

Załącznik 4.

Sprawozdanie roczne/końcowe z wdrażania priorytetu

1. Informacje wstępne

PROGRAM OPERACYJNY	Cel: Konwergencja
	Kraj/obszar kwalifikowany: Polska
	Okres programowania: 2007-2013
	Numer Programu (CCI): 2007/PL/16/1/PO/002
	Nazwa Programu: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
	Nazwa priorytetu: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności ochrony zdrowia
SPRAWOZDANIE ROCZNE/KOŃCOWE Z WDRAŻANIA PRIORYTETU	Rok sprawozdawczy: 2011

2. Przegląd realizacji działania w okresie objętym sprawozdaniem

2.1. Realizacja i analiza postępów

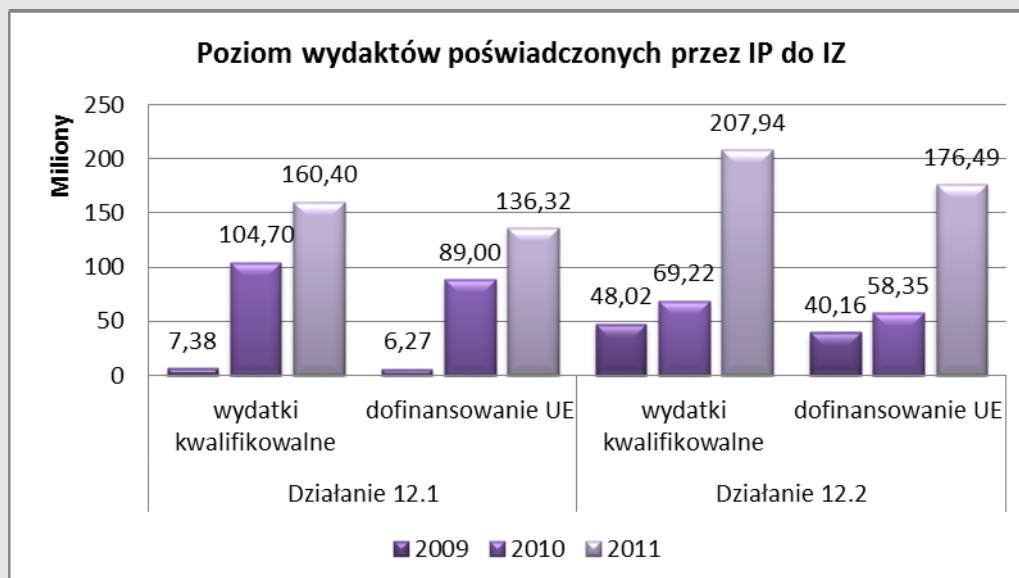
2.1.1. Analiza jakościowa

Ogólny postęp realizacji Priorytetu XII PO liŚ:

Proces kontraktacji i wydatkowania środków w ramach Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko następuje w zadowalającym tempie. Od początku wdrażania programu do dnia 31 grudnia 2011 r. podpisanych zostało 317 umów o dofinansowanie na łączną kwotę całkowitą 1 758 394 666,52 zł, z czego kwota dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wyniosła 1 338 701 025,15 zł. Wartość podpisanych umów przekroczyła tym samym 92% przyznanej dla Priorytetu XII alokacji. Do końca 2011 r. zakończonych i rozliczonych zostało 189 inwestycji, z czego, aż 82 projekty w analizowanym okresie sprawozdawczym. Pozostałe projekty są na zaawansowanym etapie wdrażania. Szacuje się, iż do połowy 2012 roku zakończonych zostanie 89% wszystkich inwestycji przyjętych do dofinansowania, a do końca roku poziom ten wyniesie 97%.

Rok 2011 przyniósł przyspieszenie w wydatkowaniu i certyfikacji środków europejskich. Kwota wydatków kwalifikowalnych poświadczonych w tym okresie przez Instytucję Pośredniczącą do Instytucji Zarządzającej wyniosła 368 340 826,16 zł. Dla porównania, w roku 2009 i 2010 łącznie certyfikowano 229 314 153,12 zł. W roku 2012, zgodnie z prognozą certyfikacji dla sektora zdrowia, planowane jest certyfikowanie do KE 346 570 915 zł wydatków kwalifikowalnych.

317
umów o
dofinansowanie
1,34 mld
wartość
dofinansowania
z UE
189
zakończonych
projektów



Wykres nr 1 Poziom wydatków poświadczanych przez IP do IZ (w mln zł).

W Działaniu 12.1 w okresie sprawozdawczym w ramach Konkursu nr 1/2010 (dotyczącego ładowisk) trwała ocena merytoryczna II stopnia oraz realizowano proces podpisywania umów o dofinansowanie. W konkursie nr 2/2008 podpisywano ostatnie umowy o dofinansowanie. Ponadto, przeprowadzono

ocenę trzech wniosków o dofinansowanie złożonych przez Beneficjentów projektów dotyczących centrów urazowych oraz wniosku złożonego przez SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe na realizację Etapu 2 projektu *Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia*. Podpisano 6 umów o dofinansowanie na realizację projektów indywidualnych.

W Działaniu 12.2 przeprowadzono ocenę projektu indywidualnego pn. „Rozbudowa i Przebudowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” (Blok Operacyjny, OIT I, OIT II i OIT III), w wyniku której beneficjentowi przyznano dofinansowanie w wysokości 25,5 mln PLN z EFRR. W ramach Konkursu nr 3/2008 podpisano jedną umowę o dofinansowanie. W omawianym okresie przeprowadzono również ocenę wniosku o dofinansowanie pn. „Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski” złożonego przez Beneficjenta projektu indywidualnego, umieszczonego na liście projektów indywidualnych ze statusem rezerwowym. Beneficjent otrzymał dofinansowanie w wysokości 4 067 440,94 zł.

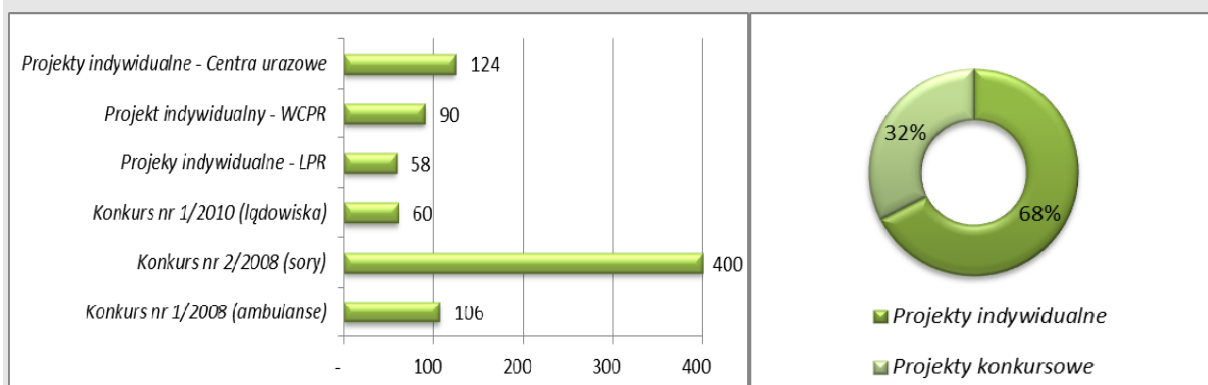
Realizacja Priorytetu XII PO liŚ w 2011 r. w podziale na Działania:

Działanie 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*

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

Dotychczas, w ramach Działania 12.1 przeprowadzono 3 nabory wniosków o dofinansowanie, w drodze konkursu (Konkurs 1/2008 (ambulanse), Konkurs 2/2008 (szpitalne oddziały ratunkowe) i Konkurs 1/2010 (lądowiska)) oraz podpisano umowy z 15 Beneficjentami projektów indywidualnych (łącznie ma zostać podpisanych 16).

Podział alokacji dostępnej w ramach Działania 12.1 na poszczególne rodzaje projektów zawiera wykres nr 2. Wykres nr 3 przedstawia natomiast podział projektów ze względu na tryb wyboru.



Wykres nr 2: Przeciągnięcie alokacji w ramach Działania 12.1 (w mln zł).

Wykres nr 3: Podział projektów ze względu na tryb wyboru

W 2011 r. w ramach Działania 12.1 nie ogłoszono kolejnych postępowań konkursowych.

Postępowania konkursowe Działania 12.1

Konkurs nr 1/2010

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

W omawianym okresie sprawozdawczym trwała ocena merytoryczna II stopnia projektów złożonych w ramach Konkursu 1/2010 w zakresie budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Ponadto, w związku z wygenerowanymi na etapie oceny merytorycznej II stopnia oszczędnościami, za zgodą Instytucji Zarządzającej, obniżono próg minimalnej liczby punktów w ramach konkursu (tj. z 50 do 41). Pozwoliło to na zagospodarowanie oszczędności i przyznanie dofinansowania dla większej ilości Beneficjentów, tj. dla 12 projektów (8 o statusie podstawowym i 4 projekty rezerwowe). Zaktualizowana Lista Rankingowa została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w dniu 12 września 2011 r.

Z 35 projektów, które znalazły się na Liście Rankingowej ze statusem podstawowym, ocenę merytoryczną II stopnia pozytywnie przeszły 33 projekty. Do dnia 31 grudnia 2011 r. 27 projektów decyzją Ministra Zdrowia otrzymało dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Podpisanych zostało 26 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR wynoszącą 47 747 610,94 zł, z czego 25 umów o wartości 44 212 866,39 z EFRR zawarto w roku 2011.

Ponadto, w omawianym okresie projekt nr WND-POIS.12.01.00-00-051/10 pn. „Modernizacja i rozbudowa lądowiska dla śmigłowców na terenie Szpitala Specjalistycznego w Chojnicach” realizowany przez Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach po złożeniu odwołania od ponownej oceny formalnej, decyzją Instytucji Zarządzającej został przywrócony do oceny formalnej. Projekt pozytywnie przeszedł ocenę formalną. W wyniku oceny merytorycznej I i II stopnia projekt otrzymał status projektu podstawowego oraz decyzję o przyznaniu dofinansowania. 29 sierpnia 2011 r. podpisano umowę o dofinansowanie na kwotę 886 343,88 zł z EFRR.

W trakcie oceny merytorycznej II stopnia projektu nr WND-POIS.12.01.00-00-020/10 złożonego w konkursie nr 1/2010 przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w związku z wystąpieniem zagrożenia podwójnego finansowania zaistniała konieczność uznania za niekwalifikowalne części wydatków zaplanowanych w ramach ww. projektu, na które beneficjent otrzymał bezzwrotne środki publiczne w ramach projektu nr WND-POIS.12.01.00-00-356/08 realizowanego w Konkursie nr 2/2008. W związku z powyższym, zmniejszeniu uległa kwota dofinansowania ww. projektu z 3 207 061,90 zł do 2 361 641,70 zł. Umowę o dofinansowanie podpisano 14 września 2011 r.

Dodatkowo, w związku z powzięciem informacji, iż w celu uzyskania dotacji na sfinansowanie realizacji projektu WND-POIS.12.01.00-00-020/10, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu złożył, w ramach Konkursu nr 1/2010 nierzetelne oświadczenie o istotnym znaczeniu dla uzyskania dotacji, Instytucja Pośrednicząca dla XII Priorytetu POIiŚ, działając na podstawie art. 304 § 2 k.p.k. w dniu 10 czerwca 2011 r. złożyła do odpowiednich organów zawiadomienie o możliwości popełnienia przez dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu przestępstwa ściągane z urzędu, określonego w art. 297 § 1 k.k. W dniu 26 września 2011 r. prokurator Prokuratury Rejonowej Warszawa-Śródmieście Północ wydał postanowienie o umorzeniu śledztwa w przedmiotowej sprawie.

Konkurs nr 2/2008

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

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

W ramach ww. Konkursu w 2011 r. kontynuowano prace związane z podpisywaniem umów o dofinansowanie. W omawianym okresie sprawozdawczym podpisano z beneficjentami 4 umowy na łączną kwotę 18 569 883,03 zł z EFRR. Łącznie, od początku wdrażania programu w ramach Konkursu nr 2/2008 podpisanych zostało 87 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 391 922 939,2 zł z EFRR.

Konkurs nr 1/2008

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

W ramach ww. Konkursu realizowane są 134 umowy o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 100 792 609,59 zł. Proces podpisywania umów w konkursie skończył się już 2010 r. w związku z czym, w omawianym okresie sprawozdawczym nie zawarto żadnej nowej umowy na zakup ambulansów. W roku 2011 podjęto jednak decyzję o rozwiązaniu 4 umów o dofinansowanie, w trzech przypadkach z powodu utraty przez beneficjenta kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w jednym z powodu zajęcia przez komornika środków finansowych przekazanych beneficjentowi w postaci zaliczki na poczet przyszłych wydatków związanych z projektem. Opis działań zaradczych związanych z ryzykiem utraty przez beneficjentów kontraktów z NFZ zostanie przedstawiony w dalszej części sprawozdania, w pkt 2.2.

Projekty indywidualne Działania 12.1:

W ramach Działania 12.1 na Liście projektów indywidualnych znajduje się 16 projektów indywidualnych o statusie podstawowym. W omawianym okresie sprawozdawczym, w ramach aktualizacji ww. listy, sektor zdrowia zgłaszał propozycję wpisania na listę projektów indywidualnych dwóch nowych projektów jako rezerwowych. Instytucja Zarządzająca nie wyraziła jednak zgody na powyższe, argumentując swoją decyzję brakiem wolnych środków, z których mogłyby zostać sfinansowane dodatkowe projekty rezerwowe. W związku z powyższym, w zakresie XII osi priorytetowej nie dokonano żadnych zmian na Liście projektów indywidualnych w ramach jej aktualizacji przeprowadzanych w roku 2011 r.

W omawianym okresie podpisano 6 umów o dofinansowanie na realizację projektów indywidualnych na łączną kwotę dofinansowania z EFRR 69 066 348,01 zł:

Nazwa beneficjenta	Tytuł projektu	Suma
Miasto Poznań	Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu - adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców.	9 556 550,00
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
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 2	21 333 289,01
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
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
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi	9 543 800,00
Suma końcowa		69 066 348,01

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

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

Zgodnie z pre-umową projekt realizowany jest w 2 etapach:

- Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – ETAP 1, który obejmuje bazy w: Białymstoku, Łodzi, Poznaniu, Sanoku, Suwałkach, Szczecinie i Zielonej Górze (dofinansowanie z EFRR: 36 704 710,98 PLN). Okres realizacji 2010 – 2012.
- Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – ETAP 2, który obejmuje bazy w Gdańsku, Kielcach, Krakowie, Olsztynie i Wrocławiu (dofinansowanie z EFRR: 21 333 289,01). Okres realizacji: 2011-2013.

