

2011

Raport do badania ewaluacyjnego:

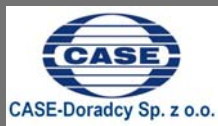
„Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia”

Zamawiający:

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Wykonawca:

CASE-Doradcy Sp. z o.o.
ul. Sienkiewicza 12
00-010 Warszawa



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Pomocy Technicznej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



28-12-2011



Wykonawca: CASE-Doradcy Sp. z o.o.

Badanie zrealizował zespół w składzie:

Andrzej Cylwik

Justyna Gać

Paweł Kościelecki

Milena Pacholska

Anna Podsiadły

Witold Ponikło

Agnieszka Sowa

SPIS TREŚCI

SPIS SKRÓTÓW.....	5
STRESZCZENIE	6
ABSTRACT	12
1 WPROWADZENIE	18
2 OPIS ZASTOSOWANEJ METODOLOGII BADAWCZEJ.....	20
2.1 Analiza danych zastanych (analiza desk research)	20
2.2 Badanie ilościowe – CATI.....	23
2.3 Indywidualne wywiady pogłębione	28
2.4 Studium przypadku (case study)	29
3 WYNIKI BADANIA	31
3.1 Ocena stopnia zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne finansowane ze środków Priorytetu XII PO liŚ wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ	31
3.2 Identyfikacja ewentualnych dodatkowych inwestycji wynikających pośrednio lub bezpośrednio z uzyskania przez ZOZ dofinansowania ze środków Priorytetu XII PO liŚ	55
3.3 Identyfikacja łącznej liczby zakupionych w ramach projektów ambulansów, sprzętu medycznego, wybudowanych/przebudowanych/ rozbudowanych/wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, w zależności od przedmiotu i celu projektów oraz informacja dodatkowa dotycząca średniego wieku sprzętu	66
3.4 Ocena efektywności wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ (stosunek wielkości wydatków przeznaczonych w ramach projektu na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków <i>stricto</i> inwestycyjnych).....	107
3.5 Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z Priorytetu XII PO liŚ	115
4. WNIOSKI I REKOMENDACJE.....	121
5. STUDIUM PRZYPADKU	129
<i>Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie - Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie</i>	<i>130</i>
<i>Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie - Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym</i>	<i>141</i>
<i>Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach - Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej.....</i>	<i>147</i>
<i>Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie - Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie</i>	<i>153</i>
<i>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Centralny Szpital Weteranów - Stworzenie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi całodobowego Centrum Endoskopowego Leczenia Krwawień.....</i>	<i>163</i>

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku - Podniesienie bezpieczeństwa diagnostyki obrazowej poprzez unowocześnienie aparatury medycznej w Zakładzie Radiologii USK w Białymstoku	169
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie - Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie wraz z budową Iładowiska i zakupem aparatury i sprzętu	178
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu - Kompleksowe dostosowanie SOR w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym - III etap	186
Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy - Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	196
Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w Wielkopolsce poprzez wymianę ambulansów przez Rejonową Stację Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu ...	205
Artmedik sp z o.o - Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie.....	212
"Pro-Medica" Sp. z o.o. w Ełku - Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem przez Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Ełku - "Pro-Medica" w Ełku sp. z o. o.	223
"Szpital Tucholski" Sp. z o.o. - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia przez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o. / Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup 2 karetek typu "P" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o.	230
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Sp. z o.o - Rozbudowa, przebudowa i doposażenie NZOZ "Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego" Sp. z o.o. celem utworzenia SOR.....	237

Spis skrótów

CATI	Wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo (ang. Computer Assisted Telephone Interview)
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony (ang. Individual In-Depth Interview)
IP	Instytucja Pośrednicząca – Ministerstwo Zdrowia
IW	Instytucja Wdrażająca - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
IZ	Instytucja Zarządzająca – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
MRR	Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
PO IiŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SzOP PO IiŚ	Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko
UE	Unia Europejska
CT	tomografia komputerowa
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy

Streszczenie

Cele badania pt. *Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia* obejmowały trzy kluczowe zagadnienia:

- identyfikację efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO liŚ, w odniesieniu do ich rzeczywistego wpływu na poprawę stanu infrastruktury technicznej oraz jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej,
- ocenę stopnia zapotrzebowania („popytu”) wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ na typy inwestycji, jakie w obecnej perspektywie budżetowej są finansowane ze środków Priorytetu XII PO liŚ,
- analizę efektywności przygotowania i zarządzania projektami realizowanymi przez beneficjentów w ramach Priorytetu XII PO liŚ.

Badaniu zostały poddane projekty, które były realizowane lub są w trakcie realizacji w ramach funduszy strukturalnych w latach 2008-2011, ze szczególnym uwzględnieniem projektów już zakończonych. Projekty objęte badaniem finansowane są w ramach XII Priorytetu Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego i Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Badanie zostało zaplanowane jako wszechstronna analiza i ocena procesu wspierania inwestycji w ochronie zdrowia oraz jako diagnoza przyszłych potrzeb inwestycyjnych. W trakcie prac nad raportem zostały wykorzystane liczne metody badawcze. Były to głównie analiza danych zastanych (desk research), indywidualne wywiady pogłębione (IDI), badanie kwestionariuszowe CATI oraz studium przypadku.

Analiza danych zastanych objęła dokumentację 318 projektów dofinansowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ i złożonych przez 252 beneficjentów¹. Analiza wykazała, że w ramach Priorytetu dokonano inwestycji w zakresie:

- specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego – **140 projektów (128 beneficjentów) na łączną kwotę 124 291 934,00 zł**
- **stricte** budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowy i wyposażenia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – **28 projektów (26 beneficjentów) na łączną kwotę 98 716 622,22 zł**
- infrastruktury ochrony zdrowia i sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych – **150 projektów² (131 beneficjentów) na łączną kwotę 1 339 967 533,76 zł**

Badaniem CATI objęto 200 beneficjentów i 262 potencjalnych beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ. Dodatkowo opracowano 14 studiów przypadku, przedstawiających projekty realizowane przez 14 beneficjentów Priorytetu. Wywiady indywidualne przeprowadzono wśród instytucji zaangażowanych we wdrażanie XII Priorytetu PO liŚ oraz z ekspertami w zakresie ochrony zdrowia.

¹ Niektórzy beneficjenci realizowali kilka projektów jednocześnie.

² Projekty obejmują również 32 inwestycje kompleksowe, tj. obejmujące swym zakresem inwestycje w lądowiska, ale również innego rodzaju inwestycje, np. przebudowę, rozbudowę bądź remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego czy zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii i/lub zakup aparatury obrazowej.

Skalę potrzeb inwestycyjnych zakładów opieki zdrowotnej oszacowano w raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, przygotowanym w roku 2008. Jednym z wniosków prezentowanych w raporcie jest stwierdzenie: „Obecny stan techniczny infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce jest niezadowolający. Poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi około 62% (...) Sytuację pogarsza powszechna, wieloletnia praktyka wykorzystywania odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku, a w praktyce na pokrycie straty finansowej instytucji ochrony zdrowia. Oznacza to ograniczenie wydatków na modernizację i remonty budynków oraz odtwarzanie zasobów sprzętu technicznego i medycznego”. Środki z programów unijnych, dostępne w ostatnich latach miały za zadanie przyczynić się do zmiany takiego stanu.

Opierając się na powyższych założeniach, ocenie poddano następujące obszary badawcze:

I Ocena stopnia zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne finansowane ze środków Priorytetu XII PO liŚ wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ

Ocena stopnia zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne ze środków Priorytetu XII PO liŚ została przedstawiona na podstawie informacji, uzyskanych od beneficjentów i potencjalnych beneficjentów, wynikających z wywiadów telefonicznych CATI i studiów przypadku. W ramach obszaru badawczego zidentyfikowano, iż największe zapotrzebowanie występuje na zakup ambulansów – zarówno wśród beneficjentów, jak i potencjalnych beneficjentów. W drugiej kolejności beneficjenci najczęściej wskazują na potrzebę zakupu aparatury obrazowej, natomiast potencjalni beneficjenci na zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii. .W ramach analizy wzięto pod uwagę priorytety sformułowane w Strategii Europa 2020: innowacyjny, proekologiczny lub zapewniający włączenie społeczne charakter inwestycji planowanych, przez beneficjentów i potencjalnych beneficjentów. Planując inwestycje zarządzający jednostkami największą wagę przywiązują do kwestii innowacyjności, która w tym przypadku wyraża się w dostępie do nowoczesnych technologii. Proekologiczność planowanych inwestycji dotyczy przede wszystkim zmniejszenia emisji spalin w pojazdach sanitarnych oraz oszczędności w zużyciu energii elektrycznej. Zapewnienie włączenia społecznego najczęściej rozumiane jest przez respondentów jako budowa lub rozbudowa infrastruktury przyjaznej osobom niepełnosprawnym.

Dokonano również oceny stopnia poprawy stanu infrastruktury technicznej/jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej. Największe korzyści wynikające z realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO liŚ to **podniesienie bezpieczeństwa pacjenta, podniesienie jakości opieki nad pacjentem, dostęp do wysokospecjalistycznych procedur medycznych.** Inwestycje zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO liŚ przyczyniły się do zwiększenia potencjalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych, jednakże ich faktyczna dostępność w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego zależy od wielkości kontraktów z płatnikiem (NFZ).

Do zwiększenia zasięgu terytorialnego świadczonych usług przyczynił się zakup wysokospecjalistycznej technologii medycznej, która była dotychczas niedostępna w danym regionie lub jej unowocześnienie. Zasięg terytorialny świadczonych usług nie zmienił się w przypadku inwestycji odtworzeniowych.

Zrealizowane projekty inwestycyjne w największej mierze nakierowane były na zaspokojenie potrzeb lokalnych w zakresie ochrony zdrowia (94%), w nieco mniejszym stopniu adresowały potrzeby regionalne (83%), a w najmniejszym były adekwatne do potrzeb krajowych.

II Identyfikacja ewentualnych dodatkowych inwestycji wynikających pośrednio lub bezpośrednio z uzyskania przez ZOZ dofinansowania ze środków Priorytetu XII PO liŚ

W ramach niniejszego obszaru badawczego zidentyfikowano dodatkowe inwestycje realizowane przez beneficjentów w ramach bieżącej perspektywy finansowej. 61 % spośród beneficjentów realizowało dodatkowe inwestycje, finansowane z innych źródeł. Przeciętna wartość dodatkowych inwestycji realizowanych przez beneficjentów jest wyższa od średniej wartości projektów realizowanych w ramach całego Priorytetu XII PO liŚ. Mniejszość (44%) twierdzi, że inwestycje miały charakter komplementarny, natomiast 56% wyraziło opinię, że inwestycje nie były komplementarne lub nie było świadome komplementarności inwestycji.

Analizowano również zgodność inwestycji zrealizowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ z planami strategicznymi beneficjentów. 90% wśród ankietowanych stwierdziło, że realizowane przez nich inwestycje, ze środków Priorytetu XII PO liŚ, były zgodne całościowo lub częściowo z planem strategicznym jednostki.

III Identyfikacja łącznej liczby zakupionych w ramach projektów ambulansów, sprzętu medycznego, wybudowanych/przebudowanych/ rozbudowanych/wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, w zależności od przedmiotu i celu projektów oraz informacja o średnim wieku sprzętu medycznego

Powyższy obszar badawczy stanowi najważniejszą część badania, ponieważ wskazuje na rzeczywiste i potencjalne efekty analizowanych projektów. Na niniejszy obszar badawczy składała się w znacznym stopniu analiza dokumentacji projektowej, która pozwoliła na identyfikację obszarów wsparcia udzielonego w ramach Priorytetu XII PO liŚ oraz typów realizacji przedsięwzięć. W ramach analizy przedstawiono również rozmieszczenie terytorialne z/realizowanych inwestycji w obiekty infrastruktury ochrony zdrowia, lądowiska dla śmigłowców sanitarnych oraz sprzęt i aparaturę medyczną. Rzeczowe efekty realizacji projektów współfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ w ochronie zdrowia obejmują: ambulanse, sprzęt/aparaturę medyczną w podziale na jej rodzaje oraz inwestycje w lądowiska i infrastrukturę budowlaną. Analiza nie przedstawia rzeczywistych efektów rzeczowych ze względu na to, że większość projektów jest obecnie na etapie realizacji. Przeprowadzona analiza wykazała, że w ramach Działania 12.1 PO liŚ podpisano 140 umów o dofinansowanie na zakup **346 ambulansów**, z czego najwięcej przez beneficjentów z województw śląskiego, wielkopolskiego, lubelskiego i dolnośląskiego. W ramach projektów dofinansowanych ze środków Działania 12.1 i 12.2 PO liŚ docelowo mają zostać zrealizowane **83 inwestycje budowlane** w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia (SOR i inne obiekty ochrony zdrowia³), z czego najwięcej inwestycji – w południowo-zachodnich i południowo-wschodnich województwach kraju. Środki PO liŚ zostały przeznaczone również na zakup **13 170 sztuk sprzętu i aparatury medycznej**, z czego najwięcej przeznaczono na zakup sprzętu terapeutycznego, łóżek, wyposażenia zabiegowego i wózków, wyposażenia pomocniczego oraz sprzętu anestezjologicznego. Największych zakupów sprzętu medycznego zrealizowanych zostało/zostanie w województwach: mazowieckim, małopolskim i wielkopolskim. W ramach Priorytetu XII PO liŚ przewidziano **budowę i remont 59 lądowisk dla śmigłowców sanitarnych** oraz **16 inwestycji w zakresie budowy, remontu i wyposażenia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego**. W ramach Priorytetu przewidziano również

³ Liczba inwestycji nie obejmuje inwestycji infrastrukturalnych w ramach budowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych (12 projektów) oraz utworzenia i doposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (1 projekt).

projekty dotyczące **budowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych (12 projektów)⁴** oraz **utworzenia i doposażenia wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (1 projekt)**.

Omawiany obszar badawczy zamyka analiza średniego wieku sprzętu i aparatury medycznej, zakupionych ze środków PO liŚ. Wyniki analizy jednoznacznie wskazują, że zakup sprzętu z PO liŚ wpłynął istotnie na obniżenie średniego wieku poszczególnych rodzajów aparatury medycznej. Analiza pozwoliła również na wskazanie rzeczywistego zakresu dotychczas zrealizowanych zakupów w ramach XII Priorytetu PO liŚ.

IV Ocena efektywności wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ (stosunek wielkości wydatków przeznaczonych w ramach projektu na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków strictly inwestycyjnych)

Przedstawiona w ramach niniejszego obszaru badawczego analiza wykorzystania środków finansowych jest analizą efektywności kosztowej, czyli prezentuje realizację projektów w odniesieniu do wielkości ich kosztów operacyjnych. Przyjęto umowne założenie, że im wyższy udział kosztów operacyjnych w całkowitych kosztach projektu, tym niższa jest jego efektywność. Analiza wykazała, że w przypadku inwestycji w ambulanse, infrastrukturę budowlaną i sprzęt/aparaturę medyczną oraz lądowiska/bazy LPR dominuje wskaźnik efektywności w przedziale 0-5%, co oznacza, że projekty były realizowane efektywnie. Analiza obejmuje również propozycję Wykonawcy w zakresie usprawnień, wpływających na lepszą efektywność wydatkowanych środków oraz zmiany formalne w procedurach Priorytetu XII PO liŚ, które mogą przyczynić się do podwyższenia efektywności wydatkowania środków. Niniejszy obszar badawczy zamyka ocena stopnia wykorzystania sprzętu przez beneficjentów XII Priorytetu PO liŚ.

V Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z Priorytetu XII PO liŚ

Barьеры w aplikowaniu o środki pochodzące z Priorytetu XII PO liŚ zostały wszechstronnie scharakteryzowane w oparciu o dane pochodzące z badań ankietowych wśród beneficjentów i od potencjalnych beneficjentów projektu oraz informacje z wywiadów przeprowadzonych z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz ze studiów przypadków. Wśród barier utrudniających proces aplikacyjny na pierwszym miejscu należy wymienić barierę informacyjną - wyniki badania wśród potencjalnych beneficjentów pokazały, że blisko połowa spośród ankietowanych instytucji, które nie skierowały wniosku o dofinansowanie inwestycji ze środków Priorytetu XII PO liŚ, nie słyszała o możliwości aplikowania. Spośród trudności, które beneficjenci projektów napotkali na etapie aplikacji, wymienia się: krótki czas na przygotowanie wniosku, skomplikowane procedury aplikacyjne i trudności ze spełnieniem kryteriów formalnych oraz zgromadzeniem odpowiedniego wkładu własnego.

Analiza powyższych obszarów prowadzi do sformułowania następujących wniosków, które były podstawą do opracowania rekomendacji wskazanych w rozdziale 5:

1. Inwestowanie w potrzeby sektora zdrowotnego wpisuje się w cele strategii unijnych, w tym przede wszystkim Strategii Europa 2020 poprzez dążenie do innowacyjności, włączenia społecznego oraz proekologiczność inwestycji. Inwestowanie w ramach Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko ma wymiar innowacyjny w sensie zastosowania w opiece zdrowotnej nowych technologii i zwiększenia dostępu do nich oraz proekologiczny, przyczyniając się do szerszego stosowania technologii energooszczędnych. Przy czym w zakresie

⁴ W ramach projektu indywidualnego pt. Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego powstanie również centrum urazowe w Rzeszowie

proekologiczności obejmuje również inwestycje w zakresie odnawialnych źródeł energii oraz inwestycje w proekologiczne metody utylizacji odpadów z działalności szpitalnej itp. W wymiarze włączenia społecznego najistotniejszym efektem działań inwestycyjnych jest potencjalne zwiększenie dostępu do świadczeń medycznych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Równie istotne i najczęściej podkreślane przez beneficjentów programu jest przystosowanie placówek ochrony zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych. Jednocześnie działania podejmowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ powinny przyczynić się, w perspektywie wieloletniej, do polepszenia stanu zdrowia populacji, a więc zwiększenia jego produktywności, a tym samym wpływać na rynek pracy i prowadzić do pozytywnych efektów ekonomicznych.

2. Pozytywnie należy ocenić przeznaczenie środków w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na realizację projektów dostosowujących infrastrukturę do nowych regulacji prawnych. W szczególności dotyczy to budowy lądowisk dla śmigłowców sanitarnych w ramach tworzonych SOR, których wysokie koszty w większości przypadków nie zostałyby pokryte ze środków własnych zainteresowanych jednostek. Przeprowadzona ewaluacja pokazała przede wszystkim dużą skalę potrzeb w sektorze ochrony zdrowia, w tym zarówno historycznych (o czym świadczy zainteresowanie projektami znacznie przekraczające pierwotne możliwości ich finansowania) jak i przyszłościowych.
3. Jeśli chodzi o zarządzanie projektami, nie zostały wykazane istotne uchybienia. Zarówno beneficjenci jak i reprezentanci Instytucji Zarządzającej i Instytucji Wdrażającej byli zadowoleni ze współpracy, chociaż wskazywali na uchybienia dotyczące procedur wnioskowania i realizacji, wynikające ze zmieniającego się prawa oraz niedostatecznej wiedzy w zakresie zarządzania projektami lub długotrwałości procedur.
4. Na obecnym etapie realizacji projektów niemożliwe jest dokonanie pełnej oceny ich efektywności ze względu na fakt, że duża liczba inwestycji jest wciąż na etapie wdrażania. Można jedynie stwierdzić, że większość zakończonych inwestycji została zrealizowana sprawnie i efektywnie biorąc pod uwagę koszty operacyjne projektów. Potrzebna byłaby jednak kolejna analiza efektywności wszystkich zrealizowanych inwestycji, przeprowadzona po zakończeniu ich wdrażania i zawarciu odpowiednich umów z NFZ.
5. Ocena alokacji środków inwestycyjnych jest utrudniona przez brak dokumentacji istniejącej infrastruktury i potrzeb krajowych/regionalnych w jej zakresie. W tym wymiarze potrzebna byłaby tutaj dalsza analiza umożliwiająca pełną ocenę inwestycji w odniesieniu do potrzeb i zaproponowanych w tekście wskaźników efektywnościowych. Dotychczasowa alokacja bazowała na potrzebach zgłaszanych przez zainteresowane jednostki. Takie konkursowe podejście premiuje aktywnych, ale przykładowo, nie rozwiązuje problemu niewystarczającej liczby lądowisk śmigłowców sanitarnych w północno-wschodnim i północno-zachodnim regionie kraju.
6. Wnioski dotyczące organizacji konkursów w następnej perspektywie finansowej lub ze środków rezerwowych w Priorytecie XII PO IiŚ:
 - Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych populacji i planowanie inwestycji w ramach sieci usług medycznych, odpowiednio do aktualnego wyposażenia jednostek na poziomie kraju/regionu i na poziomie lokalnym. W celu oceny adekwatności potrzeb należałoby wprowadzić wskaźniki aktualnej dostępności usług np. okresów oczekiwania na wykonanie określonych badań diagnostycznych na poziomie regionalnym i lokalnym, czasu dojazdu na badanie diagnostyczne poszczególnych rodzajów na poziomie regionalnym i lokalnym, sprawności funkcjonowania systemu ratownictwa (np. na podstawie wskaźnika czasu dojazdu do osoby potrzebującej pomocy) na poziomie

regionalnym i lokalnym. Umożliwiłoby to przygotowanie mapy potrzeb inwestycyjnych w wymiarze krajowym/regionalnym/lokalnym i planowanie inwestycji również w odpowiedzi na te potrzeby. Jest to szczególnie ważne w przypadku inwestycji w sprzęt wysokospecjalistyczny, wymagający zarówno znacznych nakładów inwestycyjnych jak i odpowiednio przygotowanej kadry medycznej, umożliwiającej efektywne wykorzystanie inwestycji.

- Należy zauważyć, że wąsko ukierunkowane projekty (np. zakup ambulansów) obejmujące sprzęt o relatywnie krótkim okresie użytkowania (w przypadku ambulansów, od 5 do 8 lat), mogą w przyszłości spowodować skumulowaną potrzebę zapewnienia środków (równych co najmniej kwocie inwestowanej obecnie) na odtworzenie zużytych zasobów. Celowe jest planowanie konkursów w kilku terminach (np. corocznie przez kilka lat), co doprowadzi do „rozłożonego w czasie” zakupu i instalowania sprzętu u beneficjentów. W rezultacie zakończenie amortyzacji dofinansowanego sprzętu nie będzie skumulowane w ciągu 1-1,5 roku lecz rozłożone na kilka lat.
- Rozważenie możliwości wprowadzenia kilku kolejnych całorocznych naborów w ramach tego samego Priorytetu. W efekcie tego będzie możliwe podniesienie jakości wniosków i dyscypliny jednostek aplikujących (wniosek wykazujący braki jest odrzucany, z możliwością aplikacji w następnym naborze).
- Dostosowanie kryteriów i długości czasu naboru projektów do ich specyfiki. Projekty obejmujące wyłącznie zakupy sprzętu są istotnie łatwiejsze w aplikacji w porównaniu do projektów budowlanych i/lub budowlano-sprzętowych. W przypadku projektów obejmujących prace budowlane, okres naboru projektów powinien być odpowiednio dłuższy niż w przypadku projektów wyłącznie sprzętowych. Niedostateczna ilość czasu na przygotowanie i złożenie wniosku oraz skomplikowane procedury aplikacyjne były wskazywane przez beneficjentów jako podstawowe bariery aplikacyjne.
- Wsparcie jednostek w tych obszarach, w których powstają nowe regulacje prawne i ustanawiane są nowe standardy leczenia, a jednostki mogą mieć niewystarczające środki finansowe do ich wprowadzenia.
- Skoordynowanie planów inwestycyjnych i oceny wniosków z planami finansowymi płatnika na poziomie regionalnym, co przyczyni się do podniesienia trwałości projektów. Proponowana koordynacja oznaczałaby konsultację z NFZ odnośnie:
 - ✓ czasu trwania kontraktu beneficjenta w obszarze objętym projektem, tak, by czas trwania kontraktu i czas trwałości projektu były w przybliżeniu zgodne;
 - ✓ możliwości podpisania pomiędzy NFZ i beneficjentem kontraktu zapewniającego efektywne wykorzystanie zakupionej wysokospecjalistycznej technologii medycznej

Skierowanie uwagi na potrzeby inwestycyjne związane z krajowymi zmianami demograficznymi i starzenie się społeczeństwa oraz największymi problemami epidemiologicznymi populacji (np. leczenie nowotworów, chorób systemu krążenia, chorób układu ruchowego i chorób przewlekłych i ograniczających mobilność osób starszych).

Abstract

The report entitled *Impact analysis of OPIE Priority 12 support and a diagnosis of investment needs in the health protection sector* focused on three key objectives:

- identifying the effects of projects implemented under OPIE Priority 12 with regard to their actual impact on the improvement of technical infrastructure and the quality of health centre equipment;
- assessing the demand for investment types financed from OPIE Priority 12 funds under the current budget perspective among beneficiaries and potential beneficiaries of OPIE Priority 12;
- analysing the preparation and management efficiency of projects implemented by beneficiaries under OPIE Priority 12.

The present research included projects which have been or are being implemented within the structural funds framework for 2008-2011, with particular focus on already completed projects. The projects included in the research are financed under Priority 12 of the Operational Programme Infrastructure and Environment: Measure 12.1 *Development of the medical rescue system* and Measure 12.2 *Investment projects in healthcare infrastructure of supra-regional importance*.

The research was conceived as a comprehensive analysis and assessment of the investment support process in the field of healthcare and as a diagnosis of future investment needs. Various research methods were used in the course report preparation, in particular desk research, individual in-depth interviews (IDI), CATI questionnaire and case studies.

Desk research comprised the documentation of 318 projects supported from OPIE Priority 12 funds and submitted by 252 beneficiaries⁵. According to the analysis results, the following investment types were financed from the priority:

- specialist medical transportation (ambulances) and equipment for specialist and basic medical rescue teams: **140 projects (128 beneficiaries) for the total amount of PLN 124 291 934.00**
- construction and renovation of helicopter landing pads used for accessing hospital emergency wards as well as construction and furnishing of Polish Medical Air Rescue bases: **28 projects (26 beneficiaries) for the total amount of PLN 98 716 622.22**
- healthcare infrastructure and equipment as well as other medical products: **150 projects⁶ (131 beneficiaries) for the total amount of PLN 1 339 967 533.76**

The CATI questionnaire was given to 200 beneficiaries and 262 potential beneficiaries of OPIE Priority 12. Furthermore, 14 case studies were prepared, documenting projects implemented by 14 beneficiaries. Individual interviews were conducted in institutions involved in implementing OPIE Priority 12 and with healthcare experts.

The scale of investment needs of healthcare centres was assessed in the 2008 report entitled “Financing of the Polish healthcare system: Green paper “. One of the conclusions presented in the report is the following: “The current technical condition of the Polish healthcare system

⁵ Some beneficiaries were implementing a few projects simultaneously.

⁶ Projects include also 32 comprehensive investments including construction and renovation of helicopter landing pads and investments in scope of healthcare infrastructure (e.g. hospital emergency wards) and equipment.

infrastructure is not satisfactory. The accumulated depreciation of fixed assets in the sector currently amounts to approx. 62% (...) The situation is exacerbated by the common and long-standing practice of using depreciation for purposes other than renewal of assets; in practice – for covering the financial losses of healthcare institutions. This means limiting expenditure on modernisation and renovation of buildings and renewal of technical and medical equipment resources”. The funds from EU programmes, available in recent years, were meant to change this state of affairs.

Based on the above-mentioned assumptions, the following research areas were analysed:

I Assessment of the level of demand for infrastructural investment projects financed from OPIE Priority 12 funds among beneficiaries and potential beneficiaries of OPIE Priority 12

The assessment of the level of demand for infrastructural investment projects from OPIE Priority 12 funds is based on information obtained from beneficiaries and potential beneficiaries in CATI telephone interviews and case studies. Within the research area, it was concluded that the highest demand, both in the case of beneficiaries and potential beneficiaries, concerned the purchase of ambulances. In second place, beneficiaries indicated the purchase of medical imaging equipment, while potential beneficiaries pointed to the purchase of medical products used for diagnostics or therapy. The analysis included the priorities formulated in the “Europe 2020” strategy: innovative, environmentally friendly or socially inclusive nature of investment projects planned by beneficiaries and potential beneficiaries. When planning investment projects, healthcare centre managers place the most emphasis on innovation, in this case understood as access to modern technologies. The environmentally friendly nature of planned investment projects concerns first and foremost limiting exhaust emissions of medical vehicles and electrical energy conservation. Ensuring social inclusion is most often understood by respondents as the construction or expansion of disabled-friendly infrastructure.

The level of improvement of technical infrastructure and equipment quality of healthcare centres was also assessed. The greatest benefits of projects implemented under OPIE Priority 12 are **improving patient safety, improving the quality of patient case and access to highly specialised medical procedures.** Investment projects implemented under OPIE Priority 12 contributed to an increase in the potential availability of healthcare services, although their actual availability under public health insurance depends on the contract amount with the payer (Polish National Health Fund, NFZ).

The modernisation or purchase of highly specialised medical technology, which had hitherto been unavailable in the given region, contributed to an increase in the territorial scope of services provided. In the case of replacement investment projects, the territorial scope of services provided remained the same.

To the greatest extent, realised investment projects were aimed at satisfying local healthcare needs (94%), they addressed regional needs to a slightly lesser degree (83%), and were least suited to national needs.

II Identifying possible additional investment projects, which were indirectly or directly connected to the funds received by the healthcare centre under OPIE Priority 12

The present research area uncovered additional investment projects implemented by beneficiaries under the current financial perspective. 61% of the beneficiaries implemented additional investment projects financed from other sources. The average value of additional investment projects implemented by beneficiaries was higher than the average value of projects under the entire OPIE Priority 12. A minority (44%) of the respondents declared the complementary nature of investment projects, whereas 56% claimed that the investment projects were not complementary or were not aware of the complementary nature of investment projects.

Whether or not investment projects implemented under OPIE Priority 12 funds conformed with the strategic plans of beneficiaries was also analysed. 90% of the respondents stated that investment projects implemented under OPIE Priority 12 funds were compliant, in whole or in part, with the healthcare centre's strategic plan.

III Identifying the total number of ambulances, medical equipment and constructed/restructured/enlarged/renovated healthcare infrastructure objects depending on project subject matter and objectives as well as information on the average medical equipment age

The above research area constitutes the most important part of the research, since it indicates the actual and potential effects of analysed projects. This research area was mostly based on project documentation analysis, which made it possible to identify areas of support granted under OPIE Priority 12 and implementation types. The analysis also included the territorial distribution of completed or on-going investment projects in healthcare infrastructure objects, medical helicopter landing pads and medical equipment. The tangible effects of healthcare projects co-financed from OPIE Priority 12 funds comprise ambulances, medical equipment and investment projects in landing pads and construction infrastructure. The actual tangible effects are not presented in the analysis since most projects have not yet been completed. According to the analysis, financing the purchase of **346 ambulances** was the subject matter of 140 contracts concluded under OPIE Measure 12.1, most of which by beneficiaries from the Śląskie, Wielkopolskie, Lubelskie and Dolnośląskie voivodships. Projects co-financed from OPIE Measure 12.1 and 12.2 are going to total **83 construction investment projects** in the scope of healthcare infrastructure (hospital emergency wards and other healthcare facilities⁷), most of which in south-western and south-eastern voivodships of the country. OPIE Priority 12 funds have also been allocated for the purchase of **13 170 items of medical equipment**, mostly therapeutic equipment, beds, surgical equipment and trolleys, auxiliary equipment and anaesthetic equipment. The largest medical equipment purchases have been / are going to be realised in Mazowieckie, Małopolskie and Wielkopolskie voivodships. **The construction and renovation of 59 medical helicopter landing pads and 16 investment projects in the scope of construction, renovation and furnishing Polish Medical Air Rescue bases** are also included within OPIE Priority 12, such as projects in the scope of **construction, renovation and**

⁷ The number of investment projects does not include infrastructural investment in the construction, renovation and furnishing of injury centres (12 projects) and the creation and supplying of voivodship emergency communications centres (1 project).

furnishing of injury centres (12 projects)⁸ and the creation and supplying of voivodship emergency communication centres (1 project).

This research area is concluded with an analysis of the average age of medical equipment purchased from OPIE funds. The analysis results clearly demonstrate that equipment purchases under OPIE have significantly influenced lowering the average age of individual medical equipment types. The analysis also made it possible to indicate the actual scope of purchases finalised under OPIE Priority 12.

IV Efficiency assessment of the use of funds by OPIE Priority 12 beneficiaries (the ratio of expenditure on project preparation, management and promotion to investment expenditure)

The analysis of the use of funds presented within this research area is a cost-effectiveness analysis, i.e. it presents project implementation with reference to project operation cost. It was assumed that the higher the share of operation cost in the total project cost, the lower its effectiveness. The analysis demonstrated that in the case of investment in ambulances, construction infrastructure and medical equipment as well as landing pads / Polish Medical Air Rescue bases, the dominant effectiveness factor was 0-5%, which means that the projects were implemented efficiently. The analysis also covers improvements suggested by the Contractor in order to improve the effectiveness of funds spent as well as formal amendments to OPIE Priority 12 procedures which might enhance the effectiveness of expenditure. This research area is concluded with the assessment of the level of equipment use by OPIE Priority 12 beneficiaries.

