowana przez Ministra Zdrowia w dniu 12 sierpnia 2013 r.). Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 27 168 205,12 zł. Umowę o dofinansowanie ww. projektu podpisano w dniu 24 września 2013 r.

W minionym okresie w ramach Działania 12.2 podpisano 3 umowy o dofinansowanie na realizację projektów indywidualnych na łączną kwotę ok. 77,67 mln zł, w tym ok. 65,97 mln zł z EFRR. Wskazane umowy dotyczą wsparcia następujących projektów indywidualnych:

Lp.	Numer umowy/decyzji	Nazwa beneficjenta	Tytuł projektu	Kwota z EFRR [zł]
1	POIS.12.02.00-00-005/12	Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach	Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez zakup nowego aparatu rezonansu magnetycznego dla Centrum Onkologii Oddział w Gliwicach	10 200 000,00
2	POIS.12.02.00-00-008/12	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi	Poprawa jakości specjalistycznych usług medycznych poprzez remont oraz zakup nowoczesnego wyposażenia dla Kliniki Neonatologii oraz Kliniki Intensywnej Terapii Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt w Instytucie "CZMP" w Łodzi	16 940 117,50
3	POIS.12.02.00-00-001/11	Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"	Rozbudowa i Przebudowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” (Blok Operacyjny, OIT I, OIT II i OIT III) oraz budowa łącznika dla śmigłowców.	25 500 000,00
4	POIS.12.02.00-00-005/09	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	58 650 000,00
5	POIS.12.02.00-00-001/09	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce - Zdrój	Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój	48 185 910,26
6	POIS.12.02.00-00-002/13	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie	27 168 205,12
7	POIS.12.02.00-00-003/09	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wyskospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej	33 126 200,00

8	POIS.12.02.00-00-007/12	Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. Eleonory Reicher	Doposażenie w aparaturę medyczną Instytutu Reumatologii w Warszawie metodą na zwiększenie jakości dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.	2 338 880,40
9	POIS.12.02.00-00-004/09	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Rozbudowa Szpitala Klinicznego Nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych PUM	43 603 564,08
10	POIS.12.02.00-00-002/12	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	Poprawa dostępności i jakości procedur kardiologii inwazyjnej w leczeniu ostrych stanów kardiologicznych i wad strukturalnych serca w ramach hospitalizacji w SPCSK w Warszawie	5 525 000,00
11	POIS.12.02.00-00-002/11	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy w Otwocku	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	3 672 075,77
12	POIS.12.02.00-00-002/09	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	31 441 551,00
13	POIS.12.02.00-00-004/12	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie	28 955 844,99
14	POIS.12.02.00-00-001/13	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	Wzmocnienie systemu wielokierunkowej diagnostyki i terapii pacjentów wymagających wdrożenia procedur wczesnej interwencji medycznej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie	9 843 450,50
15	POIS.12.02.00-00-001/12	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	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	88 604 999,99
16	POIS.12.02.00-00-006/12	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu – „Przylądek Nadziei”. Rozbudowa Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o nowy blok Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej.	85 000 000,00
17	POIS.12.02.00-00-003/12	Wojskowy Instytut Medyczny	Poprawa jakości diagnostyki obrazowej i leczenia poprzez wymianę systemu rezonansu magnetycznego w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie	9 308 731,28
Suma				528 064 530,89

Tabela 4 Lista projektów indywidualnych realizowanych w ramach Działania 12.2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

OCENA POSTĘPU RZECZOWEGO I FINANSOWEGO

W ramach Działania 12.2 w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r., zarejestrowano w KSI - 143 wniosków o płatność (w tym 15 wniosków o płatność końcową).

Od początku uruchomienia Programu do końca 2013 roku zarejestrowano w KSI 662 wnioski o płatność (w tym 53 wniosków o płatność końcową) na kwotę ok. 572,7 mln zł z EFRR.

W pierwszym półroczu 2013 r. zrealizowano płatności dla Beneficjentów (z uwzględnieniem zwrotów) w kwocie 166 461 862,37 zł, w tym z EFRR 146 034 052,77 zł (w tym z części budżetowej 116 220 225,95 zł oraz z rezerwy celowej 29 813 826,82 zł).

Tabela 5: Stan realizacji projektów indywidualnych wdrażanych w ramach Działania 12.2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

Numer decyzji	Nazwa Beneficjenta	Wniosek o płatność końcową	Dofinansowanie z EFRR	zatwierdzone wnioski o płatność - dofinansowanie z UE [zł]	%zaawansowania
POIS.12.02.00-00-002/11	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy w Otwocku	Tak	3 672 075,77	3 672 076	100%
POIS.12.02.00-00-003/09	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	Tak	33 126 200,00	33 121 101	100%
POIS.12.02.00-00-002/09	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	Tak	31 441 551,00	30 451 932	97%
POIS.12.02.00-00-001/09	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w	Tak	48 185 910,26	46 170 776	96%
POIS.12.02.00-00-003/12	Wojskowy Instytut Medyczny	Nie	9 308 731,28	8 787 058	94%
POIS.12.02.00-00-001/11	Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"	Nie	25 500 000,00	23 696 441	93%
POIS.12.02.00-00-005/09	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Nie	58 650 000,00	54 243 772	92%
POIS.12.02.00-00-004/09	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Nie	43 603 564,08	40 161 680	92%
POIS.12.02.00-00-004/12	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Nie	28 955 844,99	16 269 334	56%
POIS.12.02.00-00-006/12	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Nie	85 000 000,00	9 461 534	11%
POIS.12.02.00-00-002/13	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	Nie	27 168 205,12	2 140 357	8%
POIS.12.02.00-00-001/12	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	Nie	88 604 999,99	973 470	1%
POIS.12.02.00-00-008/12	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi	Nie	16 940 117,50	163 795	1%
POIS.12.02.00-00-002/12	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	Nie	5 525 000,00	49 873	1%
POIS.12.02.00-00-001/13	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	Nie	9 843 450,50	6 273	0%
POIS.12.02.00-00-005/12	Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach	Nie	10 200 000,00	-	0%
POIS.12.02.00-00-007/12	Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. Eleonory Reicher	Nie	2 338 880,40	-	0%
	SUMA		528 064 530,89	269 369 472,00	51%

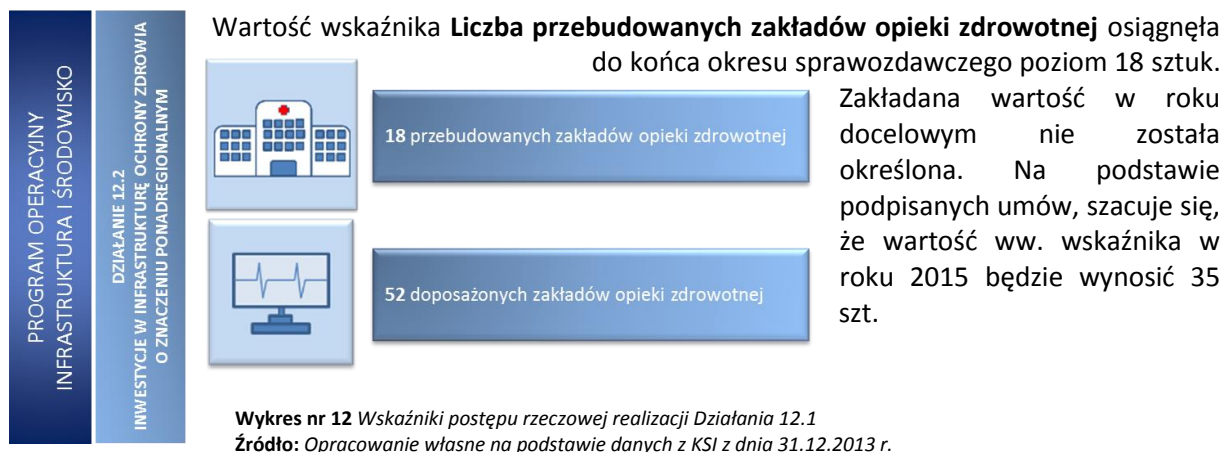
Od uruchomienia Programu do 30 czerwca 2013 r. na rzecz Beneficjentów łącznie przekazano płatności w kwocie 702 357 901,58 zł (w tym z EFRR 613 430 362,51 zł).