Łącznie w ramach projektu zakładało się wybudowanie i wyremontowanie 12 baz. Jednak w trakcie opracowywania dokumentacji projektowej zaistniała sytuacja uniemożliwiająca rozpoczęcie w zakładanym terminie w ramach II etapu inwestycji w bazie w Olsztynie. Powyższe spowodowane było koniecznością uchylecia z przyczyn formalno-prawnych planu zagospodarowania przestrzennego Miasta Olsztyna. Jednocześnie w związku ze wzrostem kosztów w ramach pozostałych baz dokonano następujących zmian w projekcie (Aneks z dnia 28.07.2010 r.):

- wyłączono z 2 etapu budowę bazy w Olsztynie, a pozostawiono jedynie jej wyposażenie,
- przeznaczono oszczędności powstałe w wyniku zrealizowanych postępowań przetargowych na przygotowanie dokumentacji projektowej, rezygnacji z budowy bazy w Olsztynie na pokrycie wzrostu kosztów budowy baz w Sanoku, Poznaniu, Szczecinie, Zielonej Górze, Białymstoku, Łodzi oraz doposażenia wszystkich baz ujętych w projekcie.

Ze względu na ww. przyczyny, termin złożenia wniosku o dofinansowanie dla I Etapu uległ przesunięciu (o 3 miesiące), z określonego w pre-umowie 30 kwietnia 2010 r. na dzień 30 lipca 2010 r.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od dnia 10 sierpnia 2010 r. do dnia 25 sierpnia 2010 r. - ocena formalna,
- od dnia 30 sierpnia 2010 r. do dnia 15 października 2010 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od dnia 3 września 2010 r. do dnia 15 października 2010 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt pozytywnie przeszedł ocenę i w dniu 27 grudnia 2010 r. została podpisana umowa o dofinansowanie. Okres realizacji: 2007 – 2013.

W dniu 29 kwietnia 2011 r. beneficjent SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe złożył w Instytucji Wdrażającej wniosek o dofinansowanie WND-POIS.12.01.00-00-003/11 projektu „Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – ETAP 2”

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następującym terminie:

- od dnia 2 maja 2011 r. do dnia 1 czerwca 2011 r. - ocena formalna;
- od dnia 6 czerwca 2011 r. do dnia 9 czerwca 2011 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
- od dnia 6 czerwca 2011 r. do dnia 28 czerwca 2011 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Ww. wniosek został pozytywnie oceniony przez Zespół ds. oceny formalnej projektu i przekazany do oceny merytorycznej I i II stopnia. W wyniku oceny merytorycznej I stopnia projekt uzyskał 52 punkty, co zdecydowało, że przeszedł do kolejnego etapu oceny. Zespół ds. oceny merytorycznej projektów, ocenił projekt pod kątem spełnienia kryteriów merytorycznych II stopnia pozytywnie. W dniu 28 czerwca 2011 r. zakończono ocenę przedmiotowego wniosku. W trakcie oceny nie skorzystano z udziału ekspertów z listy MRR celem wydania opinii. Kwota dofinansowania z EFRR ww. projektu to

21 333 289 ,01 PLN. Planowano podpisać umowę o dofinansowanie do końca 28 sierpnia 2011 r. Jednak, w związku z zerwaniem przez wykonawcę umowy na przygotowanie dokumentacji niezbędnej do podpisania umowy o dofinansowanie, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe zwróciło się z prośbą o przesunięcie granicznej daty podpisania umowy o dofinansowanie na dzień 6 listopada 2011 r., na co uzyskało zgodę Instytucji Zarządzającej.

Następnie w związku z wykrytymi rozbieżnościami pomiędzy wnioskiem o dofinansowanie a załącznikami, IP wystąpiła do IW o przeprowadzenie ponownej oceny merytorycznej II stopnia w zakresie kryterium 1.2 Spójność informacji zawartych we wniosku, załącznikach do wniosku. Ponowna ocena merytoryczna II stopnia została przeprowadzona w dniach 26 października 2011 r. - 16 listopada 2011r.

W dniu 28 listopada 2011 r. Minister Zdrowia zatwierdził protokół z ponownej oceny wniosku. Umowę o dofinansowanie podpisano 28 grudnia 2011 r.

„Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego”,

Beneficjent: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji/Centrum Projektów Informatycznych MSWiA.

Całkowita wartość projektu - 115 780 000 PLN (w tym kwalifikowalne 105 780 000 PLN), dofinansowanie z EFRR - 89 913 000 PLN. Wniosek o dofinansowanie został złożony w dniu 30 marca 2010 r. Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następujących terminach:

- od 7 kwietnia do 11 maja 2010 r. - ocena formalna,
- od 12 maja do 17 czerwca 2010 r. - ocena merytoryczna I stopnia,
- od 19 maja do 17 czerwca 2010 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt pozytywnie przeszedł ocenę i w dniu 11 sierpnia 2010 r. została podpisana umowa o dofinansowanie.

W związku z przekazanymi przez beneficjenta informacjami o możliwym zagrożeniu dla terminowego wdrożenia Systemu Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego, spowodowanym znacznym zmniejszeniem poziomu dofinansowania projektu dotyczącego centrów powiadamiania ratunkowego w ramach PO Innowacyjna Gospodarka, CPI MSWiA przedstawiło alternatywny wariant wdrożenia SIPR. Nowa propozycja zakłada, że terminowe wdrożenie ww. systemu będzie możliwe pod warunkiem rozszerzenia zakresu rzeczowego projektu dotyczącego WCPR o część zadań planowanych dotychczas w ramach projektu utworzenia CPR, przy czym kwota dofinansowania dla WCPR zawarta w umowie o dofinansowanie nie uległaby zmianie. W omawianym okresie prowadzone były ustalenia pomiędzy zainteresowanymi stronami, tj. beneficjentem, Instytucjami Zarządzającymi, (PO IiŚ oraz PO IG) Instytucją Pośredniczącą i Instytucją Wdrażającą, co do wariantu zmian zaproponowanych przez CPI MSWiA. W dniu 15 czerwca 2011 r. Instytucja Zarządzająca w porozumieniu z Instytucją Pośredniczącą przekazała beneficjentom informację o akceptacji kierunku realizacji nowej koncepcji SIPR zakładającej finansowanie poszczególnych projektów z PO IiŚ i PO IG zgodnie z tzw. „kryterium ludnościowym”. Beneficjent złożył zaktualizowaną dokumentację projektu do Instytucji Wdrażającej w dniu 10 września 2011 r. IW przeprowadziła ocenę przedłożonej dokumentacji w oparciu o kryteria wyboru projektów, których ocena mogłaby ulec zmianie w związku z dokonanymi modyfikacjami projektu z wynikiem pozytywnym. IP w związku ze specyfiką zakresu rzeczowego projektu zleciła przeprowadzenie weryfikacji uaktualnionego wniosku o dofinansowanie niezależnemu ekspertowi z dziedziny informatyki/teleinformatyki. Po zapoznaniu się z ekspertyzą opracowaną przez ww. eksperta IP pismem z dnia 4 stycznia 2012 r. zaakceptowała wnioskowaną przez CPI MSWiA zmianą zakresu rzeczowego projektu. Obecnie trwają prace nad przygotowaniem aneksu do umowy o dofinansowanie.

„Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych”

Z 13 projektów dotyczących rozbudowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych, w 2011 roku 3 beneficjentów złożyło wnioski o dofinansowanie. Łącznie do końca 2011 r. złożonych zostało 13 wniosków o dofinansowanie:

Nr wniosku o dofinansowanie	Tytuł projektu	Suma
POIS.12.01.00-00-001/11	Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze.	9 522 159,00 zł
POIS.12.01.00-00-002/11	Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi	9 543 800,00 zł
POIS.12.01.00-00-004/10	Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-004/11	Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-061/10	Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy	9 506 016,65 zł
POIS.12.01.00-00-062/10	Utworzenie Centrum Urazów Wielonarządowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-063/10	Doposażenie w specjalistyczną aparaturę medyczną centrum urazowego w obecnie budowanym centrum medycyny inwazyjnej	9 042 300,00 zł
POIS.12.01.00-00-065/10	Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	9 553 957,50 zł
POIS.12.01.00-00-066/10	Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-067/10	Wyposażenie i uruchomienie Centrum Urazowego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie – Etap II	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-068/10	Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-069/10	Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu - adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców.	9 556 550,00 zł
POIS.12.01.00-00-070/10	Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	9 554 000,00 zł
Suma końcowa		123 618 083,15 zł

WND-POIS.12.01.00-00-001/11 na realizację projektu pn. „Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim Szpitalu SP ZOZ w Zielonej Górze”, beneficjent: Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze.

Wniosek o dofinansowanie złożono w dniu 28 stycznia 2011 r.

Ocenę dokumentacji przeprowadzano w dniach:

- od dnia 8 lutego 2011 r. do dnia 22 lutego 2011 r. – ocena formalna;
- od dnia 24 lutego 2011 r. do dnia 27 kwietnia 2011 r. – ocena merytoryczna I stopnia;
- od dnia 24 lutego 2011 r. do dnia 23 marca 2011 r. – ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 9 522 159,00 zł. Umowę o dofinansowanie ww. projektu podpisano w dniu 4 lipca 2011 r.

WND-POIS.12.01.00-00-002/11 na realizację projektu pn. „Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi”, beneficjent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Wniosek o dofinansowanie złożono w dniu 28 lutego 2011r.

Ocenę dokumentacji przeprowadzano w dniach:

- od dnia 4 marca 2011 r. do dnia 11 marca 2011 r. – ocena formalna;
- od dnia 15 marca 2011 r. do dnia 1 kwietnia 2011 r. – ocena merytoryczna I stopnia;
- od dnia 15 marca 2011 r. do dnia 18 marca 2011 r. – ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 9 543 800,00 zł. Umowę o dofinansowanie ww. projektu podpisano w dniu 25 maja 2011 r.

WND-POIS.12.01.00-00-004/11 na realizację projektu pn. „Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie”, beneficjent Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie.

Wniosek o dofinansowanie złożono w dniu 28 października 2011 r.

Ocena projektu przeprowadzona została w dniach:

1. od dnia 8 listopada 2011 r. do 24 listopada 2011 r. - ocena formalna;
2. od dnia 25 listopada 2011 r. do dnia 16 grudnia 2011 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
3. od dnia 25 listopada 2011 r. do dnia 19 grudnia 2011 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 9 556 550,00 zł. Planowany termin podpisania umowy o dofinansowanie to 29 lutego 2012 r.

Dodatkowo w I półroczu 2011 r. podpisano 3 umowy o dofinansowanie z beneficjentami projektów dotyczących centrów urazowych, którzy złożyli wnioski o dofinansowanie w II półroczu 2010 r.:

WND-POIS.12.01.00-00-068/10 na realizację projektu pn. „Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego”, beneficjent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie.

Wniosek o dofinansowanie złożony w dniu 30 września 2010 r.

Ocena projektu przeprowadzona została w dniach:

1. od dnia 6 października 2010 r. do dnia 25 października 2010 r. - ocena formalna;
2. od dnia 26 października 2010 r. do dnia 6 grudnia 2010 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
3. od dnia 26 października 2010 r. do dnia 3 grudnia 2010 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Umowę o dofinansowanie ww. projektu na kwotę 9 556 550,00 zł z EFRR podpisano w dniu 25 stycznia 2011 r.

WND-POIS.12.01.00-00-069/10 na realizację projektu pn. „Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu – adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców”, beneficjent: Miasto Poznań.

Wniosek o dofinansowanie złożony w dniu 10 grudnia 2010 r.

Ocena projektu przeprowadzona została w dniach:

1. od dnia 13 grudnia 2010 r. do dnia 14 stycznia 2011 r. - ocena formalna;
2. od dnia 17 stycznia 2011 r. do dnia 25 lutego 2011 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
3. od dnia 17 stycznia 2011 r. do dnia 25 lutego 2011 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Umowę o dofinansowanie ww. projektu na kwotę 9 556 550,00 z EFRR podpisano w dniu 14 czerwca 2011 r.

WND-POIS.12.01.00-00-070/10 na realizację projektu pn. „Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu”.

Wniosek o dofinansowanie złożony w dniu 30 grudnia 2010 r.

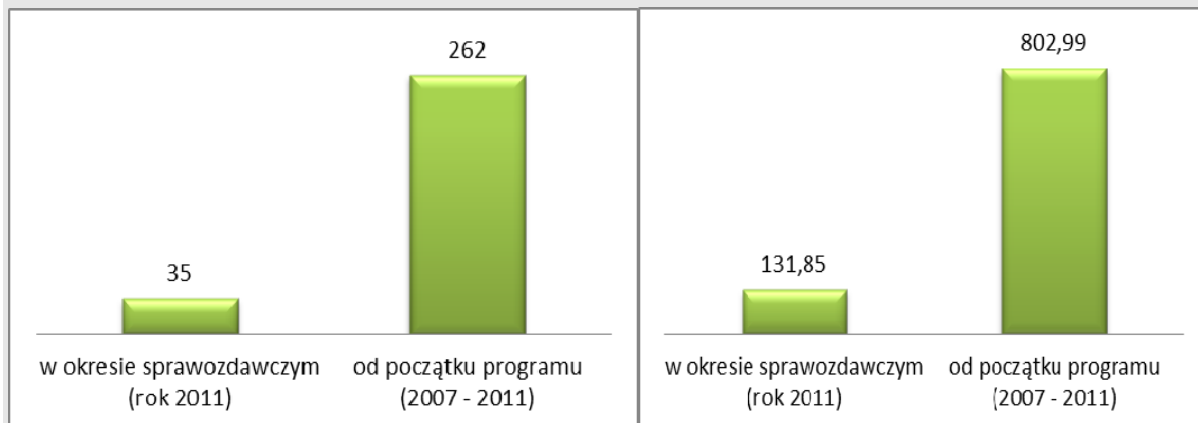
Ocena projektu przeprowadzona została w dniach:

1. od dnia 4 stycznia 2011 r. do dnia 28 stycznia 2011 r. - ocena formalna;
2. od dnia 1 lutego 2011 r. do 25 lutego 2011 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
3. od dnia 1 lutego 2011 r. do dnia 9 lutego 2011 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Umowę o dofinansowanie ww. projektu na kwotę 9 556 550,00 zł z EFRR podpisano w dniu 29 czerwca 2011 r.

Podsumowanie Działania 12.1

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.1 podpisano 35 umów o dofinansowanie (w tym 25 umów z beneficjentami Konkursu nr 1/2010, 4 umowy z beneficjentami Konkursu nr 2/2008, oraz 6 umów z beneficjentami projektów indywidualnych).