V Identifying potential barriers in applying for OPIE Priority 12 funds

The barriers in applying for OPIE Priority 12 funds have been comprehensively analysed based on questionnaire data obtained from beneficiaries and potential beneficiaries of the project, information from interviews conducted with Ministry of Health and Healthcare Information Systems Centre representatives as well as case studies. The most significant barrier in the application process proved to be the information barrier: according to research conducted among potential beneficiaries, almost a half of questioned institutions which did not submit an application for financing investment projects from OPIE Priority 12 funds was not aware of the possibility to apply. On the other hand, difficulties encountered by beneficiaries at the application stage included: short deadline for application preparation, complicated application procedures and difficulties in meeting the formal criteria as well as collecting the required own financial contribution.

The analysis of the above research areas leads to formulating the following conclusions, which formed the basis for recommendations contained in chapter 5:

1. Investing in the healthcare sector is coherent with the objectives of EU strategies, in particular the “Europe 2020” strategy, by striving for innovative, socially inclusive and environmentally friendly investment. The innovative nature of investing under Priority 12 of the Operation Programme Infrastructure and Environment consists in using new technologies in healthcare and improving access to such technologies. It is environmentally friendly in that it contributes to a broader use of energy efficient technologies. Furthermore,

⁸ In addition, an injury centre in Rzeszów is going to be constructed as part of an individual project entitled “Modernisation and supplying of the Voivodship Hospital No. 2 in Rzeszów for the purposes of an injury centre”.

it also includes investment projects in the scope of renewable energy sources and environmentally friendly methods of hospital waste disposal, etc. As far as social inclusion is concerned, the most important impact of investment activities is the potential of improving access to medical services under public health insurance. Adapting healthcare facilities to the needs of the disabled was equally important and most often quoted by beneficiaries of the programme. At the same time, actions taken under OPIE Priority 12 should, in the long term, contribute to improving the health of the population and, consequently, its productivity. In other words, they should influence the labour market and lead to positive economic effects.

2. OPIE Priority 12 funds allocation to projects aimed at adapting the infrastructure to new legal regulations should be assessed positively. This pertains, in particular, to constructing landing pads for medical helicopters as part of the hospital emergency wards created. Due to their high cost, the majority of healthcare centres concerned would not be able to finance their construction out of own funds. The evaluation performed pointed first and foremost to the wide range of needs in the healthcare sector, both future-oriented and historical (as proved by the level of interest in projects – far greater than the original financing possibilities).
3. No material violations have been found with regard to project management. Both the beneficiaries and the representatives of the Managing and Implementing Authorities were satisfied with the cooperation. However, they pointed to violations with regard to application and implementation procedures resulting from the changing legal regulations and insufficient knowledge of project management or the lengthy nature of procedures.
4. At the current stage of project implementation, it is impossible to conduct a full analysis of their effectiveness, since a large number of investment projects are still being implemented. It can only be said that the majority of completed investment projects has been implemented competently and efficiently as regards project operating costs. However, it would be necessary to perform another effectiveness analysis of all implemented investment projects, conducted after their completion and conclusion of appropriate contracts with NFZ.
5. The evaluation of investment funds allocation is hindered by the lack of documentation of existing infrastructure and national/regional infrastructural needs. In that respect, a further analysis would be necessary in order to fully assess the investment with regard to the needs and effectiveness factors proposed in the text. The allocation so far was based on the needs communicated by the interested parties. Such competition solution rewards proactive entities, but, for example, does not solve the problem of insufficient medical helicopter landing pads in the north-eastern and north-western regions of the country.
6. Conclusions with respect to organising competitions in the next financial perspective or using OPIE Priority 12 reserve funds:
 - Diagnosis of the population’s healthcare needs and investment planning within the medical service network, corresponding to the current healthcare centre equipment on the national/regional and local level. In order to assess needs accuracy, current service availability factors should be introduced, e.g. waiting periods for given diagnostic tests, travel time to various diagnostic test types on the regional and local level, medical rescue system efficiency on the regional and local level (e.g. based on the ratio of travel time to person needing assistance). This would enable preparing a map of national/regional/local investment needs and planning investments also to address those needs. This is of particular importance in the case of investment in highly

specialised equipment, which requires both considerable financial outlays and skilled medical personnel in order to ensure effective investment use.

- It should be noted that narrowly targeted projects (e.g. ambulance purchase) concerning equipment with relatively short usage time (5 to 8 years in the case of ambulances) could lead to a cumulated need for funds (at least equal to the currently invested amount) to replace depleted resources. It is advisable to plan competitions on a few different dates (e.g. annually for a few years), so that purchases and equipment installation at the beneficiaries' would be spread out over time. Consequently, end of depreciation of equipment financed would not be cumulated in the course of 1-1.5 years, but spread out over a number of years.
- Considering the possibility of introducing a few consecutive calls for applications within the same Priority. This would enable improving the quality of applications and the discipline of applying entities (defective applications are rejected; it is possible to re-submit them in the following call for applications).
- Adjusting the criteria and deadlines for applications to their specifics. It is considerably easier to apply for projects concerning solely the purchase of equipment than for construction or mixed projects. In the case of projects involving construction work, the deadline for applications should be longer than in the case of purchase projects. Too little time to prepare and submit the application and complicated application procedures were listed by the beneficiaries as the most important application barriers.
- Support for healthcare centres in these areas, in which new legal regulations are passed and new treatment standards set, and healthcare centres may lack financial means to introduce them.
- Coordinating investment plans and application assessment with the payer's financial plans on the regional level, which would contribute to enhancing project sustainability. The proposed coordination would mean consulting the NFZ on:
 - ✓ the beneficiary's contract term in the scope included in the project, so as to ensure that the contract term and project sustainability are approximately uniform;
 - ✓ the possibility of signing a contract by the NFZ and the beneficiary which would ensure the effective use of highly specialised medical technology purchased
- Directing attention towards investment needs connected with national demographic changes and population ageing as well as the most important epidemiological problems of the population (e.g. cancer treatment, cardiovascular diseases, motor disorders, chronic diseases and diseases limiting the mobility of the elderly).

1 Wprowadzenie

Niniejszy Raport jest wynikiem końcowym prowadzonego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia badania ewaluacyjnego pt. *Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia*.

Badaniu zostały poddane projekty, które były realizowane lub są w trakcie realizacji w ramach funduszy strukturalnych w latach 2008-2011, ze szczególnym uwzględnieniem projektów już zakończonych. Projekty objęte badaniem finansowane są w ramach XII Priorytetu Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – **Działanie 12.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego** i **Działanie 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym**.

Zgodnie z Szczegółowym Opisem Priorytetów PO liŚ poprawa zdrowia społeczeństwa ma służyć aktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu jego podstawowych możliwości, co przyczyni się do wzrostu liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. Istotnym elementem zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy w Polsce jest poprawa infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia, standardu wyposażenia w sprzęt medyczny oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego.

Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego stanowi jeden z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności oraz niepełnosprawności. W ramach Działania 12.1 PO liŚ wsparciem objęto projekty zapewniające wysoki poziom udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze ratowniczym (ratownictwo przedszpitalne oraz szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe). W celu poprawy skuteczności udzielania pomocy przez szpitalne oddziały ratunkowe i pogotowie ratunkowe, wsparcie zostało przeznaczone na wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego. Wsparciem objęto także projekty dotyczące rozbudowy, przebudowy, remontu oraz doposażenia zakładów opieki zdrowotnej dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego. W celu poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia (Działanie 12.2 PO liŚ), wsparcie będą mogły uzyskać projekty w zakresie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, co będzie kluczowe dla zapewnienia 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. Inwestycje te będą polegały na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym w nowoczesny sprzęt medyczny.

Główne cele badania obejmowały:

- identyfikację efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO liŚ, w odniesieniu do ich rzeczywistego wpływu na poprawę stanu infrastruktury technicznej oraz jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej,
- ocenę stopnia zapotrzebowania („popytu”) wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ na typy inwestycji, jakie w obecnej perspektywie budżetowej są finansowane ze środków Priorytetu XII PO liŚ,
- analizę efektywności przygotowania i zarządzania projektami realizowanymi przez beneficjentów w ramach Priorytetu XII PO liŚ.

Poniższe badanie zostało zaplanowane jako wszechstronna analiza i ocena procesu wspierania inwestycji w ochronie zdrowia oraz jako diagnoza potrzeb inwestycyjnych. Skalę potrzeb inwestycyjnych zakładów opieki zdrowotnej oszacowano w raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, przygotowanym w roku 2008. Jednym z wniosków prezentowanych w raporcie jest stwierdzenie: „Obecny stan techniczny infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce jest niezadowolający. Poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi około 62% (...) Sytuację pogarsza powszechna, wieloletnia praktyka wykorzystywania odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku, a w praktyce na pokrycie straty finansowej instytucji ochrony zdrowia. Oznacza to ograniczenie wydatków na modernizację i remonty budynków oraz odtwarzanie zasobów sprzętu technicznego i medycznego”. Środki z programów unijnych, dostępne w ostatnich latach powinny przyczynić się do zmiany takiego stanu.

Badanie objęło dokumentację projektów w postaci wniosków i umów o dofinansowanie oraz kilka grup respondentów, a mianowicie:

- Osoby odpowiedzialne za wdrażanie projektów, które realizowane są w ramach funduszy strukturalnych w latach 2007-2013, finansowanych - w ramach XII Priorytetu Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – **Działania 12.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego** i **Działania 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym**.
- Potencjalnych beneficjentów - w zakresie potrzeb inwestycyjnych objętych wsparciem w ramach Priorytetu XII PO liŚ.
- Przedstawiciele podmiotów zaangażowanych we wdrażanie XII Priorytetu PO liŚ, w tym przedstawiciele Instytucji Zarządzającej (MRR), Instytucji Pośredniczącej (MZ) oraz Instytucji Wdrażającej (CSIOZ).
- Ekspertów medycznych z dziedziny ekonomiki zdrowia oraz z zakresu aparatury medycznej.

Badanie było realizowane wieloma metodami, w tym metodami ilościowymi:

- wywiady kwestionariuszowe w formie CATI,

oraz metodami jakościowymi:

- studium przypadku,
- indywidualne wywiady pogłębione,
- analiza danych zastanych.

Takie szerokie podejście do zagadnienia umożliwia przedstawienie wniosków dotyczących efektywności realizowanego Priorytetu XII PO liŚ, jak również prognozowanie zapotrzebowania na inwestycje w ochronie zdrowia na kolejne lata.

2 Opis zastosowanej metodologii badawczej

Realizacja projektu została rozpoczęta od przygotowania raportu metodologicznego określającego zakres badania oraz wybrane metody. Raport ten zawierał uzgodnione propozycje narzędzi badawczych. Poniżej przedstawiamy główne informacje niezbędne do prezentacji wyników badań w Rozdziale 3.

2.1 Analiza danych zastanych (analiza desk research)

Analiza dokumentacji projektów dofinansowanych ze środków PO IiŚ

Kluczowym elementem pierwszej fazy realizacji badania była analiza danych zastanych (desk research), w szczególności dokumentacji projektowej, która posłużyła do charakterystyki i oceny inwestycji zrealizowanych/realizowanych w ramach Działania 12.1 i 12.2 PO IiŚ.

Analiza dokumentacji projektowej objęła:

- w przypadku konkursu nr 1/2008 oraz konkursu nr 1/2010 wyłącznie umowy o dofinansowanie wraz z załącznikami: harmonogram Realizacji Projektu – załącznik nr 3, Opis projektu – załącznik nr 5 oraz Zestawienie wskaźników monitorowania – załącznik nr 7, aktualny odpis KRS,
- w przypadku konkursu nr 2/2008, 3/2008 oraz projektów indywidualnych wnioski o dofinansowanie projektów wraz z wybranymi załącznikami oraz załączniki nr 3 do umowy o dofinansowanie.

Analiza dokumentacji projektowej została przeprowadzona na podstawie dokumentacji **318** projektów realizowanych ze środków XII Priorytetu PO IiŚ. Analizą objęto projekty, na które została podpisana umowa o dofinansowanie – projekty w trakcie realizacji (brak zatwierdzonego wniosku o płatność końcową) oraz projekty zakończone (projekty rozliczone – zatwierdzony wniosek o płatność końcową). Dobór projektów został przeprowadzony na podstawie bazy danych przekazanej przez Zamawiającego. Dokumentacja projektowa została udostępniona w siedzibie Instytucji Wdrażającej oraz częściowo w formie elektronicznej (harmonogramy rzeczowo-finansowe projektów wyłonionych w ramach konkursów 2/2008 i 3/2008 oraz projektów indywidualnych).

Analizą zostały objęte następujące projekty:

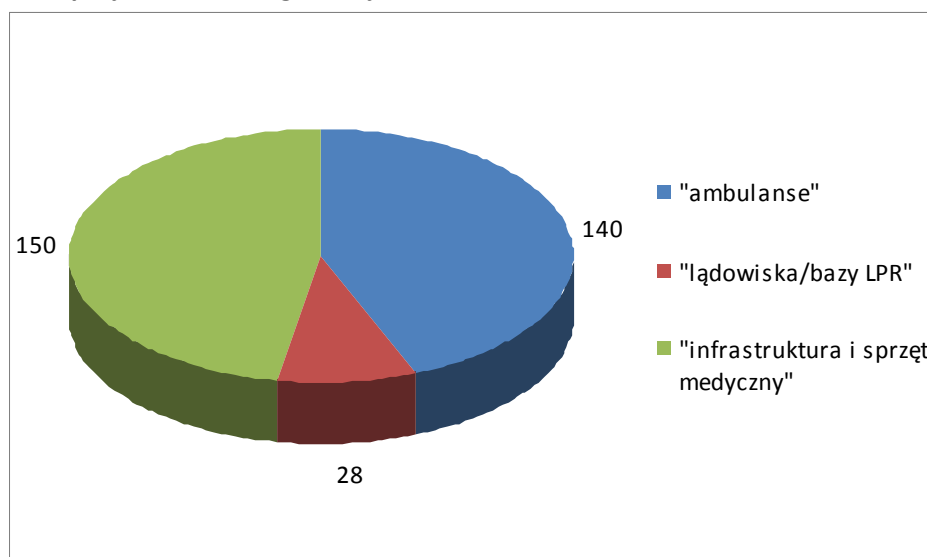
- realizowane w trybie konkursowym – **Wykonawca dokonał analizy dokumentacji dotyczącej 296 projektów**, w tym 172 projekty zakończone (stan na dzień 5 października 2011 r.),
- realizowane w trybie indywidualnym – **Wykonawca dokonał analizy dokumentacji dotyczącej 22 projektów** realizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ (stan na dzień 22 sierpnia 2011 r. wg Listy projektów indywidualnych dla PO IiŚ 2007-2013).

Analiza dokumentacji projektowej została podzielona następująco:

1. analiza projektów dotyczących zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego – „ambulanse” – **140 projektów**,

2. analiza projektów dotyczących *stricto* budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowy i wyposażenia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – „lądowiska/bazy LPR” – **28 projektów**,
3. analiza projektów dotyczących inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia i zakup sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych – „infrastruktura i sprzęt” – **150 projektów**⁹.

Wykres 1 Liczba projektów według rodzaju



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research

Łączna liczba beneficjentów wynosi **252**. Biorąc pod uwagę powyższy podział struktura beneficjentów przedstawia się następująco: **128 beneficjentów** realizuje/realizowało projekty dotyczące „ambulansów”, **26 beneficjentów** - projekty dotyczące „lądowisk/baz LPR” i **131 beneficjentów** – projekty dotyczące „infrastruktury i sprzętu”. Należy mieć na uwadze, że niektórzy beneficjenci realizowali/realizują kilka projektów jednocześnie (łącznie objęto analizą 318 z/realizowanych projektów).

Przy analizie wniosków o dofinansowanie należy mieć na uwadze fakt, iż większość projektów jest jeszcze w fazie realizacji i ich efekty mogły być rozpoznane jedynie na podstawie deklaracji beneficjentów zamieszczonych we wnioskach. Analiza wniosków pozwoliła również na skonfrontowanie danych zawartych we wnioskach z rzeczywistą realizacją projektów (uzyskane w późniejszej fazie na podstawie badania jakościowego studium przypadku).

Narzędziem wykorzystywanym do analizy wniosków o dofinansowanie był schemat stanowiący załącznik 1.2 do raportu końcowego (Załączniki do raportu z badania ewaluacyjnego (narzędzia badawcze).

⁹ Projekty obejmują również 32 inwestycje kompleksowe, tj dotyczące lądowisk, obejmujące swym zakresem inwestycje w lądowiska, ale również innego rodzaju inwestycje, np. przebudowę, rozbudowę bądź remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego czy zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii i/lub zakup aparatury obrazowej..

Analiza średniego wieku sprzętu medycznego zakupionego ze środków PO IiŚ

Przeprowadzona analiza dokumentacji projektowej, w szczególności efektów rzeczowych projektów umożliwiła Wykonawcy przygotowanie ankiety, której celem było uzyskanie informacji o średnim wieku określonego katalogu sprzętów i aparatury medycznej. Ankieta została skierowana wyłącznie do beneficjentów, którzy zakupili sprzęt medyczny w ramach 145 projektów dofinansowanych z PO IiŚ. Wykorzystanie narzędzia badawczego pozwoliło na uzyskanie następujących informacji:

- liczba sztuk "starego"¹⁰ sprzętu danego rodzaju będąca w posiadaniu placówki w momencie zakupu nowego sprzętu w ramach PO IiŚ,
- średni wiek „starego” sprzętu w momencie zakupu nowego sprzętu dofinansowanego ze środków PO IiŚ,
- rok zakupu nowego sprzętu w ramach środków PO IiŚ,
- średni wiek sprzętu (włączając sprzęt zakupiony z PO IiŚ oraz z innych środków) danego rodzaju obecnie,
- liczba wszystkich sztuk sprzętu danego rodzaju obecnie,
- średni wiek sprzętu zakupionego wyłącznie ze środków PO IiŚ obecnie.

w odniesieniu do poszczególnych rodzajów sprzętu medycznego odpowiadającym sprzętom zakupionym w ramach danego projektu. Łącznie zebrano od beneficjentów 123 ankiety, z czego wyniki opracowane zostały na podstawie 111 ankiet. Pozostałe 14 ankiet nie zostało uwzględnionych w analizie ze względu na to, że beneficjenci nie dokonali dotychczas zakupów w ramach realizowanych projektów.

Narzędziem wykorzystanym do uzyskania informacji w zakresie średniego wieku sprzętu była ankieta stanowiąca załącznik 1.5 do raportu końcowego (Załączniki do raportu z badania ewaluacyjnego (narzędzia badawcze).

Ponadto, wyniki badania zostały przedstawione w oparciu o analizę następujących dokumentów:

1. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013,
2. Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013 wraz z załącznikami,
3. „Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”,
4. „Komunikat KE w sprawie Europejskiej platformy współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym”.

Dodatkowo Wykonawca zapoznał się ze sprawozdaniami z realizacji XII Priorytetu PO IiŚ, listami rankingowymi w ramach poszczególnych konkursów, bazą projektów objętych badaniem oraz z innymi nie wymienionymi wyżej dokumentami, które mogą być istotne z punktu widzenia realizacji celów badania.

Analiza powyższych dokumentów posłużyła do realizacji celów badania m.in. oceny efektywności wykorzystania środków finansowanych przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ, a także identyfikacji ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z Priorytetu XII PO IiŚ.

¹⁰ Sprzęt danego rodzaju będący w posiadaniu beneficjenta przed realizacją inwestycji ze środków PO IiŚ.

2.2 Badanie ilościowe – CATI

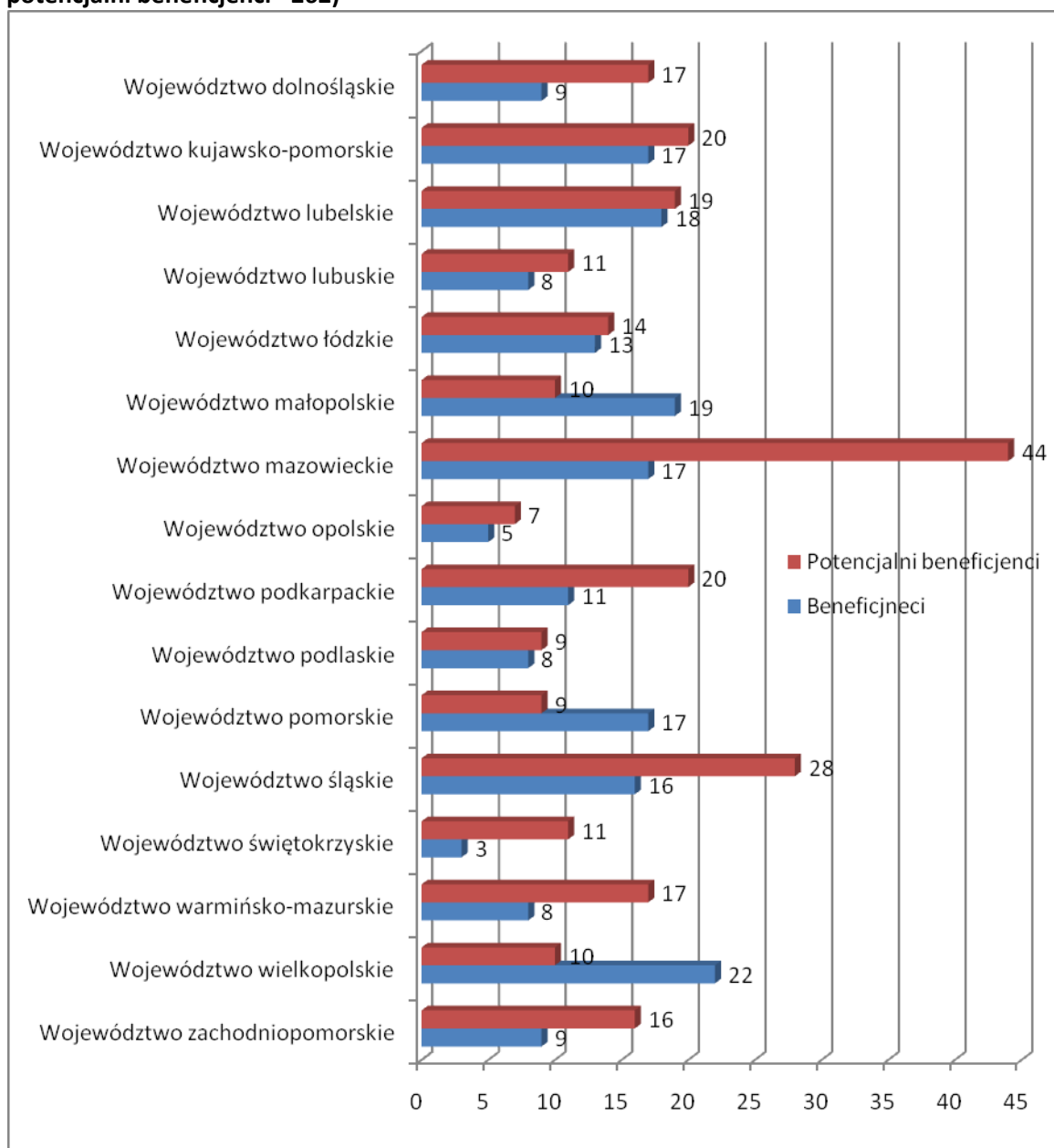
Badaniem CATI zostali objęci:

- beneficjenci Działania 12.1 i 12.2 PO IiŚ (projekty konkursowe i indywidualne),
- podmioty stanowiące potencjalnych beneficjentów tj. jednostki, które spełniają formalne kryteria dostępu do skorzystania ze środków Priorytetu XII PO IiŚ oraz te, które nie otrzymały dofinansowania (z powodów formalnych i/lub merytorycznych).

W ramach badania CATI zostali przebadani beneficjenci, którzy otrzymali dofinansowanie na realizację projektów w latach 2008 - 2011. Można ich pogrupować w następujący sposób:

1. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej lub ich organy założycielskie.
2. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez publiczną uczelnię medyczną lub przez publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub ich organy założycielskie.
3. Niepubliczne 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.
4. 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.
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.
6. Zakłady opieki zdrowotnej (centra urazowe), posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia lub udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów.

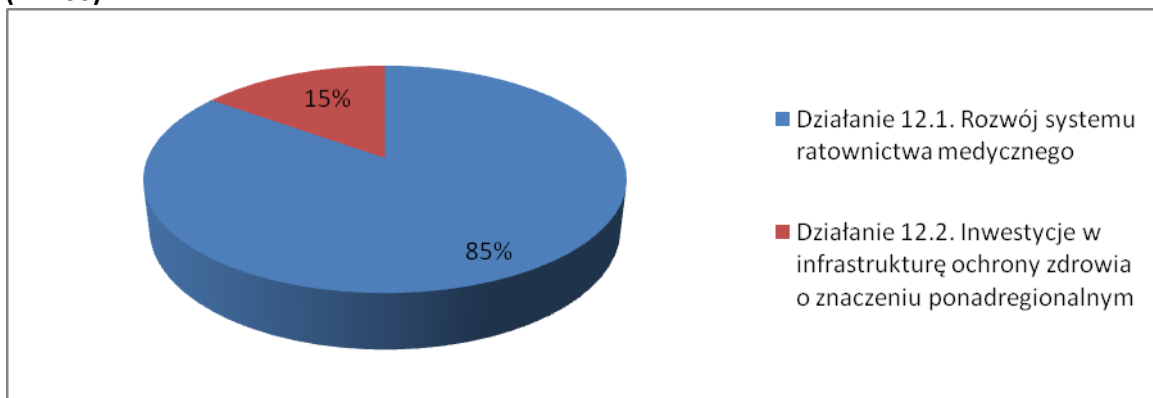
Wykres 2 Liczba jednostek objętych badaniem w podziale na województwa (N beneficjenci = 200, N potencjalni beneficjenci =262)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CATI

Ankiety przeprowadzone z beneficjentami dotyczyły pojedynczego projektu realizowanego przez dany podmiot (niektórzy beneficjenci realizowali więcej niż jeden projektu ramach Priorytetu XII PO IIŚ).

Wykres 3 Przebadani beneficjenci w podziale na Działanie w ramach którego realizowano projekt (N=200)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CATI

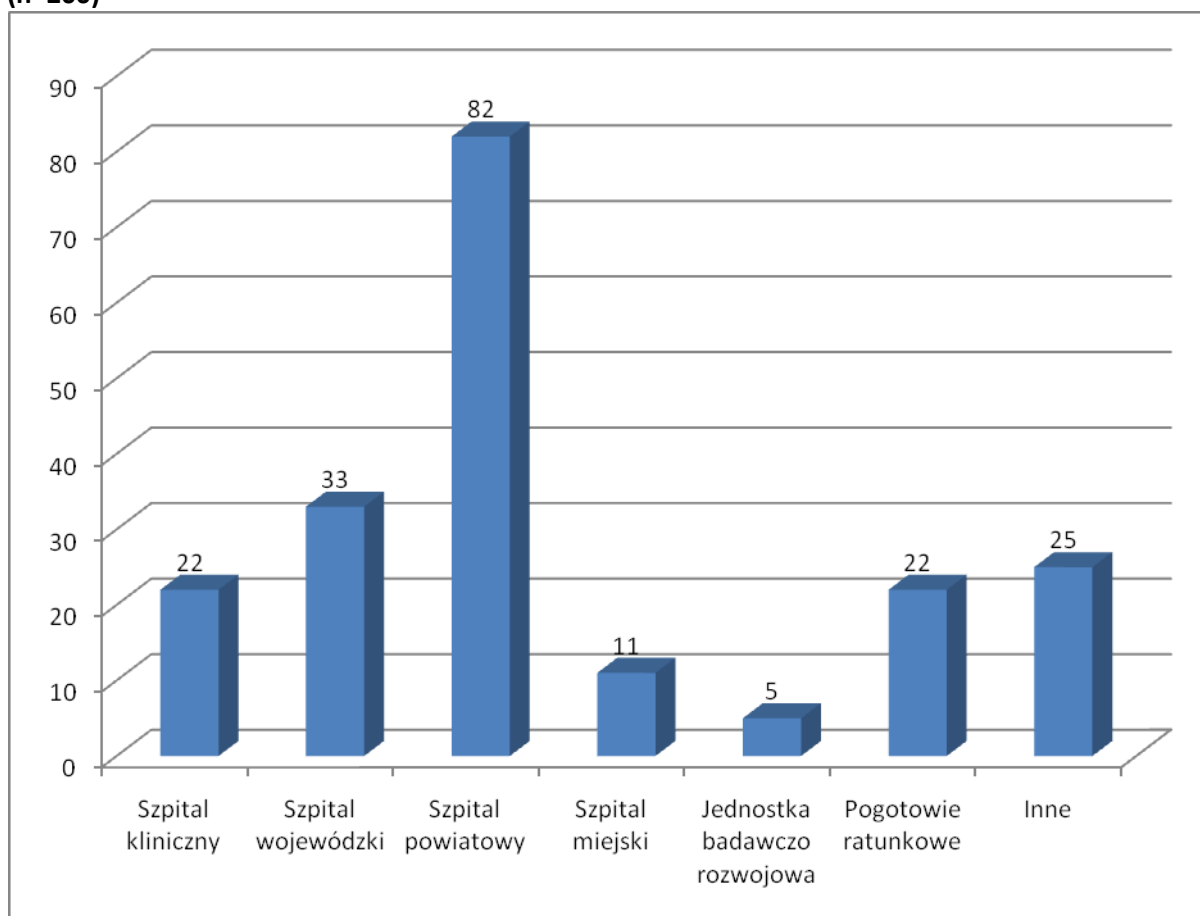
Jednocześnie wykonawca w pierwszej kolejności dążył do przeprowadzenia badania CATI z tymi beneficjentami, którzy już zakończyli/kończą realizację projektów.

Dobór próby miał charakter celowo-kwotowy uwzględniając:

- Działanie (12.1 lub 12.2), w ramach Priorytetu XII PO IiŚ
- Formę prawną jednostki odpowiedzialnej za realizację projektu
- Podział administracyjny kraju na województwa – badaniem zostali objęci respondenci ze wszystkich województw.

Ostatecznie w związku z trudnościami z uzyskaniem docelowego poziomu ankietyzacji na etapie przeprowadzania badania rozszerzono próbę i przebadano wszystkich beneficjentów, którzy wyrażali chęć do uczestnictwa w badaniu, w liczbie 200. W badaniu wzięły udział następujące rodzaje jednostek: szpitale kliniczne, szpitale wojewódzkie, szpitale powiatowe, szpitale miejskie, jednostki badawczo rozwojowe, pogotowia ratunkowe, oraz inne jednostki nie mieszczące się w powyższych kategoriach. Poniższy wykres przedstawia podział respondentów ze względu na rodzaj jednostki.