Wartość wskaźników produktu i rezultatu zostały opracowane na podstawie złożonych i zatwierdzonych wniosków o płatność końcową (realizacja) oraz na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie (szacowana realizacja). Informacje odnośnie kształtowania się wartości wskaźników zostały przedstawione poniżej oraz w załączniku nr IV do przedmiotowego sprawozdania.

Do końca 2013 r. w ramach Działania 12.2 zakończono realizację 53 projektów na łączną kwotę dofinansowania z EFRR ok. 380 mln zł. Zakończono więc 66% inwestycji, rozliczając tym samym 43% wartości dofinansowania UE ze wszystkich podpisanych w ramach Działania umów.

WSKAŹNIKI PRODUKTU

1. Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej



2. Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej

Wartość wskaźnika **Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej** osiągnęła do końca okresu sprawozdawczego poziom 52 szt. Zakładana wartość w roku docelowym nie została określona. Na podstawie podpisanych umów, szacuje się, że wartość ww. wskaźnika w roku 2015 będzie wynosić 76 szt.

Przebudowa i doposażenie zakładów opieki zdrowotnej dzięki środkom finansowym pozyskanym z EFRR prowadzi do poprawy dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych mieszkańcom kraju. Realizacja projektów pozwala na dokładniejszą i szybszą diagnozę co przyczynia się do zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności Polaków z powodu m.in. chorób naczyniowo – sercowych (jednej z najczęstszych przyczyn zgonów), poprzez poprawę dostępności, jakości i efektywności specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w lecznictwie specjalistycznym, ambulatoryjnym i stacjonarnym, dzięki modernizacji infrastruktury oraz inwestycji w nowoczesny sprzęt diagnostyczno – terapeutyczny.

WSKAŹNIKI REZULTATU

1. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej

Wskaźnik rezultatu Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej wykazuje wartość wyższą od zakładanej, co jest zjawiskiem wysoce korzystnym z punktu widzenia sektora ochrony zdrowia. Obecna wartość wskaźników wynosi 7,49 lat i jest niższa niż zakładana wartość docelowa na poziomie 10 lat.

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.

2. Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych

Wartość wskaźnika jest już wyższa od wartości docelowej, która została wyznaczona na poziomie 89,6 tys. os./miesiąc. Wyliczenia wskaźnika zarówno za rok 2012 jak i 2013 nie jest obecnie możliwe z uwagi na brak danych GUS w zakresie liczby osób leczonych w zakładach opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Spraw Wewnętrznych w latach wyżej wymienionych. Niemniej jednak biorąc pod uwagę tylko liczbę leczonych w ciągu roku 2012 w zakładach opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (1 268 672 os.) wskaźnik ten kształtuje się na poziomie 105,7 tys. os./miesiąc, czyli wyższym niż wartość docelowa.

3. Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem

Wartość wskaźnika rezultatu Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem wynosi 280 378 szt. (jest to wartość osiągnięta od początku wdrażania). Docelowo w ramach Działania 12.2 przewiduje się, iż osiągnie wartość 1 176 723 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.

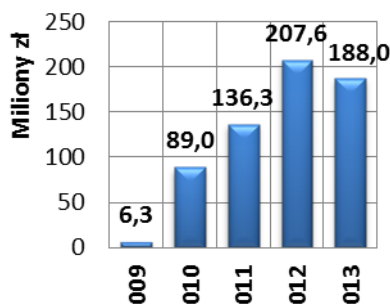
PLANOWANY PRZEBIEG REALIZACJI PRIORYTETU W NASTĘPNYCH OKRESACH SPRAWOZDAWCZYCH

- Wdrażanie projektów konkursowych i indywidualnych;
- Wpisanie na listę projektów indywidualnych nowych projektów celem zakontraktowania 100% alokacji;

2.1.2. Informacja nt. realizacji prognoz i planowanego postępu finansowego

W 2013 roku w ramach XII osi priorytetowej PO IiŚ certyfikowano 361 174 547,83 zł wydatków kwalifikowalnych, co pozwoliło na wykonanie 105,97% celu certyfikacji przyjętego przez Radę Ministrów.

Zgodnie z *Planem wydatkowania środków w 2014 r. w programach współfinansowanych z funduszy europejskich w ramach Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia 2007 – 2013* docelowy poziom wydatków kwalifikowalnych certyfikowanych do KE w samym 2014 roku w ramach XII osi priorytetowej ma wynieść 208 537 tys. zł, aby narastająco na koniec 2014 r. wynieść 1 618 604 tys. zł.

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego**Kwota z EFRR wykazana w Poświadczeniach i deklaracjach wydatków (12.1)****Wykres nr 13:** Kwota z EFRR wykazana w Poświadczeniach i deklaracjach wydatków (12.1) [mln zł]

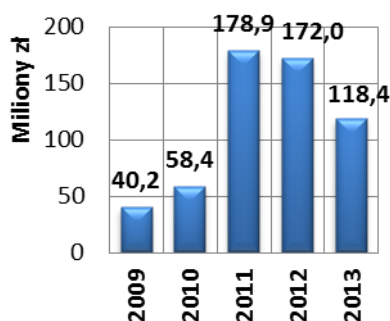
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

Cel certyfikacji dla Działania 12.1 na rok 2013 wynosił 241 730 605 zł wydatków kwalifikowalnych. Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych za 2013 rok, wyniosła łącznie 221 463 990,9 zł, w tym 187 963 020 zł z EFRR, co stanowi 91,6% wykonania prognozy na cały 2013 rok. Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych od początku realizacji programu narastająco wyniosła 739 622 642,6 zł, w tym dofinansowanie z EFRR – 627 194 398,3 zł.

Do dnia 31 grudnia 2013 r. zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE równą ok. 634,54 mln zł, co stanowi ok. 79% wartości dofinansowania udzielonego z EFRR

w umowach.

W pierwszym półroczu 2013 r. zrealizowano płatności dla beneficjentów (z uwzględnieniem zwrotów) w kwocie 54 651 367,84 zł (w tym z EFRR 50 912 486,24 zł). Prognoza (harmonogram) płatności na rzecz beneficjentów do zrealizowania w kolejnym roku sprawozdawczym 2014 r. określona została na 27 432 832,00 zł w tym 26 578 932,00 zł z EFRR (I kwartał – 17 934 095,28 zł (w tym 17 528 050,17 zł z EFRR), II kwartał – 4 462 185,05 zł (w tym 4 311 488,11 zł z EFRR), III kwartał – 4 308 398,15 zł (w tym 3 975 140,20 zł z EFRR), IV kwartał – 764 153,52 zł (w tym 764 153,52 zł z EFRR).