Wykres nr 4: Liczba podpisanych umów w ramach Działania 12.1

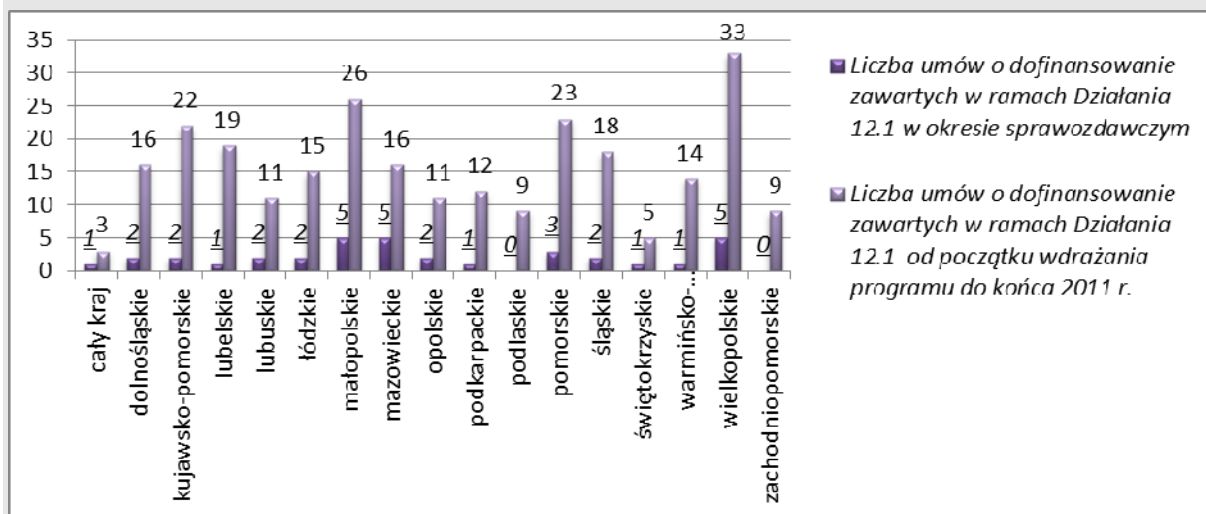
Wykres nr 5: Wartość podpisanych umów w ramach Działania 12.1 (w mln zł z EFRR)

Razem od uruchomienia programu zawarto z beneficjentami 262 umowy o dofinansowanie – nie uwzględniając umów rozwiązanych. Łączna kwota dofinansowania z EFRR dla ww. umów wynosi 802 989 942,91 zł.

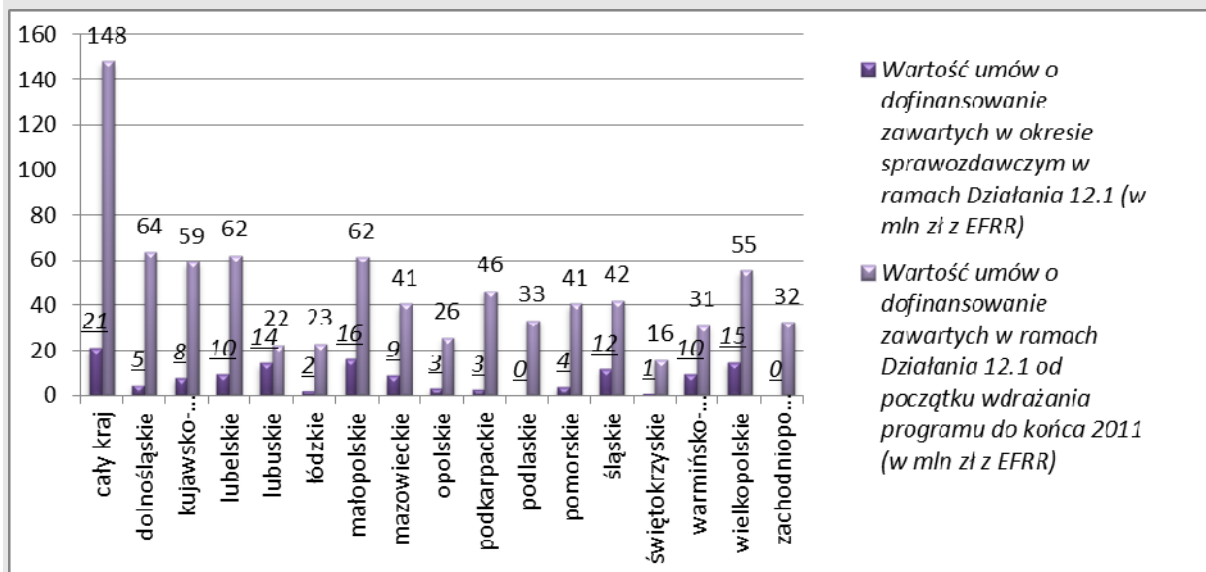
Rodzaj projektu	Liczba podpisanych umów o dofinansowanie	Wartość całkowita projektów	Dofinansowanie UE
Projekty indywidualne	15	342 614 547,66	262 526 783,14
Centra urazowe	12	148 606 179,29	114 575 783,15
Projekty LPR	2	78 665 368,37	58 037 999,99
WCPR	1	115 343 000,00	89 913 000,00
Projekty konkursowe	247	708 166 827,80	540 463 159,77
Konkurs nr 1/2008 (ambulanse)	134	121 075 502,17	100 792 609,59
Konkurs nr 2/2008 (sory)	87	527 880 482,62	391 922 939,24
Konkurs nr 1/2010 (ładowiska)	26	59 210 843,01	47 747 610,94
Suma	262	1 050 781 375,46	802 989 942,91

Tabela nr 1 Stan kontraktacji w ramach Działania 12.1

Realizację Działania 12.1 w ujęciu regionalnym przedstawiają poniższe wykresy:



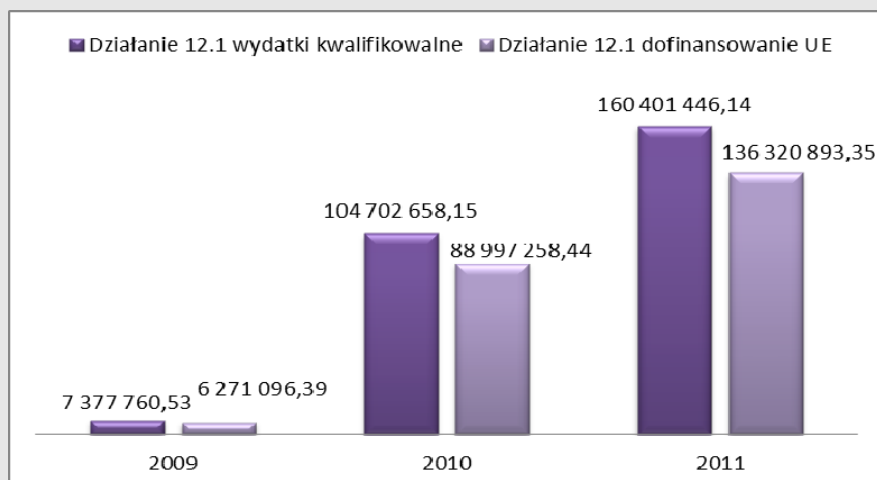
Wykres nr 6: Liczba zawartych umów o dofinansowanie w ramach Działania 12.1 w podziale na województwa.



Wykres nr 7: Wartość zawartych umów o dofinansowanie w ramach Działania 12.1 w podziale na województwa.

Ocena postępu rzeczowego i finansowego Działania 12.1

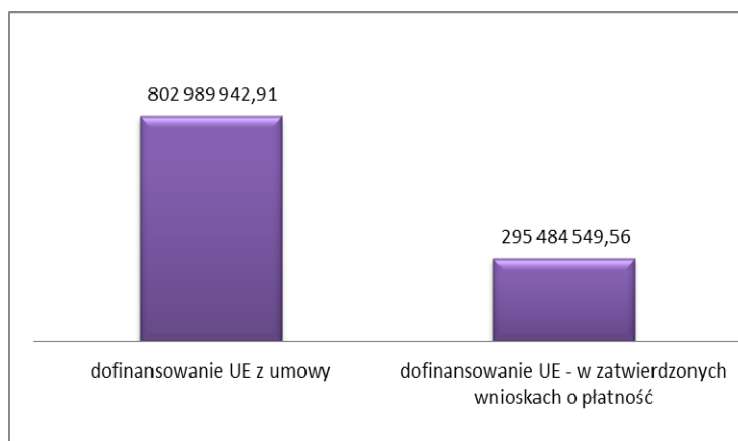
W ramach Działania 12.1 w roku 2011 certyfikowano 160 401 446,14 zł wydatków kwalifikowalnych, z czego dofinansowanie z EFRR wyniosło 136 320 893,35 zł.



Wykres nr 8: Poziom wydatków poświadczonych przez IP do IZ w ramach Działania 12.1 (w zł).

W 2011 r. zatwierdzono 364 wnioski o płatność na kwotę 189 056 768,4 zł dofinansowania UE natomiast narastająco w ramach Działania 12.1 zatwierdzono 882 wnioski o płatność o wartości dofinansowania UE w kwocie 295 484 549,56 zł.

W ramach Działania 12.1 od początku programu zakończono realizację 168 projektów (64% wszystkich dofinansowywanych w ramach Działania projektów), z czego 61 inwestycji zrealizowano w 2011 r.



Wykres nr 9: Finansowe zaawansowanie projektów w ramach Działania 12.1 od początku wdrażania Działania 12.1 do końca 2011 r. (w zł).

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, wspieranego w ramach wybranych projektów. Oczekiwanym efektem interwencji jest m.in.: zachowanie zasady „złotej godziny”, tj. rozpoczęcie specjalistycznego leczenia szpitalnego w czasie nie przekraczającym 60 minut od zgłoszenia zdarzenia. W tym celu niezbędne jest zapewnienie dotarcia 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, ale przede wszystkim także sprawny system powiadamiania ratunkowego, odpowiednia infrastruktura lądowisk dla śmigłowców ratunkowych oraz infrastruktura szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów urazowych. Równie istotne dla podniesienia efektywności systemu ratownictwa medycznego jest wsparcie projektów związanych z budową i remontem oraz doposażeniem baz lotniczego pogotowia ratunkowego. Zapewnienie odpowiedniej jakości oraz wsparcia w odpowiednich proporcjach wszystkich ww. elementów może przynieść wymierne efekty w postaci szybkiego reagowania służb ratownictwa medycznego w sytuacjach zagrożenia życia, a w konsekwencji obniżenia śmiertelności oraz powikłań skutkujących niepełnosprawnością w wyniku zdarzeń nagłych.

W wyniku interwencji EFRR beneficjenci dysponują nowoczesnymi ambulansami oraz najwyższej klasy aparaturą medyczną, spełniającą wszelkie europejskie standardy. Nowe ambulanse, które zastępują wysłużony tabor, umożliwiają szybki i bezpieczny dojazd do osób potrzebujących fachowej pomocy medycznej, co pozwala skrócić czas oczekiwania poszkodowanego na niezbędną pomoc medyczną, a to w wielu przypadkach decyduje o możliwości uratowania ich życia. Równie istotne znaczenie ma fakt, iż karetki zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną. Umożliwiło to m.in. rozpoczęcie leczenia nagłych stanów już w warunkach przedszpitalnych. Korzyści wynikające z modernizacji taboru samochodowego to również poprawa warunków pracy lekarzy, ratowników medycznych i kierowców ambulansów. Nowoczesny jest nie tylko sprzęt medyczny, ale również systemy bezpieczeństwa zastosowane dla poprawy komfortu przewozu pacjentów i pracy zespołu ratownictwa medycznego. Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego służy podniesieniu jakości usług świadczonych przez placówki w zakresie ratownictwa medycznego. Inwestycje doprowadziły do wyraźnego podniesienia standardu usług w zakresie ratownictwa medycznego, pozwoliły zapewnić jeszcze większą skuteczność działań zespołu ratunkowego oraz znacząco wpłynęły na poprawę stanu bezpieczeństwa pacjentów. 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. W chwili obecnej mediana czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego w mieście wynosi 5,58 minut, poza miastem 13 minut. Dzięki tak szybkiemu dotarciu zespołu ratownictwa na miejsce zdarzenia pacjenci mają zapewnioną szybką pierwszą pomoc medyczną, co skutkuje tym, iż będą szybciej mogli zostać przetransportowani do szpitala, a w konsekwencji szybciej będą powracać do zdrowia.

Z kolei realizacja projektów związanych z przebudową i doposażeniem zozów 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 oraz na skuteczność, komfort i bezpieczeństwo leczenia.

Stopień realizacji wskaźników:

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. W ramach konkursu dotyczącego zakupu ambulansów (Konkurs nr 1/2008) wdrażane są aktualnie 134 projekty na kwotę dofinansowania z UE 100 792 609,59 zł, które pozwolą na zakup 333 ambulansów (w ramach projektów zakończonych do końca 2011 r. zakupiono 328 ambulansów). Pierwotnie, zawartych zostało 140 umów o dofinansowanie. Sześć umów zostało jednakże rozwiązanych, w tym trzy z powodu utraty przez beneficjentów kontraktów z NFZ. Instytucja Pośrednicząca złożyła do Instytucji Zarządzającej propozycję obniżenia wartości ww. wskaźnika produktu z 600 do 320 w ramach wersji 4.0 PO liŚ, jednocześnie wnioskując o obniżenie wskaźnika dotyczącego liczby projektów z 500 do 340.

Pragnę, podkreślić, iż niższy poziom zakupionych ambulansów nie będzie przekładał się negatywnie na osiągnięcie wskaźnika rezultatu (mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia), który już przy obecnej liczbie pojazdów jest krótszy niż zakładany czas (w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców – 6 minut, tj. 133%; poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 13 minut, tj. 115%). Na zapewnienie odpowiedniego tempa reagowania zespołów ratownictwa medycznego wpłynęła bowiem nie tylko dodatkowa liczba nowych ambulansów, ale również inne czynniki m.in. takie jak lepszy stan dróg, poprawiający się system powiadamiania ratunkowego, systematycznie rozbudowywana infrastruktura lądowisk przy szpitalnych oddziałach ratunkowych czy też szkolenia dla ratowników medycznych. Inwestycje te finansowane są nie tylko z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, ale również ze środków krajowych. W ramach aktualnie dostępnej alokacji dla Działania 12.1 wybudowanych lub wyremontowanych zostało lub zostanie ok. 60 lądowisk dla śmigłowców ratunkowych, wyremontowanych i doposażonych 87 szpitalnych oddziałów ratunkowych, utworzonych 13 centrów urazowych (realizacja wskaźnika na poziomie 144 %). Ponadto, wybudowanych/wyremontowanych zostanie 11, a doposażonych - 16 baz LPR (realizacja wskaźnika na poziomie 122 %) oraz wybudowanych/zmodernizowanych zostanie 17 wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Część z tych projektów została już zakończona, a znakomita większość jest w zaawansowanej fazie realizacji.