Wykres 4 Liczba beneficjentów, którzy otrzymali dofinansowanie w podziale na rodzaje jednostek (n=200)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CATI

Tabela 1 Respondenci badania CATI - beneficjenci

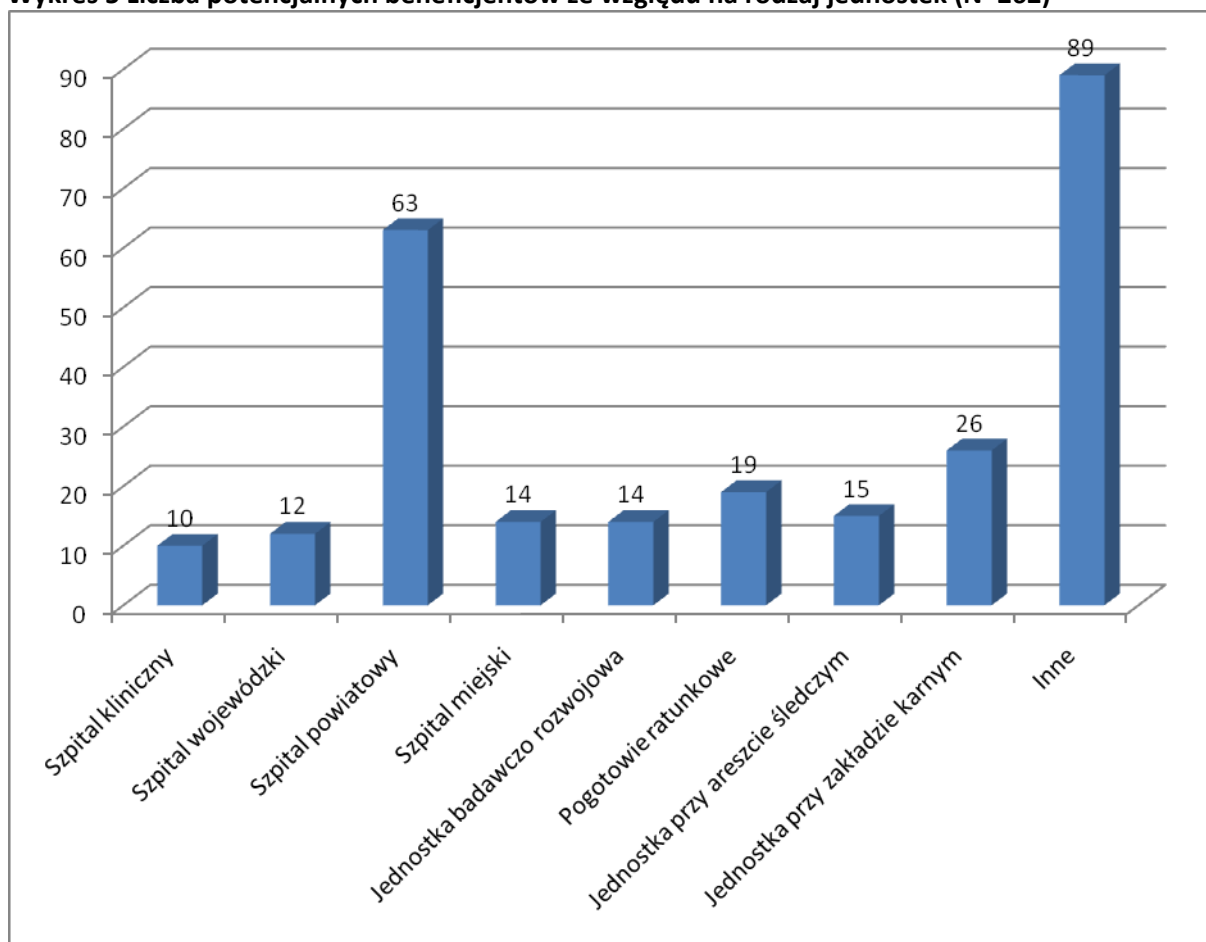
Respondenci	Liczba jednostek objętych badaniem
Beneficjenci wsparcia w ramach Priorytetu XII PO IiŚ - przedstawiciele zakładów opieki zdrowotnej (zoz): dyrektorzy/kadra zarządzająca lub osoby je zastępujące/osoby zatrudnione na stanowiskach ds. inwestycji	200

Drugą badaną grupą byli potencjalni beneficjenci, którzy nie otrzymali wsparcia w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. Operat do badania stanowiły jednostki, które nie otrzymały dofinansowania. Były wśród nich też jednostki, które złożyły wniosek i zostały odrzucone na etapie oceny formalnej bądź merytorycznej. Ponownie dobór próby miał charakter kwotowy, uwzględniając możliwość aplikowania w ramach Działania, w ramach Priorytetu XII, formę prawną jednostki i podział administracyjny kraju na województwa.

Ostatecznie w związku z trudnościami w uzyskaniu docelowego poziomu ankietyzacji na etapie przeprowadzania badania rozszerzono próbę i przebadano wszystkich potencjalnych beneficjentów, którzy wyrazili chęć do uczestnictwa w badaniu, w liczbie 262. W badaniu wzięły udział następujące rodzaje jednostek: szpitale kliniczne, szpitale wojewódzkie, szpitale powiatowe, szpitale miejskie, jednostki badawczo rozwojowe, pogotowia ratunkowe, oraz inne jednostki nie mieszczące się w

powyższych kategoriach. Poniższy wykres przedstawia podział respondentów ze względu na rodzaj jednostki.

Wykres 5 Liczba potencjalnych beneficjentów ze względu na rodzaj jednostek (N=262)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CATI

Tabela 2 Respondenci badania CATI – potencjalni beneficjenci

Respondenci	Liczba jednostek objętych badaniem
Potencjalni beneficjenci wsparcia w ramach Priorytetu XII PO IiŚ - przedstawiciele zakładów opieki zdrowotnej (zoz) ¹¹ : dyrektorzy/kadra zarządzająca lub osoby je zastępujące/osoby zatrudnione na stanowiskach ds. inwestycji	262

Narzędziem wykorzystywanym do analizy wniosków o dofinansowanie był schemat stanowiący załącznik 1.1 do raportu końcowego (Załączniki do raportu z badania ewaluacyjnego (narzędzia badawcze).

¹¹ Badaniem zostaną objęte zakłady opieki zdrowotnej, które nie aplikowały o środki, jak również zakłady, które aplikowały, ale ostatecznie nie uzyskały wsparcia.

2.3 Indywidualne wywiady pogłębione

W niniejszym badaniu wywiady pogłębione, jako samodzielna metoda badawcza, były prowadzone przede wszystkim z przedstawicielami podmiotów zaangażowanych we wdrażanie XII Priorytetu PO IiŚ, w tym z przedstawicielami Instytucji Zarządzającej (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego), Instytucji Pośredniczącej (Ministerstwo Zdrowia - Departament Funduszy Europejskich) oraz przedstawicielami Instytucji Wdrażającej (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Drugą grupą objętą wywiadami indywidualnymi byli eksperci rynku medycznego w Polsce¹².

Tabela 3 Zestawienie respondentów indywidualnych wywiadów pogłębionych

Respondenci	Planowana liczba respondentów objętych badaniem	Zrealizowana liczba respondentów objętych badaniem
Przedstawiciele instytucji zaangażowanych we wdrażanie XII PO IiŚ, w tym:	3	6
Ministerstwo Rozwoju Regionalnego: – Departament Koordynacji Programów Infrastrukturalnych	1	1
Ministerstwo Zdrowia – Departament Funduszy Europejskich	1	2 (diada)
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – Wydział Funduszy Europejskich	1	3 (w tym 1 diada)
Eksperci rynku medycznego w Polsce – Dr Marcin Kautsch – Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM Ekspert w zakresie zarządzania strategicznego, procesów przekształceń, restrukturyzacji i oceny zakładów opieki zdrowotnej, rynku prywatnej opieki zdrowotnej oraz badań w zakresie zarządzania opieką zdrowotną. Autor i współautor programów badawczych, publikacji w prasie naukowej i popularnej, książek, a także ekspertyz na temat zarządzania w ochronie zdrowia. – Mgr inż. Marek Piotrowski – Szpital Uniwersytecki w Krakowie Ekspert w zakresie aparatury i sprzętu medycznego. Autor licznych publikacji z tego zakresu w czasopiśmie fachowych, czynny uczestnik projektów inwestycyjnych obejmujących zakup wyposażenia medycznego. – Dr Adam Kozierkiewicz – Collegium Medicum UJ Ekspert w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, doktor nauk medycznych, wieloletni pracownik Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.	3	3
łącznie	6	9

Źródło: opracowanie własne

¹² Dobór ekspertów rynku medycznego został ustalony z Zamawiającym

Scenariusze wywiadów indywidualnych stanowią załącznik 1.3 do raportu końcowego (Załączniki do raportu z badania ewaluacyjnego (narzędzia badawcze)

2.4 Studium przypadku (case study)

W uzupełnieniu do powyższych metod badawczych Wykonawca przeprowadził badanie typu studium przypadku (case study) obejmujące 14 wybranych beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ. Dobór został przeprowadzony w sposób celowy, w szczególności z uwzględnieniem następujących elementów:

- projekty realizowane w trybie konkursowym (beneficjenci konkursowi) i indywidualnym,
- typ beneficjenta zgodny z zapisami SzOP PO IiŚ,
- lokalizacja projektu (podmioty zlokalizowane na terenie całego kraju),
- zróżnicowana wartość projektu,
- etap inwestycji - zrealizowany/realizowany (w końcowej fazie inwestycji).

Struktura próby przedstawiała się następująco.

Tabela 4 Zestawienie respondentów badania studium przypadku

Respondenci	Planowana liczba podmiotów objętych badaniem case study	Placówki ochrony zdrowia objęte badaniem case study
Projekty realizowane w trybie indywidualnym	2	1. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie <i>Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie</i>
		2. Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie <i>Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym</i>
Projekty realizowane w trybie konkursowym, w tym:	12	
<i>podmioty publiczne</i>	8	1. Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach <i>Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej.</i>
		2. Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie <i>Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie</i>
		3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi/Centralny Szpital Weteranów <i>Stworzenie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi całodobowego Centrum Endoskopowego Leczenia Krwawień</i>

		4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku <i>Podniesienie bezpieczeństwa diagnostyki obrazowej poprzez unowocześnienie aparatury medycznej w Zakładzie Radiologii USK w Białymstoku</i>
		5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie <i>Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie wraz z budową Iqđdowiska i zakupem aparatury i sprzętu</i>
		6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu <i>Kompleksowe dostosowanie SOR w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym - III etap</i>
		7. Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy <i>Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy</i>
		8. Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu <i>Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w Wielkopolsce poprzez wymianę ambulansów przez Rejonową Stację Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu</i>
podmioty prywatne	4	4. Artmedik sp z o.o w Jędrzejowie <i>Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie.</i>
		5. "Pro-Medica" Sp. z o.o. w Ełku <i>Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem przez Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Ełku - "Pro-Medica" w Ełku sp. z o. o.</i>
		6. Szpital Tucholski Sp. z o.o. <i>Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia przez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o. / Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup 2 karetek typu "P" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o.</i>
		7. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Sp. z o.o w Puszczykowie <i>Rozbudowa, przebudowa i doposażenie NZOZ "Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego" Sp. z o.o. celem utworzenia SOR</i>
łącznie	14	

Źródło: opracowanie własne

Struktura studium przypadku i scenariusz wywiadu został przedstawiony w załączniku 1.4 do raportu końcowego (Załączniki do raportu z badania ewaluacyjnego (narzędzia badawcze).

3 Wyniki badania

3.1 Ocena stopnia zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne finansowane ze środków Priorytetu XII PO IiŚ wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ

Ocenę stopnia zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne ze środków Priorytetu XII PO IiŚ przedstawiono przede wszystkim na podstawie wyników wywiadów telefonicznych CATI, studiów przypadku, a także pogłębionych wywiadów indywidualnych. W tej części prezentacji wyników badania uzyskano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Na jakie typy inwestycji realizowanych w obecnej perspektywie finansowej w ramach Priorytetu XII PO IiŚ występuje nadal zapotrzebowanie wśród beneficjentów/ potencjalnych beneficjentów?

Sektor ochrony zdrowia w Polsce jest obszarem wymagającym doinwestowania, w szczególności w zakresie technicznym i modernizacyjnym, jak również w zakresie wyposażenia placówek w sprzęt medyczny.

W ramach Priorytetu XII PO IiŚ przeprowadzono w latach 2008-2010 cztery konkursy:

Tabela 5

Priorytet XII PO IiŚ - Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia	
Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym
Konkurs nr 1/2008 w zakresie zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego	Konkurs 3/2008 w zakresie: 1. przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych obowiązujących przepisach prawa; 2. zakupu aparatury obrazowej; 3. zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki i terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowania stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów.
Konkurs 2/2008 w zakresie: 1. przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (szpitalnych oddziałów ratunkowych istniejących lub planowanych do utworzenia zgodnie wojewódzkim planem działania systemu) w zakresie ratownictwa medycznego w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa; 2. zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów; 3. budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów	

ratunkowych.	
Konkurs 1/2010 w zakresie budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych	

Źródło: opracowanie własne na podstawie regulaminów konkursów PO liŚ

Rodzaj inwestycji finansowanych z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko został dobrany w oparciu o diagnozę potrzeb inwestycyjnych ochrony zdrowia, przy czym niebagatelne znaczenie miały wchodzące wówczas w życie ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie wymogów infrastrukturalnych, w tym ustawa o ratownictwie medycznym określająca między innymi zasady organizacji, finansowania i funkcjonowania ratownictwa medycznego w kraju oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) szczegółowo określające wymogi formalne dla organizacji oddziałów ratunkowych, w tym np. bezkolizyjne podjazdy dla co najmniej dwóch ambulansów oraz bezpośredni dostęp do lądowiska dla śmigłowców. Biorąc pod uwagę konieczności dostosowania szpitali do wysoko ustanowionych w nowych regulacjach prawnych wymogów infrastrukturalnych, adresowanie środków finansowych na inwestycje w tym zakresie należy ocenić jako bardzo trafne. Potwierdzeniem tego jest fakt zapotrzebowania na tego typu inwestycje, zgłaszanego przez potencjalnych wnioskodawców, znacznie powyżej możliwości finansowych PO liŚ.

Ocena stopnia zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne w systemie ochrony zdrowia finansowane ze środków priorytetu XII PO liŚ może być dokonana poprzez porównanie wielkości środków pierwotnie przeznaczonych na jego realizację z wielkością środków faktycznie alokowanych. łączna kwota alokacji przeznaczona na realizację projektów (zarówno konkursowych, jak i indywidualnych) dla Priorytetu XII PO liŚ wynosiła **1 387 710 350 zł¹³**, z czego na Działanie 12.1 przewidziano **852 475 000 zł¹⁴**, a na Działanie 12.2 - **535 235 350 zł¹⁵**.

O skali potrzeb w zakresie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia najlepiej świadczy fakt, że pierwotne kwoty przeznaczone na realizację projektów konkursowych na skutek dużej liczby złożonych i poprawnie przygotowanych wniosków aplikacyjnych okazały się niewystarczające. Zmiany te ujęte zostały w poniższej tabeli.

¹³ Przeliczono według kursu Europejskiego Banku Centralnego z 30,12,2010 r., 1 EUR = 3,9650 PLN) – informacje ze Sprawozdania rocznego z wdrażaniu Priorytetu XII PO liŚ

¹⁴ Ibidem

¹⁵ Ibidem

Tabela 6 Alokacja na poszczególne konkursy w ramach PO IiŚ

Działanie PO IiŚ	Konkurs PO IiŚ	Kwota alokacji wg ogłoszenia konkursu	Kwota alokacji ostateczna na dany konkurs	Uwagi
12.1	Konkurs 1/2008	34 397 000,00 zł	106 296 683,80	Alokacja zwiększona dwukrotnie - 1. do 100 mln zł, 2. do 106,3 mln zł
	Konkurs 2/2008	200 000 000,00 zł	400 000 000,00 zł	Alokacja zwiększona dwukrotnie – 1. do 300 mln zł; 2. do 400 mln zł
	Konkurs 1/2010	40 000 000,00 zł	60 000 000,00 zł	Alokacja zwiększona jednokrotnie
	RAZEM		566 296 683,80 zł	
12.2	Konkurs 3/2008	300 000 000,00 zł	300 000,00 zł	Brak zwiększania kwoty alokacji
	RAZEM		300 000,00 zł	
ŁĄCZNIE			866 296 683,80 zł	

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji Priorytetu XII PO IiŚ (2008, 2009, 2010)

Zapotrzebowanie ogółem (wnioski po ocenie formalnej – wnioskowana wartość o dofinansowanie) dla wszystkich konkursów wyniosło 1 055 254 935 zł, co stanowi o 53% więcej niż kwota alokacji przewidziana na konkursy w Działaniu 12.1. Z kolei w przypadku Działania 12.2 zapotrzebowanie ogółem w ramach tylko jednego konkursu wyniosło 676 629 737,67 zł, co stanowi 44% więcej niż przewidziano w konkursie Działania 12.2. Skala potrzeb inwestycyjnych placówek ochrony zdrowia jest więc jak najbardziej widoczna, a możliwości alokacyjne Priorytetu XII PO IiŚ były niewystarczające. Alokacja została niemalże całkowicie wyczerpana. Beneficjentom projektów konkursowych oraz indywidualnych przekazano środki w kwocie 1 378 896 683,77 zł^{16 17}, co stanowi 99% alokacji na Priorytet XII PO IiŚ. Mimo zwiększenia puli środków alokowanych w Priorytecie XII na projekty konkursowe, w efekcie dużego zapotrzebowania, nie wszystkie wnioski od potencjalnych beneficjentów Programu, które uzyskały pozytywną ocenę merytoryczną, otrzymały środki finansowe. Utworzone zostały listy rezerwowe, szczególnie w konkursie nr 2/2008 (inwestycje w SOR) oraz konkursie nr 3/2008 (infrastruktura ponadregionalna).

Zapotrzebowanie na typy inwestycji realizowanych w obecnej perspektywie finansowej w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wśród beneficjentów/potencjalnych beneficjentów przedstawiają poniższe wykresy. Największe zapotrzebowanie, zarówno wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów, odnosi się do zakupu specjalistycznych środków transportu (ambulansów) na potrzeby ratownictwa medycznego (odpowiednio: 37% i 38%), a następnie zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki i terapii (24%). W przypadku zakupu aparatury obrazowej zapotrzebowanie obu stron jest odmienne – tylko 18% potencjalnych beneficjentów w stosunku do 33% beneficjentów zgłasza zapotrzebowanie na tego typu inwestycję. Z kolei 33% beneficjentów, a 25% potencjalnych beneficjentów, nie zgłasza zapotrzebowania na dofinansowanie żadnej inwestycji.

¹⁶ W kwocie zawiera się również wartość projektów indywidualnych w kwocie 512,6 mln zł

¹⁷ Przeliczono według kursu Europejskiego Banku Centralnego z 30,12,2010 r., 1 EUR=3,9650 PLN) – informacje ze Sprawozdania rocznego z wdrażaniu Priorytetu XII PO IiŚ

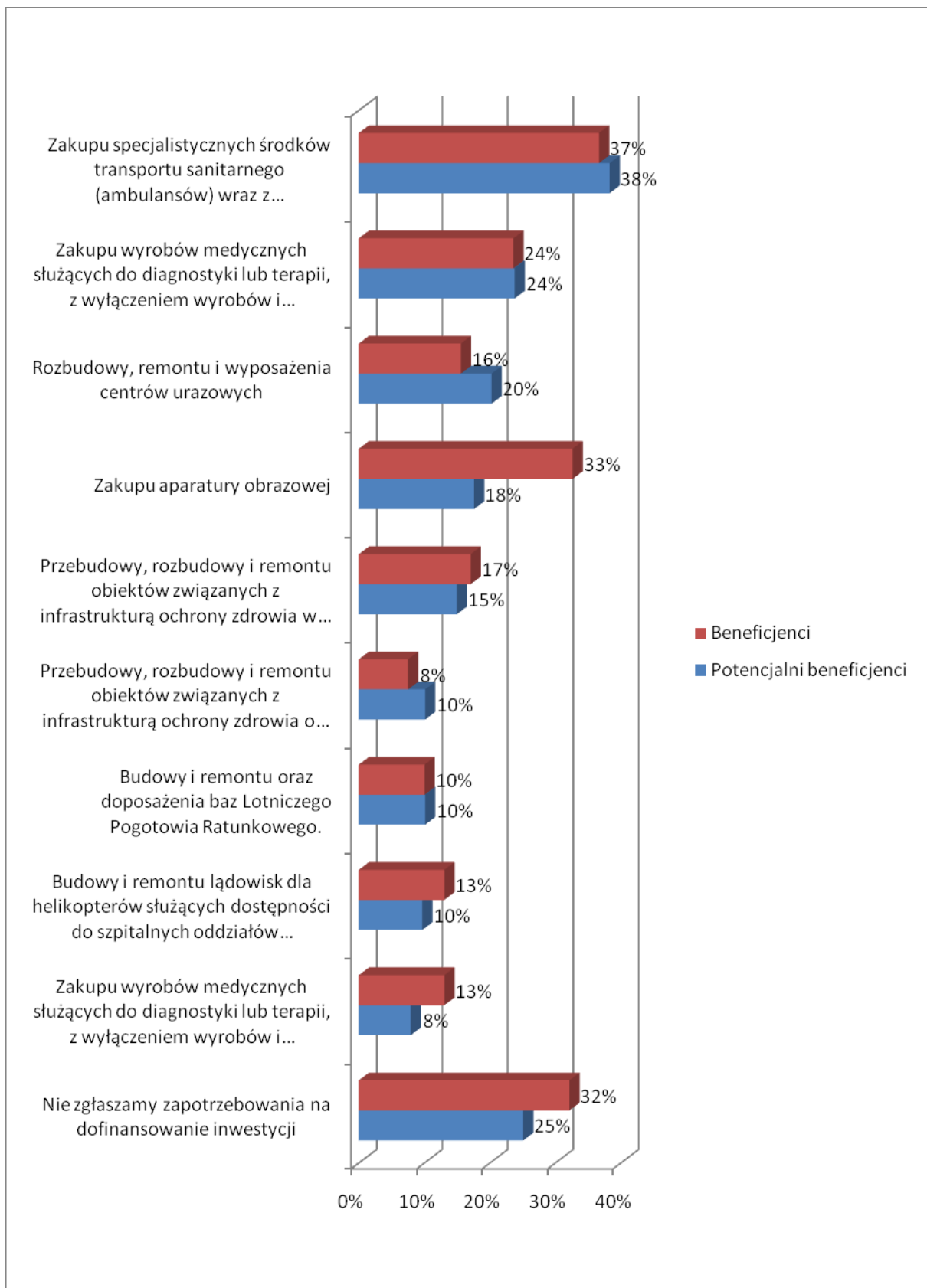
Tabela 7 Zapotrzebowanie beneficjentów i potencjalnych beneficjentów na inwestycje

Typ inwestycji	Zapotrzebowanie na inwestycje ¹⁸	
	Beneficjenci	Potencjalni beneficjenci
Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego	Zapotrzebowanie wiąże się głównie z modernizacją i doposażeniem SOR. Wskazywano na modernizację/remont bloków operacyjnych, sal zabiegowych i poprawę funkcjonalności oddziału.	Brak wskazań
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	Zapotrzebowanie dotyczy przede wszystkim zakupu aparatury RTG i tomografów komputerowych. Wskazywano również na kompleksowe wyposażenie oddziałów, bloków operacyjnych, sterylizatorni.	Zapotrzebowanie odnosi się głównie do zakupu aparatury USG, RTG i tomografów komputerowych. W mniejszym stopniu wskazywano również wyposażenie w postaci stołów operacyjnych, respiratorów, defibrylatorów, aparatów EKG oraz kardiomonitorów.
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 w zakresie ratownictwa medycznego	Zapotrzebowanie wiąże się z zakupem aparatury USG, RTG, EKG, łóżek do intensywnej terapii.	Zapotrzebowanie dotyczy zakupu tomografów komputerowych, kardiografów, echokardiografów, respiratorów, aparatury USG i EKG.
Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Zapotrzebowanie dotyczy do dostosowania obiektów szpitala do obowiązujących przepisów, przebudowy centrum ortopedycznego, budowy ośrodka kardiologicznego, modernizacji oddziału chirurgii plastycznej oraz oparzeń, budowy nowego skrzydła szpitala.	Zapotrzebowanie wiąże się z modernizacją oddziałów ginekologiczno-położniczych, kardiologicznych, całościową przebudową obiektów szpitala klinicznego, przebudowy OIOM i sal operacyjnych.
Zakup aparatury obrazowej	Zapotrzebowanie dotyczyło głównie zakupu aparatury RTG, USG, rezonansów magnetycznych i tomografów komputerowych. W znacznie mniejszym stopniu potrzeby odnosiły się do zakupu mammografów i angiografów.	Zapotrzebowanie odnosi się w głównej mierze do zakupu aparatury RTG (w tym stomatologicznych), USG i tomografów komputerowych, a w mniejszym stopniu: rezonansów magnetycznych, kardiomonitorów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI

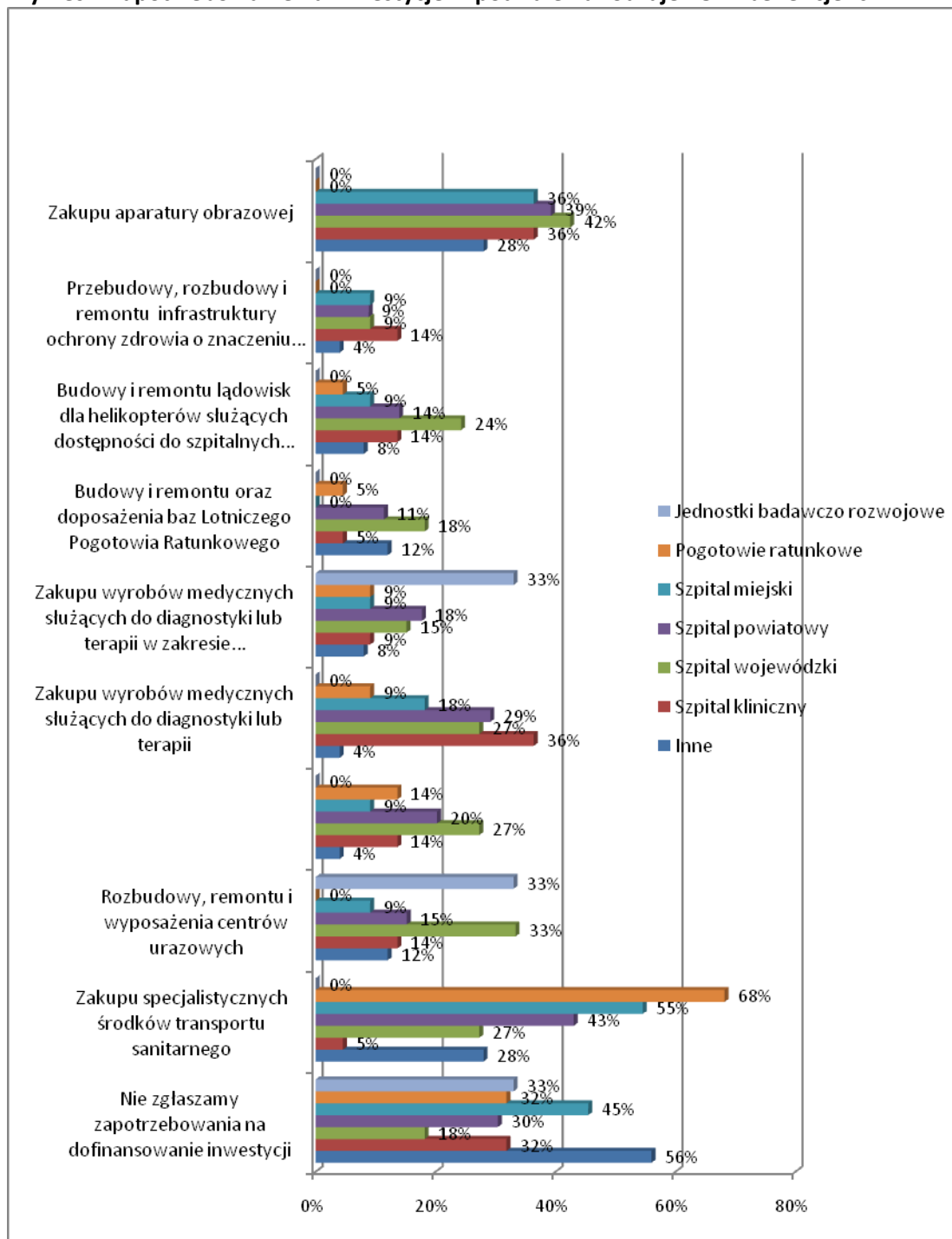
¹⁸ Poza inwestycjami z/realizowanymi ze środków Priorytetu XII PO liś beneficjenci zgłaszają zapotrzebowanie na inne inwestycje. W przypadku potencjalnych beneficjentów tabela przedstawia zapotrzebowanie na inwestycje ze środków Priorytetu XII PO liś.

Wykres 6 Zestawienie zapotrzebowania na inwestycje wśród beneficjentów i potencjalnych beneficjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N(beneficjenci) =197, N(potencjalni)=227

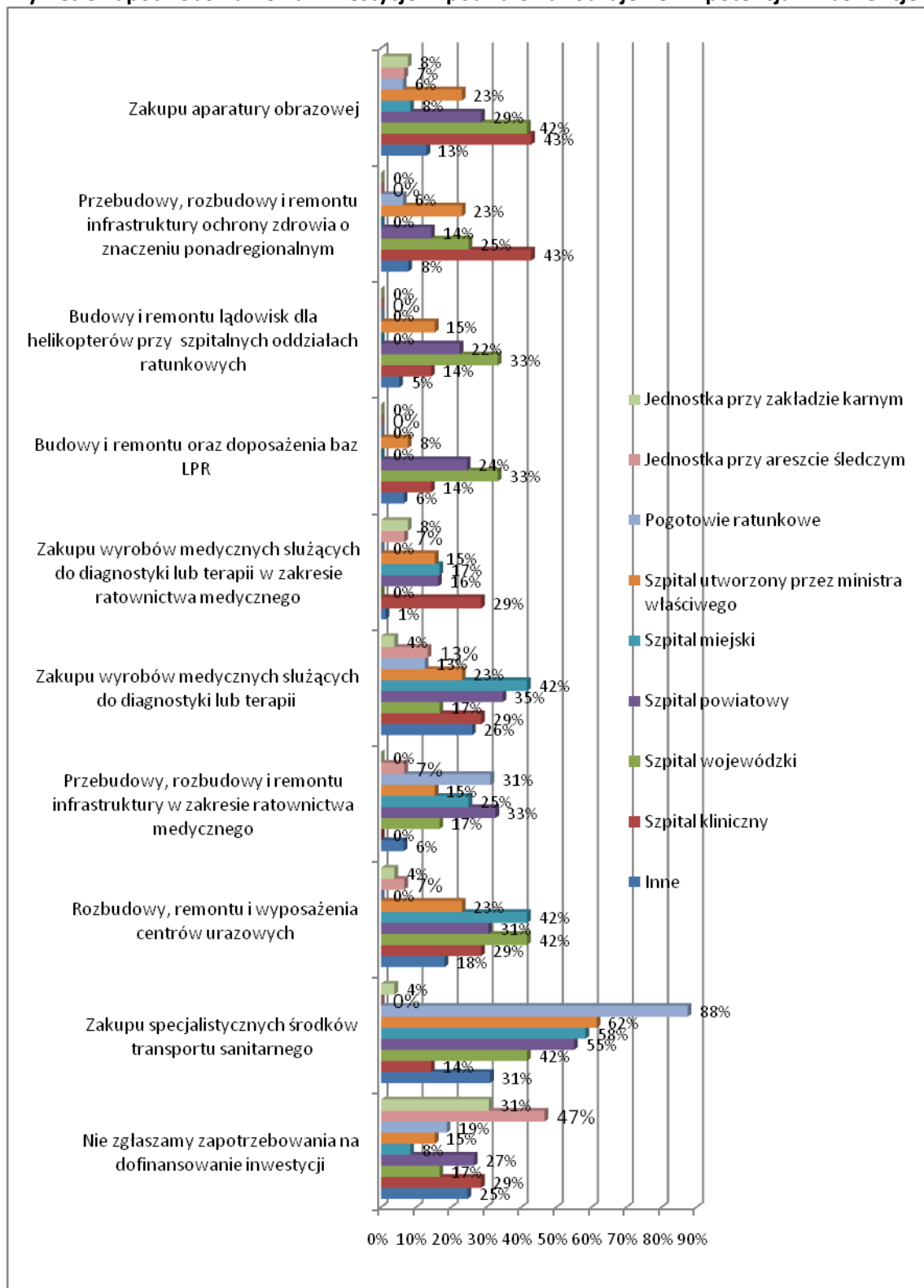
Wykres 7 Zapotrzebowanie na inwestycje w podziale na rodzaje ZOZ - beneficjenci



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N (Szpital kliniczny)= 22 , N (Szpital wojewódzki) = 33 , N (Szpital powiatowy) = 81 , N (Szpital miejski) = 11 , N (Pogotowie ratunkowe) = 22 , N (jednostki badawczo-rozwojowe) = 3, N (Inne¹⁹) = 25

¹⁹ W ramach kategorii inne występują m.in. jednostki w przypadku których respondenci nie potrafili jednoznacznie określić rodzaju jednostki, gminna samorządowa jednostka organizacyjna, lotnicze pogotowie ratunkowe

Wykres 8 Zapotrzebowanie na inwestycje w podziale na rodzaje ZOZ – potencjalni beneficjenci



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI N (szpital kliniczny =7, N (Inne²⁰) = 77, N(Szpital wojewódzki) = 12, N(Szpital powiatowy) = 49, N(Szpital miejski) = 12, N(Szpital utworzony przez ministra właściwego) = 13, N(pogotowie ratunkowe) = 16, N(jednostka przy areszcie śledczym)= 15, N(jednostka przy zakładzie karnym) = 26

²⁰ W ramach kategorii Inne wystąpiły m.in.: jednostki w przypadku których respondent nie potrafili określić rodzaju jednostki oraz szpital uzdrowiskowo – rehabilitacyjny, Wojskowa Przychodnia Lekarska, Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego

Uszczegóławiając kwestię zapotrzebowania na inwestycje wśród beneficjentów widoczne jest równomierne zapotrzebowanie szpitali na **inwestycje w aparaturę obrazową. Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki i terapii** zgłaszają głównie szpitale wojewódzkie i kliniczne oraz powiatowe. W przypadku **zakupu wyrobów medycznych – diagnostycznych i terapeutycznych dla SOR**, szczególnie wysokie jest zapotrzebowanie wśród placówek posiadających status jednostek badawczo-rozwojowych. Jednostki te zgłaszają również zapotrzebowanie na **rozbudowę, remont i wyposażenie centrów urazowych**. Największe zapotrzebowanie beneficjentów dotyczy **zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego** i występuje wśród jednostek pogotowia ratunkowego oraz szpitali miejskich i powiatowych. Z kolei brak zapotrzebowania zgłaszają przede wszystkim szpitale miejskie, kliniczne i pozostałe jednostki (jednostki samorządu terytorialnego, uczelnie).