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym**Kwota z EFRR wykazana w Poświadczeniach i deklaracjach wydatków (12.2)****Wykres nr 14:** Kwota z EFRR wykazana w Poświadczeniach i deklaracjach wydatków (12.2) [mln zł]

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 31.12.2013 r.

Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych za 2013 rok wyniosła łącznie 139 710 556,9 zł, w tym 118 375 146,3 zł z EFRR. Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych od początku realizacji programu narastająco wyniosła 670 444 122,8 zł, w tym dofinansowanie z EFRR 567 751 304,7 zł. Zgodnie z Prognozą certyfikacji wniosków o płatność w ramach PO IiŚ, wartość ww. wydatków miała wynosić w 2013 roku 99 099 973 zł wydatków kwalifikowalnych. Cel ten został osiągnięty w ponad 140%.

Do końca 2013 r. zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE równą ok. 571,46 mln zł, co stanowi ok. 65% wartości dofinansowania udzielonego z EFRR w umowach.

W 2013 r. zrealizowano płatności dla beneficjentów (z uwzględnieniem zwrotów) w kwocie 166 461 862,37 zł, w tym

Prognoza (harmonogram) płatności na rzecz Beneficjentów do zrealizowania w kolejnym roku sprawozdawczym 2014 r. określona została na 162 771 168,00 zł w tym 138 106 168,00 zł z EFRR (I kwartał – 28 316 738,83 zł (w tym 20 842 373,55 zł z EFRR), II kwartał – 81 859 547,53 zł (w tym 73 205 443,03 zł z EFRR), III kwartał – 31 899 266,00 zł (w tym 27 181 008,6 zł z EFRR), IV kwartał – 20 695 615,64 zł (w tym 16 877 342,82 zł z EFRR).

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 335 ambulansów, wybudowano 41 lądowisk dla helikopterów, zmodernizowano oraz doposażono 77 szpitalnych oddziałów ratunkowych.

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 przewlekłe 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 52 oraz przebudowanie 18 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 IIŚ 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”).

PRZEDSIĘWZIĘCIA PRIORYTETU XII PO IIŚ WPISUJĄCE SIĘ W OBSZARY PRIORYTETOWE KRAJOWEGO PROGRAMU REFORM

Inwestycje w ramach Priorytetu XII PO IIŚ 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 IIŚ, 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 IIŚ 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 335 karettek spełniających najwyższe standardy, co pozwoliło 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 94 SOR, tj. 43 % wszystkich SOR. Realizacja przedsięwzięć mających na celu budowę lub przebudowę lądowisk dla helikopterów, podjazdów dla karettek, zapewnienie powierzchni wystarczającej do jednoczesnego przyjęcia co najmniej czterech osób, które znajdują się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, bądź też zakupie/wymianie 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 ze środków EFRR wsparto ok. 33 % wszystkich lądowisk funkcjonujących przy SOR, przebudowanych/doposażonych/wybudowanych zostanie 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 z 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 IiŚ”. „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, wskazuje informacje, że „inwestowanie w ramach Priorytetu XII PO IiŚ 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.”

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 IiŚ 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 poszkodowanych 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 dotarcia 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 anestezjologii 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 anestezjologiczny, sprzęt endoskopowy, sprzęt dezynfekcyjno-myjący, sprzęt chirurgiczny i operacyjny, sprzęt reanimująco-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 - 97 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 64 szt., Działanie 12.2 – 33 szt.)
- Aparaty RTG z ramieniem C – 61 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 46 szt., Działanie 12.2 - 15 szt.)
- Tomografy komputerowe - 23 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 12 szt., Działanie 12.2 - 11 szt.)
- Angiografy - 13 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 2 szt., Działanie 12.2 - 11 szt.)
- Aparaty do rezonansu magnetycznego – 8 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 1 szt., Działanie 12.2 - 7 szt.)
- Aparaty do scyntygrafii - 4 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 0 szt., Działanie 12.2- 4 szt.)
- Aparaty USG - 128 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 84 szt., Działanie 12.2 - 44 szt.)
- Aparaty do echokardiografii - 12 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 1 szt., Działanie 12.2 - 11 szt.)
- Aparaty do elektroencefalografii - 2 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 1 szt., Działanie 12.2 - 1 szt.)
- Densytometry - 2 szt. (w tym: Działanie 12.1 – 0 szt., Działanie 12.2 - 2 szt.)
- Aparaty EKG – 180 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 142 szt., Działanie 12.2 – 38 szt.)
- Defibrylatory- 604 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 506 szt., Działanie 12.2 - 98 szt.)
- Respiratory - 869 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 604 szt., Działanie 12.2 - 265 szt.)
- Endoskopy - 46 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 11 szt., Działanie 12.2 – 35 szt.)
- Kardiomonitorzy – 1005 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 615 szt., Działanie 12.2 – 390 szt.)
- Bronchoskopy - 63 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 32 szt., Działanie 12.2 – 31 szt.)

- Łóżka pooperacyjne - 549 szt. (w tym: Działanie 12.1 - 242 szt., Działanie 12.2 - 307 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 kardiomonitoring 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. Pracownie wykorzystujące sprzęt emitujący promieniowanie jonizujące, zostaną wyposażone w rejestratory dawki promieniowania, co wpływa na komfort i bezpieczeństwo pracy personelu medycznego.

Dzięki budowie całodobowych 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 polepszeniem 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 LiŚ, 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 lat, natomiast po dokonaniu zakupu ze środków PO LiŚ 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 na dobę) czyli ok. 10 500 badań w roku. W ramach XII Priorytetu PO IiŚ zrealizowany został zakup 19⁶ 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 osób⁷.

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.***

Równość szans

Projekty wdrażane w ramach Działania 12.1 oraz Działania 12.2 Priorytetu XII PO IiŚ 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

⁶ Zgodnie z obecnie podpisanymi umowami liczba tomografów wynosi 21, aparatów USG jest 120, natomiast raport został sporządzony z grudnia 2011 r.

⁷ WHO zaleca by 1 komora hiperbaryczna była dostępna dla populacji 3 mln osób.

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 IiŚ 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 REALIZOWANYCH W RAMACH XII PRIORYTETU

DZIAŁANIE 12.1

KONKURS 1/2008 (AMBULANSE)



Projekt pn. „Poprawa efektywności systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez wymianę dwóch zużytych ambulansów”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-007/08-00 przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Toruniu.