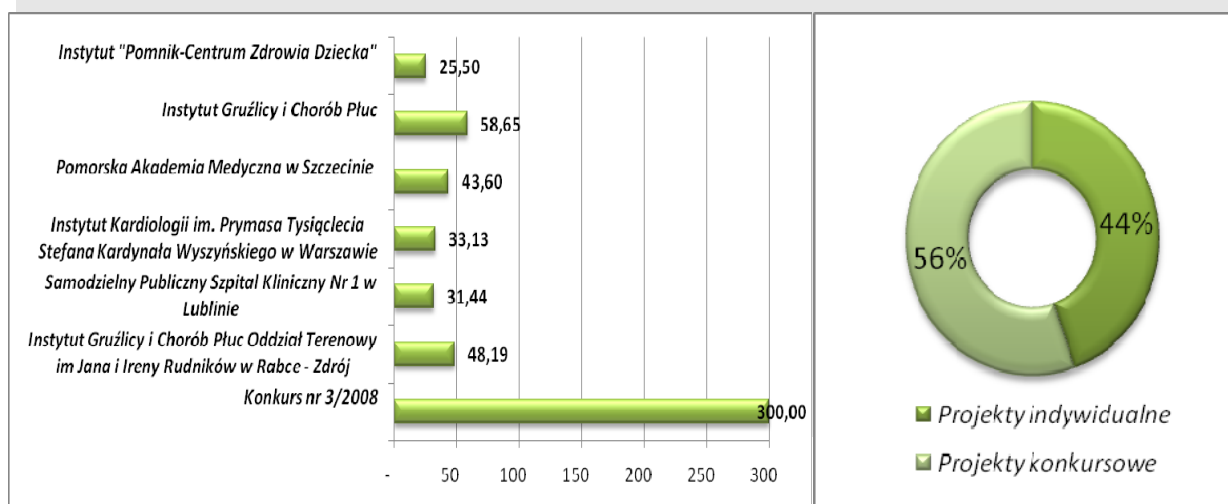
Obecny poziom realizacji wskaźnika dotyczącego ambulansów nie wpłynie również negatywnie na osiągnięcie celów PO liŚ, celu ogólnego Priorytetu XII oraz celu szczegółowego Działania 12.1 jakim jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego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

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

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

Dotychczas w ramach Działania 12.2 przeprowadzono 1 nabór wniosków o dofinansowanie, w drodze Konkursu nr 3/2008 (szpitale ponadregionalne) oraz podpisano umowy z 5 Beneficjentami projektów indywidualnych.

Przeznaczenie alokacji dostępnej w ramach Działania 12.2 na poszczególne rodzaje projektów zawiera wykres nr 10. Wykres 11 przedstawia natomiast podział projektów ze względu na tryb wyboru.



Wykres nr 10: Przeczenie alokacji w ramach Działania 12.2 (w mln zł z EFRR).

Wykres nr 11: Podział projektów ze względu na tryb wyboru

Postępowania konkursowe Działania 12.2

W 2011 r. nie przeprowadzano postępowania konkursowego w ramach Działania 12.2.

Konkurs nr 3/2008

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

W ramach Konkursu nr 3/2008 w omawianym okresie sprawozdawczym podpisano 1 umowę o dofinansowanie na kwotę z EFRR 1 038 013,75 PLN.

Od uruchomienia programu do dnia 30 czerwca 2011 roku, weryfikację formalną przeszło pozytywnie i zostało zarejestrowanych w KSI (SIMIK 07-13) 80 wniosków o dofinansowanie, na łączną kwotę wnioskowanego dofinansowania z EFRR wynoszącą 706 197 178,61 zł.

Od uruchomienia programu do dnia 31 grudnia 2011 r. podpisanych zostało 49 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 295 203 856,9 zł z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Projekty indywidualne Działania 12.2

Na listę projektów indywidualnych wpisanych jest 6 projektów podstawowych oraz 2 projekty rezerwowe (wprowadzone podczas aktualizacji Listy Projektów Indywidualnych w lipcu 2010 r.).

1. Projekt nr POIS.12.02.00-00-001/09-00 pn. „Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc”, beneficjent – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój, wartość dofinansowania z EFRR - 48 185 910,26 PLN, okres realizacji 01.01.2008 – 31.12.2011, data podpisania umowy o dofinansowanie: 21.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE w wysokości: 38 140 440,64 PLN, co stanowi 79,15% przyznanego dofinansowania.

2. Projekt nr POIS.12.02.00-00-002/09-00 pn. „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostycznego – leczniczego SPSK nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, beneficjent – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, wartość dofinansowania z EFRR - 31 444 526,00 PLN, okres realizacji 01.01.2007 – 30.06.2013, data podpisania umowy o dofinansowanie: 15.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE w wysokości: 19 229 452,66 PLN, co stanowi 61,16% przyznanego dofinansowania.

3. Projekt nr POIS.12.02.00-00-003/09-00 pn. „Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i wyposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej”, beneficjent - Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR - 33 126 200,00 PLN, okres realizacji 01.01.2008 – 31.12.2011, data podpisania umowy o dofinansowanie: 18.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE w wysokości: 28 413 498,29 PLN, co stanowi 85,77% przyznanego dofinansowania.

4. Projekt nr POIS.12.02.00-00-004/09-00 pn. „Rozbudowa Szpitala Klinicznego nr 1 – Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych PAM”, beneficjent – Pomorska Akademia

Medyczna, wartość dofinansowania z EFRR - 43 603 564,08 PLN, okres realizacji 01.04.2007 – 31.12.2011, data podpisania umowy o dofinansowanie: 03.12.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE w wysokości: 9 621 922,8 PLN, co stanowi 22,07% przyznanego dofinansowania.

5. Projekt nr POIS.12.02.00-00-005/09-00 pn. „Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie”, beneficjent – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR - 58 650 000,00 PLN, okres realizacji 01.10.2007 – 30.10.2011, data podpisania umowy o dofinansowanie: 18.09.2009 r. Dla ww. projektu zatwierdzono wnioski o płatność na kwotę dofinansowania z UE w wysokości: 48 185 390,02 PLN, co stanowi 82,15% przyznanego dofinansowania.

6. W omawianym okresie sprawozdawczym przeprowadzono ocenę projektu indywidualnego pn. „Rozbudowa i Przebudowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” (Blok Operacyjny, OIT I, OIT II i OIT III), złożonego w dniu 28 lutego 2011 r. przez Instytut Centrum Zdrowia Dziecka.

Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następującym terminie:

1. od dnia 7 marca 2011 r. do dnia 22 marca 2011 r. - ocena formalna;
2. od dnia 7 kwietnia 2011 r. do dnia 28 kwietnia 2011 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
3. od dnia 8 kwietnia 2011 r. do dnia 28 kwietnia 2011 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 25 500 000 PLN. Umowę o dofinansowanie ww. projektu podpisano w dniu 1 lipca 2011 r.

Projekty rezerwowe znajdując się na Liście projektów indywidualnych PO LiS w ramach Działania 12.2:

1. „Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski”, beneficjent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku,

W dniu 30 września 2011 r. ww. Beneficjent złożył wniosek o dofinansowanie na realizację powyższego projektu. Ocena dokumentacji aplikacyjnej przeprowadzona została w następującym terminie:

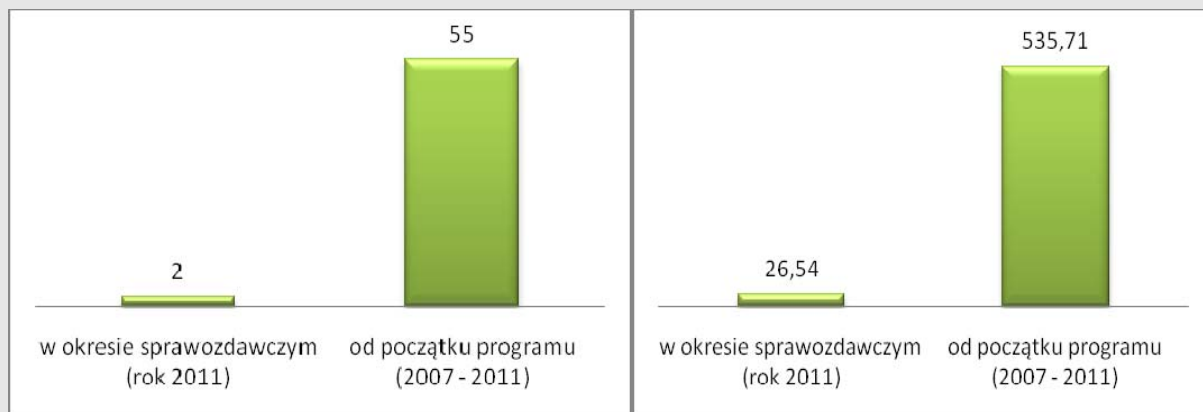
1. od dnia 7 października 2011 r. do dnia 19 października 2011 r. - ocena formalna;
2. od dnia 20 października 2011 r. do dnia 25 listopada 2011 r. - ocena merytoryczna I stopnia;
3. od dnia 21 października 2011 r. do dnia 25 listopada 2011 r. - ocena merytoryczna II stopnia.

Projekt powyższy uzyskał dofinansowanie z EFRR w wysokości 4 067 440,94 PLN. Podpisanie umowy zaplanowano na koniec stycznia 2012 r. Instytucja Pośrednicząca otrzymała zgodę Instytucji Zarządzającej na zawarcie umowy o dofinansowanie z Beneficjentem projektu rezerwowego.

2. „Rozbudowa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) - utworzenie ogólnopolskiego centrum kliniczno-naukowego transplantacji płuc i serca oraz leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci”, beneficjent: Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, wartość dofinansowania 88,61 mln PLN z EFRR, szacowany okres realizacji 2010-2014. Termin złożenia wniosku o dofinansowanie to czerwiec 2012 r.

Podsumowanie Działania 12.2

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.2 podpisano 2 umowy o dofinansowanie (w tym 1 umowę z beneficjentem Konkursu nr 3/2008 oraz 1 umowę z beneficjentem projektu indywidualnego) na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 26 538 013,75 zł.



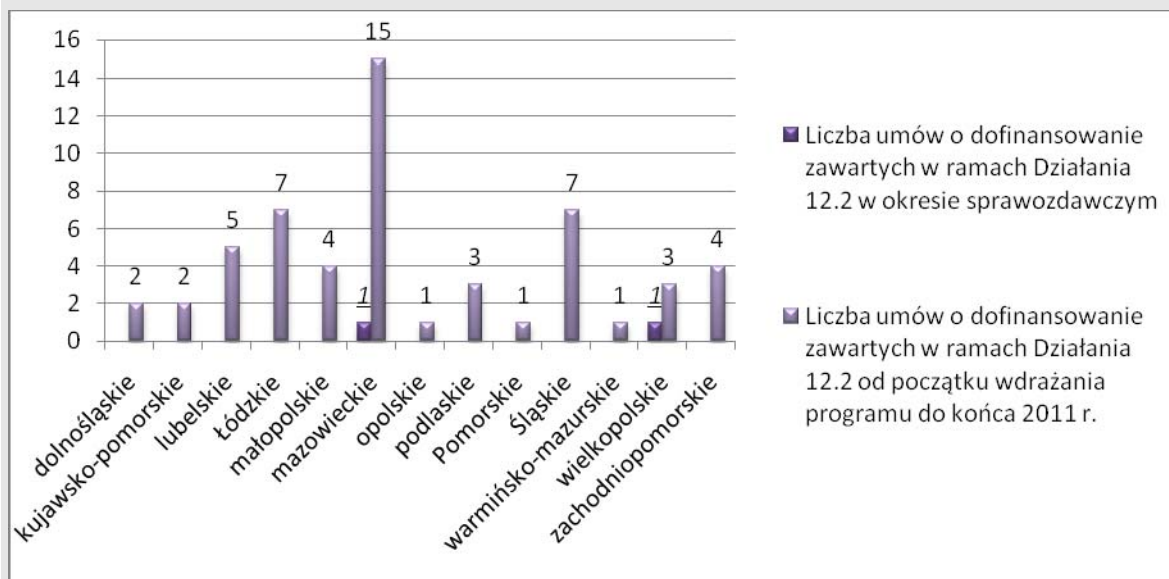
Wykres nr 12: Liczba podpisanych umów w ramach Działania 12.2 **Wykres nr 13:** Wartość podpisanych umów w ramach Działania 12.2 (w mln zł z EFRR)

Razem od uruchomienia programu zawarto z beneficjentami 55 umów o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 535 711 082,24 zł.

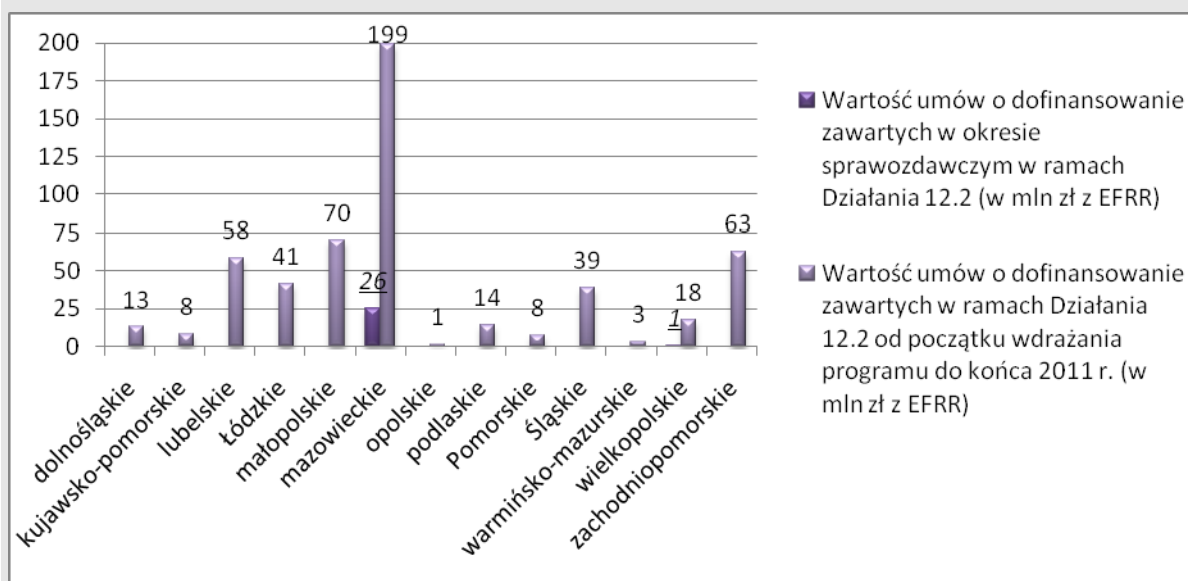
Rodzaj projektu	Liczba podpisanych umów o dofinansowanie	Wartość całkowita projektów	Dofinansowanie UE
Projekty indywidualne	6	326 356 695,90	240 507 225,34
Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"	1	47 328 976,01	25 500 000,00
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	1	69 000 000,00	58 650 000,00
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im Jana i Ireny Rudników w Rabce - Zdrój	1	56 925 104,78	48 185 910,26
Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie	1	41 648 047,40	33 126 200,00
Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie	1	74 462 067,71	43 603 564,08
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	1	36 992 500,00	31 441 551,00
Projekty konkursowe (Konkurs nr 3/2008)	49	381 256 595,16	295 203 856,90
Suma	55	707 613 291,06	535 711 082,24

Tabela nr 2 Stan kontraktacji w ramach Działania 12.2

Realizację Działania 12.2 w ujęciu regionalnym przedstawiają poniższe wykresy:



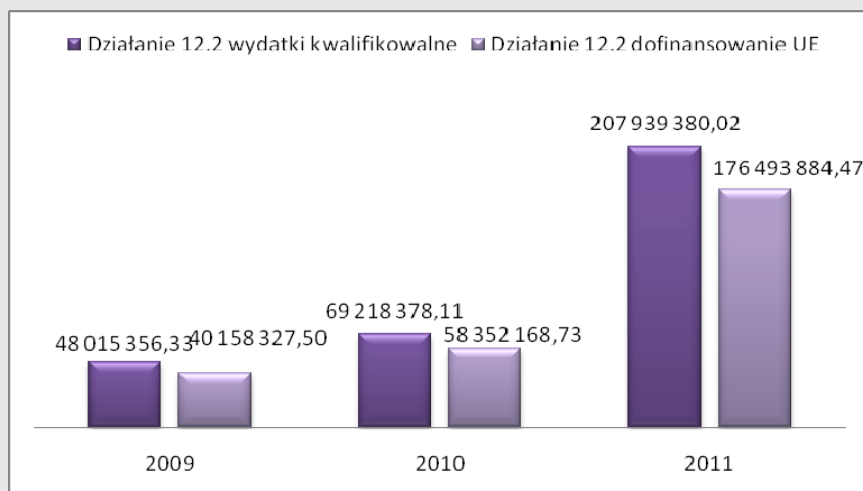
Wykres nr 14: Liczba zawartych umów o dofinansowanie w ramach Działania 12.2 w podziale na województwa.