W przypadku potencjalnych beneficjentów również największe zapotrzebowanie dotyczy **zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego** i występuje głównie wśród jednostek pogotowia ratunkowego. Potrzeby zgłaszane są również **w zakresie zakupu aparatury obrazowej** – podobnie jak w przypadku beneficjentów przez szpitale kliniczne, wojewódzkie i powiatowe, a w mniejszym stopniu miejskie. **Sprzęt do diagnostyki i terapii** jest potrzebny szczególnie szpitalom miejskim, powiatowym i klinicznym, a z kolei **sprzęt do diagnostyki i terapii dla SOR** szpitalom klinicznym. Natomiast brak zapotrzebowania na inwestycje wykazują głównie: jednostki przy aresztach śledczych, a następnie jednostki przy zakładach karnych oraz szpitale powiatowe i kliniczne.

Podsumowując, zapotrzebowanie beneficjentów i potencjalnych beneficjentów jest dość wysokie, zwłaszcza w kilku określonych dziedzinach: zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego czy zakup aparatury obrazowej. Zważywszy na fakt niemalże całkowite wyczerpanej alokacji na XII Priorytet PO IiŚ, praktycznie niemożliwie jest pełne sprostanie zapotrzebowaniu beneficjentów i potencjalnych beneficjentów na inwestycje. Dofinansowanie inwestycji będzie możliwe, jeśli zostaną wykorzystane oszczędności poczynione przez dotychczasowych beneficjentów XII Priorytetu. Wówczas dofinansowanie mogłoby trafić do beneficjentów będących na listach rezerwowych lub wyłonionych w ramach nowego konkursu.

Na które ze wskazanych przez beneficjentów/potencjalnych beneficjentów typów inwestycji zapotrzebowanie jest największe? Jaka jest skala tych potrzeb?

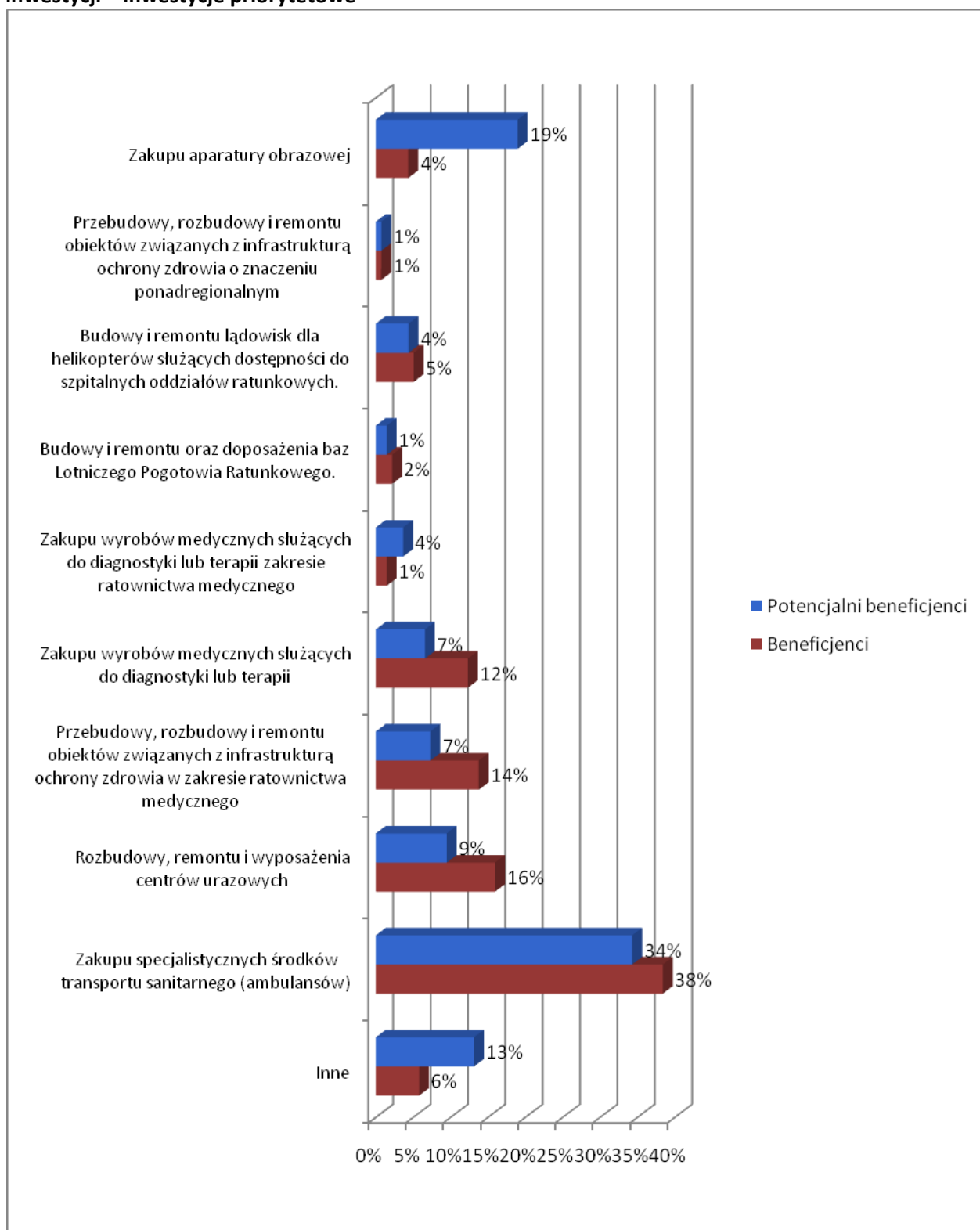
Większość z beneficjentów i potencjalnych beneficjentów wskazywało na więcej niż jeden obszar w ramach którego istnieje zapotrzebowanie na inwestycje w jednostce. Spośród wskazywanego zapotrzebowania, jako priorytetowy został potraktowany, zarówno przez największy procent beneficjentów (38%), jak i potencjalnych beneficjentów(38%), zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Zakup ambulansów jest bardzo istotną potrzebą między innymi ze względu na bardzo szybkie ich zużycie. Są one wykorzystywane na ogół przez 365 dni w roku, jeżdżą w trudnych warunkach i często ulegają kolizjom, bądź zdarzają się w nich usterki. Uważa się, że już 5 letni ambulans powinien zostać wymieniony na nowy²¹. Najwyższa jakość środków transportu sanitarnego jest niezbędna, gdyż daje ona gwarancję szybkiego dotarcia do pacjenta. Jednostki nie mogą sobie pozwolić na korzystanie ze zużytego, starego, zawodnego sprzętu w tym zakresie.

²¹ Można przyjąć, że statystycznie ambulans przejeżdża rocznie 60 000 km.

Drugą najczęściej wymienianą przez potencjalnych beneficjentów potrzebą był zakup aparatury obrazowej (19%), którą jedynie 4% z beneficjentów uznało to za najważniejszą inwestycje w swojej jednostce. Natomiast w przypadku beneficjentów drugą najczęściej wymienianą dziedziną inwestycji była rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych (16%).

Znaczny procent beneficjentów (6%) i potencjalnych beneficjentów (13%) nie był w stanie jednoznacznie wskazać najpilniejszej inwestycji w ramach swojej jednostki, gdyż uznał kilka inwestycji za równie istotne. Najczęściej wymieniano jako priorytetową przebudowę, rozbudowę i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Wykres 9 Zapotrzebowanie beneficjentów i potencjalnych beneficjentów na poszczególne typy inwestycji – inwestycje priorytetowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N= 138 (potencjalni) i N= 137 (beneficjenci)

Zarówno beneficjenci, jak i potencjalni beneficjenci, w zakresie **przebudowy, rozbudowy oraz remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, jak również w zakresie ratownictwa medycznego**, wskazywali w większości na potrzebę przeprowadzenia jednego remontu, który miałby dotyczyć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, wskazywano także na potrzebę remontu całej Stacji Pogotowia Ratunkowego.

W ramach **zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii** zarówno beneficjenci, jak i potencjalni beneficjenci w większości wskazywali na zakup kilku sprzętów, najczęściej od jednego do trzech. Jeden z respondentów wskazał nawet na potrzebę zakupu 200 sprzętów.

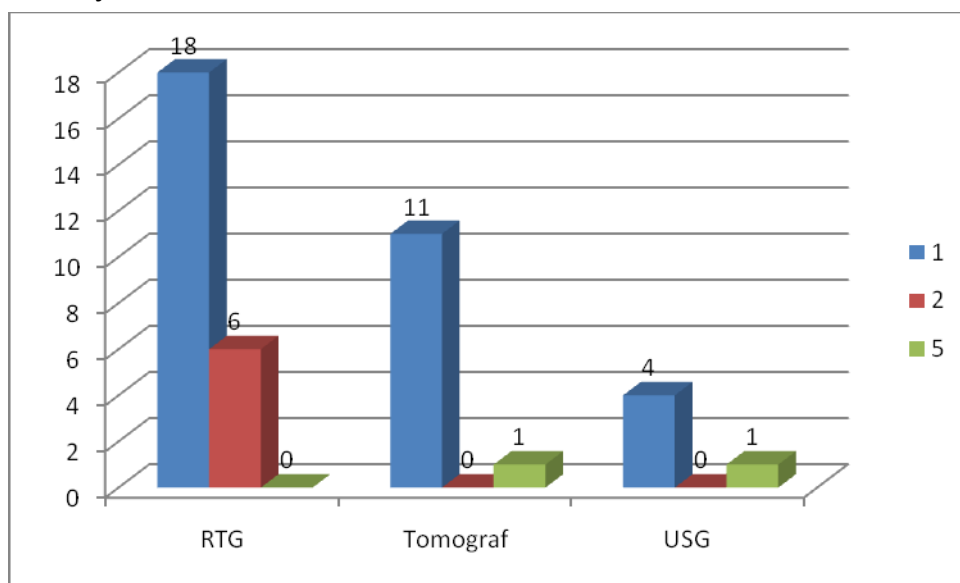
W zakresie **zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii (z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku) oraz w zakresie ratownictwa medycznego** beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci wskazywali w większości na potrzebę zakupu od 1 do 10 wyrobów medycznych.

W zakresie **budowy i remontu lądowiska dla śmigłowców sanitarnych służącego dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych** respondenci, najczęściej zgłaszali zapotrzebowanie na jeden remont.

Planowana **przebudowa, rozbudowa lub remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym** dla większości respondentów oznaczała potrzebę przeprowadzenia modernizacji całego szpitala, bądź pojedynczych oddziałów.

W zakresie zakupu **aparatury obrazowej** najczęściej beneficjenci zgłaszali zapotrzebowanie na aparaty RTG, USG oraz tomografy. 18 jednostek wskazało, że występuje zapotrzebowanie na zakup jednego aparatu RTG, natomiast 6 jednostek sygnalizuje potrzebę zakupu dwóch aparatów RTG. Najwięcej jednostek (11) wskazywało na potrzebę zakupu 1 tomografu. W zakresie aparatów USG, większość jednostek (4) wskazywała na potrzebę zakupu 1 aparatu USG.

Wykres 10 Skala zapotrzebowania na wybraną aparaturę z zakresu aparatury obrazowej wśród beneficjentów

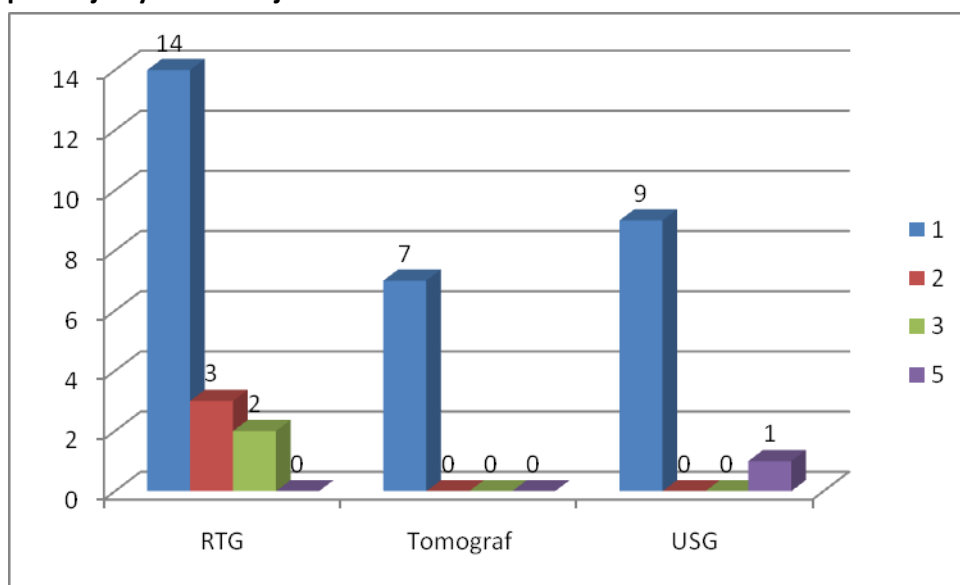


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAT, I N²²=65

²² Liczba odpowiedzi nie sumuje się do N, gdyż przedstawione są wybrane, najczęściej wskazywane kategorie sprzętowe (pytanie otwarte z możliwością wskazania do 3 rodzajów sprzętu przez jednostkę).

W przypadku potencjalnych beneficjentów spośród aparatury obrazowej najwięcej jednostek wskazywało na potrzebę zakupu aparatu RTG, wśród nich 14 wskazało na potrzebę zakupu pojedynczego aparatu RTG, natomiast 3 wskazały na potrzebę zakupu 2 aparatów RTG. W zakresie zapotrzebowania na aparat USG 9 jednostek wyraziło potrzebę zakupu jednego aparatu USG.

Wykres 11 Skala zapotrzebowania na wybraną aparaturę z zakresu aparatury obrazowej wśród potencjalnych beneficjentów



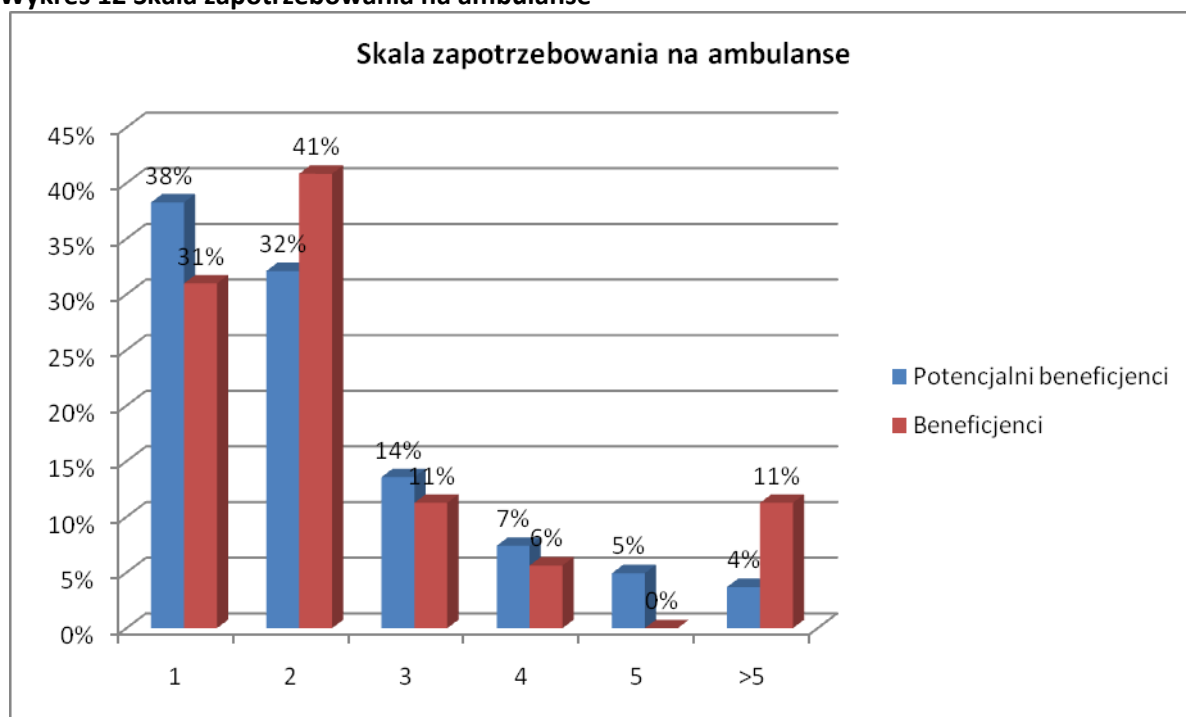
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, $N^{23}=40$

O skali zapotrzebowania na różnego rodzaju sprzęt medyczny najlepiej świadczy spektrum zakupów aparatury medycznej zrealizowanych w ramach PO liś. Niezależnie od wskazanych powyżej priorytetów zakupowych, wraz z ze sprzętem podstawowym (wysokospecjalistycznym jak gamma kamera, tomograf komputerowy itp.) kupowano sprzęt towarzyszący (m.in. stoliki zabiegowe, lampy bakteriobójcze, ssaki). Działanie takie wskazuje na chęć kompleksowego wyposażenia danej jednostki organizacyjnej. Można to również zinterpretować jako podejście sytuacyjne uzasadnione tym, że praktycznie wszystkie jednostki mają problem ze sfinansowaniem nie tylko drogiej aparatury, ale także relatywnie tanich urządzeń wspomagających, współpracujących z tą wysokospecjalistyczną aparaturą. Jeżeli przyjąć, że czas efektywnej eksploatacji aparatury medycznej wynosi około 8 lat, a po 12 latach następuje jej zużycie, to w poprawnie zarządzanej instytucji ochrony zdrowia, roczna kwota przeznaczana na odtwarzanie aparatury medycznej i inwestycje w aparaturę medyczną powinna wynosić około 12,5% (8-letni okres amortyzacji) wartości brutto aparatury w danej jednostce. Jak wskazano w raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga” „(...) powszechna jest wieloletnia praktyka wykorzystywania odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku, a w praktyce na pokrycie straty finansowej instytucji ochrony zdrowia”. Powyższe stanowi pewne wyjaśnienie faktu, że – jak przywołano powyżej – „Znaczny procent

²³ Liczba odpowiedzi nie sumuje się do N, gdyż przedstawione są wybrane, najczęściej wskazywane kategorie sprzętowe (pytanie otwarte z możliwością wskazania do 3 rodzajów sprzętu przez jednostkę).

beneficjentów (6%) i potencjalnych beneficjentów (13%) nie był w stanie jednoznacznie wskazać najpilniejszej inwestycji w ramach swojej jednostki, gdyż uznał kilka inwestycji za równie istotne”. Spośród jednostek, które zgłaszają zapotrzebowanie na **ambulance** najczęściej spośród potencjalnych beneficjentów(38%) zgłasza zapotrzebowanie na 1 ambulans, natomiast najczęściej beneficjentów (41%) zgłasza zapotrzebowanie na 2 ambulance. Spośród beneficjentów 11% i 4% potencjalnych beneficjentów zgłasza zapotrzebowanie na ponad 5 ambulansów.

Wykres 12 Skala zapotrzebowania na ambulance



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N= 81 (potencjalni) i N= 71 (beneficjenci)

Czy w ramach planowanych przez beneficjentów/potencjalnych beneficjentów inwestycji znajdują się inwestycje o charakterze:

- a) innowacyjnym;
- b) proekologicznym;
- c) zapewniającym włączenie społeczne?

Jeśli tak, to jaka była przyczyna podjęcia decyzji o realizacji inwestycji o takim profilu? Co decyduje o zakwalifikowaniu planowanej inwestycji do jednej z ww. grup?

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 nakierowanej 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. Zasady te odnoszą się zarówno do projektów, które zostały zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, jak i projektów planowanych.

Innowacyjność w odniesieniu do projektów inwestycyjnych nie ma charakteru wytwarzania nowej wartości (np. nowych technologii) i nie ma więc charakteru poznawczego, a jest zdefiniowana jako dostęp do nowych technologii. Przyjęta definicja jest zgodna ze zrozumieniem innowacji proponowanym przez OECD, gdzie innowacyjność rozumiana jest jako wprowadzenie do praktyki w przedsiębiorstwie nowego lub znacząco ulepszonego rozwiązania w odniesieniu do produktu (towaru lub usługi), procesu, marketingu lub organizacji. Definicja OECD wprowadzie przede wszystkim stosowana jest w sektorze przedsiębiorstw, ale podkreśla się, że innowacje mogą pojawiać się we wszystkich sektorach gospodarki i analogiczna definicja może być zastosowana również do sektora publicznego, w tym ochrony zdrowia²⁴. Innowacyjność projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wyraża się zatem poprzez wprowadzenie nowych technologii, niestosowanych dotychczas u beneficjentów, w tym szczególnie:

- technologii medycznych zarówno w zakresie unowocześnienia technologii stosowanych dotychczas (np. wprowadzenie 64-warstwowej tomografii komputerowej), jak i rozwiązań unikalnych w skali kraju – np. hybrydowe sale operacyjne²⁵, zakup systemu do neuronawigacji²⁶ zakup komór hiperbarycznych;
- informatycznych – dotyczy to przede wszystkim ucyfrowienia radiologii (RIS), co otwiera możliwości implementacji telemedycyny, ale także podnosi jakość badań obrazowych (wysoka jakość obrazu, przy praktycznej eliminacji badań powtarzanych). Dodatkowo, ucyfrowienie badań obrazowych ułatwia archiwizację danych i gwarantuje szybki dostęp do badań archiwalnych (PACS). W tym wymiarze innowacyjność wpływa również na rozwój organizacyjny instytucji, zmieniając charakter pracy,
- wymianę sprzętu medycznego na energooszczędny.

Proekologiczność²⁷ inwestycji w infrastrukturę systemu ochrony w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wynika generalnie z unowocześnienia zasobów, w tym szczególnie wyrobów medycznych i wyraża się poprzez:

- eliminację klisz roentgenowskich (ucyfrowienie diagnostyki obrazowej) i tym samym ich obróbki chemicznej. Efekt ekologiczny tego działania związany jest zarówno z istotnym obniżeniem produkcji klisz światłoczułych (z bliską perspektywą ich kompletnej eliminacji) jak i eliminacją niebezpiecznych płynów chemicznych (wywoływacze i utrwalacze) w tych placówkach, które ucyfrowiły diagnostykę obrazową,

²⁴ Definicja podana za: *Podręcznik Oslo. Zasady gromadzenia i interpretacji danych dotyczących innowacji*. Wydanie trzecie., Wspólna Publikacja Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Urzędu Statystycznego Wspólnot Europejskich (Eurostat), http://www.nauka.gov.pl/fileadmin/user_upload/43/46/43464/20081117_OSLO.pdf

²⁵ Beneficjent: Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie.

²⁶ Beneficjent: Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy.

²⁷ Potencjalnie istotnym elementem proekologiczności, nie tylko w ochronie zdrowia, ale we wszystkich budynkach publicznych, jest także zastosowanie energii odnawialnej oraz wzrost efektywności energetycznej.

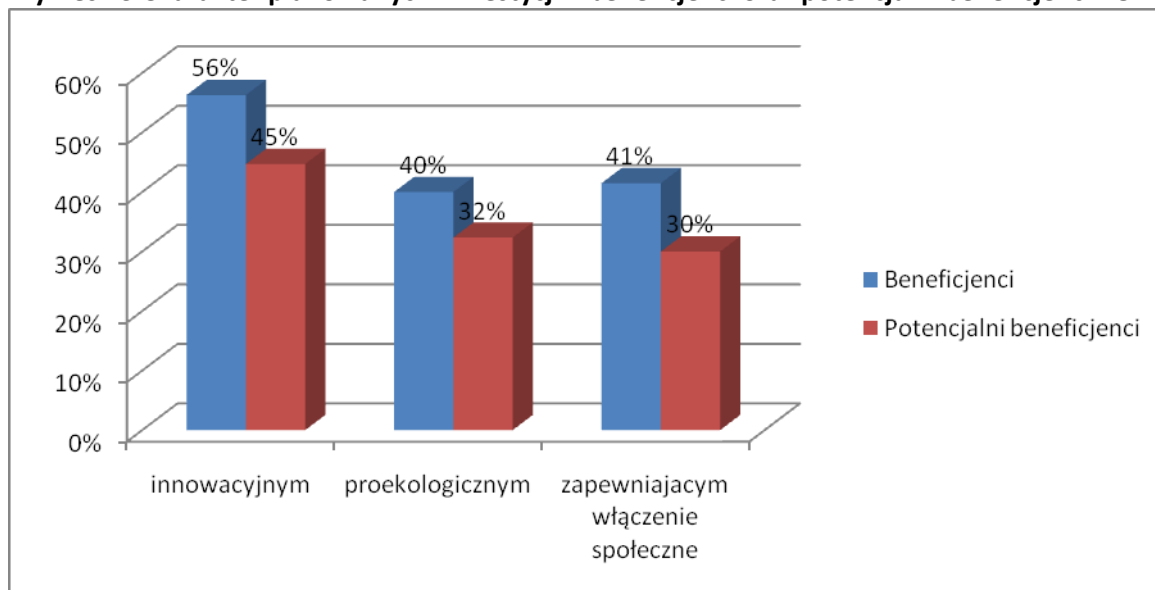
- wymianę znacznej liczby ambulansów na nowoczesne, charakteryzujące się niską emisją spalin.

Włączenie społeczne związane z realizacją Priorytetu XII PO liŚ jest zjawiskiem wielowymiarowym. Po pierwsze, w węższym rozumieniu dotyczy osób niepełnosprawnych i związane jest z unowocześnianiem Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Zgodnie z wymogami prawa, każda tego rodzaju inwestycja musi zapewniać łatwy dostęp osób niepełnosprawnych do oddziału (brak barier architektonicznych) oraz możliwość poruszania się i korzystania z infrastruktury (drzwi automatycznie otwierane, przystosowane sanitariaty, trakty komunikacyjne właściwie ukształtowane). Po drugie, włączenie społeczne winno być zapewnione poprzez zwiększenie dostępu do usług medycznych, zarówno w sensie ilościowym, jak i podwyższenia ich jakości i dostępu do innowacji. Lepszy dostęp do publicznej opieki zdrowotnej wyposażonej w nowoczesną infrastrukturę powinien przyczynić się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i zmniejszenia (a przynajmniej utrzymania na stałym poziomie) nierówności stanu zdrowia. W zasadzie każdy rodzaj inwestycji sfinansowanej ze środków Priorytetu XII PO liŚ może przynieść pozytywny efekt, natomiast bardziej szczegółowo zmiany dostępności usług medycznych omówione są poniżej. Dodatkowo, mechanizmem wspierającym włączenie społeczne i dostępność usług medycznych jest konstrukcja zasad dostępności sprzętu zakupionego w ramach projektów finansowanych z Priorytetu XII gwarantująca wyłączność korzystania z zakupionej infrastruktury przez okres 5 lat w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej. Innymi słowy, zakupiony sprzęt nie może być wykorzystywany dla celów komercyjnych, a w pierwszej kolejności ma służyć populacji objętej podstawowym publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Przyszłe inwestycje, planowane przez dotychczasowych beneficjentów, ale także i potencjalnych beneficjentów mają charakter innowacyjny, proekologiczny i zapewniający włączenie społeczne.

Zarówno beneficjenci jak i potencjalni beneficjenci, projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII PO liŚ, przypisują największe znaczenie innowacyjności planowanych projektów. Zgodnie z odpowiedziami respondentów innowacyjność jest rozumiana jako inwestowanie w sprzęt najnowszej generacji, zastosowanie nowych, niedostępnych dotychczas w Polsce metod leczenia, podwyższenie jakości sprzętu oraz informatyzacja i komputeryzacja usług. Spodziewanymi efektami końcowymi przeprowadzenia inwestycji o charakterze innowacyjnym ma być zwiększenie dostępności usług medycznych, zmniejszenie czasu oczekiwania na usługi medyczne oraz podwyższenie ich jakości, a więc elementy wpływające na większą skuteczność leczenia.

Wykres 13 Charakter planowanych inwestycji – beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci PO IiŚ



*Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N(beneficjenci)=135
N(potencjalni)=170*

Proekologiczność planowanych inwestycji – podobnie jak w przypadku inwestycji już przeprowadzonych – wyraża się w opinii respondentów przede wszystkim w zmniejszeniu emisji spalin w przypadku zakupu ambulansów, zmniejszeniu zużycia energii elektrycznej i wprowadzeniu zasilania energią odnawialną oraz zmniejszeniu zużycia wody oraz gazu (dzięki termoizolacji obiektów).

Zapewnienie włączenia społecznego najczęściej rozumiane jest przez respondentów – zarówno beneficjentów jak i potencjalnych beneficjentów – w sposób węższy, a więc jako zapewnienie infrastruktury przyjaznej osobom niepełnosprawnym.

W perspektywie realizacji społecznych i ekonomicznych celów strategii Europa 2020 warto również dodać, że zrealizowane inwestycje przyczyniają się do podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego, a niekiedy również do zwiększenia zatrudnienia w jednostkach beneficjentów projektów finansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ (np. w szpitalu w Puszczykowie objętym analizą studium przypadku utworzono 22 nowe miejsca pracy: dla ordynatora oddziału, pielęgniarek, ratowników medycznych, specjalistów).

Powyższy wykres pokazuje, że planując inwestycje zarządzający jednostkami największą wagę przywiązują do kwestii dostępu do nowych technologii. Wynika to z faktu, że dotychczasową opiekę zdrowotną w Polsce charakteryzuje niższy dostęp do innowacji w porównaniu z innymi krajami europejskimi.

Tabela 8 Dostęp do innowacyjnych/wysokospecjalistycznych technologii w wybranych krajach OECD

Kraj	Rezonans magnetyczny	Tomografia komputerowa	Tomografia PET
	(na 1 mln mieszkańców)		
Belgia	10.6	13.6	2.3
Czechy	5.1	13.5	0.6
Francja	6.1	11.0	0.7
Holandia	10.4	-	2.1
Polska	2.9	10.9	0.35
Słowacja	6.1	13.7	0.6
Węgry	2.8	7.1	0.6
Wielka Brytania	5.6	7.4	0.3
Włochy	20.0	31.0	0.6
Średnia w krajach OECD	12.8	23.9	-

Źródło: OECD Health DATA 2011

Aktualne potrzeby w tym zakresie są określane jako duże. Jednocześnie popyt na nowoczesny sprzęt medyczny generowany jest przez zmieniające się ustawodawstwo oraz fakt, że spora część sprzętu aktualnie dostępnego w jednostkach opieki zdrowotnej jest sprzęt zdekapitalizowanym i wymaga wymiany. Niebagatelną rolę mają również rosnące potrzeby i oczekiwania pacjentów w zakresie dostępu do nowoczesnych terapii.

Proekologiczność oraz włączenie społeczne są priorytetami rzadziej wyrażanymi *explicite*, chociaż ich zapewnienie jest w wielu przypadkach niemalże automatyczne, gdyż często następuje tutaj akumulacja pozytywnych efektów: nowoczesny sprzęt posiada zazwyczaj atesty gwarantujące niskie zużycie energii, niską emisję zanieczyszczeń, a jego zastosowanie powinno przyczynić się do zwiększenia dostępności usług medycznych.

W jakim stopniu projekty zrealizowane/realizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do poprawy stanu infrastruktury technicznej/jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej?

Nakłady, możliwe do poniesienia przez system ochrony zdrowia, dzięki funduszom dostępnym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, należy ocenić jako duże i istotne. Statystycznie, każdy z beneficjentów uzyskał dofinansowanie na poziomie 5,4 mln zł.

Wziąwszy pod uwagę obowiązujące regulacje prawne²⁸ można przyjąć, że wszystkie inwestycje w ładowiska dla śmigłowców sanitarnych miały cechy „nowej jakości”. Wynika to z wymogu całodobowej możliwości korzystania z ładowiska oraz dopuszczenia do wykonywania lądowisk wyniesionych (ładowisko umieszczone ponad poziomem gruntu).