Przedmiotowy projekt dotyczy wymiany dwóch zużytych ambulansów na nowe środki transportu sanitarnego. Celem ogólnym projektu jest poprawa stanu zdrowia i bezpieczeństwa mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Zostanie to osiągnięte dzięki zmniejszeniu liczby powikłań pacjentów (np. osób, którzy ulegli wypadkom drogowym) oraz przez skrócenie czasu leczenia pacjentów. Zespoły ratownictwa medycznego posiadające wysokiej jakości sprzęt medyczny gwarantują możliwość szybkiego i trafnego diagnozowania chorób. Dzięki nowym ambulansom i wyposażeniu skróci się czas oczekiwania na diagnozę, co umożliwi zachowanie zasady „złotej godziny” i rozpoczęcie specjalistycznego leczenia natychmiast po przewiezieniu pacjenta na oddział ratunkowy. Wpłynie to na zmniejszenie liczby powikłań osób, które ucierpiały w wypadkach drogowych lub też z powodu zawałów serca. Szybsza możliwość reagowania na stany zagrożenia wpłynie na skrócenie czasu leczenia. Sprawna i skuteczna interwencja zespołów ratownictwa medycznego umożliwi pacjentom szybszy powrót do zdrowia i do aktywności zawodowej. Cel ogólny projektu zwraca uwagę na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa. Realizacja projektu wpłynie na poprawę jakości interwencji Zespołów Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Toruniu.

KONKURS NR 2/2008 (SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE)



Projekt pn. „Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu” realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr WND-POIS.12.01.00-00-281/08

Projekt dotyczy wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w niezbędny sprzęt, w tym sprzęt wykorzystujący nowoczesne technologie, przez co poprawi się jakość i dostępność udzielanych usług medycznych w zakresie ratownictwa medycznego na terenie województwa dolnośląskiego. W ramach projektu zakupiono m. in.: Aparat EKG (3 szt.), Aparat RTG (1 szt.), Analizator parametrów krytycznych (1 szt.), Centrala monitorująca z 10-cioma monitorami (10 szt.), Aparat USG (1 szt.), Defibrylator (5 szt.), Respirator transportowy (5 szt.), Ssak elektryczny (5 szt.), Wózek reanimacyjny z wyposażeniem (4 szt.), Respirator stacjonarny (5 szt.), Aparat do znieczulania (2 szt.), Pompy strzykawkowe ze stojakiem (30 szt.), Pompy objętościowe (20 szt.), System ogrzewania pacjenta (5 szt.), Ogrzewacz płynów i krwi (5 szt.), Bronchoskop (1 szt.), Platforma Force

Triad z wyposażeniem (1 szt.), Kapnometr (2 szt.), Łóżka reanimacyjne (10 szt.), Wózki do przewożenia pacjentów (5 szt.), Wózki zabiegowe (5 szt.), Stoliki zabiegowe z regulowanym blatem (10 szt.). Brak nowoczesnej aparatury diagnostycznej i leczniczej oraz monitorującej i analizującej wszelkie zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu człowieka w sytuacjach zagrożenia życia, znacznie zmniejsza szanse pacjenta na przeżycie. Realizacja projektu pozwoli na dostosowanie SOR-u Szpitala do obowiązujących przepisów prawa, przez co przyczyni się do zmniejszenia śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

Należy mieć na uwadze, iż Wrocław stanowi kluczowy węzeł komunikacyjny regionu, a przez jego teren przebiega większość najważniejszych szlaków transportowych, w tym trzy drogi krajowe oraz odcinek autostrady A4. W bliskiej odległości od miasta, na Bielanach Wrocławskich znajduje się węzeł autostrady i dróg: nr 5, nr, 8 i nr 35.

Realizacja projektu przyczynia się do osiągnięcia celu głównego Priorytetu XII POIiS, jakim jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i związany z nią wzrost liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy

KONKURS nr 1/2010 (ładowiska)



Projekt pn. „Budowa Ładowiska 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.

Przedmiotem projektu była budowa całodobowego ładowiska dla helikoptera Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na budynku nowo wybudowanego obiektu Szpitala w Nysie. Lokalizacja ładowiska 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 (CENTRUM URAZOWE)



Projekt pn. „Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego” realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr WND-POIS.12.01.00-00-004/11.

Zakres rzeczowy projektu obejmuje:

- Wykonanie dodatkowej Sali operacyjnej dla potrzeb funkcjonowania Centrum Urazowego,
- Wyposażenie Bloku Operacyjnego w niezbędną aparaturę medyczną (stół operacyjny, lampa operacyjna, kolumna chirurgiczna, kolumna anestezjologiczna, aparat RTG-ramię C, aparat do znieczuleń, 2 lampy czołowe),
- Roboty budowlane dotyczące infrastruktury elektroenergetycznej w zakresie zasilania w energię elektryczną sprzętu medycznego Bloku Operacyjnego (wymiana agregatu prądotwórczego uruchamianego ręcznie na agregat automatyczny, wymiana falowników na UPS zasilania bezprzerwowego, dostosowanie rozdzielni budynkowych do współpracy z nowym agregatem),
- Roboty budowlane dotyczące infrastruktury gospodarki cieplnej w zakresie modernizacji i rozbudowy węzła cieplnego dla potrzeb wentylacji mechanicznej i klimatyzacji Bloku Operacyjnego (wymiana wymienników ciepła technologicznego o większej wydajności, wymiana pomp obiegowych ciepła technologicznego o wyższych parametrach technicznych i sieci przesyłowych na większe średnice).

Głównym efektem realizacji projektu będzie powstanie Centrum Urazowego w wyniku modernizacji i doposażenia Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Wydzielona funkcjonalnie część Szpitala dostosowana zostanie do wymogów określonych w zaktualizowanej

ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego. Rezultaty niewymierne to: skrócenie czasu diagnozowania pacjentów, zwiększenie bezpieczeństwa diagnozowania pacjentów, szybka i kompleksowa pomoc medyczna, zwiększenie kontroli i niezawodności podtrzymywania funkcji życiowych, zmniejszenie powikłań, obniżenie wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego.

DZIAŁANIE 12.2

KONKURS NR 3/2008 (SZPITALE PONADREGIONALNE)



Projekt pn. „Wzrost jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych 10 WSK z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy poprzez zakup sprzętu medycznego dla intensywnej terapii” realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr WND-POIS.12.02.00-00-002/08

Przedmiotem projektu jest zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego oraz specjalistycznej aparatury obrazowej spełniające aktualne standardy medyczne, w tym wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej celem wyposażenia Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Projekt zakłada zakup nowoczesnych wyrobów medycznych służących do diagnostyki i terapii pacjentów znajdujących się w ciężkim stanie, a także do monitorowania stanu ich zdrowia na poszczególnych etapach leczenia i umożliwiające specjalistyczną opiekę zdrowotną na najwyższym poziomie w krytycznych przypadkach utraty zdrowia, wymagających intensywnej terapii i monitorowania, przy użyciu aparatury medycznej i urządzeń telemedycznych. Projekt dotyczy zakupu specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej najnowszej generacji, pozwalającej na jakościowe podniesienie poziomu leczenia i zwiększenie dostępności nowoczesnych metod, w bardzo wrażliwym obszarze leczenia, jakim są nagłe przypadki utraty zdrowia i zastosowanie koniecznej w tych sytuacjach intensywnej terapii. Projekt zapewni aparaturę monitorującą i wspomagającą leczenie ważnych dla życia układów i narządów. Zakres rzeczowy dotyczy również wykonania montażu kolumn oraz infrastruktury systemu CIS – centralnego systemu nadzoru pozwalającego na komunikację pomiędzy poszczególnymi monitorami pacjentów i stacjami roboczymi, w celu precyzyjnego nadzorowania pacjentów w ciężkim stanie tak, aby w chwili zaistnienia wskazań zostali skierowani do OKAiIT, co poprawi skuteczność leczenia szpitalnego. Projekt zakłada zakup m.in. respiratorów, kardiomonitorów, łóżek intensywnej terapii z materacem przeciwoleżynowym, aparatów do znieczulenia ogólnego, defibrylatorów, aparatów do monitorowania ciśnienia śródczaszkowego, monitorów głębokości znieczulenia, zestawów komputerowych z oprogramowaniem, aparatów do pomiaru RR, urządzeń do pomiaru rzutu serca, pomp infuzyjnych i aparatów do ciągłej terapii nerko zastępczej.