Wykres nr 15: Wartość zawartych umów o dofinansowanie w ramach Działania 12.2 w podziale na województwa.

Ocena postępu rzeczowego i finansowego

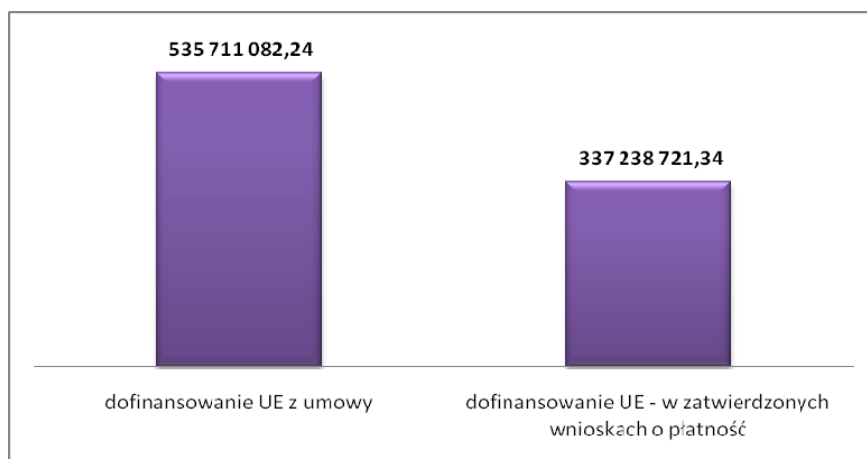
W ramach Działania 12.2 w roku 2011 certyfikowano 207 939 380,02 zł wydatków kwalifikowalnych, z czego dofinansowanie z EFRR wyniosło 176 493 884,47 zł.



Wykres nr 16: Poziom wydatków poświadczonych przez IP do IZ w ramach Działania 12.2 (w zł).

W 2011 r. zatwierdzono 195 wniosków o płatność na kwotę 232 605 919,5 zł dofinansowania UE. Narastająco, w ramach Działania 12.2 zatwierdzono 404 wnioski o płatność o wartości dofinansowania UE w kwocie 337 238 721,3 zł.

W ramach Działania 12.2 od początku programu zakończono realizację 21 projektów (38% wszystkich dofinansowywanych w ramach Działania projektów), z czego wszystkie projekty zrealizowano w 2011 r.



Wykres nr 17: Finansowe zaawansowanie projektów w ramach Działania 12.1 (w zł z EFRR)

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. 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.

Stopień realizacji wskaźników:

Wartość wskaźnika pn. Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej osiągnęła do końca okresu sprawozdawczego poziom 2 jednostek. Zakładana wartość w roku docelowym nie została określona.

Wartość wskaźnika pn. Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej osiągnęła do końca okresu sprawozdawczego poziom 21 jednostek. Zakładana wartość w roku docelowym nie została określona.

Wkład Priorytetu XII w realizację celów Strategii Lizbońskiej

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

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

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

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

Wkład Priorytetu XII w realizację celów Strategii Europa 2020

Konieczność podnoszenia jakości usług medycznych oraz wyrównania dostępu do udzielanych świadczeń wynika już z V Raportu Kohezyjnego stanowiącego podwaliny do założeń dla Strategii Europa 2020 *na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* oraz dla programowania kolejnej perspektywy finansowej na lata 2014-2020. W dokumencie tym w bardzo wyraźny sposób podkreślane jest znaczenie obszaru zdrowia dla możliwości rozwoju gospodarczego i społecznego państw UE.

Zgodnie z zapisami ww. raportu *„Zdrowie jest częścią kapitału ludzkiego i stanowi kluczowy wyznacznik rozwoju i konkurencyjności, jak również dobrostanu jednostki”*. Autorzy raportu wskazują pozytywne trendy związane ze stanem zdrowia obywateli krajów członkowskich Unii, takie jak wydłużenie przeciętnego trwania życia, jednocześnie jednak zwracają uwagę na problem nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w różnych regionach UE: *„Pomiędzy państwami członkowskimi występują głębokie różnice w zakresie stanu zdrowia i jakości usług medycznych, które mają istotny wpływ na spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną”*. 5 Raport Kohezyjny podnosi ponadto kwestię podjęcia skutecznej walki z głównymi przyczynami umieralności obywateli państw UE, tj. chorobami układu krążenia i nowotworami złośliwymi. Dodatkowo, autorzy raportu zwracają uwagę na aktualne zmiany demograficzne, zaznaczając, że zmiana struktury wiekowej społeczeństw europejskich stanowi „wyzwanie dla gospodarki oraz dla służb opieki zdrowotnej i socjalnej, jak

również obiektów użyteczności publicznej”. Oznacza to, że polityka spójności powinna kłaść nacisk na działania dopasowane do potrzeb starzejącego się społeczeństwa i zapewniające równość szans, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia.

Realizowane 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.

Realizacja jednego z trzech podstawowych priorytetów Strategii Europa 2020, jakim jest *Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – gospodarka charakteryzująca się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniająca spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną*, wymaga podjęcia szeregu działań obejmujących m.in. walkę z ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz zmniejszenie nierówności w obszarze zdrowia.

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*”. Projekty realizowane w trybie indywidualnym charakteryzują się dużą innowacyjnością. Na uwagę zasługują szczególnie projekty dotyczące utworzenia nowoczesnych centrów urazowych w ramach Działania 12.1 oraz projekty dotyczące infrastruktury o znaczeniu ponadregionalnym finansowane ze środków Działania 12.2. Beneficjenci projektów indywidualnych są wiodącymi ośrodkami pod względem skuteczności leczenia oraz wykorzystywania innowacyjnych metod i procedur medycznych. W ramach konkursu „Innowacje dla Zdrowia 2009” Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie otrzymał wyróżnienie w kategorii *Innowacyjne technologie medyczne*. Realizacja tego rodzaju projektów ma kluczowe znaczenie dla podniesienia jakości usług zdrowotnych oraz rozwoju nauk medycznych w Polsce.

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

Inwestycje w ochronie zdrowia były i są niezwykle potrzebne, gdyż sektor ten jest obszarem wymagającym ciągłego doinwestowania, zarówno w zakresie infrastrukturalnym, jak również w

zakresie wyposażenia placówek w sprzęt medyczny (znaczna część sprzętu aktualnie dostępnego w jednostkach opieki zdrowotnej jest sprzętem przestarzałym i wymagającym wymiany). Należy zwrócić uwagę na fakt, że jakiegokolwiek 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 dużego nakładu finansowego. Biorąc zaś pod uwagę ogólną kondycję finansową zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, niewielu Beneficjentów XII Priorytetu POLiŚ zdolnych byłoby zrealizować objęte zakresem projektów zaplanowane inwestycje bez udziału środków UE. Kierowanie środków inwestycyjnych na sektor ochrony zdrowia pozwala na utrzymanie wysokich standardów leczenia, jakości i zwiększenie potencjalnej dostępności usług medycznych. Inwestowanie w sprzęt najnowszej generacji, zastosowanie nowych, niedostępnych dotychczas w Polsce metod leczenia, podwyższenie jakości sprzętu oraz informatyzacja i komputeryzacja usług przekłada się bezpośrednio na dobro pacjenta. Szczególne znaczenie dla sektora ochrony zdrowia w Polsce ma realizacja projektów finansowanych ze środków POLiŚ 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). Realizacja projektów mających na celu budowę lub przebudowę lądowiska dla helikopterów, podjazdu dla karetek, zapewnienie powierzchni wystarczającej do jednoczesnego przyjęcia co najmniej czterech osób, które znajdują się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, bądź też zakupie/wymianie wymaganego sprzętu niezbędnego do wykonywania badań diagnostycznych, resuscytacyjno-zabiegowych i aparatury stosowanej w terapii natychmiastowej spowodowała, że szpitalne oddziały ratunkowe dofinansowane ze środków Priorytetu XII POLiŚ spełniają normy wymagane w/w rozporządzeniem i tym samym spełniają swoją rolę w ramach systemu państwowego ratownictwa medycznego, umożliwiającą dalsze działanie w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Efektami końcowymi realizacji projektów w ramach XII Priorytetu PO liŚ ma być m.in. poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, standardu wyposażenia w sprzęt medyczny 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 „złotej godziny”, tj. nie przekraczania 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia) oraz podwyższenie ich jakości, a więc elementy wpływające na większą skuteczność leczenia. Projekty finansowane ze środków XII Priorytetu PO liŚ przyczyniają się do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie (ratownictwo przedszpitalne oraz szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe). Dodatkowo ich realizacja stanowi istotny udział w stworzeniu zintegrowanego, jednolitego systemu ratownictwa medycznego w Polsce, czemu służyć ma również realizacja projektów indywidualnych związanych budową i remontem oraz doposażeniem baz SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz projektu indywidualnego dotyczącego budowy i wyposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego, tak by mogły sprawnie przyjmować zgłoszenia z numeru alarmowego 112 i kierować je do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa. Efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce ulegnie 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.

Inwestowanie w potrzeby sektora zdrowotnego długofalowo powinno przyczyniać się do polepszenia stanu zdrowia populacji, a więc i zwiększenia jego produktywności. Inwestycje prowadzone w ramach Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko mają również wymiar innowacyjny, (poprzez zastosowanie w opiece zdrowotnej nowych technologii, 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 dostępności do świadczeń medycznych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego oraz przystosowanie placówek ochrony zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych. Innowacyjność, proekologiczność i zapewnienie warunków włączenia społecznego jest wymogiem związanym z faktem, że polityka ekonomiczna, zdrowotna i społeczna państwa i jego instytucji powinna odpowiadać priorytetom sformułowanym w Strategii Europa 2020 nakierowanym na wspomaganie zrównoważonego rozwoju w krajach Unii Europejskiej, pozwalającego na wyjście z kryzysu

ekonomicznego zapewniając jednocześnie konkurencyjność gospodarki. Zalecenia strategii odnoszą się do każdej aktywności rządowej, a szczególnie do aktywności wspieranych ze środków Unii Europejskiej. W przypadku ochrony zdrowia niezwykle istotnym jest zapewnienie warunków korzystania z zasobów w sposób zapewniający dostęp do innowacyjności, ale także przeciwdziałający wykluczeniu społecznemu i wspierający spójność społeczną i terytorialną, jak również przyjazny środowisku.

Przykłady realizowanych projektów

Działanie 12.1:

Konkurs 1/2008

Projekt pn. „Wyposażenie Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu w ambulanse w celu zwiększenia efektywności działania zespołów ratownictwa medycznego”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-137/08-00 przez Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego.

Przedmiot projektu jest wymiana wyeksploatowanych specjalistycznych środków transportu sanitarnego na nowe. W ramach projektu zakupiono dwa kontenerowe ambulanse ratunkowe wraz z niezbędnym wyposażeniem.

Głównym celem projektu jest poprawa jakości i dostępności usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego świadczonych przez szpital na rzecz społeczności powiatu grudziądzkiego i powiatów ościennych poprzez zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w stanach nagłego zagrożenia życia, świadc

zonej przez zespoły ratownictwa medycznego.

W wyniku długofalowego oddziaływania projektu nastąpi poprawa stanu zdrowia ludności w regionie powiatu grudziądzkiego poprzez udzielanie skutecznej pomocy za pomocą nowych specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Konkurs nr 2/2008

Projekt pn. „Poprawa infrastruktury oraz doposażenie w sprzęt medyczny SOR w Starogardzie Gdańskim w celu zwiększenia efektywności ratownictwa medycznego”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-304/08-00 przez Powiat Starogardzki.

Bezpośrednim celem inwestycji jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków oraz innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz poprawa efektywności systemu ratownictwa i zapewnienie bezpieczeństwa medycznego na obszarze działania starogardzkiego SOR, również w ujęciu ponadregionalnym.

Projekt zakłada przebudowę, rozbudowę i zakup sprzętu medycznego dla SOR w Starogardzie Gdańskim. Inwestycja polega zarówno na przebudowie powierzchni aktualnie istniejącej, jak i na rozbudowie oddziału o część socjalną. W ramach prac budowlanych wykonane zostanie także nowe wejście piesze, a podjazd dla pojazdów transportu sanitarnego zostanie przebudowany. Obiekt zostanie także przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. W ramach projektu zakupiony zostanie także sprzęt medyczny i wyposażenie, niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania rozbudowywanego oddziału i stworzonych obszarów. Urządzenia zostaną zakupione dla: stanowiska dekontaminacji, obszaru resuscytacyjno - zabiegowego, sali opatrunków gipsowych, sali zabiegowej, sali wstępnej intensywnej terapii, sali obserwacji, brudownika, laboratorium.



Fot. Ambulanse (12 szt.) zakupione przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie w ramach projektu realizowanego w Konkursie nr 1/2008.

Konkurs nr 1/2010

Projekt pn. „Ładowisko w Brodnicy szansą poprawy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-050/10-00 przez Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Główne cele jakościowe oraz ilościowe projektu to:

1. Poprawa jakości udzielanych świadczeń - skrócenie czasu dotarcia pacjentów do szpitala;
2. Spełnienie oczekiwań pacjentów - zwiększenie zakresu świadczonych usług;



Budowa lądowiska dla helikopterów w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu.

3. Poprawa skuteczności ratownictwa w sytuacjach klęsk żywiołowych - zmniejszenie liczby śmiertelnych ofiar wypadków w powiecie i województwie.