Inwestycje w ambulanse dotyczyły wymiany wyeksploatowanych pojazdów na nowe (charakter odtworzeniowy) oraz zakupu nowych pojazdów. Z powodu postępu technicznego (rozwiązania związane z minimalizacją wibracji i drgań noszącego pacjenta podczas jazdy, wyposażeniem ambulansu w

²⁸ art. 62 ustawy z dnia 8 września 2006 r., o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) oraz nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r., w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420)

sprzęt medyczny oraz polepszeniem możliwości trakcyjnych pojazdów), zakupy nowych ambulansów podniosły jakość i efektywność opieki medycznej, a tym samym bezpieczeństwo pacjenta. Z kolei inwestycje w infrastrukturę i sprzęt medyczny miały charakter mieszany. Część beneficjentów odtwarzała wyeksploatowaną/zużytą aparaturę medyczną (np. wymiana tomografu komputerowego starszej generacji na aparat 64 rzędowy), a część podejmowała działania zmierzające do wprowadzenia nowych (dotychczas niedostępnych w danej instytucji ochrony zdrowia) technologii medycznych (np. zakup komory hiperbarycznej). W ten sam sposób można podzielić inwestycje o charakterze budowlanym, mając świadomość, że towarzyszy im zawsze wyposażenie nowo wybudowanego obiektu w sprzęt medyczny, w tym również wysokospecjalistyczny. Przykładem takich projektów mogą być wnioski dotyczące realizacji centrów urazowych.

Zatem zakres projektów możliwych do realizacji w ramach Priorytetu XII PO IiŚ umożliwił unowocześnienie zasobów infrastrukturalnych beneficjenta, a tym samym podnosił jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta - szczególnie pacjenta wymagającego pomocy doraźnej.

Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych/realizowanych projektów?

Największe korzyści wynikające z realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ można zestawić następująco:

- **podniesienie bezpieczeństwa pacjenta** wymagającego udzielenia pomocy doraźnej poprzez budowę lub remont lądowisk dla śmigłowców sanitarnych i umożliwienie lądowań w warunkach nocnych oraz unowocześnienie floty sanitarnych środków transportu medycznego (ambulansów). Szczególnie istotne są tu inwestycje w szpitalne oddziały ratunkowe, a także centra urazów wielonarządowych – placówki systemu ochrony zdrowia umożliwiające kompleksową opiekę nad pacjentem wymagającym szybkiego wykonywania wielu procedur medycznych, w tym szczególnie procedur ratujących życie,
- **podniesienie jakości opieki nad pacjentem** wymagającym diagnostyki i/lub zabiegów chirurgicznych. Wynika to zarówno z zakupu wysokospecjalistycznej aparatury diagnostycznej (np. wielorzędowe CT, systemy medycyny nuklearnej) jak i aparatury wykorzystywanej rutynowo podczas zabiegów chirurgicznych (np. aparat do znieczulenia ogólnego, stoły i lampy operacyjne) jak i podczas opieki nad pacjentem wymagającym intensywnego nadzoru (np. aparatura monitorująca, respiratory) czy też aparatury umożliwiającej prowadzenie efektywnej akcji reanimacyjnej (np. defibrylatory, zestawy intubacyjne). Warto w tym kontekście przywołać także tak pozornie błahe składowe wyposażenia szpitala takie jak łóżka OIOM czy analizatory parametrów krytycznych.
- **dostęp do wysokospecjalistycznych procedur medycznych.** Dotyczy to szczególnie procedur wysokospecjalistycznych, w tym szczególnie procedur związanych z medycyną nuklearną (diagnostyka z użyciem skanera SPECT-CT) czy terapią tlenową (komora hiperbaryczna).

Reasumując powyższe, realizacja Priorytetu XII PO IiŚ w znaczącym stopniu – wynikającym zarówno ze skali nakładów inwestycyjnych, jak i ich spektrum – przyczyniła się do potencjalnego podwyższenia jakości, bezpieczeństwa i dostępności (wysokospecjalistycznych) świadczeń zdrowotnych. Faktyczna jakość i dostępność świadczeń medycznych zależy – oprócz dostępności samej infrastruktury technicznej – od dostępności diagnostów i techników medycznych oraz od wysokości kontraktów z

płatnikiem publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Przykładowo, studium przypadku przeprowadzone w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach pokazuje, że kontrakt ze Śląskim Oddziałem NFZ jest niewystarczający na świadczenie badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie, co powoduje niepełne wykorzystanie zakupionego sprzętu. Instytut, celem wykonania założonych wskaźników, realizuje obecnie nadwykonania z tytułu świadczeń zdrowotnych w zakresie scyntygrafii. W związku z tym efekty zakupu sprzętu są niekorzystne: nadwykonania generują dodatkowe nakłady finansowe placówki, a dostępność do diagnostyki i finansowanie badań scyntygraficznych na poziomie województwa wciąż jest słaba.

Czy dzięki zrealizowanym/realizowanym inwestycjom potencjalnie zwiększy się dostęp do świadczeń zdrowotnych wykonywanych obecnie przez beneficjenta? Czy dzięki zrealizowanym inwestycjom rozszerzy się zakres stosowanych procedur medycznych oraz wzrośnie liczba przyjmowanych pacjentów?

Skala zakupów inwestycyjnych związanych z aparaturą medyczną (łącznie planowano do zakupienia **13 170 sztuk**²⁹ różnego rodzaju sprzętu/aparatury medycznej) w tym szczególnie z aparaturą diagnostyczną (łącznie 902 sztuk sprzętu i aparatury medycznej zakwalifikowanej do kategorii „B” - diagnostyczna-obrazowa i „I” –diagnostyczna inna), niewątpliwie zwiększa potencjalną dostępność do świadczeń zdrowotnych, co potwierdzają zarówno dane rzeczowe jak i deklaracje respondentów w badaniach ankietowych.

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

- 1 tomograf komputerowy umożliwia wykonanie 30 badań dziennie³⁰, czyli 10 500 badań w roku. W ramach Priorytetu XII PO liŚ zrealizowany został zakup 19 tomografów komputerowych, co oznacza możliwość wykonania około 190 000 badań rocznie. Podobnie zakup 101 aparatów ultrasonograficznych stanowi pulę odczuwalną w skali każdego z regionów, a tym samym w kraju.
- zakup 4 komór hiperbarycznych urealnia dostępność do procedur z obszaru tlenoterapii populacji rzędu 12 mln osób³¹.
- także zakup 346 ambulansów stanowi znaczący element podwyższenia dostępności świadczeń (w tym przypadku pomocy doraźnej).

Podobnie należy ocenić inwestycje w lądowiska dla helikopterów, realizowane jako wymagalny³² element SOR. Możliwość szybkiego transportu pacjenta do ośrodka referencyjnego oznacza realne zwiększenie dostępu do świadczeń wysokospecjalistycznych (w tym szczególnie ratujących życie) dla populacji spoza dużych aglomeracji miejskich.

²⁹ Ilość zgodnie z deklaracjami beneficjentów ujętymi we wnioskach o dofinansowanie

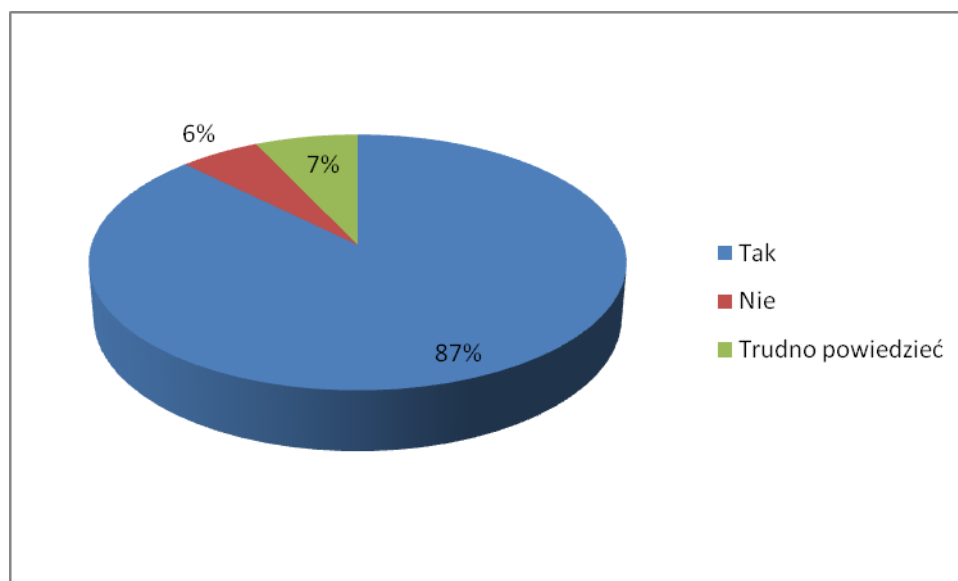
³⁰ Przy założeniu czasu trwania jednego badania równego 20 minut, 10 godzin pracy aparatu na dobę (przy zachowaniu dostępności całodobowej) i 350 dniach pracy w roku.

³¹ Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca, by 1 komora hiperbaryczna była dostępna dla populacji 3 mln osób.

³² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r., w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420) od roku 2014.

Również badania ankietowe pokazuje, że beneficjenci projektów są przekonani o zwiększeniu dostępności usług medycznych dzięki realizacji inwestycji.

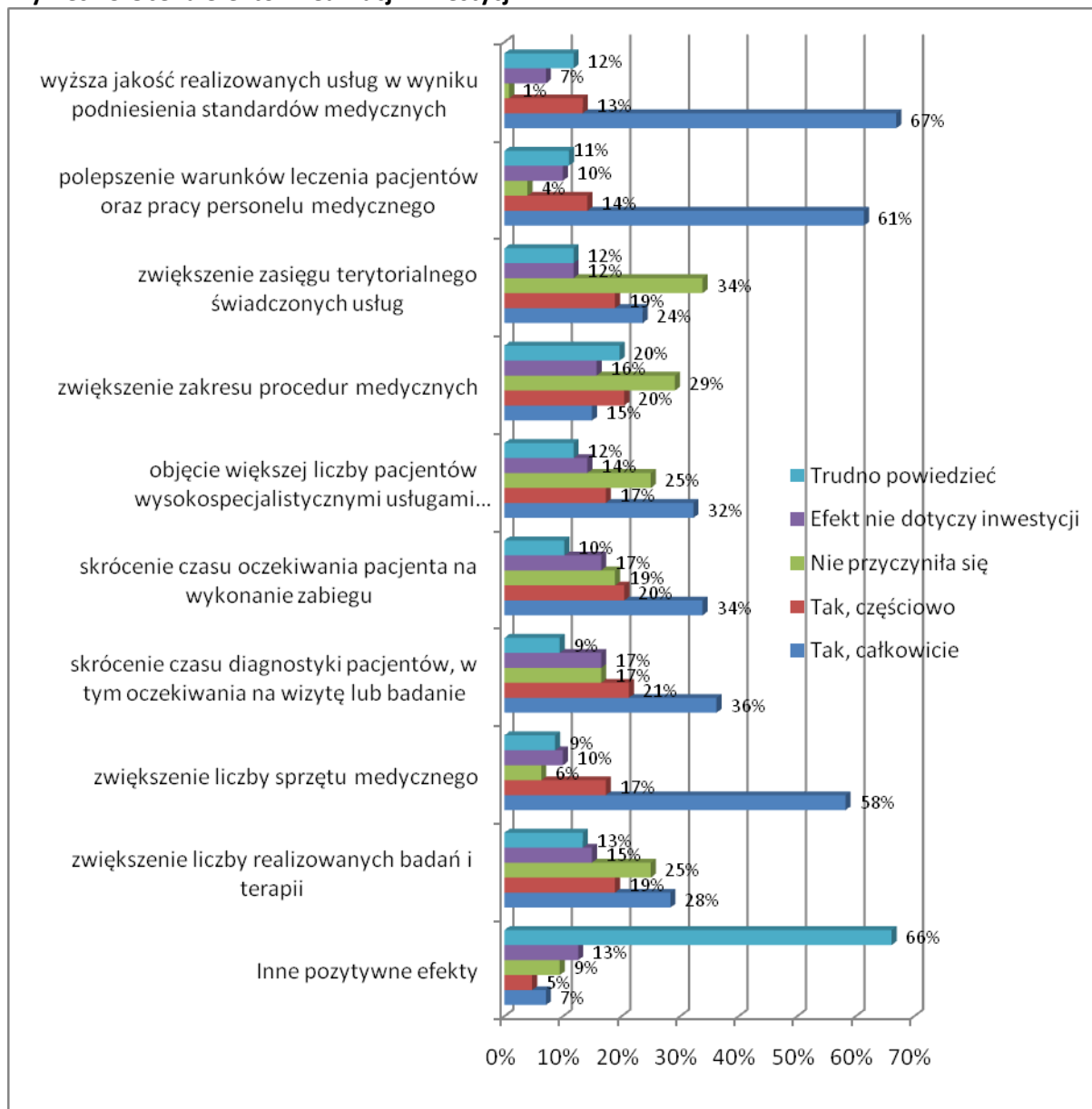
Wykres 14 Wzrost dostępności świadczeń medycznych w wyniku realizacji projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=200

Potencjalna dostępność świadczeń powinna ulec zwiększeniu. Jednakże placówki, w których zrealizowano projekty finansowane ze środków Priorytetu XII PO IiŚ, w większości nie dysponują aktualnymi danymi dotyczącymi zmniejszenia się czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia i liczby pacjentów objętych świadczeniami. Stąd w ocenie dostępności możemy opierać się głównie na ich opinii wyrażonej w badaniu sondażowym. Zwiększenie dostępności świadczeń medycznych w wyniku realizacji projektów ma charakter wielowymiarowy, przy czym beneficjenci wskazują nie tyle efekty ilościowe (zwiększona liczba świadczeń medycznych), co efekty jakościowe, takie jak zwiększenie jakości realizowanych usług w wyniku podniesienia standardów medycznych i poprawa warunków leczenia pacjentów oraz pracy personelu. Połowa respondentów twierdzi również, że inwestycje przyczyniły się do zwiększenia dostępności świadczeń medycznych poprzez skrócenie czasu diagnostyki oraz oczekiwania na świadczenia oraz zwiększenie liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi usługami medycznymi.

Wykres 15 Ocena efektów realizacji inwestycji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=127

Podsumowując powyższe można stwierdzić, że inwestycje zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO liś przyczyniły się do zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych (w tym szczególnie świadczeń wysokospecjalistycznych) i jakości leczenia, zarówno w obszarze procedur deficytowych (kolejki pacjentów) jak i procedur o terytorialnie ograniczonym dostępie (tlenoterapia, medycyna nuklearna). Przy czym, inwestycje te zapewniają zarówno poszerzenie zakresu wykonywanych procedur medycznych jak i wzrost ich liczby. Poszerzenie zakresu wykonywanych procedur wynika zarówno ze zwiększenia bazy aparatury medycznej (wzrost liczby aparatów medycznych jakimi dysponuje beneficjent) jak i podwyższenia parametrów sprzętu wymienianego (wymiana aparatury przestarzałej).

Również stworzenie warunków do szybkiego transportu pacjentów w stanach wymagających pomocy doraźnej (zakup ambulansów i budowa lądowisk dla helikopterów) należy ocenić w kategoriach zwiększenia dostępności pacjenta do procedur medycznych. Należy jednak zastrzec, że o ile dzięki

inwestycjom z pewnością zwiększy się potencjalna dostępność usług medycznych, o tyle ich faktyczna dostępność w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego zależy od wielkości kontraktów z płatnikiem. Niekiedy beneficjent – w celu efektywnego wykorzystania wysokospecjalistycznej technologii medycznej – decyduje się na wykonywanie procedur ponad limit kontraktu podpisanego z NFZ (przykład – projekt zrealizowany przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach: „Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej”).

Długookresowe podniesienie faktycznej dostępności świadczeń i trwałości projektów wymagałoby już na etapie decyzji o przyznaniu świadczenia, przeprowadzenia konsultacji z odpowiednim oddziałem NFZ w celu potwierdzenia zapotrzebowania na dany rodzaj sprzętu medycznego i możliwości kontraktowania świadczonych usług w zadawalającej skali, odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych i nowych możliwości sprzętowych.

Czy zwiększył się zasięg terytorialny świadczonych usług?/Jakie jest regionalne i ponadregionalne oddziaływanie projektów?

Zwiększenie zasięgu terytorialnego usług medycznych świadczonych przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ związane jest z charakterem wykonanych inwestycji. Praktycznie, takie zwiększenie dotyczy:

- zakupu wysokospecjalistycznej technologii medycznej, która była dotychczas niedostępna w regionie lub unowocześnienia (wymiana sprzętu), a tym samym zwiększenia możliwości świadczenia usług medycznych. Przykładem takich projektów mogą być zakupy komór hiperbarycznych, zaawansowanych technologicznie systemów medycyny nuklearnej, zakupy systemów rezonansu czy 64-warstwowych tomografów komputerowych. Ponadregionalność tego rodzaju inwestycji wynika zarówno z jej unikalności, jak i realnego zapotrzebowania na tak zaawansowane technologie. Innym rodzajem zwiększenia terytorialnego oddziaływania była modernizacja baz lotniczego pogotowia ratunkowego, stwarzająca warunki do łatwiejszego, a tym samym częstszego stosowania transportu lotniczego.
- organizacji i uruchomienia centrów urazów wielonarządowych, których podstawowym zadaniem jest zapewnienie opieki medycznej dla populacji zamieszkującej duże obszary terytorialne. Wsparciem efektywności działania tych centrum były projekty obejmujące lądowiska dla helikopterów przy SOR.

Znaczna liczba projektów dotyczyła odtworzenia - połączonego z modernizacją – zasobów określonego rodzaju: np. sal operacyjnych, wyposażenia oddziałów intensywnej opieki medycznej itp. W wyniku realizacji tego rodzaju projektów, praktycznie nie zmienił (nie zwiększył się) się obszar oddziaływania beneficjenta, natomiast podniesiona została jakość usług i bezpieczeństwo pacjenta (zakupy aparatów do znieczulenia ogólnego, respiratorów, lamp operacyjnych itp.)

Środki inwestycyjne dostępne w ramach Działania 12.2, przeznaczone na przebudowę, rozbudowę, remont oraz doposażenie dla jednostek ponadregionalnych zostały również wykorzystane przez jednostki uniwersyteckie (szpitale uniwersyteckie) i jednostki Ministerstwa Zdrowia (np. Instytut – „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka”. Ich zapotrzebowanie na sprzęt wysokospecjalistyczny i/lub

innowacyjny jest z racji charakteru działalności jednostki bardzo duże. Udział w PO IiŚ pozwolił im częściowo zaspokoić te potrzeby.

Ocena faktycznego zwiększenia usług medycznych świadczonych przez beneficjenta będzie możliwa dopiero po pewnym czasie użytkowania inwestycji zrealizowanych w ramach PO IiŚ w oparciu o dane dot. pacjentów

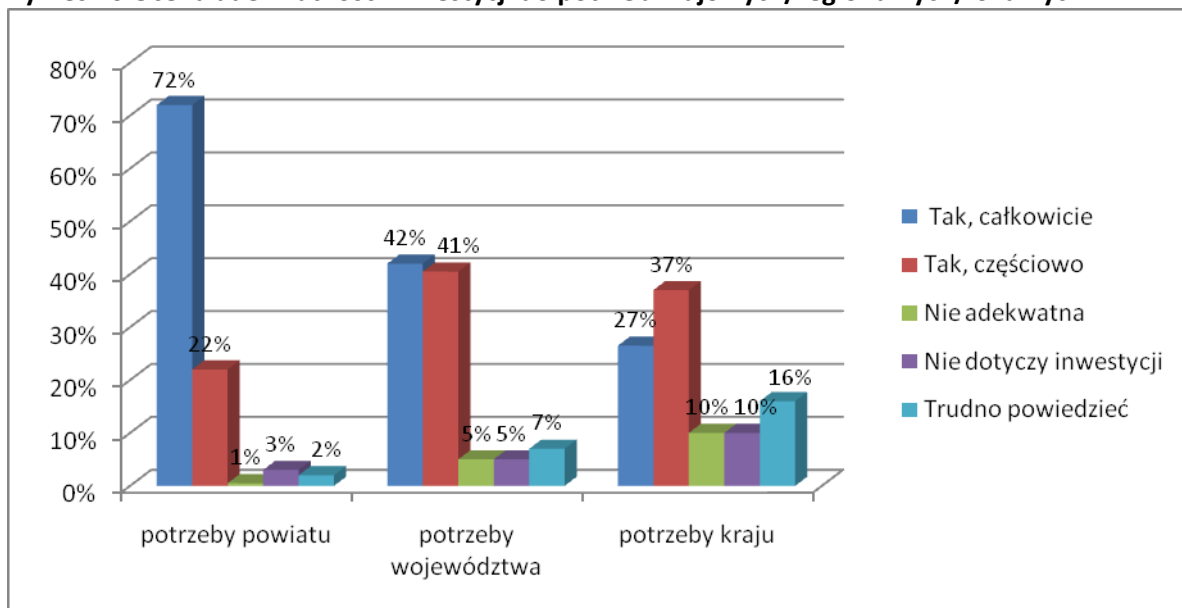
Czy zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia? (poziom lokalny/regionalny/ponadregionalny) Czy to oddziaływanie jest zgodne z oczekiwaniami beneficjenta?

Adekwatność wydatkowanych środków inwestycyjnych w stosunku do potrzeb jest niezwykle trudna do oceny. Wynika to z faktu, że nie ma układu odniesienia pozwalającego na ocenę potrzeb w sektorze zdrowotnym.

- po pierwsze, pojawia się pytanie na jakim poziomie powinny być zdefiniowane potrzeby: krajowym, regionalnym czy lokalnym?
- po drugie, na każdym z wymienionych poziomów brak jest systematycznej oceny zapotrzebowania nie tylko w zakresie infrastruktury, ale przede wszystkim w zakresie świadczeń medycznych. Ocena taka powinna być dokonana w oparciu o różnorodne dokumenty, w tym analizy demograficzne i epidemiologiczne, dotychczasową konsumpcję usług medycznych poszczególnych rodzajów, czas oczekiwania na zrealizowanie świadczenia oraz ocenę dostępnej sieci infrastrukturalnej zarówno z zakresu opieki szpitalnej jak i ambulatoryjnej w sektorze publicznym i prywatnym oraz w przekroju dostępnej aparatury diagnostycznej. Niestety, do chwili obecnej nie została opracowana adekwatna do tego celu baza informacyjna. Jej przygotowanie byłoby czasochłonne, wymagałoby zebrania informacji i danych statystycznych z różnych źródeł oraz stworzenia mechanizmu ciągłej aktualizacji i znacznie wykracza poza zakres obecnej ewaluacji. Tego typu baza informacyjna byłaby niezwykle wartościowa i mogłaby być wykorzystywana nie tylko do oceny wniosków, ale również do późniejszej implementacji projektów a także do prowadzenia spójnego zarządzania infrastrukturą systemu ochrony zdrowia i optymalizacji inwestycji.

Biorąc pod uwagę obecne ograniczenia informacyjne, ocena adekwatności realizacji inwestycji została przeprowadzona w odniesieniu do potrzeb krajowych/regionalnych i lokalnych zdefiniowanych przez beneficjentów projektów. Jest to sposób częściowo ułomny, odwołuje się bowiem do subiektywnej oceny potrzeb przez beneficjentów, a te są niejednolite i mogą być uzależnione od rodzaju świadczeń oferowanych przez beneficjenta i jego zainteresowań w sektorze medycznym. Niemniej beneficjenci najlepiej potrafią rozpoznać potrzeby bezpośrednio w ich otoczeniu.

Wykres 16 Ocena adekwatności inwestycji do potrzeb krajowych/regionalnych/lokalnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=200

Zrealizowane projekty inwestycyjne w największej mierze nakierowane były na zaspokojenie potrzeb lokalnych w zakresie ochrony zdrowia (94%), w nieco mniejszym stopniu adresowały potrzeby regionalne (83%), a w najmniejszym adekwatne były do potrzeb krajowych (64%). Należy też podkreślić, że adekwatność projektów do potrzeb w ocenie beneficjentów jest bardzo wysoka.

Podsumowując, należy podkreślić, że ocena odpowiedniości inwestycji w stosunku do potrzeb jest niezwykle trudna ze względu na niedostatki informacji na temat faktycznej realizacji świadczeń zdrowotnych i bazy infrastrukturalnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych populacji na poziomie krajowym/regionalnym/lokalnym. Jednocześnie wiadomo, że potrzeby inwestycyjne są duże. Natomiast w ocenie beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przeprowadzone inwestycje były odpowiednie (adekwatne do potrzeb), w tym przede wszystkim potrzeb na poziomie lokalnym i regionalnym. Taka ocena najprawdopodobniej wynika z faktu, że beneficjentom łatwiej jest zidentyfikować i ocenić potrzeby lokalne i regionalne. Dlatego inwestycje przez nich wprowadzane w dużej mierze nakierowane były na zaspokojenie takich właśnie potrzeb.

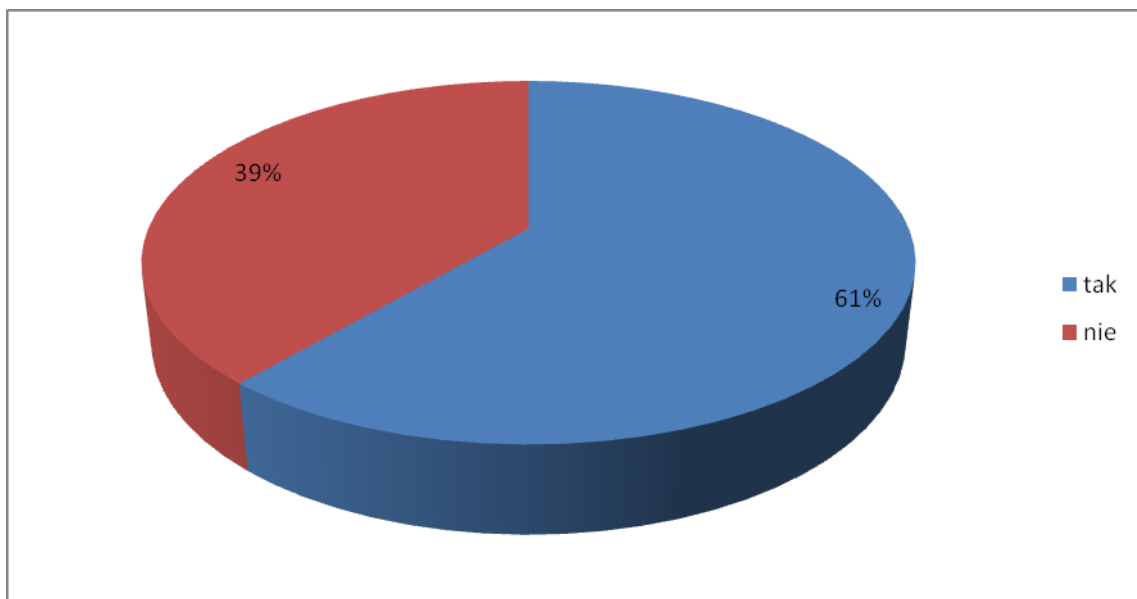
3.2 Identyfikacja ewentualnych dodatkowych inwestycji wynikających pośrednio lub bezpośrednio z uzyskania przez ZOZ dofinansowania ze środków Priorytetu XII PO liŚ

Identyfikacja ewentualnych dodatkowych inwestycji przedstawiono na podstawie wyników badania ankietowego CATI, a także w oparciu o przeprowadzone wywiady indywidualne i badanie studium przypadku.

Czy oprócz inwestycji współfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ beneficjenci realizowali, w ramach bieżącej perspektywy finansowej, dodatkowe inwestycje infrastrukturalne w ramach swoich jednostek? Jeśli tak, jakiego rodzaju były to inwestycje? Jaka była wartość dodatkowych inwestycji w stosunku do wartości inwestycji sfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ?

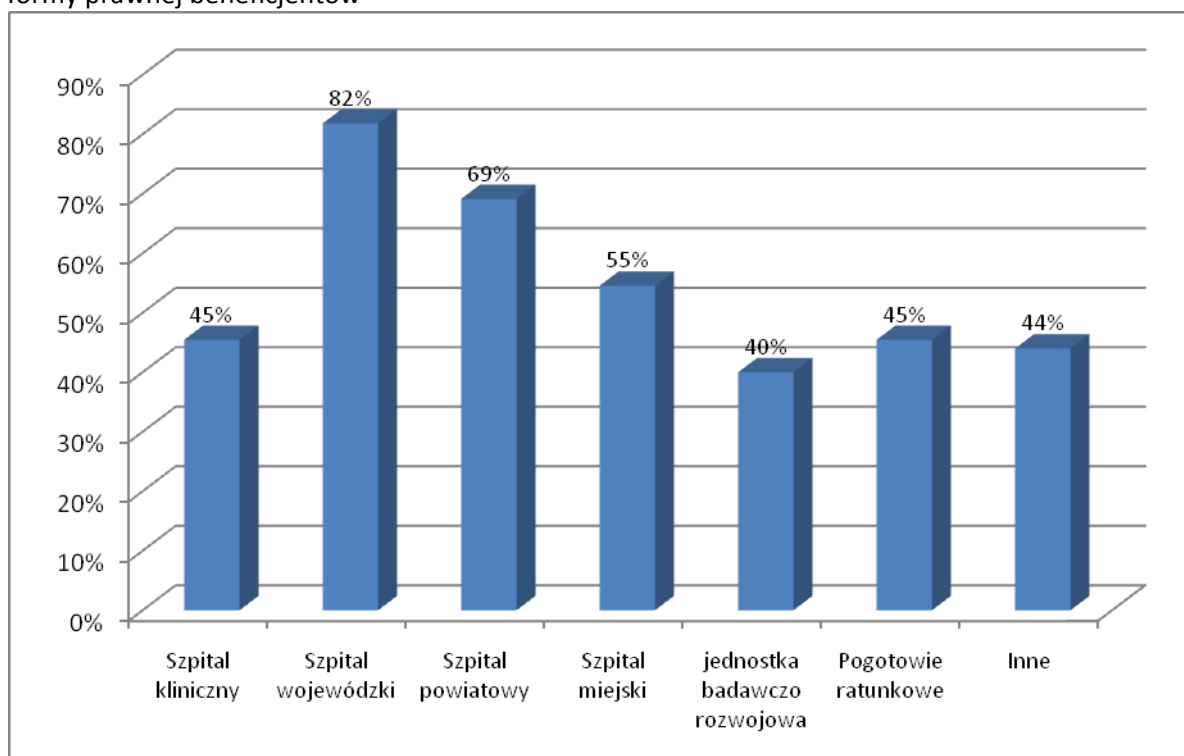
Dodatkowe inwestycje infrastrukturalne wśród beneficjentów inwestycji finansowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ nie są rzadkością – aż 61 % spośród badanych jednostek beneficjentów realizowało również dodatkowe inwestycje, finansowane z innych źródeł.

Wykres 17 Udział jednostek realizujących dodatkowe inwestycje



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=199

Wykres 18 Realizacja dodatkowych inwestycji niefinansowanych z Priorytetu XII PO liŚ w przekroju formy prawnej beneficjentów



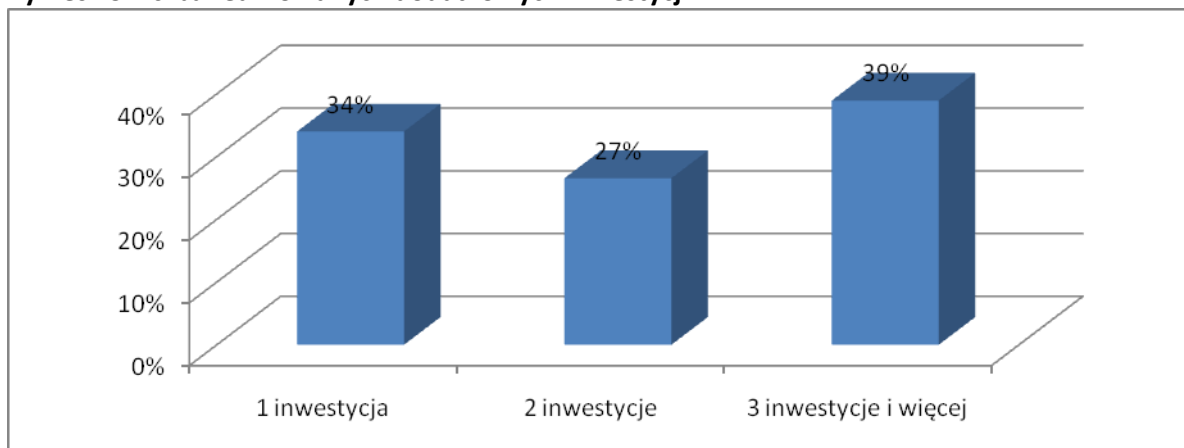
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, Szpital kliniczny N=22, Szpital wojewódzki N= 33, Szpital powiatowy N=81, Szpital miejski N=11, Jednostka badawczo rozwojowa N= 5, Pogotowie ratunkowe N=22, Inne N=25

W przekroju rodzajów placówek beneficjentów Priorytetu XII realizujących dodatkowe inwestycje i będących respondentami badania CATI najczęściej dodatkowe inwestycje realizowały szpitale wojewódzkie (92%) i powiatowe (69%), natomiast najrzadziej szpitale kliniczne (45%), jednostki badawczo rozwojowe (40%) jak i inne jednostki (44%)³³.