Projekt przyczyni się bezpośrednio do poprawy efektywności świadczonych w skali ponadregionalnej usług zdrowotnych, co w efekcie pośrednio doprowadzi do poprawy stanu zdrowotności mieszkańców. Ponadto, umożliwi dodatkowo wszechstronną diagnostykę i leczenie pacjentów w Klinikach i Oddziałach klinicznych w przypadku skomplikowanych sytuacji zdrowotnych, u pacjentów wymagających intensywnej terapii.

Przedmiotowy projekt ma charakter kompleksowej i docelowej realizacji potrzeb inwestycyjnych w obszarze intensywnej terapii w Szpitalu i spowoduje, że Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii 10 WSK z Polikliniką SP ZOZ będzie jednym z najnowocześniejszych w skali kraju. Projekt przyczyni się do :

- osiągnięcia wzrostu nakładów na innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia (wzrostu udziału usług wysokiej jakości w procesie leczenia),
- skrócenia czasu procedur medycznych,
- zwiększenia efektywności procedur,
- zmniejszenia energochłonności urządzeń i aparatury w wyniku stosowania nowych technologii,

- skrócenia średniego czasu cyklu procedur medycznych,
- integracji systemów medycznych w skali regionalnej (wzrostu liczby nowych procedur medycznych).

PROJEKT INDYWIDUALNY(INFRASTRUKTURA PONADREGIONALNA)



Projekt nr WND-POIS.12.02.00-00-002/13 pn. „Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie”

Projekt ma na celu poprawę dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego (kardiologia, kardiochirurgia, świadczonych przez Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie i kierowanych w szczególności do mieszkańców centralnej i północno-wschodniej Polski, gdzie zlokalizowany jest Projekt oraz mieszkańców całego kraju, którzy rokrocznie stanowią znaczący odsetek pacjentów Instytutu Kardiologii. Efektem projektu będzie poprawa usług medycznych w zakresie kardiologii i kardiochirurgii oraz dostępności do wysokiej jakości opieki medycznej.

Projekt poprzez modernizację IK wraz z doposażeniem w wysokospecjalistyczną aparaturę obrazową ma w szczególności na celu: podniesienie standardu świadczonych usług, poprzez doposażenie w nowoczesny wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny, dostosowanie usprzętowania IK do obowiązujących norm i standardów użytkowania, jak również wymogów prawa, podniesienie poziomu życia mieszkańców centralnej i północno-wschodniej Polski oraz innych regionów kraju, poprzez poprawę jakości infrastruktury ochrony zdrowia na poziomie ponadregionalnym, zwiększenie dostępności i możliwości realizacji wysokospecjalistycznych usług medycznych z zakresu kardiologii i kardiochirurgii wykonywanych w IK, co z kolei przełoży się na zmniejszenie kolejki oczekujących, skierowanych na badania, skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych, dzięki wykorzystaniu nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego, stworzenie możliwości realizacji pełnego zakresu funkcjonalnego IK, zapewnienie odpowiednich warunków funkcjonowania doposażonych oddziałów, zwiększenie sprawności i bezawaryjności urządzeń medycznych, poprzez dostęp do nowych technologii.

Wybrane technologie poszczególnych elementów usprzętowania przełożą się na wysoką jakość usług, a tym samym na poprawę bezpieczeństwa pacjentów oraz zwiększenie ilości wykonywanych badań, bezpieczeństwa pracy personelu IK, w wyniku wymiany wyeksploatowanego i awaryjnego sprzętu medycznego, dostosowanie usprzętowania IK do obowiązujących norm i standardów użytkowania, jak również wymogów prawa, zmniejszenie energochłonności aparatury medycznej, poprzez jej wymianę na energooszczędne, innowacyjne i wysokospecjalistyczne urządzenia medyczne.

Realizacja projektu przyczyni się do osiągnięcia zakładanych celów na poziomie rezultatu, w roku 2016 (1 rok po zakończeniu projektu):

- Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej – 4,62.
- Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalu wysokospecjalistycznym – 1167.
- Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem – 117 148.
- Liczba pacjentów korzystających z infrastruktury ochrony zdrowia objętych wsparciem (osoby/rok) – 70 000.

Realizacja projektu zapewni następujące korzyści społeczno-gospodarcze:

- wydłużenie okresu życia mieszkańców Polski,
- wzrost liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy,
- zwiększenia liczby „zdrowych” lat pracy społeczeństwa,
- zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy w Polsce,
- redukcja umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce – 3% rocznie,

- zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych,
- poprawa infrastruktury ochrony zdrowia oraz standardu wyposażenia w sprzęt medyczny,
- podniesienie standardu obiektów ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym oraz unowocześnienie ich wyposażenia,
- zwiększenie skuteczności działań jednostek ochrony zdrowia w stanach zagrożenia zdrowotnego,
- spadek zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego,
- poszerzenie oferty usług medycznych placówek ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym,
- wzrost liczby placówek ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, posiadających specjalistyczny sprzęt medyczny,
- skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów.

Zgodnie z założeniem przedmiotowego projektu – poprzez modernizację oraz doposażenie Instytutu Kardiologii w Warszawie powstanie możliwość obsłużenia większej liczby pacjentów. Prognozuje się, że w wyniku realizacji projektu dzięki majątkowi wytworzonemu liczba hospitalizacji wzrośnie do około 21 000 pacjentów rocznie.

WNIOSKI I REKOMENDACJE WYDANE PODCZAS PROWADZONYCH BADAŃ EWALUACYJNYCH

W wyniku przeprowadzonych badań ewaluacyjnych dotyczących wdrażania Działania 12.1 i 12.2 Priorytetu XII, wydano rekomendacje i zalecenia dotyczące m.in. jakości sporządzanej dokumentacji aplikacyjnej, procesu kontraktacji środków finansowych oraz procesu ich wydatkowania.

Mając na uwadze powyższe wnioski i rekomendacje, zakończono proces kontraktacji – podpisywanie umów o dofinansowanie zarówno z beneficjentami aplikującymi o dofinansowanie w drodze konkursów jak i beneficjentami indywidualnymi. W momencie uwolnienia środków finansowych, dokonywano oceny wniosków o dofinansowanie posiadających status rezerwowych i podpisywano kolejne umowy o dofinansowanie.

W II kwartale 2011 r. IW zorganizowała warsztaty dla Beneficjentów w zakresie wypełniania wniosków o płatność. Program warsztatów obejmował m.in. zasady wypełniania formularza wniosku o płatność, zasady przygotowania załączników do wniosku o płatność, opisy do dokumentów księgowych przedstawianych we wnioskach o płatność.