Projekt zakładał budowę lądowiska w Brodnicy, w celu poprawy funkcjonowania ratownictwa medycznego w regionie (najbliższy oddział ratunkowy znajduje się w Grudziądzu oddalonym o 58,9 km). Lądowisko wyposażone zostało w oświetlenie nocne, dzięki czemu możliwe jest lądowanie śmigłowców również w warunkach nocnych. Lądowisko zlokalizowane jest w odległości od sor, która umożliwia przyjęcie osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Decydując się na realizację projektu Beneficjent brał pod uwagę pilną potrzebę zwiększenia skutecznych interwencji ratujących życie w ramach systemu ratownictwa medycznego, a w konsekwencji zmniejszenie odsetka trwałego inwalidztwa oraz obniżenie umieralności wskutek wypadków drogowych, kolejowych, pożarów i innych zdarzeń losowych. Oddziaływaniem długofalowym projektu będzie poprawa stanu zdrowia ludności w regionie poprzez udzielanie skutecznej (szybkiej) pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia mieszkańców powiatu i powiatów ościennych. W konsekwencji projekt będzie miał również oddziaływanie gospodarcze.

Projekt indywidualny

Projekt pn. „Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-002/11-00 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Celem głównym projektu jest stworzenie warunków do powstania nowoczesnego Centrum Urazowego stwarzającego możliwość szybkiego, wieloprofilowego, wysokospecjalistycznego leczenia pacjentów z wielonarządowymi obrażeniami ciała.

Celami na poziomie rezultatu są: zapewnienie komplementarnego specjalistycznego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi; zapewnienie pełnego specjalistycznego leczenia większej ilości osób z urazem wielonarządowym jednocześnie; stworzenie zespołu urazowego świadczącego kompleksowe usługi pacjentom urazowym.

Zakres rzeczowy projektu:

- a) modernizacja i remont oddziału otolaryngologii i onkologii laryngologicznej z profilem chirurgii szczękowo-twarzowej,
- b) budowa lądowiska przy WSS w Olsztynie,
- c) modernizacja i remont oddziału chirurgii ogólnej, naczyniowej z profilami torakochirurgii i urologii,

- d) modernizacja i remont pomieszczeń szpitalnego oddziału ratunkowego oraz pododdziału intensywnej terapii,
- e) zakup sprzętu i aparatury medycznej.

Działanie 12.2

Konkurs nr 3/2008

Projekt pn. „Modernizacja Oddziału Chirurgicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-011/08-00 przez Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie.

Celem projektu jest doprowadzenie modernizowanych odcinków Oddziału Chirurgicznego do zgodności z wymaganiami sanitarnymi, lokalowymi, technicznymi i sprzętowymi jakim Oddział ten powinien odpowiadać.

Projekt polega na modernizacji odcinka VIII, IX, X Oddziału Chirurgicznego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. W wyniku przeprowadzonych prac modernizacyjnych (w zakresie przebudowy infrastruktury budynku oraz zakupów wyposażenia medycznego i gospodarczo-meblowego) nastąpi dostosowanie oddziału do obowiązujących przepisów prawa. W ramach realizacji projektu zostanie zakupiony następujący sprzęt medyczny: pompy strzykawkowe, pompy objętościowe, przepływomierze do gazów medycznych, regulatory ssania przerywanego, ssaki przenośne elektryczne, pulsoksymetry, respiratory uniwersalne, respiratory użytku domowego, kardiomonitoring modułowe, kardiomonitoring kompaktowe, defibrylatory, inkubatory otwarte, podgrzewacze płynów infuzyjnych, materace/koce podgrzewacze, materace zmiennociśnieniowe, zestawy narzędzi chirurgicznych, lampy zabiegowe jezdne, specjalistyczne łóżko/wózek prysznicowy do mycia pacjenta, łóżka szpitalne, stoły zabiegowe, panele przyłóżkowe zasilające jednostanowiskowe, dwustanowiskowe, trójstanowiskowe i czterostanowiskowe.

Projekt indywidualny:

Projekt pn. „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, realizowany w ramach umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.02.00-00-002/098-00 przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie.

Celem projektu jest zapewnienie specjalistycznej, możliwie na najwyższym jakościowo poziomie opieki medycznej pozwalającej na przeprowadzenie lepszej diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami zakaźnymi, ze schorzeniami układu pokarmowego, schorzeniami układu rodowego, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych, a także poprawa jakości opieki nad matką i dzieckiem. Wskaźnikiem rezultatu założonym przez beneficjenta jest także utworzenie 30 nowych miejsc pracy w efekcie realizacji projektu.

Zakres rzeczowy projektu stanowią prace budowlane oraz zakup urządzeń i aparatury medycznej.

Równość szans

Projekty wdrażane w ramach Działania 12.1 oraz Działania 12.2 Priorytetu XII PO liś zapewniają brak dyskryminacji na poszczególnych etapach wdrażania. Wiąże się to z zapobieganiem wszelkim przejawom dyskryminacji ze względu na płeć, rasę lub pochodzenie etniczne, religię lub światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną. Podczas oceny wniosków o dofinansowanie premiowane są projekty, w którym elementem inwestycji są zmiany techniczne istniejącej lub tworzenie nowej infrastruktury, korzystnie wpływające na poprawę dostępności dla osób niepełnosprawnych.

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

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

Przykłady projektów realizującego zasadę równości szans:

Działanie 12.1:

- 1). WND-POIS.12.01.00-00-008/10 – „Chcemy i możemy Ci pomóc w każdej sytuacji – Budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Mielcu”. W ramach projektu przebudowano wejście/wjazd do SOR z uwzględnieniem wymogów dla osób niepełnosprawnych, umożliwiającą samodzielne wejście na oddział.
- 2). WND-POIS.12.01.00-00-050/10 – „Lądowisko w Brodnicy szansą poprawy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego”. Beneficjentem jest Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu; projekt został zrealizowany w powiecie brodnickim, miejscowości Brodnica, przy ul. Wiejskiej 9.

Inwestycja polegała na budowie lądowiska dla śmigłowców, które zostało zlokalizowane w bezpośrednim sąsiedztwie SOR w Brodnicy. Płyta lądowiska została usytuowana na dachu zadaszenia nad terenem, na wysokości umożliwiającej przejazd pod płytą wozu strażackiego (ok. 5,40 m). Konstrukcja płyty dachowej i słupów nośnych, poza obciążeniami strategicznymi uwzględnia dodatkowe obciążenia dla śmigłowca obciążeniowego (rozkład obciążenia od śmigłowca, przy maksymalnej masie śmigłowca dla celów obliczeniowych 3 500 kg określa norma PN-B-02004:1982) - ze względu na możliwość przyjmowania w przyszłości śmigłowców o większym ciężarze, w przypadku gdyby maszyny o takich parametrach weszły do eksploatacji w lotnictwie sanitarnym.

W celu wyeliminowania zagrożeń wynikających z zalegania w porze zimowej śniegu lub lodu na płycie lądowiska, jego nawierzchnia (a także nawierzchnia w ciągach komunikacyjnych) została wykończona antypoślizgowo. Ponadto płyta jest podgrzewana oraz dodatkowo zmontowano instalację odprowadzania wód gruntowych, która również jest podgrzewana.

W celu zapewnienia sprawnej komunikacji pomiędzy płytą lądowiska a SOR wybudowano kładkę komunikacyjną z zadaszeniem. Usytuowanie pomostu zapewnia dogodny transport chorego do i ze śmigłowca. Konstrukcja pomostu i jego zadaszenie jest odporna na podmuch w czasie startu i lądowania śmigłowca. Płyta lądowiska została zabezpieczona barierkami, natomiast kładka komunikacyjna oraz sektor obsługi lądowiska barierami ochronnymi stałymi. Przy projektowaniu lądowiska zwrócono uwagę na zastosowanie energooszczędnych technologii. W projekcie przewidziane zostały nowoczesne rozwiązania techniczne i technologiczne. Innowacyjność zastosowanego rozwiązania polega na tym, iż platforma lądowiska została wyposażona w czujniki temperatury oraz wilgotności powietrza. Rozwiązanie to służy wyeliminowaniu zjawisku oszronienia i oblodzenia tafli lądowiska.

W konsekwencji pobór energii elektrycznej został znacznie ograniczony. Należy uznać, że zastosowana nowoczesna technologia jest energooszczędna, bezpieczna i nietoksyczna dla środowiska. Estakadę łączącą lądowisko z budynkiem zadaszono oraz wyposażono w izolację termiczną. Dzięki temu rozwiązaniu pacjenci nie są narażeni na stratę ciepłoty ciała. Projekt uwzględnił również rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie szpitala do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Wybudowanie estakady oraz wykorzystanie istniejącej windy umożliwiło korzystanie z efektów projektu osobom niepełnosprawnym. Ze zbudowanego lądowiska korzystać będą wszystkie grupy społeczne - niezależnie od płci, wyznania, rasy oraz osoby niepełnosprawne.

Działanie 12.2:

- 1). „Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie” - jednym z elementów projektu jest modernizacja części V Kliniki Chirurgii na I piętrze w obszarze A budynku Instytutu, w którym zaplecze sanitarne dostosowane jest dla pacjentów niepełnosprawnych;
- 2). „Utworzenie Kliniki Chorób zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie” – jednym z elementów projektu są zaplecza sanitarne dostosowane dla pacjentów niepełnosprawnych;

3). „Utworzenie Kliniki Chorób zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno – leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie” – jednym z elementów projektu są zaplecza sanitarne dostosowane dla pacjentów niepełnosprawnych;

4). „Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce – Zdrój” – wszystkie poziomy szpitala będą dostępne dla osób niepełnosprawnych poprzez zastosowanie dźwigów na wszystkich poziomach.

Przykład dobrych praktyk:

WND-POIS.12.02.00-00-053/08-00 – „Podniesienie jakości wysokospecjalistycznych procedur medycznych dla dzieci poprzez dostawę sprzętu medycznego dla Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie”. W ramach projektu został zakupiony wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny dla ratowania zdrowia i życia małych pacjentów, stanowiący wyposażenie zakładu diagnostyki obrazowej, tj.: tomograf komputerowy wraz z peryferiami, stacja lekarska opisowa, system informatyczny archiwizacji i opisu badań radiologicznych, rezonans magnetyczny, pulsoksymetr, pompa infuzyjna strzykawkowa, pompa infuzyjna objętościowa, lampa operacyjna, kolumna anestezjologiczna, aparat do znieczulania, respirator oraz kardiomonitor. Zakupione aparaty cyfrowe (tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny) są urządzeniami nowoczesnymi i zaawansowanym technicznie, umożliwiającymi wykonywanie badań, które mogą zostać wykonane, zapisane i przesłane w formie cyfrowej na poszczególne oddziały Instytutu Matki i Dziecka w sieci komputerowej. Urządzenia te emitują niższy poziom promieniowania RTG i są dostosowane dla pacjentów niepełnosprawnych. Zastosowanie systemu wielorzędowego w tomografii komputerowej, umożliwi ogromny postęp diagnostyczny, wyrażający się wielokrotnie krótszym czasem badania przy jednoczesnym uzyskaniu dokładniejszych obrazów. Urządzenie to pozwala na zmniejszenie zużycia środka kontrastowego, a także zmniejsza szkodliwe promieniowanie, co pozwoli na zastosowanie badań do wielu przypadków dla dzieci. W projekcie zastosowano efektywne rozwiązania organizacyjne pozwalające na sprawną realizację inwestycji, szczególnie w sytuacji, gdy Beneficjent realizuje kilka projektów unijnych.

Planowany przebieg realizacji w przyszłym okresie sprawozdawczym:

Działanie 12.1:

- zakończenie wdrażania ostatnich umów w ramach Konkursu nr 1/2008,
- kontynuacja wdrażania projektów w ramach Konkursu nr 2/2008 oraz projektów indywidualnych;
- podpisanie ostatnich umów o dofinansowanie w ramach konkursu nr 1/2010 na lądowiska dla helikopterów,
- podpisanie umowy z Beneficjentem projektu indywidualnego pn. „Modernizacja i wyposażenie Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego”
- w związku ze zwiększeniem środków finansowych przeznaczonych na realizację XII Priorytetu, poddanie ocenie merytorycznej II stopnia zostaną projekty rezerwowych w ramach Konkursu nr 2/2008 oraz Konkursu nr 1/2010. Z Wnioskodawcami projektów, które uzyskają decyzje o dofinansowaniu zostaną zawarte umowy o dofinansowanie.

Działanie 12.2:

- wdrażanie projektów konkursowych oraz projektów indywidualnych przyjętych do dofinansowania,
- zawarcie umowy o dofinansowanie na realizację projektu indywidualnego pn. „Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski”
- przeprowadzenie oceny formalnej, merytorycznej I stopnia i oceny merytorycznej II stopnia projektu indywidualnego pn. „Rozbudowa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) – utworzenie ogólnopolskiego centrum kliniczno-naukowego transplantacji płuc i serca oraz leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci” (złożenie wniosku przez Beneficjenta zaplanowane jest na 30.06.2012 r.) oraz zawarcie umowy o dofinansowanie,

- w związku ze zwiększeniem środków finansowych przeznaczonych na realizację XII Priorytetu, poddanie ocenie merytorycznej II stopnia projektów rezerwowych w ramach Konkursu nr 3/2008. Z Wnioskodawcami projektów, które uzyskają decyzje o dofinansowaniu zostaną zawarte umowy o dofinansowanie.

- w związku z wolnymi środkami dostępnymi w ramach Priorytetu XII IP planuje wpisanie na listę projektów indywidualnych, kolejnych projektów celem zagospodarowania ww. środków.

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

Krajowa rezerwa wykonania /Dostosowanie techniczne

Ministerstwo Zdrowia otrzymało dodatkowe wsparcie na realizację Priorytetu XII z Krajowej Rezerwy Wykonania oraz realokacji środków pomiędzy priorytetami PO IiŚ w wysokości ok. 45,7 mln euro.

Środki te zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami zostaną przeznaczone na realizację projektów rezerwowych umieszczonych na listach rankingowych w Konkursie nr 2/2008, Konkursie nr 3/2008 i Konkursie nr 1/2010. Inwestycje te dotyczą rozbudowy, remontu i doposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz szpitali o znaczeniu ponadregionalnych, a także budowy lub remontu lądowisk przy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Są to wysokiej jakości projekty gotowe do realizacji, które przeszły pozytywnie ocenę merytoryczną I stopnia i nie zostały objęte wsparciem z uwagi na wyczerpanie alokacji. W 2012 r. poddane zostaną one ocenie merytorycznej II stopnia, która będzie podstawą do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania.

Ponadto, ww. dodatkowe środki zostaną przeznaczone na realizację projektów rezerwowych z Listy projektów indywidualnych. Są to projekty o strategicznym znaczeniu dla sektora ochrony zdrowia, a ich realizacja w znacznym stopniu przyczyni się do podniesienia jakości realizowanych świadczeń, a także zwiększenia dostępności usług medycznych dla pacjentów z całego kraju.