Zgodnie z poniższym wykresem 34% jednostek realizowało wyłącznie jedną dodatkową inwestycję, natomiast aż 39% realizowało trzy lub więcej dodatkowych inwestycji. Jest to bardzo duży wysiłek organizacyjny, ale też i planistyczno-strategiczny. Potwierdza on również duże potrzeby w zakresie inwestycyjnym w sektorze ochrony zdrowia.

³³ Kategoria „inne” jest bardzo niejednolita. Znajdują się w niej zarówno samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki budżetowe jak i spółka komunalna.

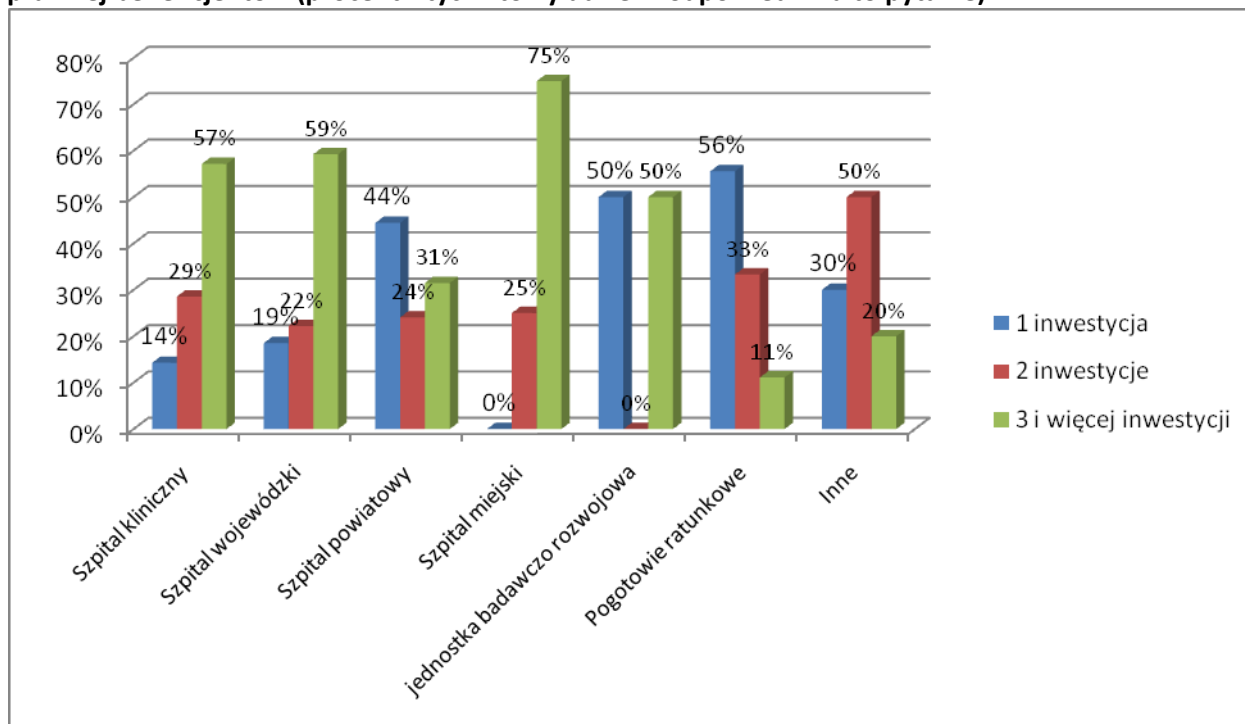
Wykres 19 Liczba realizowanych dodatkowych inwestycji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=113

Szpitaly miejskie, wojewódzkie i kliniczne najczęściej realizowały ponad 3 inwestycje w czasie trwania projektów finansowanych z Priorytetu XII PO IiŚ. Wynika to z faktu, że są to zazwyczaj duże jednostki organizacyjne o kompleksowej działalności na wielu obszarach medycznych. Stąd też pole inwestycyjne jest w nich większe. Jednakże szpitale powiatowe prezentują odmienną tendencję, najczęściej realizując nie więcej niż 1 dodatkową inwestycję. Oprócz nich również jednostki pogotowia ratunkowego najczęściej realizują nie więcej niż 1 dodatkową inwestycję.

Wykres 20 Liczba dodatkowych inwestycji realizowanych przez beneficjentów w przekroju formy prawnej beneficjentów (procent z tych którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie)

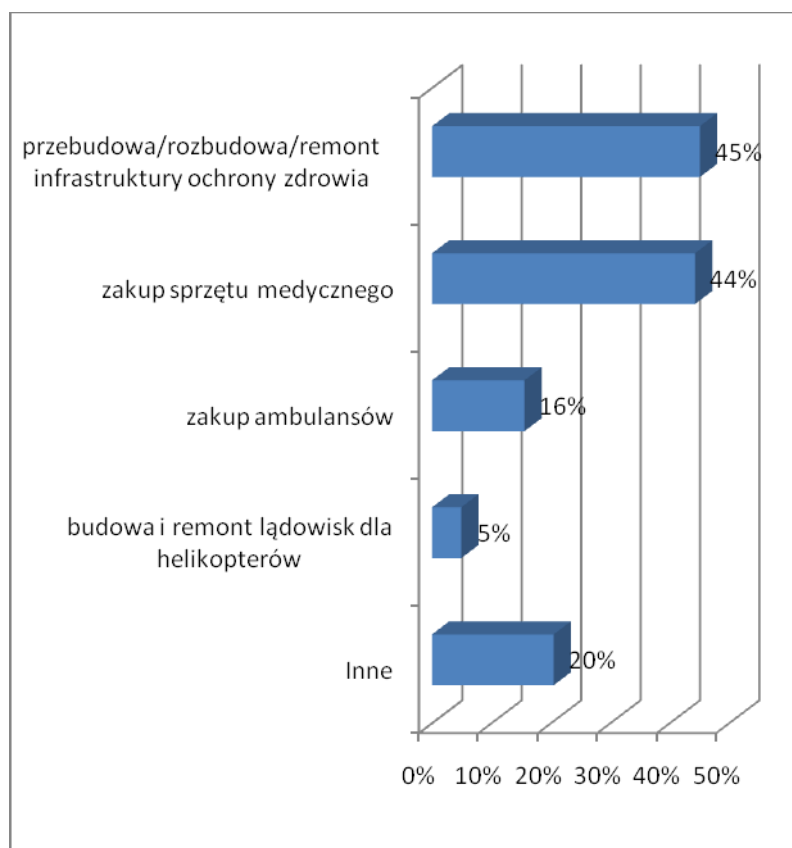


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, Szpital kliniczny N=7, Szpital wojewódzki N=27, Szpital powiatowy N=54, Szpital miejski N=4, jednostka badawczo rozwojowa N=2, Pogotowie ratunkowe) N=9, Inne N=10

Najczęściej dodatkowe inwestycje dotyczyły przebudowy, rozbudowy lub remontu prowadzonego w jednostkach ochrony zdrowia oraz zakupu sprzętu medycznego. Są to typy inwestycji prowadzone w jednostkach świadczeniodawców niemalże w trybie ciągłym. Można tutaj wyróżnić najważniejsze typy inwestycji:

- modernizacja lub przebudowa budynków (w tym ocieplenie budynków) i rozbudowa infrastruktury o sale operacyjne,
- informatyzacja oddziałów bądź systemów służących do analiz medycznych (np. systemu radiologicznego),
- zakup sprzętu medycznego, w tym przede wszystkim sprzętu radiologicznego, wyposażenie sterylizatorni.

Wykres 21 Rodzaj dodatkowych inwestycji

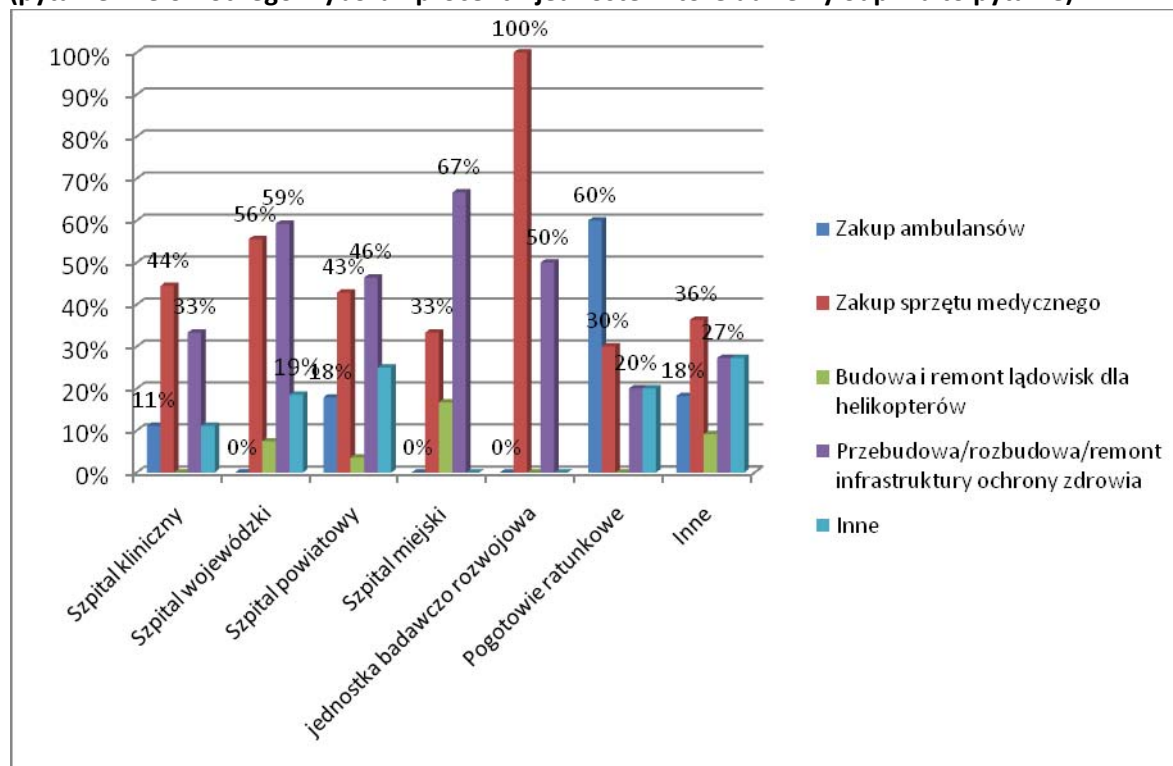


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=122

Rodzaj dodatkowych inwestycji jest silnie związany z formą organizacyjno-prawną beneficjentów. Szpitale najczęściej inwestują w sprzęt medyczny oraz w przebudowę, rozbudowę bądź remont infrastruktury technicznej i obiektów. Podobnie jednostki badawczo-rozwojowe objęte badaniem ankietowym inwestowały głównie w zakup sprzętu medycznego, bądź w przebudowę i remont infrastruktury technicznej i obiektów, choć tu skala inwestycji w zakup sprzętu medycznego jest znacznie większa (wszystkie jednostki objęte badaniem ankietowym zadeklarowały inwestycje dodatkowe w tym zakresie). Z kolei w pogotowiu ratunkowym 60% dodatkowych inwestycji

dotyczyło zakupu ambulansów, a inwestycje w przebudowę, rozbudowę bądź remont infrastruktury zajmują drugie miejsce.

Wykres 22 Rodzaj dodatkowych inwestycji w przekroju rodzaju jednostki wśród beneficjentów (pytanie wielokrotnego wyboru –procent z jednostek które udzieliły odp. na to pytanie)

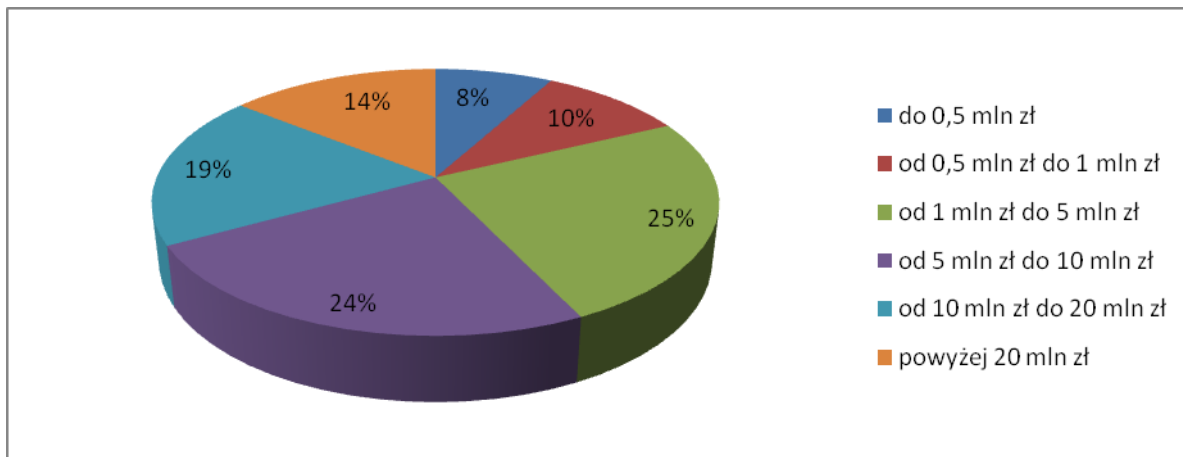


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, Szpital kliniczny N=9, Szpital wojewódzki N=27, Szpital powiatowy N=56, Szpital miejski N=6, Jednostka badawczo rozwojowa N=2, Pogotowie ratunkowe N=10, Inne N=11

Przeciętna wartość dodatkowych inwestycji realizowanych przez beneficjentów jest wyższa od średniej wartości projektów realizowanych w ramach całego Priorytetu XII PO IiŚ. Blisko połowa beneficjentów (49%) realizuje projekty o wartości od 1 do 10 mln zł, natomiast aż 14% beneficjentów realizuje projekty bardzo kosztowne, o wartości powyżej 20 mln. zł. Taka skala inwestycji z jednej strony pokazuje jak duże jest zapotrzebowanie na inwestycje, z drugiej natomiast świadczy o tym, że w ostatnich latach opieka zdrowotna w Polsce otrzymała (dzięki różnym funduszom) bardzo duży zastrzyk finansowy. Oprócz środków przekazanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ ważnym źródłem finansowania inwestycji wskazywanym przez respondentów są środki z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. Inwestycje są również finansowane ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz środków samorządów terytorialnych i Ministerstwa Zdrowia. Dobrym przykładem korzystania z różnych źródeł finansowania są inwestycje prowadzone w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, w którym obok inwestycji w SOR finansowanej z Priorytetu XII PO IiŚ, zrealizowano kilka innych projektów: modernizację bloku operacyjnego finansowaną ze środków Priorytetu VIII RPO WD, TeleMedNet – utworzenie medycznej platformy naukowo – diagnostycznej w ramach Priorytetu II PO IG Infrastruktura sfery B+R, Działania 2.3 Inwestycje związane z tworzeniem infrastruktury

informatycznej nauki, inne projekty dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia związane z zakupem sprzętu medycznego np. zakup rezonansu magnetycznego.

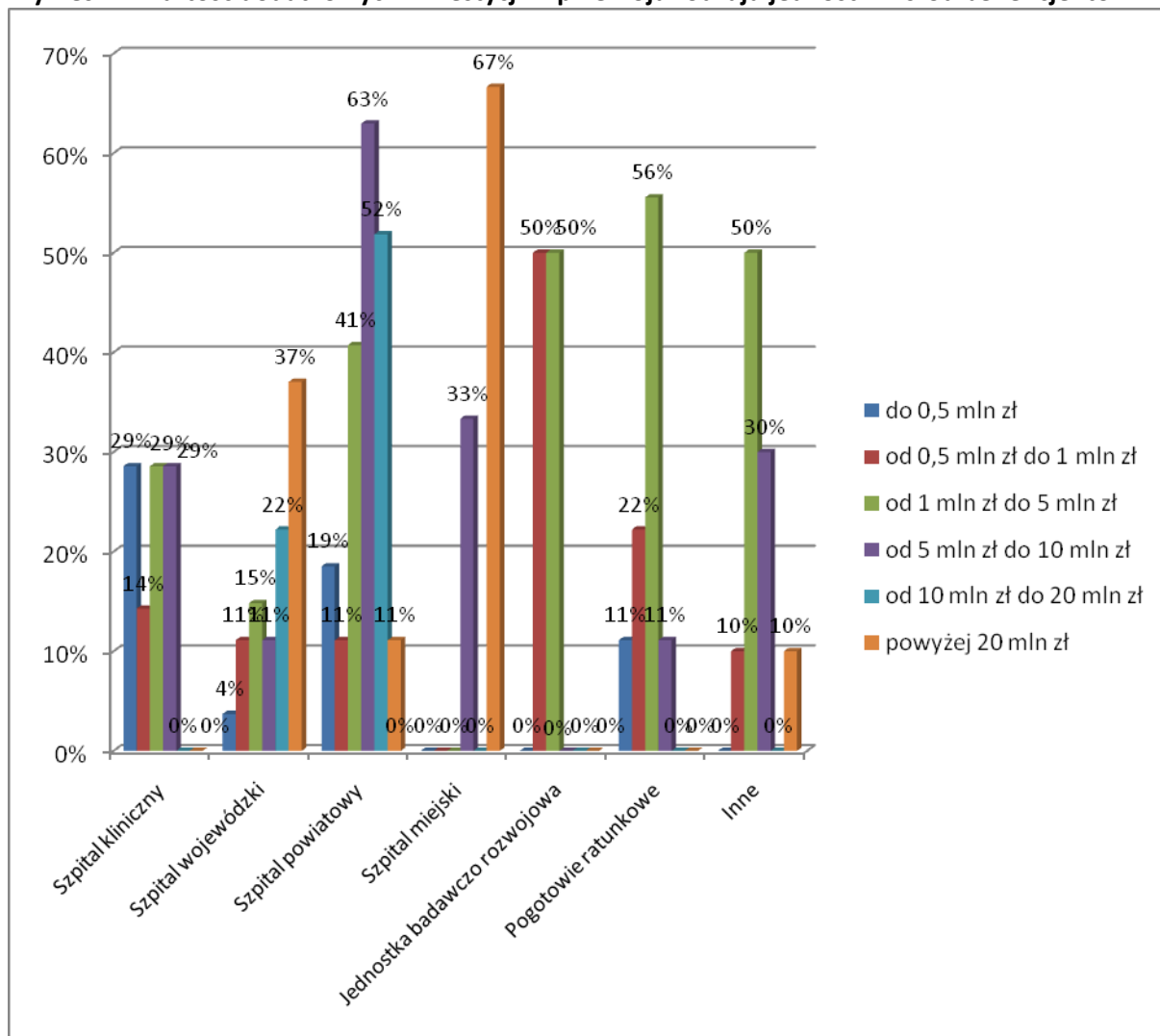
Wykres 23 Wartość dodatkowych projektów realizowanych przez beneficjentów inwestycji finansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=111

Wśród badanych beneficjentów realizujących dodatkowe inwestycje infrastrukturalne najczęściej projekty najbardziej kosztowne realizowały szpitale miejskie, wojewódzkie (powyżej 20 mln zł) i powiatowe (w przedziale od 10 do 20 mln zł). Natomiast jednostki badawczo rozwojowe, pogotowie ratunkowe i jednostki zgrupowane na potrzeby niniejszej analizy jako „inne” najczęściej realizowały dodatkowe projekty o wartości nie przekraczającej 5 mln zł.

Wykres 24 Wartość dodatkowych inwestycji w przekroju rodzaju jednostki wśród beneficjentów



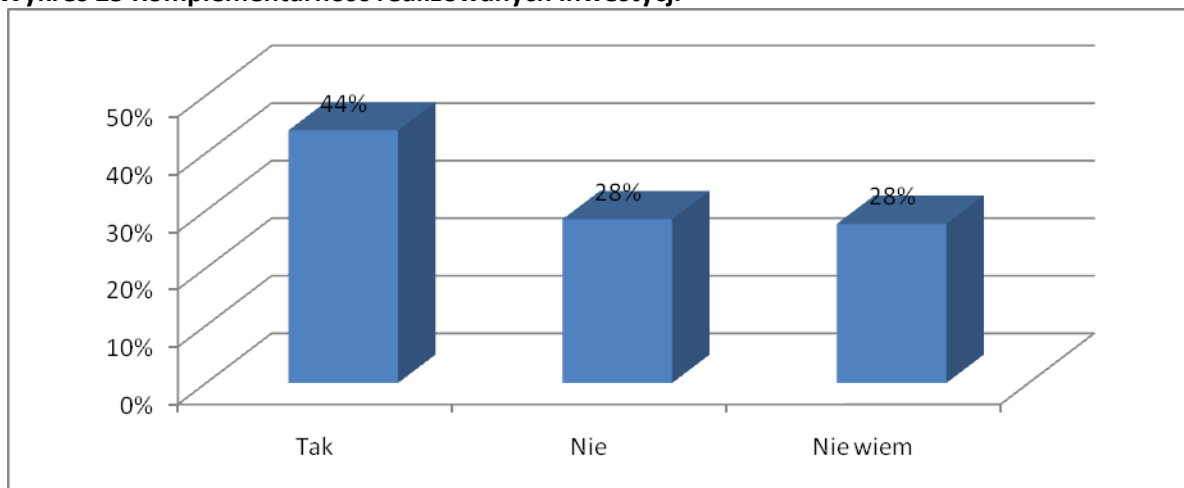
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI , Szpital kliniczny N=7, Szpital wojewódzki N=27, Szpital powiatowy N=53, Szpital miejski N=3, Jednostka badawczo rozwojowa N=2, Pogotowie ratunkowe N=9, Inne N=10

Czy ewentualne dodatkowe inwestycje były komplementarne z inwestycjami finansowanymi ze środków Priorytetu XII PO IiŚ? Czy na etapie planowania inwestycji brano pod uwagę potencjalną komplementarność inwestycji finansowanych z różnych źródeł ze sobą? Czy w przypadku inwestycji komplementarnych uzyskano efekt synergii tych inwestycji?

W przypadku realizowania wielu projektów inwestycyjnych przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ komplementarność rozumiana jest jako wzajemne uzupełnianie się realizowanych inwestycji. Komplementarność nie jest warunkiem skuteczności czy efektywności realizowanych projektów, ponieważ potrzeby inwestycyjne mogą dotyczyć wielu dziedzin działalności jednostek ochrony zdrowia, nie zawsze ze sobą związanych. Natomiast często komplementarność inwestycji świadczy o kompleksowym i planowym zarządzaniu jednostką ochrony zdrowia nakierowanym na osiągnięcie określonych celów, wykorzystując przy tym możliwości pozyskania środków finansowych na realizację złożonych inwestycji z różnych źródeł.

W ocenie komplementarności realizowanych inwestycji, finansowanych z różnych źródeł, beneficjenci inwestycji byli mocno podzieleni. Mniejszość (44%) twierdzi, że inwestycje miały charakter komplementarny, natomiast 56% wyraziło opinię, że inwestycje nie były komplementarne lub nie było świadome komplementarności inwestycji.

Wykres 25 Komplementarność realizowanych inwestycji



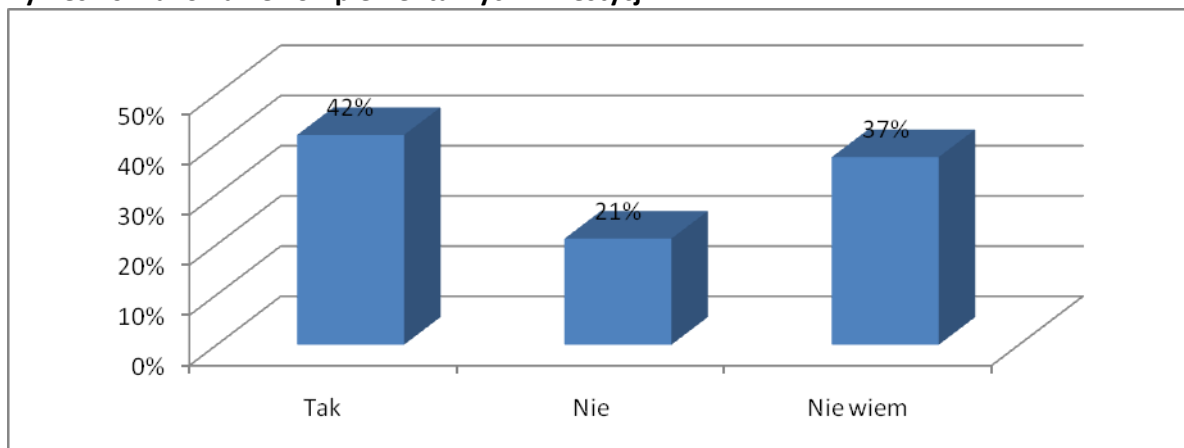
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=122

Na podstawie opinii respondentów badania ankietowego można wskazać kilka rodzajów komplementarności inwestycji:

- prowadzone w jednostce inwestycje finansowane z różnych źródeł są elementem podnoszenia standardów i dostosowywania jednostki do przepisów wydanych przez Ministra Zdrowia,
- prowadzone inwestycje mają na celu zwiększenie efektywności pracy jednostki medycznej, np. zmniejszenie czasu przejazdu pacjentów z oddziału na oddział, wprowadzenie systemu informatycznego,
- przy tworzeniu nowych oddziałów (szczególnie SOR) baza sprzętowa finansowana jest z różnych projektów.

Komplementarność rozumiana jest również w kategoriach ogólnych jako prowadzenie działań służących podniesieniu bezpieczeństwa pacjenta oraz zwiększeniu dostępności usług medycznych. Jednocześnie 43% respondentów twierdzi, że komplementarność inwestycji była efektem zamierzonym, brany pod uwagę już na etapie planowania poszczególnych rodzajów inwestycji.

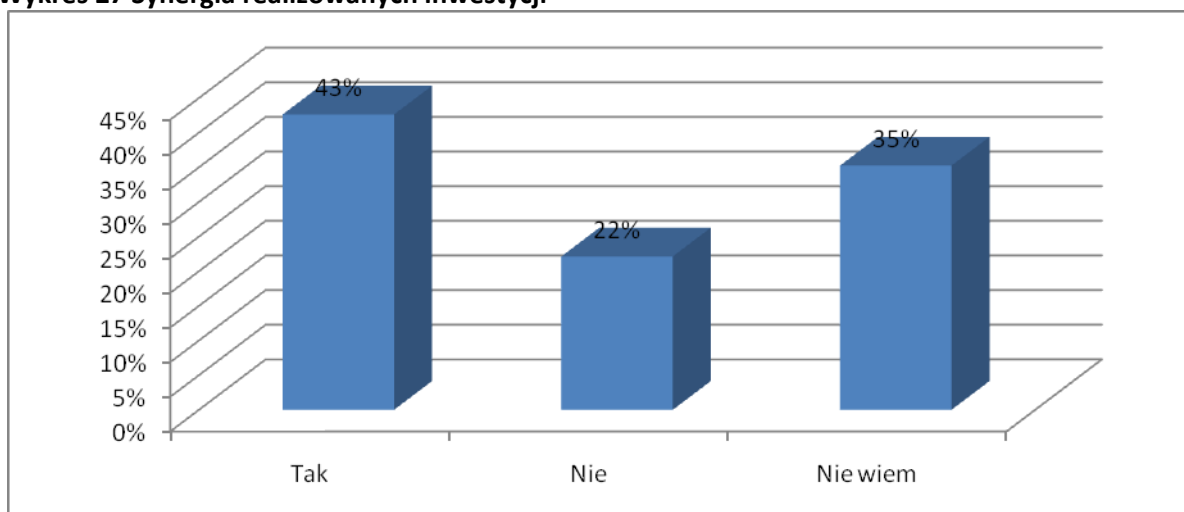
Wykres 26 Planowanie komplementarnych inwestycji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=122

Podobny udział respondentów twierdzi, że w wyniku realizowanych inwestycji osiągnięty został efekt synergii, czyli że zrealizowanie inwestycji w tym samym czasie było bardziej skuteczne niż realizowanie każdej z inwestycji oddzielnie i pozwoliło na uzyskanie efektów dodatkowych.

Wykres 27 Synergia realizowanych inwestycji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=122

W istocie, zebrane studia przypadków pokazują, że modernizacja jednego z elementów funkcjonowania szpitala często prowadzi do rozbudowy pozostałej infrastruktury. Najlepszym przykładem powiązanych inwestycji są szpitalne oddziały ratunkowe i lądowiska dla śmigłowców sanitarnych³⁴. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które chcą być włączone do sieci Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego zmuszone są do inwestycji i przekształcenia Izb Przyjęć, zgodnie z wymogami ustanowionymi w ustawie i rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Inwestycja w SOR wymaga nie tylko przebudowy istniejącej infrastruktury, ale też inwestycji w blok operacyjny, zakupu nowej aparatury medycznej, wreszcie inwestycji transportowych, a więc zarówno inwestycji w ambulanse, drogi dojazdowe jak i w lądowisko. Także efektywne przeprowadzenie inwestycji w

³⁴ Na podstawie studiów przypadków zrealizowanych w ZOZ w Jędrzejowie, Puszczykowie i Wrocławiu.

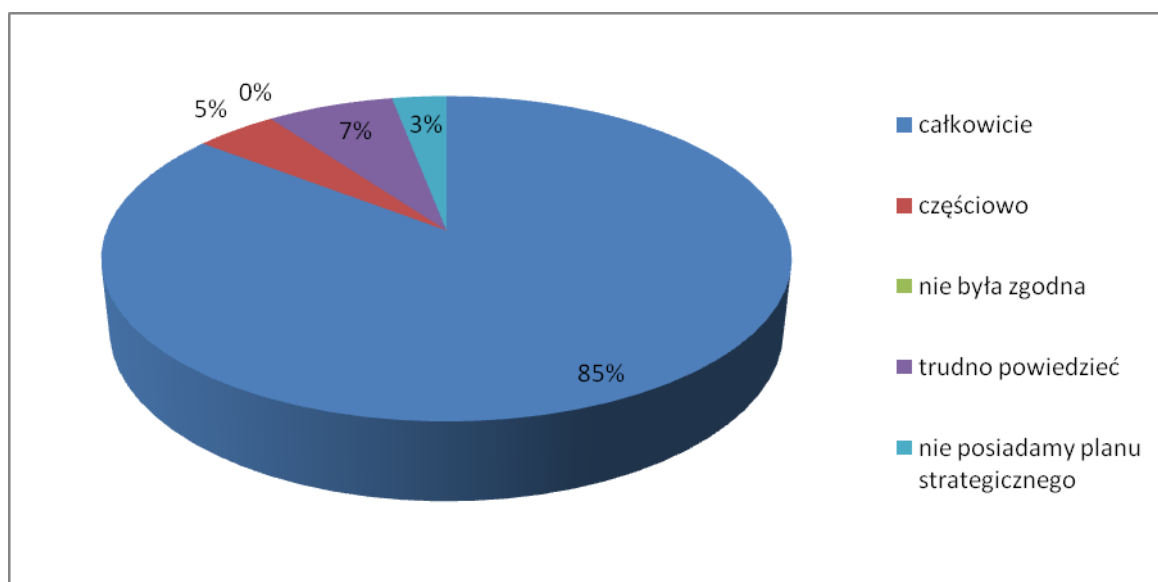
jednym obszarze, szczególnie w obszarze ratownictwa medycznego, wymaga modernizacji i doposażenia w wielu sferach działalności jednostki medycznej: jeśli dział w szpitalu Oddział Ratunkowy, musi mieć zapewniony szybki transport do szpitala, musi działać również zakład diagnostyki obrazowej, oddział anestezjologii i intensywnej terapii.

Ponad połowa beneficjentów, którzy realizowali/realizują inwestycje infrastrukturalne finansowane z różnych źródeł przeprowadza duże (co pokazuje skala zaangażowanych środków finansowych) inwestycje bez wspólnego planu i nie szukając wzajemnego powiązania między tymi inwestycjami. Jest to postępowaniem potencjalnie ryzykownym, ale nie musi przynieść strat rzeczywistych.

Czy inwestycje infrastrukturalne zrealizowane ze środków Priorytetu XII PO liŚ były ujęte/ są zgodne z planem strategicznym beneficjenta?

Zgodnie z wynikami badań ankietowych 90% inwestycji finansowanych ze środków Priorytetu XII PO liŚ było zgodnych całościowo lub częściowo z planem strategicznym beneficjentów.