W I i II kwartale 2011 r. zorganizowano seminaria nt. procedur przetargowych w aspekcie kontroli projektów oraz kwalifikowalności wydatków w projektach realizowanych w ramach XII Priorytetu. Ponadto zorganizowano szkolenia z zakresu rozliczania projektów realizowanych w ramach XII Priorytetu POLiŚ, w tym ewidencji księgowej i realizowania płatności.

W 2012 r. zorganizowano szkolenie dla beneficjentów, z którymi umowy o dofinansowanie podpisano w 2012 r. Szkolenie dotyczyło *Realizacji i rozliczania projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach XII osi Priorytetowej POLiŚ*.

Ponadto, na stronie internetowej IW zamieszczono broszurę informacyjną dla Beneficjentów XII Priorytetu POLiŚ, w której poza szczegółowymi informacjami dot. sposobu wypełniania wniosków o płatność, wskazane zostały najczęściej popełniane błędy podczas wypełniania wniosku o płatność. Broszura została również rozesłana do wszystkich użytkowników Newslettera IW. Wersja papierowa broszury informacyjnej została przekazana do Beneficjentów za pośrednictwem poczty tradycyjnej, jak również jest dystrybuowana podczas szkoleń i innych wydarzeń promocyjnych.

Poza tym na bieżąco (telefonicznie, pocztą elektroniczną oraz drogą oficjalną), udzielane są wszystkim zainteresowanym informacje dotyczące XII Priorytetu POLiŚ. Prowadzone są również konsultacje osobiste z Beneficjentami odwiedzającymi punkt informacyjny. Prowadzona jest także dystrybucja materiałów informacyjnych i promocyjnych nt. Priorytetu XII.

Należy również podkreślić, że z uwagi na fakt, iż na chwilę obecną nie przewiduje się kolejnych naborów wniosków w ramach Priorytetu XII, zalecenia wydane podczas prowadzonych badań ewaluacyjnych, mogą stanowić wytyczne mając przełożenie na przyszły okres programowania.

Ponadto, przeprowadzone w 2012 r. badanie „*Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020*” pozwoliło na zgłębienie wiedzy nt. aktualnego stanu infrastruktury jednostek ochrony zdrowia, a także potrzeb inwestycyjnych niezbędnych do zapewnienia odpowiedniej dostępności i jakości udzielanych świadczeń, co przełożyło się na lepsze zaplanowanie i przygotowanie profilu wsparcia dla sektora zdrowia w nowej perspektywie finansowej UE na lata 2014 – 2020. Dodatkowo, mając na uwadze rekomendację: „*należy podjąć negocjacje z MRR, mające na celu radykalne uproszczenie procedur i doprowadzenie do napisania formularza wniosku oraz instrukcji wypełniania językiem mniej urzędowym, lecz znacznie bardziej zrozumiałym dla przeciętnego odbiorcy*”, sektor zdrowia zgłosił także propozycje w zakresie uproszczeń dla beneficjentów jakie mogą zostać zastosowane w aplikowaniu o środki, a także realizacji i rozliczaniu projektów w kolejnej perspektywie finansowej.

2.1.3. Pomoc ponownie wypłacona lub wykorzystana

W omawianym okresie sprawozdawczym (od 2013-01-01 do 2013-12-31) zarówno w ramach Działania 12.1 jak 12.2 nie stwierdzono przypadków niezachowania przez beneficjentów przepisów dotyczących trwałości projektu (art. 57 rozporządzenia nr 1083/2006).

Jednak w związku z rozwiązanymi w 2013 r. umowami o dofinansowanie (w ramach działania 12.1 rozwiązano w 2013 r. 4 umowy o dofinansowanie: nr UDA-POIS.12.01.00-00-052/10-00, UDA-POIS.12.01.00-00-060/10-00, UDA-POIS.12.01.00-00-224/08-00, UDA-POIS.12.01.00-00-240/08-00) na podstawie ustawy o finansach publicznych Instytucja Wdrażająca zwróciła się do Beneficjentów o zwrot środków wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych. W niniejszym okresie sprawozdawczym (od 2013-01-01 do 2013-12-31) w ramach Działania 12.1 odzyskano środki finansowe (EFRR) w łącznej wysokości 332 307,21 zł z czego kwota 11 899,99 zł stanowi środki dofinansowania z tytułu rozwiązanych umów o dofinansowanie oraz kwota 320 407,22 zł środki dofinansowania z tytułu wykrytych nieprawidłowości po zatwierdzeniu wniosków o płatność.

W omawianym okresie sprawozdawczym (2013-01-01 do 2013-12-31) w ramach Działania 12.2 odzyskano środki dofinansowania (EFRR) w łącznej wysokości 51 482,64 zł z tytułu wykrytych nieprawidłowości po zatwierdzeniu wniosków o płatność.

2.2. Opis istotnych problemów we wdrażaniu wraz z podjętymi środkami zaradczymi

WE WDRAŻANIU DZIAŁANIA 12.1 ZIDENTYFIKOWANO NASTĘPUJĄCE PROBLEMY:

1. NISKA JAKOŚĆ WNISKÓW 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

2.3. Zgodność z prawodawstwem

2.3.1. Zgodność realizowanego priorytetu z prawodawstwem w zakresie zamówień publicznych

W trakcie wdrażania Priorytetu XII w 2013 roku zidentyfikowano cztery problematyczne przypadki o charakterze systemowym związane ze stosowaniem prawa zamówień publicznych - naruszenia związane z niepełną transpozycją prawa unijnego do prawa krajowego:

- 1) PROJEKT NR WND-POIS.12.02.00-00-001/09 PN. „PRZEBUDOWA I ROZBUDOWA WRAZ Z WYPOSAŻENIEM KLINIKI PNEUMONOLOGII I MUKOWISCYDOZY W INSTYTUCIE GRUŻLICY I CHORÓB PŁUC ODDZIAŁ TERENOWY W RABCE – ZDRÓJ”

W postępowaniu na „Wykonanie robót budowlanych dla inwestycji obejmującej przebudowę i rozbudowę Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddziału Terenowego im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju” (Sygnatura postępowania: 20/2007) stwierdzono naruszenie polegające na wydłużeniu terminu składania ofert o 7 dni - bez publikowania sprostowania (zmiany) ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. W świetle załącznika nr 1a do *Wytycznych w zakresie korygowania wydatków nieprawidłowo poniesionych w ramach POIiŚ* powyższe naruszenie postanowień 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 usług skutkuje 5% korektą finansową (wartość korekty: 2.361.565,25 zł). Mając jednak na uwadze, że nieprawidłowość dotyczy postępowania przetargowego prowadzonego pod reżimem ustawy Prawo zamówień publicznych obowiązującej przed nowelizacją, która weszła w życie w dniu 24 października 2008 r. oraz jest związana z brakiem transpozycji prawa unijnego do prawa polskiego i stanowi błąd niewynikający z działania lub zaniechania beneficjenta, realizacja korekty nastąpi poprzez odpowiednie pomniejszenie Poświadczenia i deklaracji wydatków.