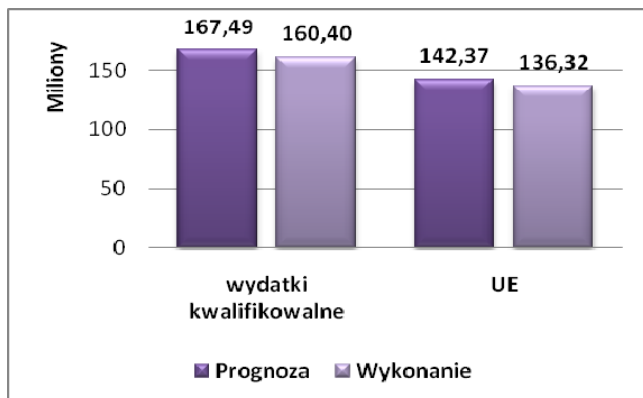
Dofinansowanie powyższych projektów wpłynie również pozytywnie na osiągnięcie wskaźników, określonych na poziomie priorytetu oraz działania.

Realizacja powyższych projektów wpłynie na wydłużenie tzw. „zdrowych lat życia”, a także przyczyni się m.in. do wzrostu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych zarówno z zakresu ratownictwa medycznego, jak i wysokospecjalistycznych usług medycznych, zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i zmniejszenia nierówności w zdrowiu, dostosowania systemu opieki zdrowotnej do aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych i jednocześnie wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań i technologii. Projekty te realizowane będą na terenie całego kraju i obejmą możliwie największą populację ludności oraz będą zgodne z założeniami dokumentów strategicznych i aktualnymi priorytetami Komisji Europejskiej.

2.1.2. Informacja nt. realizacji prognoz i planowanego postępu finansowego

Działanie 12.1

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.1 podpisano 35 umów o dofinansowanie na łączną kwotę 131 849 097,4 zł z EFRR.



Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych w 2011 r. wyniosła 160 401 446,14 zł tj. 95,77% wydatków wskazanych w *Prognozie wniosków o płatność w ramach POIiŚ*, docelowa wartość wydatków kwalifikowanych certyfikowanych do KE w 2011 r., miała wynosić 167 492 930 zł.

Wykres nr 18: Wykonanie prognozy certyfikacji na rok 2011 w ramach Działania 12.1 (w mln zł)

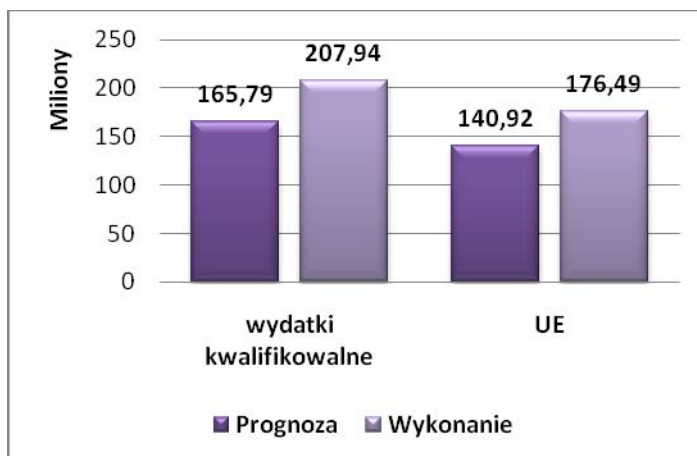
okresie sprawozdawczym przedstawia się następująco: I kwartał 2012 r. – 46 297 442 PLN; II kwartał 2012 r. – 68 319 646 PLN; III kwartał 2012 r. – 47 516 496 PLN. Razem 2012 r. – 230 996 044 PLN.

Wartość wydatków kwalifikowalnych planowanych do certyfikacji w kolejnym

Działanie 12.2

W omawianym okresie sprawozdawczym w ramach Działania 12.2 podpisano 2 umowy o dofinansowanie na łączną kwotę dofinansowania z EFRR równą 26 538 013,75 zł.

Wartość wydatków kwalifikowalnych wykazanych w *Poświadczeniach i deklaracjach wydatków* złożonych w 2011 r. wyniosła 207 939 380,02 zł tj. 125,42% wydatków wskazanych w *Prognozie wniosków o płatność w ramach POIiŚ*, docelowa wartość wydatków kwalifikowanych certyfikowanych do KE w 2011 r., miała wynosić 165 791 619,4 zł.



Wartość wydatków kwalifikowalnych planowanych do certyfikacji w kolejnym okresie sprawozdawczym przedstawia się następująco:

I kwartał 2012 r. – 50 008 861 PLN;
II kwartał 2012 r. – 20 228 255 PLN;
III kwartał 2012 r. – 33 122 401 PLN.
Razem 2012 r. – 115 574 871 PLN.

Wykres nr 19: Wykonanie prognozy certyfikacji na rok 2011 w ramach Działania 12.2 (w mln zł).

2.1.3. Pomoc ponownie wypłacona lub wykorzystana

W okresie, za który sporządzane jest sprawozdanie w ramach Działania 12.1 rozwiązano 4 umowy z Beneficjentami Konkursu 1/2008. Powodem rozwiązania 3 umów było naruszenie zasady trwałości projektu (utrata kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia), w czwartym przypadku powodem rozwiązania umowy było wykorzystanie środków nie zgodnie z przeznaczeniem. W ww. przypadkach na podstawie ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. Instytucja Wdrażająca zwróciła się do Beneficjentów o zwrot środków wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych. Niemniej jednak nie wydatkowano odzyskanych od ww. beneficjentów środków.

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

2.2. Opis napotkanych problemów wraz z podjętymi działaniami zaradczymi

We wdrażaniu Działania 12.1 zidentyfikowano następujące problemy:

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

Niska jakość przygotowywanych przez Beneficjentów załączników do umowy o dofinansowanie. W przypadku Beneficjentów Konkursu nr 1/2010 oraz Beneficjentów projektów indywidualnych większość przygotowanych i przesłanych załączników wymagała licznych poprawek. W celu uniknięcia powyższej sytuacji i polepszenia jakości dokumentacji przesyłanej przez Beneficjentów, opiekunowie poszczególnych projektów w drodze kontaktów roboczych zwracają się do Beneficjentów z prośbą o przekazanie w drodze elektronicznej przygotowanych załączników do umowy o dofinansowanie w celu ich weryfikacji i ewentualnej poprawy w ramach kontaktów roboczych.

2. Utrata przez Beneficjentów kontraktu z NFZ:

Resort zdrowia w ramach stale prowadzonego monitoringu i kontroli nie stwierdził nieprawidłowości wynikających z utraty kontraktów - z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - przez część beneficjentów, którzy uprzednio uzyskali wsparcie ze środków unijnych.

Podkreślenia wymaga fakt, że sytuacja braku zawarcia przez pojedynczych beneficjentów XII Priorytetu POIiŚ umów z NFZ wynika z prawidłowego funkcjonowania systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych, który został wprowadzony w Polsce już kilkanaście lat temu. W związku z powyższym nie można przedmiotowej okoliczności traktować jako nieprawidłowość w rozumieniu prawa wspólnotowego. Jednocześnie wnioskując, że informacje, o których mowa w piśmie Komisji Europejskiej pozyskane zostały z doniesienia medialnego, pragnę zapewnić, że ww. artykuł prasowy w sposób daleki od precyzji odzwierciedla obraz wykorzystania funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia w Polsce. Obserwacje Instytucji Pośredniczącej są bowiem w tym zakresie odmienne. Z punktu widzenia zarządzania środkami europejskimi powierzonymi Ministrowi Zdrowia, na chwilę obecną nie identyfikowane są zagrożenia systemowe dla prawidłowości ich wydatkowania oraz wykorzystywania infrastruktury zakupionej z ich udziałem.

W odniesieniu do środków przeznaczonych na interwencje w ochronie zdrowia obszarem, który wymaga wzmożonej obserwacji są inwestycje polegające na zakupie specjalistycznych środków transportu sanitarnego oraz na wsparciu szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zasygnalizowana powyżej sytuacja wynika z przyjętego w Polsce systemu kontraktowania świadczeń.

Podstawą udzielania wspomnianych świadczeń ze środków publicznych w Polsce¹ jest umowa zawarta między świadczeniodawcą (zakładem opieki zdrowotnej/podmiotem leczniczym) a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia². Zawieranie powyższych umów odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań, przy zapewnieniu równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzeniu postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. W świetle tych zasad zakazana jest jakakolwiek dyskryminacja podmiotów ubiegających się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w oparciu o przesłanki, które nie miały odzwierciedlenia w kryteriach oceny ofert. Nie jest więc dopuszczalne nie tylko preferowanie świadczeniodawców ze względu np. na ich status publicznoprawny (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej), ale także posiadanie przez nich takiej cechy jak bycie beneficjentem wsparcia finansowego pochodzącego ze środków Unii Europejskiej. Zgodnie z obowiązującym porządkiem prawnym dopuszczalna jest więc możliwość wystąpienia sytuacji, w której zakład opieki zdrowotnej nie uzyska kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym również korzystający ze wsparcia środków funduszy strukturalnych. W odniesieniu do beneficjentów Priorytetu XII PO liś są to jednak sytuacje sporadyczne. Braku czasowego udzielania świadczeń przez niektórych dotychczasowych świadczeniodawców nie można uznać za nieprawidłowość, lecz konsekwencję równego i otwartego dostępu wszystkich świadczeniodawców, którzy spełniają ustawowe warunki, do udzielania usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Przyjęty zatem system kontraktowania świadczeń pozwala na zastosowanie przejrzystych i konkurencyjnych reguł rynkowych przy wyborze podmiotów udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Mniej konkurencyjne oferty nie uzyskują kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, co jest naturalnym zjawiskiem w takiej sytuacji. Oznacza to jednak, że niektórzy potencjalni świadczeniodawcy nie zawierają na dany okres kontraktu z NFZ, a przez to tracą w tym czasie możliwość funkcjonowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że taka konstrukcja systemu pozwala zarówno na zachowanie wysokiego poziomu konkurencyjności pomiędzy podmiotami działającymi na rynku usług zdrowotnych, jak również skuteczne podnoszenie efektywności zarządzania środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie opieki zdrowotnej. Podobny selektywny system kontraktowania świadczeń (przy uwzględnieniu pewnych różnic) funkcjonuje również w większości państw członkowskich UE, np. w Niemczech lub Czechach.

Niemniej jednak, pomimo przyjętych powyżej opisanych zabezpieczeń, w związku ze specyfiką finansowania publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, w trakcie realizacji projektów występują pojedyncze sytuacje utraty kontraktów z publicznym płatnikiem przez beneficjentów udzielających świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego z wykorzystaniem zespołów ratownictwa medycznego (projekty dotyczące zakupu specjalistycznych i podstawowych ambulansów ratowniczych). Tak jak zostało wcześniej wspomniane, zjawiska tego nie można jednak uznać za nadzwyczajne lub niewłaściwe, gdyż wynika z otwarcia rynku na wszystkich świadczeniodawców bez względu na ich status organizacyjno-prawny. Podczas wyboru świadczeniodawców (podmiotów realizujących usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych) obowiązują bowiem takie zasady jak zakaz dyskryminacji oferentów ubiegających się o zawarcie umowy, nakaz równego traktowania oraz zachowania uczciwej konkurencji w postępowaniach o zawarcie umowy z NFZ. Przy okazji, należy zauważyć, iż nie zanotowano dotychczas podobnych zdarzeń, tj. utraty kontraktów w przypadku innych typów projektów realizowanych w sektorze zdrowia w ramach POliŚ. Z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że takie zdarzenia nie będą stanowiły problemu również w perspektywie kolejnych lat. Wymogi konieczne do spełnienia przez świadczeniodawców udzielających stacjonarnej pomocy medycznej są dużo bardziej złożone (adekwatnie do ilości i jakości

¹ W Polsce przeważająca większość usług zdrowotnych świadczonych w systemie publicznym jest finansowana ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia (w 2009 r. ponad 86% wydatków publicznych na opiekę zdrowotną stanowiły wydatki NFZ). Pozostała część świadczeń medycznych udzielanych w publicznym systemie ochrony zdrowia jest finansowana z budżetu państwa (przede wszystkim z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia, jak również Minister Obrony Narodowej, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji i Minister Sprawiedliwości) oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. (wg danych pochodzących z Narodowego Rachunku Zdrowia za 2009 r., GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia)

² art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

zasobów koniecznych do realizacji tejże pomocy), w związku z czym mniejsza liczba podmiotów może je spełnić i nie dochodzi do tak częstych zmian dostawców ww. świadczeń.

Analizując skalę zjawiska utraty kontraktów z publicznym płatnikiem w ramach środków unijnych zarządzanych przez Ministra Zdrowia, pragnę poinformować, że skala tego zjawiska jest niewielka i nie zagraża w jakikolwiek sposób osiągnięciu celów wyznaczonych w Programie Operacyjnym. Do tej pory na 314 umów o dofinansowanie 8 beneficjentów utraciło kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, co stanowi zaledwie 2,5 % zawartych umów. Z powyższej liczby, z trzema beneficjentami z powodu braku kontraktów z NFZ rozwiązano umowy o dofinansowanie, co z kolei stanowi 0,10% umów.

Pragnę jednocześnie poinformować, że ryzyko utraty kontraktów z NFZ zostało zdiagnozowane i podlegało analizie już na początku okresu programowania perspektywy finansowej 2007-2013. Z tego też względu wypracowane zostały mechanizmy minimalizujące niebezpieczeństwo niewłaściwego wydatkowania środków UE. Rozwiązania te wynikają z jednej strony z uregulowań dotyczących funduszy strukturalnych, a drugiej strony uwzględniają specyfikę systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

► W zawartych umowach o dofinansowanie (§ 16 ust. 3) nałożony jest na beneficjentów obowiązek niezwłocznego informowania Instytucji Wdrażającej (IW), będącej stroną umowy, o zawarciu lub rozwiązaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub o innej podstawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju odpowiadającym zakresowi projektu. Zaniechanie tego obowiązku przez beneficjenta traktować należy jako naruszenie zobowiązań wynikających z zawartej umowy, co w konsekwencji może prowadzić nawet do jej rozwiązania ze skutkiem natychmiastowym.

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

► Ponadto, beneficjenci zostali poinformowani, że w przypadku niemożności czasowego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z publicznym płatnikiem nie mogą wykorzystywać zakupionego sprzętu do innych celów niż przewidzianych w umowie o dofinansowanie, a przedmiotowe zobowiązanie podlega kontroli przez IW. W takiej sytuacji beneficjent zobowiązany jest do proporcjonalnego zwrotu dofinansowania wraz z odsetkami za okres, w którym nie udzielał świadczeń w ramach publicznego systemu, w stosunku do 5-cio letniej trwałości projektu.

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

► Ponadto, od 2011 r. wydłużono także okres obowiązywania umów z NFZ do 3 lat (wcześniej dominowały kontrakty jednoroczne), co lepiej zabezpiecza beneficjentów przed utratą dofinansowania, a w konsekwencji prowadzi do dalszego minimalizowania ryzyka utraty przez beneficjentów kontraktów z NFZ w ostatnich latach okresu trwałości projektów.