Wykres 28 Zgodność inwestycji z planem strategicznym beneficjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=200

Warto jednak dodać, że jak pokazują studia przypadków, plany strategiczne nie zawsze mają charakter sformalizowanych i rozbudowanych dokumentów. Często jedynie misja bądź cele działania zakładu opieki zdrowotnej są wyrażone w stosunku do efektywności i skuteczności leczenia (np. leczenie na najwyższym poziomie, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, profesjonalne reagowanie na potrzeby pacjentów) lub w odniesieniu do działalności jednostki (np. uzyskanie miana najlepszej jednostki opieki zdrowotnej w rejonie) - np. Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie. Przy tak szeroko sformułowanych celach i bez sformalizowanego planu działania (biznesplanu) łatwiej uzasadnić dany rodzaj inwestycji.

Zdarza się również, że najważniejszymi dokumentami strategicznym w jednostce są roczne plany zapotrzebowania przygotowywane zgodnie z procedurami ISO wdrożonymi w placówce (np. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach).

3.3 Identyfikacja łącznej liczby zakupionych w ramach projektów ambulansów, sprzętu medycznego, wybudowanych/przebudowanych/ rozbudowanych/wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, w zależności od przedmiotu i celu projektów oraz informacja dodatkowa dotycząca średniego wieku sprzętu

Analizy ilościowe zakupionego w ramach projektów sprzętu i remontów obiektów infrastruktury ochrony zdrowia oparte są na danych pochodzących z podpisanych z beneficjentami umów o dofinansowanie, w tym w szczególności harmonogramów rzeczowo-finansowych stanowiących załączniki do umów. Zestawienia nie uwzględniają faktycznie dokonanych transakcji. Wynika to z faktu, że projekty są w trakcie realizacji i nie sposób na tym etapie prac ocenić, w jakim stopniu cele projektów zostaną ostatecznie osiągnięte.

Jakie są rzeczowe efekty realizacji projektów współfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ? Jaka jest łączna liczba zakupionych w ramach projektów ambulansów, sprzętu medycznego (z uwzględnieniem podziału na rodzaj zakupionej aparatury), wybudowanych / przebudowanych / rozbudowanych / wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia etc?

Rzeczowe efekty realizacji projektów współfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ w ochronie zdrowia obejmują sprzęt jaki został lub zostanie w ramach tych projektów zakupiony, w tym ambulanse, aparaturę medyczną w podziale na jej rodzaje oraz inwestycje w lądowiska i infrastrukturę budowlaną. Efekty realizacji projektów przedstawione są w kolejnych akapitach i podrozdziałach w przekroju liczby projektów, jednostek realizujących projekty oraz podziałach terytorialnych.

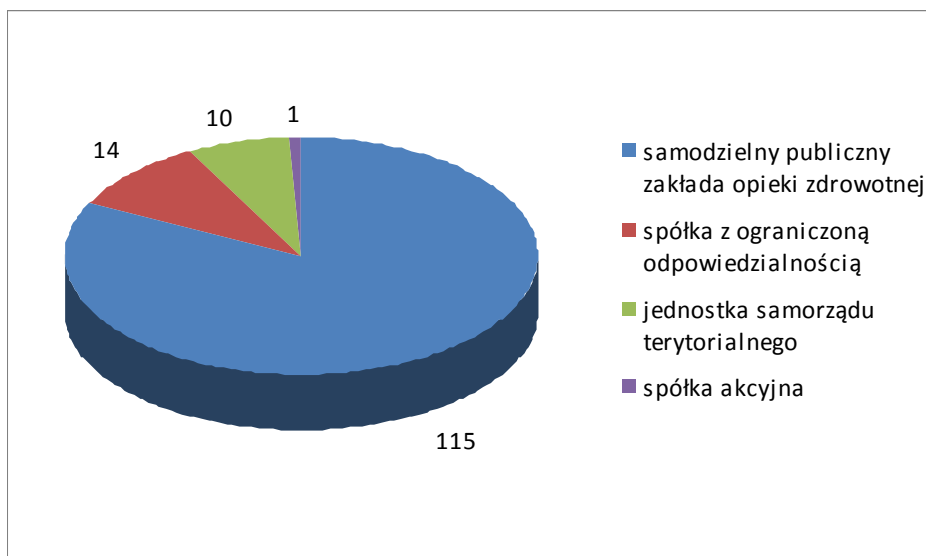
Ambulanse

Przeprowadzona analiza dokumentacji projektowej, wykazuje, że w obrębie konkursu nr 1/2008 podpisano **140 umów**³⁵, łącznie na zakup **346 ambulansów**.

W większości (82%) projekty, których przedmiotem był/jest zakup ambulansów realizowane były/są przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, następnie przez spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (10%) i jednostki samorządowe (7%).

³⁵ Zgodnie z informacją uzyskaną w CSIOZ w latach 2010-2011 zostało rozwiązanych 6 umów o dofinansowanie projektów dotyczących zakupu specjalistycznych środków sanitarnych

Wykres 29 Rozkład umów na ambulanse w przekroju realizatorów projektów



Źródła: obliczenia własne na podstawie analizy desk research, N=140

Podpisane w ramach konkursu nr 01/2008 umowy o dofinansowanie na zakup ambulansów dotyczyły głównie nabycia kilku ambulansów: 45% wszystkich projektów stanowią projekty zakupu 1 szt. ambulansu, 27% - 2 szt. i 15% - 3 szt. Zaledwie 5 beneficjentów (4%) zawarło umowę o dofinansowanie na nabycie więcej niż 10 szt. ambulansów. Koszt zakupu ambulansu, w ramach konkursu nr 01/2008, mieści się w przedziale od 211 308,97 zł do 555 942,83 zł.

Liczbę zawartych umów o dofinansowanie oraz liczbę zakupionych ambulansów z podziałem na poszczególne województwa przedstawia poniższa tabela.

Tabela 9 Liczba zawartych umów o dofinansowanie oraz liczba zakupionych ambulansów w ramach konkursu nr 1/2008 z podziałem na poszczególne województwa wg miejsca lokalizacji projektu (świadczonych usług)

Lp.	Województwo	Liczba zawartych umów o dofinansowanie	Liczba zakupionych ambulansów
1.	Dolnośląskie	7	31
2.	Kujawsko-pomorskie	14	26
3.	Lubelskie	9	33
4.	Lubuskie	5	8
5.	Łódzkie	10	18
6.	Małopolskie	10	19
7.	Mazowieckie	7	28
8.	Opolskie	6	15
9.	Podkarpackie	7	10
10.	Podlaskie	3	11
11.	Pomorskie	13	24
12.	Śląskie	12	43
13.	Świętokrzyskie	4	18
14.	Warmińsko-mazurskie	10	13
15.	Wielkopolskie	20	34
16.	Zachodnio-pomorskie	3	15
RAZEM		140	346

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy umów o dofinansowanie w ramach konkursu nr 01/2008 (Działanie 12.1)

Obiekty infrastruktury oraz sprzęt medyczny

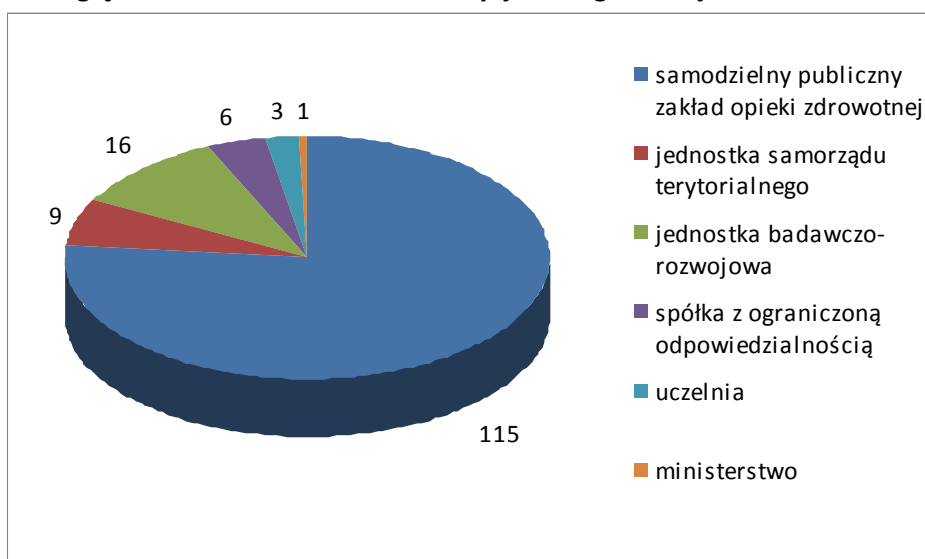
Analiza wniosków o dofinansowanie wraz z załącznikami objęła 150 projektów³⁶, realizowanych w ramach Priorytetu XII PO liŚ, w tym 131 projektów konkursowych wyłonionych w ramach konkursów 2/2008 oraz 3/2008, a także 19 projektów indywidualnych. W ramach Działania 12.1 PO liŚ 94 projekty, natomiast 55 w ramach Działania 12.2 PO liŚ. Analizą objęto 98 projektów zakończonych³⁷ i 52 projekty będące w trakcie realizacji.

Wśród realizatorów projektów (niezależnie od trybu wyboru projektów) dominowały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (115), a następnie w znacznie mniejszej liczbie: jednostki badawczo-rozwojowe (16), jednostki samorządu terytorialnego (9), spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (6), uczelnie (3) oraz ministerstwo (1). Należy mieć jednak na uwadze, że beneficjenci realizowali kilka projektów jednocześnie.

³⁶ Analiza dokonana na podstawie bazy przekazanej przez Zamawiającego (stan na dzień 27.09.2011)

³⁷ Stan na dzień 30.11.2011 r.

Wykres 30 Rozkład umów na obiekty infrastruktury i sprzęt medyczny w przekroju realizatorów projektów, z uwzględnieniem realizowania inwestycji różnego rodzaju



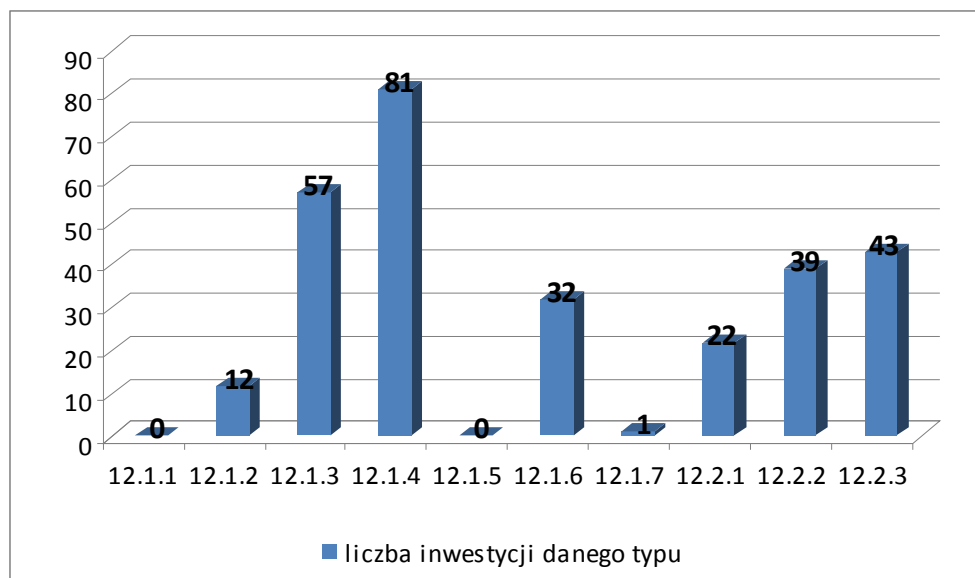
Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=150

Wśród projektów indywidualnych podział przedstawia się następująco:

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – 11 projektów,
- jednostki badawczo-rozwojowe – 5,
- oraz pojedynczo: jednostka samorządu terytorialnego, uczelnia i ministerstwo.

Analizowane projekty obejmują inwestycje w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, w tym m.in.: przebudowę, rozbudowę i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego, zakup sprzętu, aparatury oraz wyrobów medycznych. Typy inwestycji wpisujące się w zakres analizowanych projektów przedstawia poniższy wykres. Należy mieć na uwadze, że dane liczbowe przedstawione na wykresie nie sumują się ze względu na kompleksowość projektów (zakres rzeczowy nierzadko obejmował kilka typów inwestycji w ramach jednego projektu). Typy inwestycji: zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (tj. ambulansów) oraz budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, nie występowały w ramach analizowanych projektów.

Wykres 31 Typy inwestycji^{38 39}



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=150⁴⁰

Dominującym typem inwestycji, spośród 95 projektów dofinansowanych w ramach **Działania 12.1 PO liś**, był zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii oraz przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego. Znaczna większość inwestycji w szpitalne oddziały ratunkowe dotyczyła przebudowy (29) i rozbudowy SOR (20), a w mniejszym stopniu remontu oddziału (9). W ramach tych projektów zrealizowano również 32⁴¹ inwestycje dotyczące lądowisk dla śmigłowców sanitarnych (zob. też analiza lądowisk/baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego).

³⁸ Działanie 12.1:

12.1.1. Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (tj. ambulansów)

12.1.2. Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych.

12.1.3. Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego

12.1.4. Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii

12.1.5. Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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

12.1.7. Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Działanie 12.2:

12.2.1. Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

12.2.2. Zakup aparatury obrazowej

12.2.3. Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii

³⁹ Wartości oznaczają liczbę inwestycji danego typu

⁴⁰ Dane nie sumują się, ponieważ w ramach konkursu 2/2008 i 3/2008 beneficjenci mogli uzyskać dofinansowanie na kilka typów inwestycji. Nie dotyczy typów inwestycji 12.1.2 i 12.1.7 przewidzianych dla beneficjentów projektów indywidualnych.

⁴¹ Budowa lądowiska w ramach projektu indywidualnego Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" pt. *Rozbudowa i Przebudowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” (Blok Operacyjny, OIT I, OIT II i OIT III) oraz budowa lądowiska dla śmigłowców* jest realizowany w ramach Działania 12.2 PO liś i wpisuje się w typ inwestycji 12.2.1 Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Należy mieć na uwadze, że większość projektów obejmowało kilka typów inwestycji. Przedsięwzięcie dotyczące *stricte* budowy, przebudowy, rozbudowy lub remontu obiektów infrastruktury ochrony zdrowia lub *stricte* doposażenia placówki w sprzęt diagnostyczny lub terapeutyczny stanowiły odpowiednio 2 i 33 projekty. Ponadto w ramach Działania 12.1 zostanie utworzonych, rozbudowanych lub doposażonych 12 centrów urazowych, realizowanych w ramach projektów indywidualnych.

W ramach 55 projektów, dofinansowanych w ramach Działania 12.2 PO liŚ, najczęściej występującym typem inwestycji były inwestycje w sprzęt lub aparaturę medyczną: zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki (w tym szczególnie zakup aparatury obrazowej) oraz terapii. W przypadku inwestycji w obiekty ochrony zdrowia, beneficjenci dokonywali głównie przebudowy obiektów, a w mniejszym stopniu rozbudowy czy remontu. Inwestycje wiązały się z przebudową oddziałów i klinik bądź rozbudowy obiektów na rzecz powstania nowego oddziału. Należy mieć na uwadze, że większość projektów obejmowało kilka typów inwestycji. W ramach Działania 12.2 przedsięwzięcia dotyczące *stricte* przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym nie były realizowane, natomiast projekty dotyczące *stricte* zakupu sprzętu /aparatury medycznej stanowiły ponad 20 projektów.

łącznie, w ramach Działania 12.1 i 12.2 zrealizowano 83 inwestycje dotyczące przebudowanych/rozbudowanych/wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, obejmujących SOR i inne obiekty ZOZ.

W ramach Działania 12.1 PO liŚ i 12.2 PO liŚ zostało zakupionych łącznie 13 170⁴² sztuk sprzętu i aparatury medycznej oraz innych wyrobów medycznych w ramach 146 projektów (w tym 12 projektów indywidualnych dotyczących utworzenia i wyposażenia centrów urazowych). Projekty, których przedmiotem był tylko zakup sprzętu/aparatury medycznej lub wyrobów medycznych stanowiły liczbę 49. Ze względu na dużą ilość poszczególnych rodzajów sprzętów Wykonawca dokonał podziału sprzętu i aparatury i innych wyrobów medycznych na 15 kategorii⁴³ wynikających z ich rodzaju/przeznaczenia.

⁴² Ilość zgodnie z deklaracjami beneficjentów ujętymi we wnioskach o dofinansowanie

⁴³ Analiza nie obejmowała m.in. wyposażenia medycznego typu szafy, regały, kosze itp. oraz wyposażenia biurowego

Tabela 10 Struktura sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych

Oznaczenie kategorii	Kategoria sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych	Ilość sztuk sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych	%	Przykładowe rodzaje sprzętu/aparatury medycznej oraz innych wyrobów medycznych
A	Chirurgiczna	919	7,0%	narzędzia chirurgiczne, stoły operacyjne, wiertarki chirurgiczne, lampy operacyjne, diatermia chirurgiczna, kolumny chirurgiczne
B	Diagnostyka obrazowa	330	2,5%	aparaty USG różnego typu, aparaty RTG różnego typu, tomografy komputerowe, angiografy, ultrasonografy, mammografy, aparatura do medycyny nuklearnej
C	Wyposażenie pomocnicze	1674	12,7%	negatoskopy, lampy zabiegowe, materace przeciwośluzowe, szyny ortopedyczne, alkosensory, strzykawki, butle tlenowe, maski twarzowe
D	Anestezjologiczna (ratująca lub podtrzymująca procesy życiowe)	1583	12,0%	respiratory, defibrylatory, aparaty do znieczulenia, aparatyambu, zestawy intubacyjne, zestawy resuscytacyjne
E	Rehabilitacyjna	403	3,1%	ergometry ruchowe, aparaty do fizykoterapii, stoły rehabilitacyjne
F	Monitorująca	1332	10,1%	kardiomonitor, pulsoksymetry, monitory parametrów życiowych, kardiografy, glukometry
G	Terapeutyczna	3151	23,9%	pompy infuzyjne, pompy strzykawkowe, zestawy do szybkiego przetaczania płynów, inhalatory, komory hiperbaryczne
H	Laboratoryjna	141	1,1%	analizatory różnego typu, sprzęt laboratoryjny
I	Diagnostyczna – inna	572	4,3%	laryngoskopy, aparaty EKG, otoskopy, bronchofiberoskopy, gastrofiberoskopy
J	Łóżka, wyposażenie zabiegowe i wózki	1870	14,2%	łożka, fotele zabiegowe, wózki, stoliki zabiegowe
K	Wyposażenie sanitarne	257	2,0%	myjnie, sterylizatory, dezynfekторы, lampy bakteriobójcze
L	Urządzenia do odsysania	529	4,0%	ssaki różnego typu, zestawy do odsysania, zestawy do drenażu
M	Sprzęt do ogrzewania	304	2,3%	aparaty do podgrzewania, podgrzewacze, zestawy do

				ogrzewania pacjentów
N	Sprzęt do łączności i wyposażenie informatyczne	73	0,6%	skanery laserowe, procesory, monitory do przeglądania zdjęć, systemy informatyczne
O	Wyposażenie gipsowni	32	0,2%	stoły do przygotowania opatrunku gipsowego, piły/noże do gipsu, zestawy narzędzi do gipsowania
Razem		13 170	100%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=13 170

Beneficjenci PO IiŚ dokonywali głównie zakupu sprzętu terapeutycznego (23,9%), a w następnej kolejności: łóżka, wyposażenie zabiegowe i wózki (14,2%), wyposażenie pomocnicze (12,7%), oraz sprzęt anestezyjologiczny (12,0%). Najmniej zakupionych sprzętów przypada na kategorie: sprzęt do łączności i wyposażenie informatyczne (0,6%) i wyposażenie gipsowni (0,2%).

Tabela 11 Struktura sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych według województw⁴⁴

Województwo	Koszty kwalifikowane	Koszty niekwalifikowane	ilość sztuk zakupionego sprzętu
dolnośląskie	39 634 047,94	5 995 333,71	698
kujawsko-pomorskie	38 785 144,74	3 238 895,12	1210
lubelskie	56 717 077,54	427 660,03	926
lubuskie	4 802 730,02	4 985 073,72	193
łódzkie	56 462 146,13	0,00	1026
małopolskie	48 781 874,84	7 066 598,40	1873
mazowieckie	127 608 115,84	5 384 855,54	2239
opolskie	10 419 198,93	690 699,73	170
podkarpackie	4 874 324,91	0,00	150
podlaskie	40 846 743,46	117 642,81	915
pomorskie	30 962 019,69	612 138,50	639
śląskie	59 257 013,43	6 699 512,05	948
świętokrzyskie	7 293 119,10	0,00	46
warmińsko-mazurskie	15 516 718,36	0,00	338
wielkopolskie	32 426 717,16	1 336 639,26	1407
zachodniopomorskie	34 227 111,16	480 382,13	392
RAZEM	608 614 103,25	37 035 431,00	13 170

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research

Poniższa tabela przedstawia liczbę sprzętu aparatury i innych wyrobów medycznych według danej kategorii i w podziale na województwa.

⁴⁴ Informacje o wartościach uzyskane na podstawie harmonogramów rzeczowo-finansowych nie stanowią w większości przypadków wartości umów o dofinansowanie

Tabela 12 Liczba sprzętu/aparatury i innych wyrobów medycznych w podziale na kategorie i województwa.

		WOJEWÓDZTWA															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Kategoria	Sprzęt	dolnośląskie	Kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie
A	919	58	59	72	11	49	62	109	4	4	248	40	86	6	22	50	39
B	330	23	18	40	10	20	26	57	11	4	23	18	25	5	12	23	15
C	1674	115	205	118	11	155	319	211	8	29	66	129	93	0	76	88	51
D	1583	109	126	146	29	156	184	176	15	18	91	70	130	13	31	207	82
E	403	1	59	0	0	15	5	166	36	0	0	0	0	0	17	104	0
F	1332	69	94	94	30	165	212	226	12	19	72	46	66	4	57	131	35
G	3151	114	337	100	15	165	567	672	21	10	177	160	282	2	23	467	39
H	141	11	3	13	1	5	22	43	2	3	6	5	11	0	2	10	4
i	572	46	56	68	17	54	65	83	8	11	41	14	31	1	12	59	6
J	1870	81	188	154	44	102	249	369	36	34	109	104	111	9	54	125	101
K	257	16	10	40	0	24	17	51	2	0	5	23	35	0	0	33	1
L	529	21	30	45	14	74	89	30	10	6	43	17	39	6	16	76	13
M	304	23	20	19	10	36	47	15	3	8	32	13	36	0	8	28	6
N	73	2	3	13	1	6	4	30	2	0	2	0	1	0	8	1	0
O	32	9	2	4	0	0	5	1	0	4	0	0	2	0	0	5	0
Razem		698	1210	926	193	1026	1873	2239	170	150	915	639	948	46	338	1407	392
		13170															

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=13 170

Lądowiska/bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

Inwestycje w budowę i remont lądowisk były/są realizowane na podstawie umów podpisanych w konkursie nr 2/2008, konkursie nr 1/2010 oraz w ramach następujących projektów indywidualnych:

a. Działanie 12.1

- Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu - adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców; Miasto Poznań
- Centrum Urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
- Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu; Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu

b. Działanie 12.2

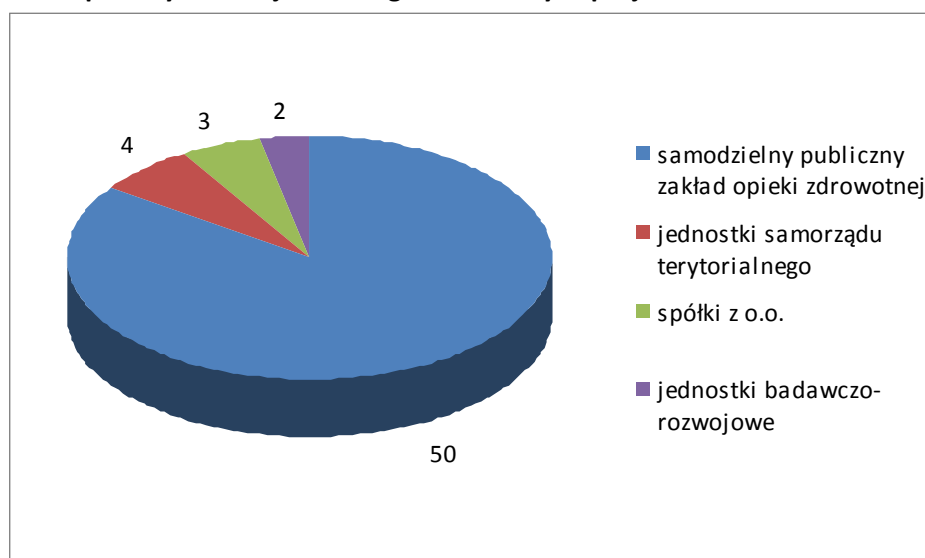
- Rozbudowa i Przebudowa Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” (Blok Operacyjny, OIT I, OIT II i OIT III) oraz budowa lądowiska dla śmigłowców - Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

łącznie, analizie poddano **59 projektów**⁴⁵ dotyczących inwestycji w lądowiska dla śmigłowców, z czego: 55 to projekty konkursowe, a 4 to projekty indywidualne. Zgodnie z informacją zawartą w harmonogramach, na dzień 30 listopada 2011 r. 35 projektów zostało zrealizowanych, a 24 to projekty w trakcie realizacji.

Należy mieć na uwadze, że 32 projekty (w tym 4 indywidualne) stanowiły projekty kompleksowe obejmujące, poza inwestycjami w lądowiska, również innego rodzaju inwestycje np. przebudowę, rozbudowę i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego czy zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii i/lub zakup aparatury obrazowej.

Wśród projektów (niezależnie od trybu ich wyboru) dominowały głównie projekty realizowane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (50), a następnie w znacznie mniejszej liczbie: jednostki samorządu terytorialnego (4), spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (3) oraz jednostki badawczo-rozwojowe (2). Należy mieć na uwadze, że część beneficjentów realizowała kilka projektów jednocześnie.

Wykres 32 Status prawny beneficjentów wg realizowanych projektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=59

Wśród projektów indywidualnych podział przedstawiał się następująco: 2 projekty realizowane były/są przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 1 przez jednostkę samorządu terytorialnego i 1 przez jednostkę badawczo-rozwojową.

Analizą objęto również projekt realizowany w trybie indywidualnym pn. *Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – Etap 1*, którego beneficjentem jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Zakres rzeczowy projektu obejmuje 7 inwestycji:

- budowa bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Suwałkach
- budowa bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Łodzi

⁴⁵ Wartość obejmuje, obok projektów dotyczących *stricte* lądowisk, także projekty kompleksowe, w ramach których, obok inwestycji w obiekty infrastruktury zdrowia i/lub zakupu sprzętu, dokonano również inwestycji dotyczące lądowisk.

- remont bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Sanoku
- budowa bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu
- budowa Stacji Obsługi Technicznej w Szczecinie
- budowa bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Zielonej Górze
- remont bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku

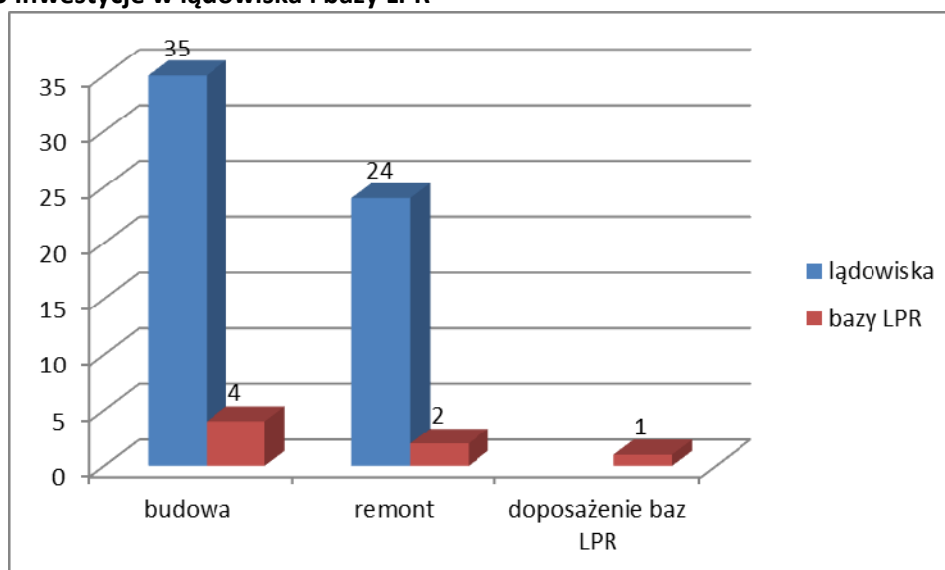
Zgodnie z zapisami Szczegółowego Opisu Priorytetów PO IiŚ inwestycje dotyczące lądowisk obejmują ich budowę i remont. W przypadku baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, poza budową i remontem, również doposażenie.

Dokonując analizy inwestycji w lądowiska zespół badawczy przyjął zapisy SzOP POLiŚ i zgodnie z tym inwestycje obejmują:

- budowę lądowiska – budowa nowego obiektu lądowiska
- remont lądowiska – przebudowa/modernizacja/rozbudowa/doświetlenie lądowiska oraz budowa drogi do lądowiska

łącznie, w ramach **59 projektów**⁴⁶, zrealizowano **59 inwestycji** dotyczących lądowisk, z czego budowa lądowisk, stanowi liczbę 35. Bazy LPR (etap 1) obejmują 7 inwestycji (1 projekt).

Wykres 33 Inwestycje w lądowiska i bazy LPR

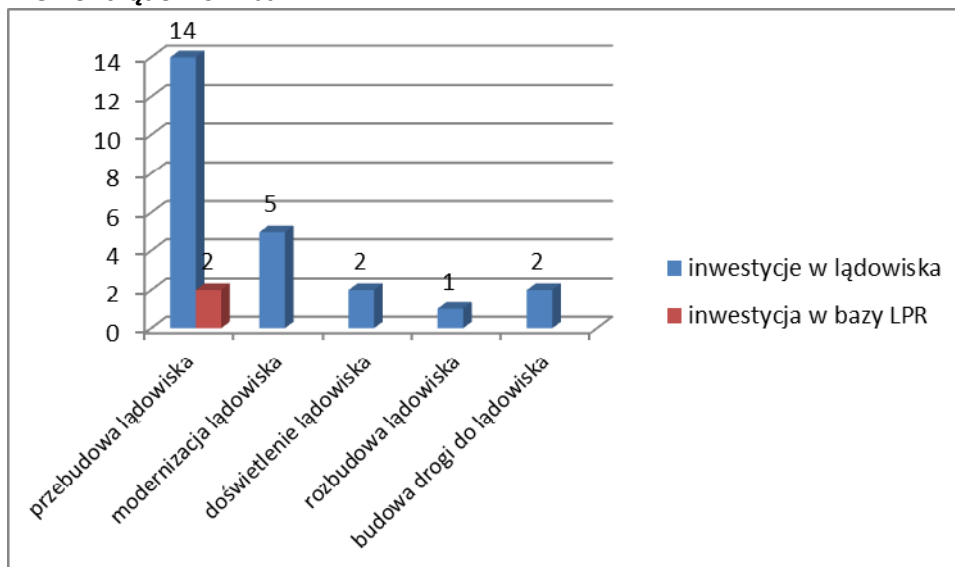


Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=66

Uściślając kategorię „remont lądowisk i baz LPR” podział inwestycji przedstawia się następująco:

⁴⁶ Wartość obejmuje, obok projektów dotyczących *stricte* lądowisk, także projekty kompleksowe, w ramach których, obok inwestycji w obiekty infrastruktury zdrowia i/lub zakupu sprzętu, dokonano również inwestycji dotyczące lądowisk.

Wykres 34 Remont lądowisk i baz LPR



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=26

Należy mieć na uwadze, że nazewnictwo inwestycji w kategorii „remont lądowisk i baz LPR” ma swoje źródło w opisie projektów zawartych we wnioskach o dofinansowanie.