- 2) PROJEKT NR WND-POIS.12.02.00-00-005/09 PN. „POPRAWA EFEKTYWNOŚCI LECZENIA CHORÓB PŁUC W INSTYTUCIE GRUŻLICY I CHORÓB PŁUC W WARSZAWIE”

W postępowaniu na „Wykonanie robót budowlanych stanu surowego zamkniętego budynku w ramach realizacji zadania inwestycyjnego pn „Budowa bloku operacyjnego wraz ze sterylizacją i oddziałem intensywnej terapii oraz kliniki szybkiej diagnostyki w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie” (Sygnatura postępowania: DZP/65/RB/08) stwierdzono naruszenie polegające na żądaniu złożenia zaświadczenia z właściwej izby inżynierów budownictwa jako dokumentu potwierdzającego, że osoby proponowane do wykonania zamówienia publicznego posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności. W odniesieniu do postępowań wszczętych w okresie od 20 października 2007 r. do 13 grudnia 2008 r. wymóg złożenia w/w dokumentu traktowany jest przez Komisję Europejską jako żądanie, które mogło wpłynąć na zachowanie konkurencji i równego traktowania wykonawców i związane jest wyłącznie z faktem, iż krajowy system prawny nie był dostosowany do ustawodawstwa unijnego. Zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r. Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.), termin na implementację prawa wspólnotowego do krajowego porządku prawnego upłynął w dniu 20 października 2007 r. Rzeczpospolita Polska w tym czasie nie implementowała przepisów ww. dyrektywy pozwalających na tymczasową rejestrację w regionalnej izbie inżynierów budownictwa osobom, które zdobyły uprawnienia zawodowe na terytorium innych państw członkowskich. W zakresie uznawania uprawnień do wykonywania samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie, tj. możliwości uzyskania tymczasowej rejestracji w regionalnej izbie inżynierów budownictwa Rzeczpospolita Polska implementowała przepisy dyrektywy 2005/36/WE w dniu 13 grudnia 2008 r. ustawą z dnia 7 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów oraz ustawy - Prawo budowlane (Dz. U. nr 210, poz. 1321.).

W świetle załącznika nr 1a do Wytycznych w zakresie korygowania wydatków nieprawidłowo poniesionych w ramach POIiŚ powyższe naruszenie postanowień 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 usług, dotyczące naruszenia zasady zachowania konkurencji i równego traktowania wykonawców skutkuje 5% korektą finansową. Wartość korekty: 81 210,13 zł (dofinansowanie UE: 69 028,61 zł).

Mając jednak na uwadze, że nieprawidłowość jest związana z brakiem transpozycji prawa unijnego do prawa polskiego i nie wynika z działania lub zaniechania beneficjenta, realizacja korekty nastąpi poprzez odpowiednie pomniejszenie Poświadczenia i deklaracji wydatków.

3) PROJEKT NR WND-POIS.12.02.00-00-005/09 PN. „POPRAWA EFEKTYWNOŚCI LECZENIA CHOROÓB PŁUC W INSTYTUCIE GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC W WARSZAWIE”

W postępowaniu na „Wykonanie dokumentacji projektowej i kosztorysowej realizacji zadania inwestycyjnego pn. Budowa bloku operacyjnego wraz ze sterylizacją i oddziałem intensywnej terapii oraz kliniki szybkiej diagnostyki w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie” (sygnatura postępowania: DZP/35/U/08), stwierdzono naruszenie polegające na żądaniu złożenia zaświadczenia z właściwej izby inżynierów budownictwa jako dokumentu potwierdzającego, że osoby proponowane do wykonania zamówienia publicznego posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności. W odniesieniu do postępowań wszczętych w okresie od 20 października 2007 r. do 13 grudnia 2008 r. wymóg złożenia w/w dokumentu traktowany jest przez Komisję Europejską jako żądanie, które mogło wpłynąć na zachowanie konkurencji i równego traktowania wykonawców i związane jest wyłącznie z faktem, iż krajowy system prawny nie był dostosowany do ustawodawstwa unijnego. Zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r. Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.), termin na implementację prawa wspólnotowego do krajowego porządku prawnego upłynął w dniu 20 października 2007 r. Rzeczpospolita Polska w tym czasie nie implementowała przepisów ww. dyrektywy pozwalających na tymczasową rejestrację w regionalnej izbie inżynierów budownictwa osobom, które zdobyły uprawnienia zawodowe na terytorium innych państw członkowskich. W zakresie uznawania uprawnień do wykonywania samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie, tj. możliwości uzyskania tymczasowej rejestracji w regionalnej izbie inżynierów budownictwa Rzeczpospolita Polska implementowała przepisy dyrektywy 2005/36/WE w dniu 13 grudnia 2008 r. ustawą z dnia 7 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów oraz ustawy - Prawo budowlane (Dz. U. nr 210, poz. 1321.).

W świetle załącznika nr 1a do Wytycznych w zakresie korygowania wydatków nieprawidłowo poniesionych w ramach POIiŚ powyższe naruszenie postanowień 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 usług, dotyczące naruszenia zasady zachowania konkurencji i równego traktowania wykonawców skutkuje 5% korektą finansową. Wartość korekty: 104 920,00 zł (dofinansowanie UE: 89 181,99 zł). Mając jednak na uwadze, że nieprawidłowość jest związana z brakiem transpozycji prawa unijnego do prawa polskiego i nie wynika z działania lub zaniechania beneficjenta, realizacja korekty nastąpi poprzez odpowiednie pomniejszenie Poświadczenia i deklaracji wydatków.

4) PROJEKT NR WND-POIS.12.01.00-00-340/08 PN. „ROZBUDOWA I PRZEBUDOWA SZPITALA POWIATOWEGO W NOWYM TOMYŚLU – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Z WYPOSAŻENIEM”

W postępowaniu na „Rozbudowę i Przebudowę Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu przy ul. Sienkiewicza” (sygnatura postępowania: OG – 3431/II/08), stwierdzono naruszenie polegające na żądaniu złożenia zaświadczenia z właściwej izby inżynierów budownictwa jako dokumentu potwierdzającego, że osoby proponowane do wykonania zamówienia publicznego posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności. W odniesieniu do postępowań wszczętych w okresie od 20 października 2007 r. do 13 grudnia 2008 r. wymóg złożenia w/w dokumentu traktowany jest przez Komisję Europejską jako żądanie, które mogło wpłynąć na zachowanie

konkurencji i równego traktowania wykonawców i związane jest wyłącznie z faktem, iż krajowy system prawny nie był dostosowany do ustawodawstwa unijnego. Zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE z dnia 7 września 2005 r. Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.), termin na implementację prawa wspólnotowego do krajowego porządku prawnego upłynął w dniu 20 października 2007 r. Rzeczpospolita Polska w tym czasie nie implementowała przepisów ww. dyrektywy pozwalających na tymczasową rejestrację w regionalnej izbie inżynierów budownictwa osobom, które zdobyły uprawnienia zawodowe na terytorium innych państw członkowskich. W zakresie uznawania uprawnień do wykonywania samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie, tj. możliwości uzyskania tymczasowej rejestracji w regionalnej izbie inżynierów budownictwa Rzeczpospolita Polska implementowała przepisy dyrektywy 2005/36/WE w dniu 13 grudnia 2008 r. ustawą z dnia 7 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o samorządach zawodowych architektów, inżynierów budownictwa oraz urbanistów oraz ustawy - Prawo budowlane (Dz. U. nr 210, poz. 1321.). W świetle załącznika nr 1a do *Wytycznych w zakresie korygowania wydatków nieprawidłowo poniesionych w ramach POIiŚ* powyższe naruszenie postanowień 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 usług, dotyczące naruszenia zasady zachowania konkurencji i równego traktowania wykonawców skutkuje 5% korektą finansową

W tym samym postępowaniu stwierdzono również naruszenie polegające na wydłużeniu terminu składania ofert o 14 dni - bez publikowania sprostowania (zmiany) ogłoszenia o zamówieniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. W świetle załącznika nr 1a do *Wytycznych w zakresie korygowania wydatków nieprawidłowo poniesionych w ramach POIiŚ* powyższe naruszenie postanowień 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 usług skutkuje 5 % korektą finansową.