Wytworzone mechanizmy w ramach polskich procedur w sektorze zdrowia, w tym także stałe monitorowanie i kontrola projektów, zabezpieczają w pełni interesy Unii Europejskiej oraz wypełniają wymagania polskich instytucji nadrzędnych w systemie wdrażania funduszy strukturalnych.

3. Niska jakość wniosków o płatność:

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

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

We wdrażaniu **Działania 12.2** zidentyfikowano następujące problemy:

1. Niska jakość wniosków o płatność:

Problem opisany w części dotyczącej Działania 12.1.

2.3. Informacja na temat zgodności z prawem

2.3.1. Zgodność realizowanego priorytetu z prawodawstwem w zakresie zamówień publicznych

W bieżącym okresie sprawozdawczym nie zidentyfikowano problemów o charakterze systemowym, związanych ze stosowaniem prawa zamówień publicznych. Dlatego też brak jest możliwości wskazania jakich kwot mogłyby dotyczyć ewentualne nieprawidłowości.

2.3.2. Zgodność priorytetu z zasadami pomocy publicznej

Nie dotyczy

2.3.3. Zgodność priorytetu z prawem wspólnotowym

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

2.4. Zmiany w kontekście realizacji (w stosownych wypadkach)

Działanie 12.1

W związku z powodzią, która miała miejsce na terytorium Polski w 2010 r. Instytucja Wdrażająca dokonała analizy wpływu kataklizmu na realizację i trwałość projektów objętych umowami o dofinansowanie. Uzyskane od Beneficjentów informacje wykazały, iż problemy w realizacji projektu w związku z zaistniałą sytuacją powodziową wystąpiły w dwóch przypadkach.

1. Projekt pn. „Zakup ambulansów reanimacyjnych przez SP ZOZ w Kędzierzynie - Koźlu szansą na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu Kędzierzyńsko - Kozielskiego” realizowany przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie - Koźlu, w ramach zawartej w dniu 24.03.2010 r. umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-058/08-00. (Beneficjent zrealizował pełen zakres rzeczowy projektu i osiągnął zakładany stopień realizacji wskaźnika produktu.)

2. Projekt pn. „Rozbudowa i przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Diagnostyki Obrazowej SP ZOZ w Oławie” realizowany przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, w ramach zawartej w dniu 18.03.2010 r. umowy o dofinansowanie nr UDA-POIS.12.01.00-00-285/08-00.

Jednakże, zgodnie z wyjaśnieniami beneficjentów nie odnotowano problemów w realizacji projektu w związku z zaistniałą sytuacją powodziową.

Niemniej jednak w marcu 2011 r. zarekomendowano Beneficjentowi realizującemu projekt nr UDA-POIS.12.01.00-00-285/08-00 rozważenie kwestii ubezpieczenia środków trwałych, w tym m.in. sprzętu i aparatury medycznej zakupionej w ramach ww. projektu. W dniu 30 marca 2011 r. Beneficjent powiadomił IW, iż zamierza objąć ubezpieczeniem pomieszczenia szpitalnego oddziału ratunkowego oraz sprzęt i aparaturę medyczną ujętą w projekcie.

Działanie 12.2

W ramach Działania 12.2 nie odnotowano podobnych problemów w realizacji projektu w związku z zaistniałą sytuacją powodziową.

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

W umowie o dofinansowanie beneficjent zobowiązuje się do zapewnienia trwałości projektu, w rozumieniu art. 57 ust. 1 rozporządzenia 1083/2006, w okresie 5 lat od daty zakończenia realizacji projektu. Warunkiem zapewnienia trwałości jest posiadanie przez beneficjenta aktualnego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Do końca 2011 r. w ramach Działania 12.1 kontrakt z NFZ utraciło 9 Beneficjentów Konkursu nr 1/2008, z czego z 3 Beneficjentami rozwiązano umowę o dofinansowanie: następujące umowy:

1. nr UDA-POIS.12.01.00-00-058/08-00 zawartą w dniu 24 marca 2010 r. z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu na realizację projektu pn. „Zakup ambulansów reanimacyjnych przez SP ZOZ w Kędzierzynie - Koźlu szansą na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu Kędzierzyńsko - Kozielskiego” – data rozwiązania umowy: 25 października 2011 r.;
2. nr UDA-POIS.12.01.00-00-059/08-00 zawartą w dniu 26 czerwca 2009 r. z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Mławie na realizację projektu pn. „Wymiana ambulansu ratunkowego z wyposażeniem medycznym dla Zespołu Ratownictwa Medycznego SP ZOZ w Mławie” – data rozwiązania umowy: 23 sierpnia 2011 r.;
3. nr UDA-POIS.12.01.00-00-060/08-00 zawartą w dniu 26 czerwca 2009 r. z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Oleśnie na realizację projektu pn. „Poprawa skuteczności działania zespołu ratownictwa medycznego w Oleśnie poprzez zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego – data rozwiązania umowy: 9 listopada 2011 r.

Instytucja Wdrażająca na podstawie Ustawy o finansach publicznych zwróciła się do Beneficjentów o zwrot środków wraz z odsetkami jak dla zaległości podatkowych.

Wykaz Beneficjentów Konkursu nr 1/2008 nieposiadających kontraktów NFZ

Lp.	Nazwa Beneficjenta i nr umowy o dofinansowanie	Wartość dofinansowania w PLN	Czy beneficjent posiada kontrakt z NFZ? (wg stanu na 31.12.2011 r.)	Czy rozwiązano z beneficjentem umowę o dofinansowanie?
1	Szpital Powiatowy w Kętrzynie UDA-POIS.12.01.00-00-003/08-	352 750,00	NIE	Nie. Wstrzymano się z rozwiązaniem umowy o

00				dofinansowanie do czasu rozstrzygnięcia odwołania przez Prezesa NFZ- przewidywany termin 04.03.2012 r.
2	SPZOK w Nowym Dworze Gdańskim UDA-POIS.12.01.00-00-197/08-00	510 000,00	NIE	Nie. Prezes NFZ uwzględnił odwołanie Beneficjenta. W wyniku ponownie rozpisanego Konkursu umowę uzyskało Powiatowe Centrum Zdrowia w Malborku, które przejęło majątek i wykonywanie świadczeń medycznych po SP ZOZ w Nowym Dworze Gdańskim (likwidacja). Trwa korespondencja z IP i IZ w sprawie możliwości przekazania ambulansów na rzecz PCZ w Malborku.
3	SPZOK w Gostyniu UDA-POIS.12.01.00-00-145/08-00	666 791,83	NIE	Nie. Wstrzymano się z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie do czasu rozstrzygnięcia odwołania przez Prezesa NFZ. Aktualnie trwa procedura odwoławcza w NFZ.
4	Powiat Łowicki UDA-POIS.12.01.00-00-201/08-00	756 011,25	NIE	Nie. Beneficjentowi nie wypłacono dofinansowania. Wstrzymano się z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie do czasu rozstrzygnięcia konkursu na ratownictwo medyczne w woj. łódzkim na udzielenie świadczeń od 1 stycznia 2012 r. Aktualnie trwa procedura odwoławcza w NFZ.
5	Szpital Powiatowy w Radomsku UDA-POIS.12.01.00-0-090/08-00	726 750,00	NIE	Nie. Wstrzymano się z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie do czasu rozstrzygnięcia konkursu na ratownictwo medyczne w woj. łódzkim na udzielenie świadczeń od 1 stycznia 2012 r. Aktualnie trwa procedura odwoławcza w NFZ.
6	SPZOK w Zduńskiej Woli UDA-POIS.12.01.00-00-038/08-00	833 085,00	NIE	Nie. Wstrzymano się z rozwiązaniem umowy o dofinansowanie do czasu rozstrzygnięcia konkursu na ratownictwo medyczne w woj. łódzkim na udzielenie świadczeń od 1 stycznia 2012 r. Beneficjent od dnia 1 stycznia 2012 r. dysponuje kontraktem na realizację świadczeń w ramach Ratownictwa

				medycznego (umowa zawarta na okres 01.01.2012 – 31.12.2016).
7	SPZOZ w Mławie UDA-POIS.12.01.00-00-059/08-00	308 125,70	NIE	TAK
8	SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu UDA-POIS.12.01.00-00-058/08-00	644 655,78	NIE	TAK
9	ZOZ w Oleśnie UDA-POIS.12.01.00-00-060/08-00	638 408,65	NIE	TAK

Ponadto stwierdzono brak kontraktów w zakresie świadczeń udzielanych na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dwóch Beneficjentów Konkursu nr 2/2008:

- Samorząd Województwa Pomorskiego (umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-301/08-00) – kontrakt z NFZ wygaś w dniu 13 listopada 2011 r. W dniu 10 listopada 2011 r. Pomorski Oddział NFZ unieważnił postępowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala w Słupsku (wartość oferty świadczeniodawcy przewyższała kwotę jaką NFZ przeznaczył na świadczenia w SOR). Beneficjent wystąpił do NFZ o wszczęcie kolejnego postępowania na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w ramach SOR. Szpital w Słupsku uzyskał kontrakt z NFZ od 10 grudnia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r.

- "KLINIKA" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Rykach (umowa nr UDA-POIS.12.01.00-00-345/08-00). Beneficjent posiadał kontrakt z NFZ na okres od 2011-01-01 do 2011-06-30. Umowa z LOW NFZ została rozwiązana z dniem 30-06-2011, w związku z brakiem możliwości spełnienia wszystkich wymogów dotyczących SOR - zastąpiła ją umowa na udzielanie świadczeń w zakresie Izby Przyjęć. Zarząd NZOZ "KLINIKA" sp. z o.o. podjął decyzję o kontynuacji działalności Szpitalnego Oddziału Ratunkowego pomimo braku kontraktu z NFZ. Przeszkody dotyczące spełnienia wymogów zostały usunięte i dnia 20-09-2011 zostało skierowane do LOW NFZ pismo z prośbą o przywrócenie kontraktu od 01-10-2011r. Kontrakt z NFZ został zawarty w dniu 3 stycznia 2012 r. na okres od 1 stycznia 2012 do 31 grudnia 2012 r.

a. Komplementarność pomocy z innymi instrumentami wsparcia

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

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

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 POLiŚ.

- 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. Niezbędny 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 nowego sprzętu. Modelowym przykładem jest tu projekt indywidualny Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie (nr WND-POIS.12.02.00-00-003/09) pn. Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej. Celem ww. projektu jest poprawa dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych (usług medycznych) w zakresie chorób układu sercowo – naczyniowego (kardiologia, kardiochirurgia) świadczonych przez Instytut.

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

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

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

Działanie 12.1:

Projekt WND-POIS.12.01.00-00-232/08 – Rozbudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – II etap modernizacji Szpitala Powiatowego w Krotoszynie komplementarny z Wielkopolskim Regionalnym Programem Operacyjnym na lata 2007-2013, Priorytet V, Działanie 5.3. Infrastruktura ochrony zdrowia. Projekt będzie powiązany funkcjonalnie i technologicznie z projektem zgłaszanym w ramach ww. działania, a który dotyczył będzie dofinansowania rozbudowy bloku operacyjnego z centralną sterylizatornią oraz budowy nowego wejścia głównego.

Projekt WND-POIS.12.01.00-00-246/08 – Przebudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w WSzS w Białej Podlaskiej w celu dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia, komplementarny z projektem Zakup sprzętu ratującego życie i dostosowanie pomieszczeń Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

w Białej Podlaskiej, realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego, Działanie 8.3. Ochrona zdrowia.
Cross – financing w ramach Działania 12.1 nie występuje.

Działanie 12.2:

WND-POIS.12.02.00-00-019/08 – Wzrost jakości i dostępności diagnostyki obrazowej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu poprzez rozbudowę i zakup wyposażenia jest komplementarny z projektem realizowanym w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013. Będzie powiązany funkcjonalnie i technologicznie z projektem pt. Program leczenia ostrych pęknięć aorty ostrej zatorowości płucnej, zgłoszonym w ramach ww. działania.

Cross – financing w ramach Działania 12.2 nie występuje.

b. Duże projekty

Nie dotyczy

c. Informacja o wypełnianiu warunków szczególnych nałożonych na projekty

Informacja o wypełnianiu warunków szczególnych nałożonych na projekty

Działanie 12.1

Klauzule dotyczące oceny oddziaływania na środowisko zostały wpisane w przypadku 6 projektów Działania 12.1 (obecnie już 5) - lista poniżej. Niemniej zostały wpisane "na wyrost" i należą do niezastrzeżonych z powodu wprowadzonego wymogu przedłożenia pełnej dokumentacji środowiskowej wraz z pozwoleniem na budowę przed podpisaniem umowy o dofinansowanie. Ww. klauzule zgodnie z informacją zawartą w sprawozdaniu rocznym za 2010 r. są sukcesywnie usuwane z ww. umów przy okazji ich aneksowania. W roku 2011 w przypadku projektu „Budowa całodobowego lądowiska dla helikopterów, zlokalizowanego na terenach przyszpitalnych, umożliwiającego przyjmowanie pacjentów do SOR w Szczecinie” usunięto ww. klauzulę aneksem nr UDA-POIS-12.01.00-00-237/08-01 z 28 stycznia 2011 r.

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

Działanie 12.2

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

Tabela 2. Klauzule warunkowe

Lp.	Nazwa projektu	Czy projek	Wartość dofinansowania	Wartość środków	Czy warunek	Przewidywana data uzyskania
-----	----------------	---------------	---------------------------	--------------------	----------------	--------------------------------

		t duży? (tak/ nie)	w części UE	zablokowanych do momentu wypełnienia warunku	wypełnion y (tak/nie)	decyzji o pozwoleniu na budowę /zezwoleń na realizację inwestycji drogowej
1.	Rozwój systemu ratownictwa medycznego regionu poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.	nie	603 088,09	0,0	tak	28.11.2008 r.
2.	Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim przez rozbudowę SOR w Sanoku, zakup sprzętu medycznego i budowę lądowiska dla helikopterów.	nie	3 349 712,35	0,00	tak	Decyzja nr 51/09 z dnia 18.02.2009 r.
3.	Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez dostosowanie infrastruktury ratownictwa medycznego SMS im. G. Narutowicza w Krakowie do wymogów prawa.	nie	6 028 216,06	0,00	tak	31.05.2007 r.
4.	Uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z budową heliportu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy.	nie	8 348 347,66	0,00	tak	06.10.2008 r.
5.	Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez budowę lądowiska oraz zakup wyrobów medycznych dla SOR Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie.	nie	1 707 167,92	0,00	tak	18.11.2005

d. 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:
	24.02.2012 r., Warszawa Imię i nazwisko osoby upoważnionej do zatwierdzenia sprawozdania i wydania oświadczenia w ramach Instytucji Pośredniczącej: Michał Kępowicz

Dane osoby sporządzającej sprawozdanie	Imię i nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie: 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: 24.02.2012 r., Warszawa
	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do zatwierdzenia sprawozdania: Michał Kępowicz
	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 (wszystkie tabele)