Obydwie nieprawidłowości skutkują łącznie 5% korektą finansową. Wartość korekty: 175 975,83 zł (dofinansowanie UE: 149 579,45 zł).

Mając jednak na uwadze, że obydwie nieprawidłowości dotyczą postępowania przetargowego prowadzonego pod reżimem ustawy Prawo zamówień publicznych obowiązującej przed nowelizacją, która weszła w życie w dniu 24 października 2008 r. oraz są związane z brakiem transpozycji prawa unijnego do prawa polskiego i stanowią błąd nie wynikający z działania lub zaniechania beneficjenta, realizacja korekty nastąpi poprzez odpowiednie pomniejszenie Poświadczenia i deklaracji wydatków.

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 (jeżeli dotyczy)

Nie dotyczy

2.3.3. Zgodność działania 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 Wytyczne w zakresie kontroli realizacji POIiŚ. Wytyczne 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 Działalności, 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 Działalności 12.1 i 12.2.

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

W omawianym okresie sprawozdawczym, w projektach realizowanych w Działaniu 12.1 i 12.2 nie stwierdzono przypadków zasadniczych modyfikacji na mocy art. 57 rozporządzenia nr 1083/2006

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.

Koordynacja 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/maksymalne 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 IiŚ 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 POIiŚ.

- 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 nowym 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 ślusarki okiennej, drzwiowej, sufitów podwieszanych, remont i wymianę posadzek) oraz doposażenie oddziału (m. in. kardiomonitor, respiratory, aparaty do znieczulenia, wózki anestezjologiczne). 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 3) – 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. W/w klauzule, zgodnie z informacją zawartą w sprawozdaniu rocznym za 2011 rok są sukcesywnie usuwane z umów o dofinansowanie w przypadku ich aneksowania.

W omawianym okresie sprawozdawczym, w przypadku projektu pn. „*Uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z budową heliportu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy*”, usunięto ww. klauzulę aneksem nr UDA-POIS-12.01.00-00-248/08-04 z dnia 24 czerwca 2013 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 w/w 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 uzupełnienia dokumentacji środowiskowej. Mając na uwadze powyższe IW nie prowadzi monitoringu realizacji klauzul warunkowych regulujących tryb uzupełniania dokumentacji środowiskowej.

Tabela 6 Klauzule warunkowe

Lp.	Nazwa projektu	Czy projekt duży? (tak/nie)	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
1.	Rozwój systemu ratownictwa medycznego regionu poprzez budowę	nie	603 088,09	0,0	tak	2008-11-28

Lp.	Nazwa projektu	Czy projekt duży? (tak/nie)	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 /zezwoleniu na realizację inwestycji drogowej
	ładowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.					
2.	Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez dostosowanie infrastruktury ratownictwa medycznego SMS im. G. Narutowicza w Krakowie do wymogów prawa.	nie	4 196 589,43	0,00	tak	2007-05-31
3.	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez budowę ładowiska oraz zakup wyrobów medycznych dla SOR Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie.	nie	1 707 167,92	0,00	tak	2005-11-18

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: 24.02.2014 r., Warszawa
	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do zatwierdzenia sprawozdania i wydania oświadczenia w ramach Instytucji Pośredniczącej: Agnieszka Kister

Dane osoby sporządzającej sprawozdanie	Imię i nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie: Rafał Wójcik
	Dane kontaktowe osoby sporządzającej sprawozdanie (telefon, adres e-mail, fax) Tel. 022 530 03 59 Fax. 0 22 530 03 50 e-mail: r.wojcik@mz.gov.pl
Oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu są zgodne z prawdą	Data i miejsce: 24.02.2014 r., Warszawa
	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do zatwierdzenia sprawozdania: Agnieszka Kister
	Podpis osoby upoważnionej do zatwierdzania sprawozdania:

Załączniki, które powinny zostać dołączone do sprawozdania:

Formularz sprawozdawczy dotyczący informacji i promocji – załącznik 7a.

Formularz sprawozdawczy dotyczący wskaźników – załącznik 6a tabela 1a i tabela 1b.

SPIS ILUSTRACJI

TABELE

Tabela 1 Lista projektów indywidualnych realizowanych w ramach Działania 12.1	11
Tabela 2 Stan realizacji projektów wdrażanych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.	12
Tabela 3 Stan realizacji projektów dotyczących centrów urazowych.	15
Tabela 4 Lista projektów indywidualnych realizowanych w ramach Działania 12.2	24
Tabela 5: Stan realizacji projektów indywidualnych wdrażanych w ramach Działania 12.2	25
Tabela 6 Klauzule warunkowe	52

WYKRESY

Wykres nr 1: Podział alokacji osi priorytetowej XII na działania (dane w euro).	3
Wykres nr 2: Stan realizacji priorytetu XII PO Infrastruktura i Środowisko	3
Wykres nr 3: Podział alokacji Działania 12.1 na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie (w mln zł.	5
Wykres nr 4: Umowy o dofinansowanie w Działaniu 12.1 w podziale na województwa.	5
Wykres nr 5: Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 1/2010 w podziale na województwa.	7
Wykres nr 6: Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 2/2008 w podziale na województwa.	8
Wykres nr 7: Umowy o dofinansowanie w Konkursie nr 1/2008 w podziale na województwa.(Wykres uwzględnia 8 rozwiązanych umów o dofinansowanie w ramach których zakupiono 13 ambulansów)	9
Wykres nr 8: Wskaźniki postępu rzeczowej realizacji Działania 12.1	16
Wykres nr 9: Podział alokacji Działania 12.2 na podstawie podpisanych umów o dofinansowanie (w mln zł).	20
Wykres nr 10: Umowy o dofinansowanie w Działaniu 12.2 w podziale na województwa	21
Wykres nr 11: Umowy o dofinansowanie w konkursie nr 3/2008 w podziale na województwa	22
Wykres nr 12 Wskaźniki postępu rzeczowej realizacji Działania 12.1	26
Wykres nr 13: Kwota z EFRR wykazana w Poświadczeniach i deklaracjach wydatków (12.1) [mln zł]	28
Wykres nr 14: Kwota z EFRR wykazana w Poświadczeniach i deklaracjach wydatków (12.1) [mln zł]	28

MAPY

Mapa nr 1: Rozmieszczenie wspartych lądowisk w ramach Konkursu nr 1/2010	7
Mapa nr 2: Rozmieszczenie projektów dotyczących szpitalnych oddziałów ratunkowych.	9
Mapa nr 3: Rozmieszczenie zakupionych ambulansów w Konkursie nr 1/2008.	10
Mapa nr 4: Rozmieszczenie terytorialne baz LPR.	12
Mapa nr 5: Rozmieszczenie projektów dotyczących szpitali ponadregionalnych	21