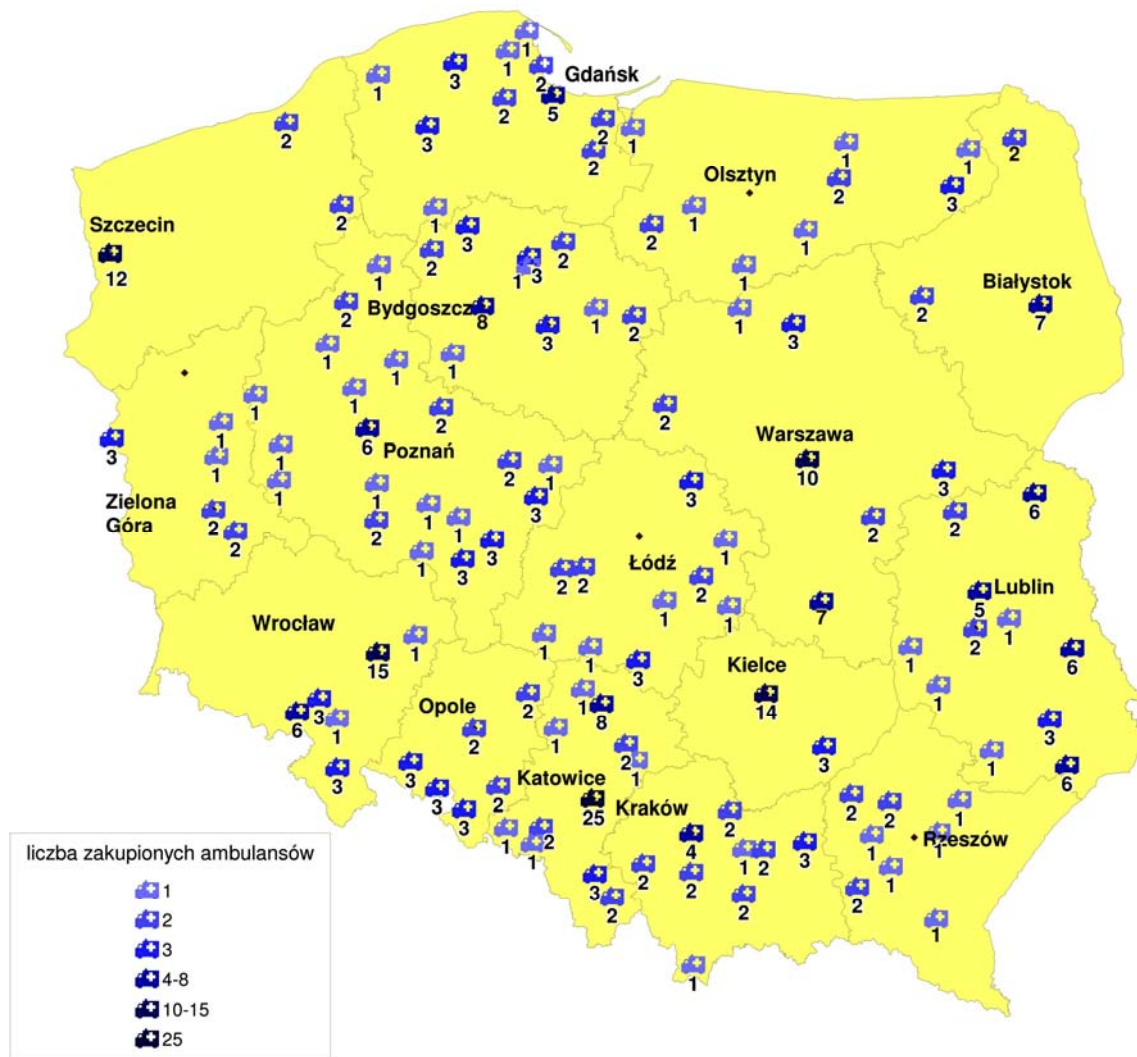
Jakie jest terytorialne rozmieszczenie zakupionego sprzętu (wg rodzaju i wartości)?

Ambulanse

Jak już zostało opisane w ramach większości projektów, których celem było wyposażenie jednostki w ambulanse, została zakupiona ich niewielka liczba: 1-3 ambulanse w ramach projektu. Tylko jednostki zlokalizowane w największych miastach: Katowicach, Warszawie, Szczecinie, Kielcach, Wrocławiu, Poznaniu, Bydgoszczy i Białymstoku kupiły więcej niż 6 ambulansów. Jednocześnie, jeśli spojrzymy na rozkład terytorialny projektów, to inwestycje były silnie rozproszone. Najmniej inwestycji było zlokalizowanych w województwie podlaskim (3 projekty, łącznie 11 ambulansów), lubuskim (5 projektów, 9 ambulansów), podkarpackim (8 projektów, 11 ambulansów) i warmińsko-mazurskim (8 projektów, 12 ambulansów). Można też wskazać rejony, w których inwestycje nie miały miejsca, są to: centralna część województwa zachodniopomorskiego, północno-zachodnia część województwa dolnośląskiego, południowa część województwa podlaskiego i północna część województwa warmińsko-mazurskiego. Natomiast najwięcej projektów zostało/jest realizowanych na południu Polski oraz w pasie centralnym w przekroju północ-południe.

Rozmieszczenie terytorialne zakupów ambulansów należy ocenić jako nierównomierne. Warto zauważyć, że województwa które zakupiły najmniej ambulansów charakteryzują się mniejszą gęstością zaludnienia niż średnia krajowa równa 122 osoby/km² (podlaskie – 59 osób/km², lubuskim – 72 osoby/km², podkarpackim- 118 osób/km², warmińsko-mazurskim – 59 osób/km²). Z jednej strony oznacza to większe odległości dojazdu ambulansu do pacjenta, z drugiej jednak mniejszą liczbę interwencji. Jeżeli wziąć pod uwagę liczbę ludności województw, to w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, najmniejsze zakupy zostały zrealizowane kolejno w województwach podkarpackim, mazowieckim, małopolskim i pomorskim.

Mapa 1 Rozmieszczenie i liczba zakupionych ambulansów



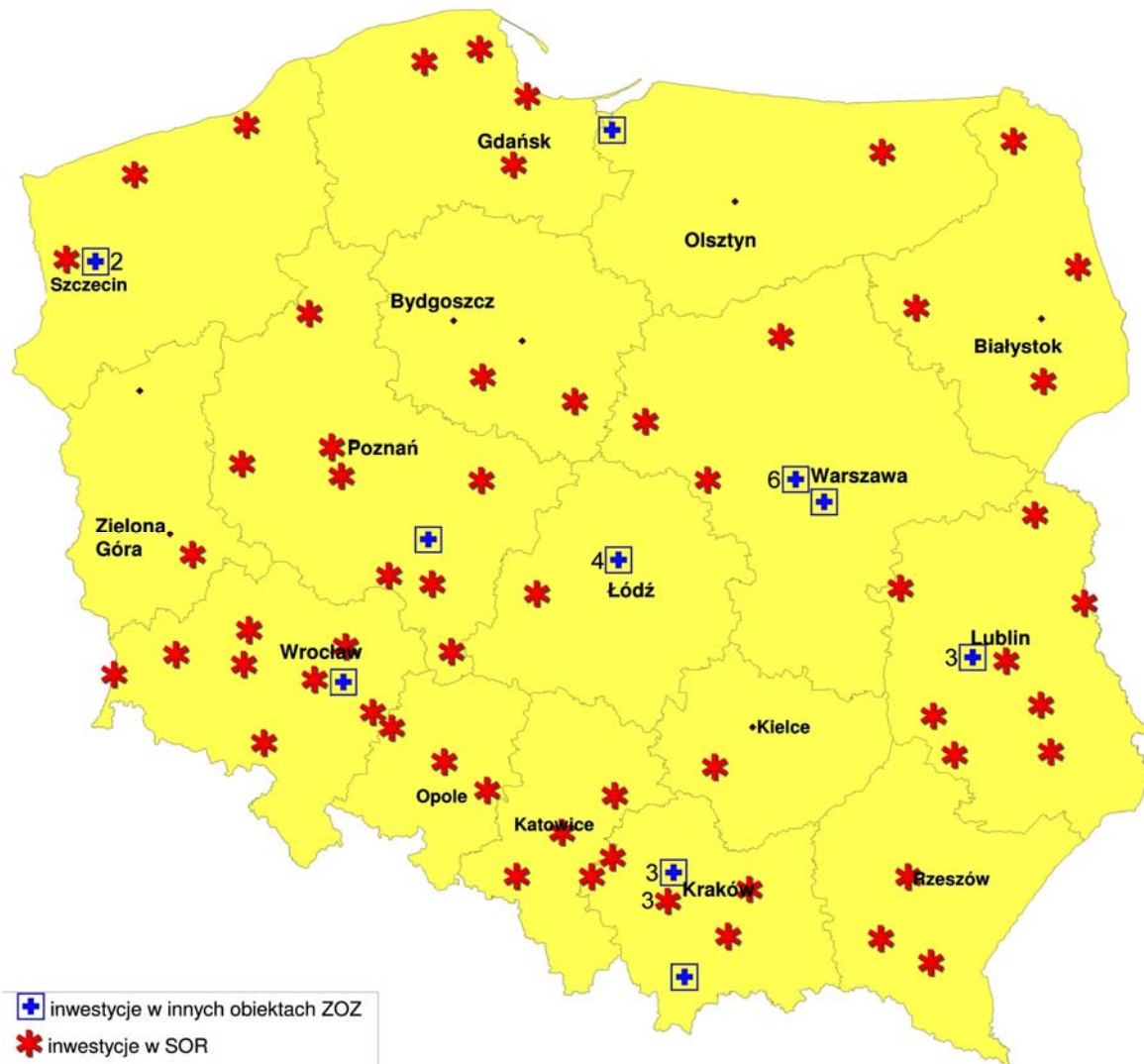
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Inwestycje w obiekty infrastruktury

Najwięcej inwestycji infrastrukturalnych w szpitalne oddziały ratunkowe oraz inne obiekty infrastruktury ZOZ miało miejsce na południu Polski: w województwie lubelskim, podkarpackim, małopolskim, śląskim, opolskim i dolnośląskim oraz w Wielkopolsce.

Nierównomierność rozmieszczenia inwestycji w SOR jest zjawiskiem niekorzystnym, mogącym rzutować – przy założeniu, że nie zostały one dostosowane i wyposażone do obowiązujących standardów z innych źródeł finansowania niż PO IiŚ – na bezpieczeństwo zdrowotne populacji.

Mapa 2 Rozmieszczenie inwestycji w obiekty infrastruktury (Szpitalne Oddziały Ratunkowe oraz inne obiekty Zakładów Opieki Zdrowotnej)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

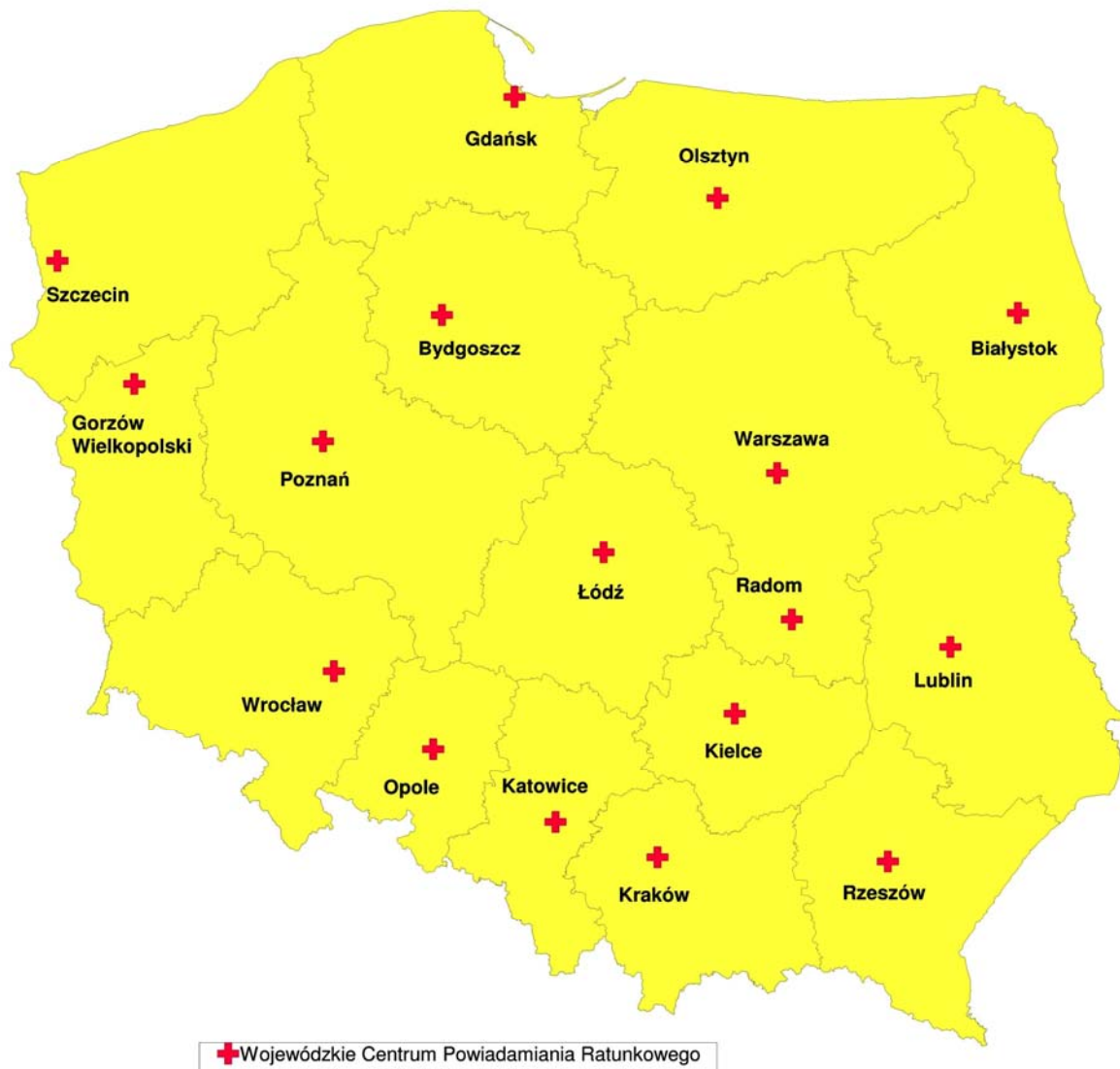
Mapa 3 Rozmieszczenie inwestycji w Centrach Urazowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Budowa, remont i wyposażenie centrów urazowych stanowiły projekty realizowane w trybie indywidualnym. Inwestycje obejmujące centra urazowe realizowane są w 13 miastach. Podpisanych zostało 12 umów o dofinansowanie. Umowa o dofinansowanie projektu pt. *Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego* nie została jeszcze podpisana.

Mapa 4 Wojewódzkie Centra Powiadamiania Ratunkowego



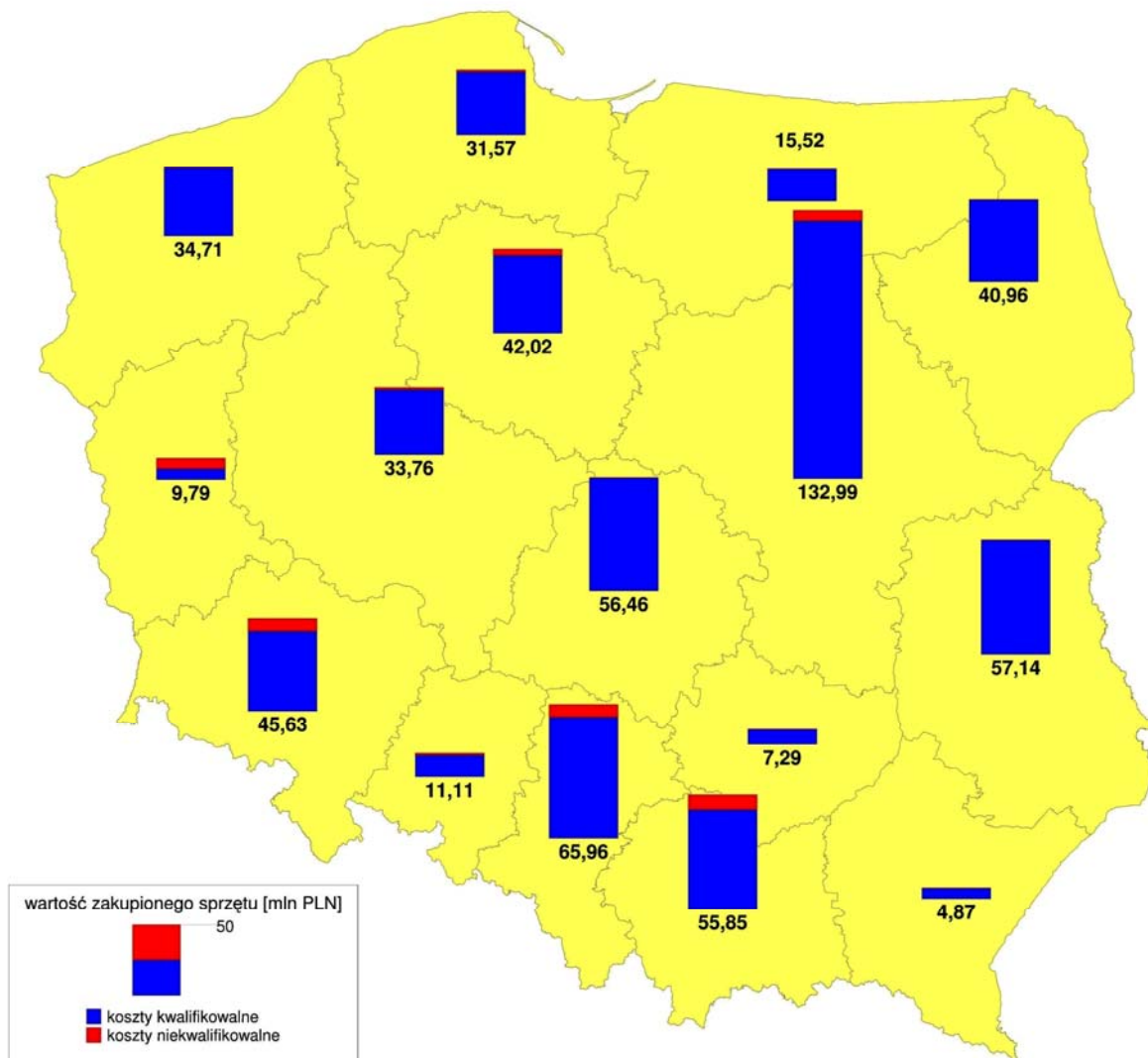
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Projekt indywidualny, w ramach którego powstają i są doposażone Wojewódzkie Centra Powiadamiania Ratunkowego, jest realizowany na terenie Polski - w 16 miastach wojewódzkich i Radomiu. W wyniku realizacji przedsięwzięcia powstanie System Informatyczny Powiadamiania Ratunkowego (ogólnokrajowa platforma służąca do obsługi zgłoszeń alarmowych) na obszarze ww. miast, który powoli na zintegrowanie służb dyżurnych powołanych do niesienia pomocy (Policja, Państwowa Straż Pożarna, Pogotowie Ratunkowe).

Sprzęt/aparatura i inne wyroby medyczne

Rozmieszczenie projektów z zakresu zakupu sprzętu i aparatury medycznej zilustrowano na poniższych mapach wraz z komentarzami.

Mapa 5 Wartość sprzętu/aparatury medycznej (pod słupkami podano wartość ogółem)

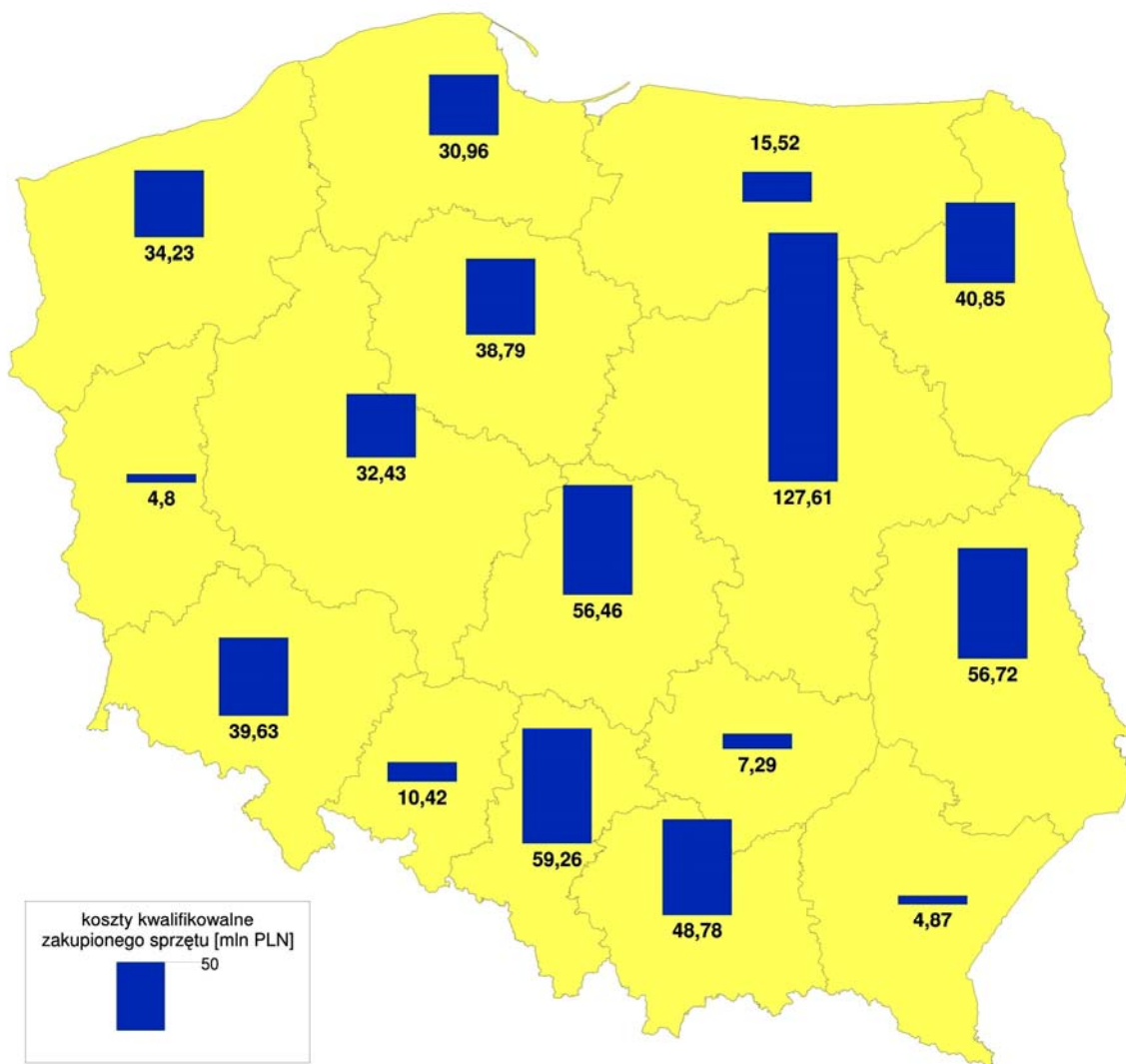


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Na mapie 5 widoczna jest wyraźna nierównomierność wydatków na sprzęt medyczny poniesionych w województwach. Największe wydatki poniesione zostały w województwie mazowieckim (132,99 mln zł). Wydatki te są blisko trzykrotnie większe niż w kolejnym województwie lubelskim (57,14 mln zł) i łódzkim (56,46 mln zł). Najmniejsze wydatki poniesione zostały w województwie podkarpackim (4,87 mln zł), a potem kolejno świętokrzyskim (7,29 mln zł) i w województwie lubuskim (9,79 mln zł). Skalę nierównomierności wydatków na zakup sprzętu medycznego najlepiej ilustruje fakt, że wydatki poniesione w województwie mazowieckim są niemalże 30 (!) razy większe niż w województwie

podkarpackim. To świadczy nie tylko o skali potrzeb, ale również o słabym przygotowaniu niektórych województw do wykorzystania środków unijnych⁴⁷.

Mapa 6 Wartość sprzętu/aparatury medycznej (koszty kwalifikowalne)

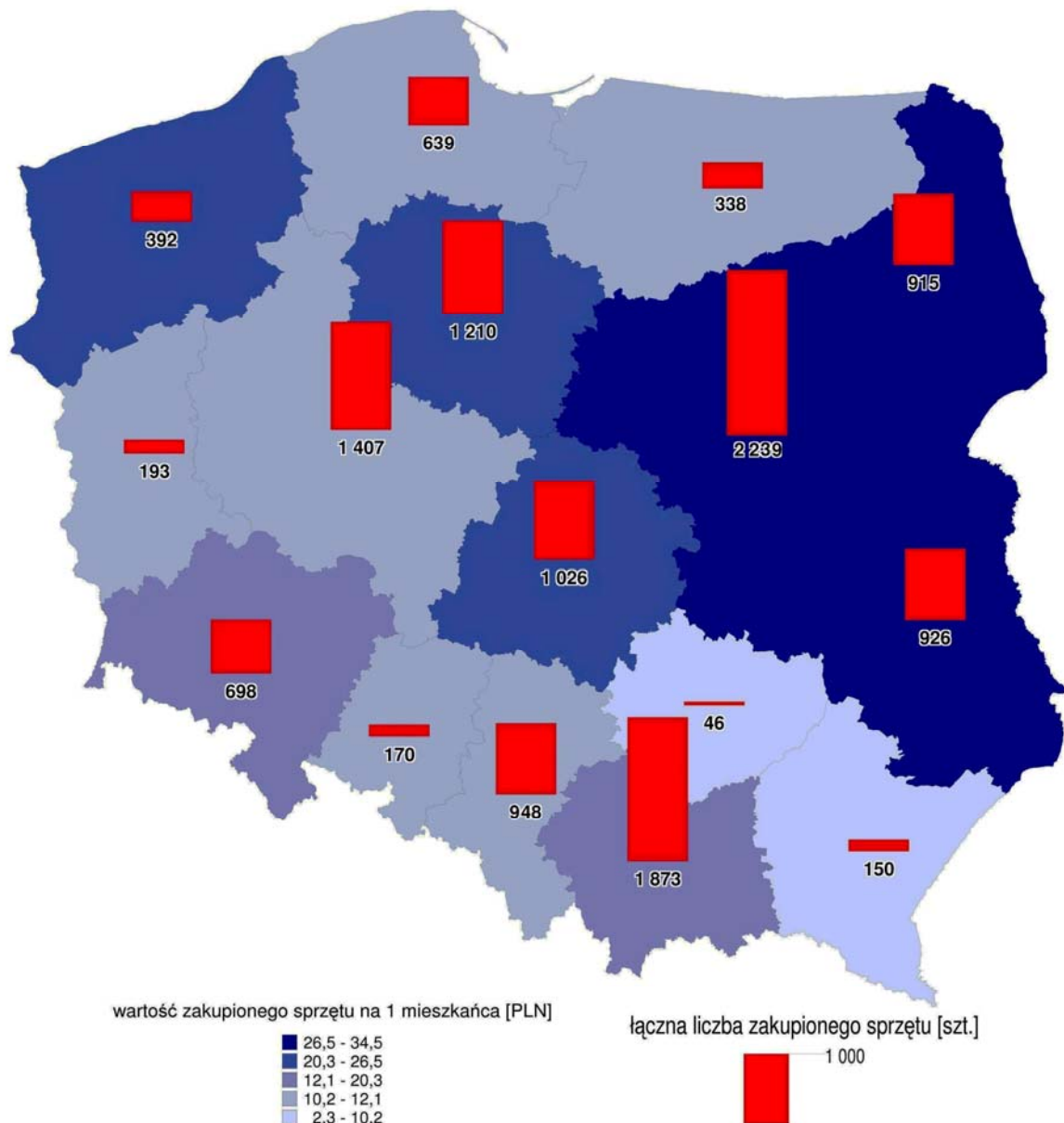


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

W zakresie poniesionych wydatków kwalifikowalnych, nastąpiły zmiany w porównaniu do rozmieszczenia wydatków całkowitych. W rankingu największej wartości wydatków kwalifikowalnych, nadal na pierwszym miejscu jest województwo mazowieckie - (127,61 mln zł), a potem województwo lubelskie (56,72 mln zł) i łódzkie (56,46 mln zł). Najmniejsze wydatki poniesione zostały w województwie lubuskim (4,8 mln zł) oraz podkarpackim (4,87 mln zł) i świętokrzyskim (7,29 mln zł). W tej kategorii wydatków, w województwie mazowieckim wydano niemalże 30 (!) razy więcej niż w województwie lubuskim.

⁴⁷ Tak duża różnica nie znajduje podstaw merytorycznych ani w wielkości populacji, ani w liczbie jednostek ochrony zdrowia.

Mapa 7 Zakupy sprzętu ogółem i wartość zakupionego sprzętu na 1 mieszkańca



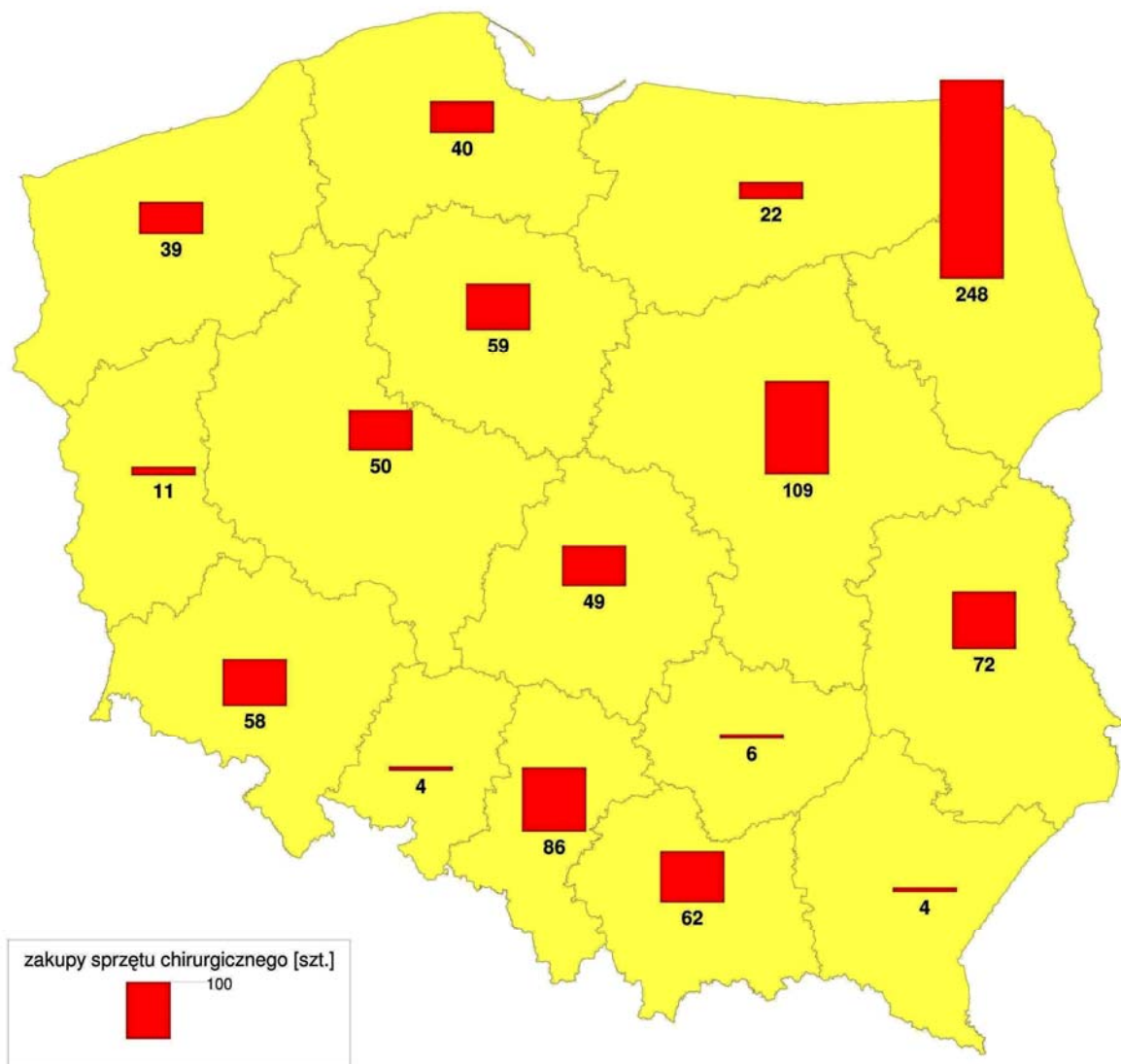
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Na mapie 7 widoczna jest nierównomierność liczby i wartości dokonanych zakupów sprzętowych. Pod względem liczby zakupionego sprzętu, na pierwszym miejscu plasuje się województwo mazowieckie (2239 sztuk), następnie województwo małopolskie (1873 sztuk) i wielkopolskie (1407 sztuk). Najmniej sztuk sprzętu medycznego zakupiono w województwie świętokrzyskim (46 sztuk), podkarpackim (150) i opolskim (170). Według kryterium ilościowego, w województwie mazowieckim kupiono blisko 50 razy więcej sprzętu niż w świętokrzyskim.

Jednak wartość zakupionego sprzętu na jednego mieszkańca województwa zmienia kolejność przodujących województw. Największa wartość sprzętu w przedziale 26,5 – 34,5 zł/mieszkańca występuje w województwach: mazowieckim, lubelskim i podlaskim, a najmniejsza (w przedziale 2,3 do 10,2 zł/mieszkańca) w województwach: podkarpackim i świętokrzyskim.

Rozmieszczenie zakupów sprzętu według przyjętych kategorii przedstawiono na poniższych mapach.

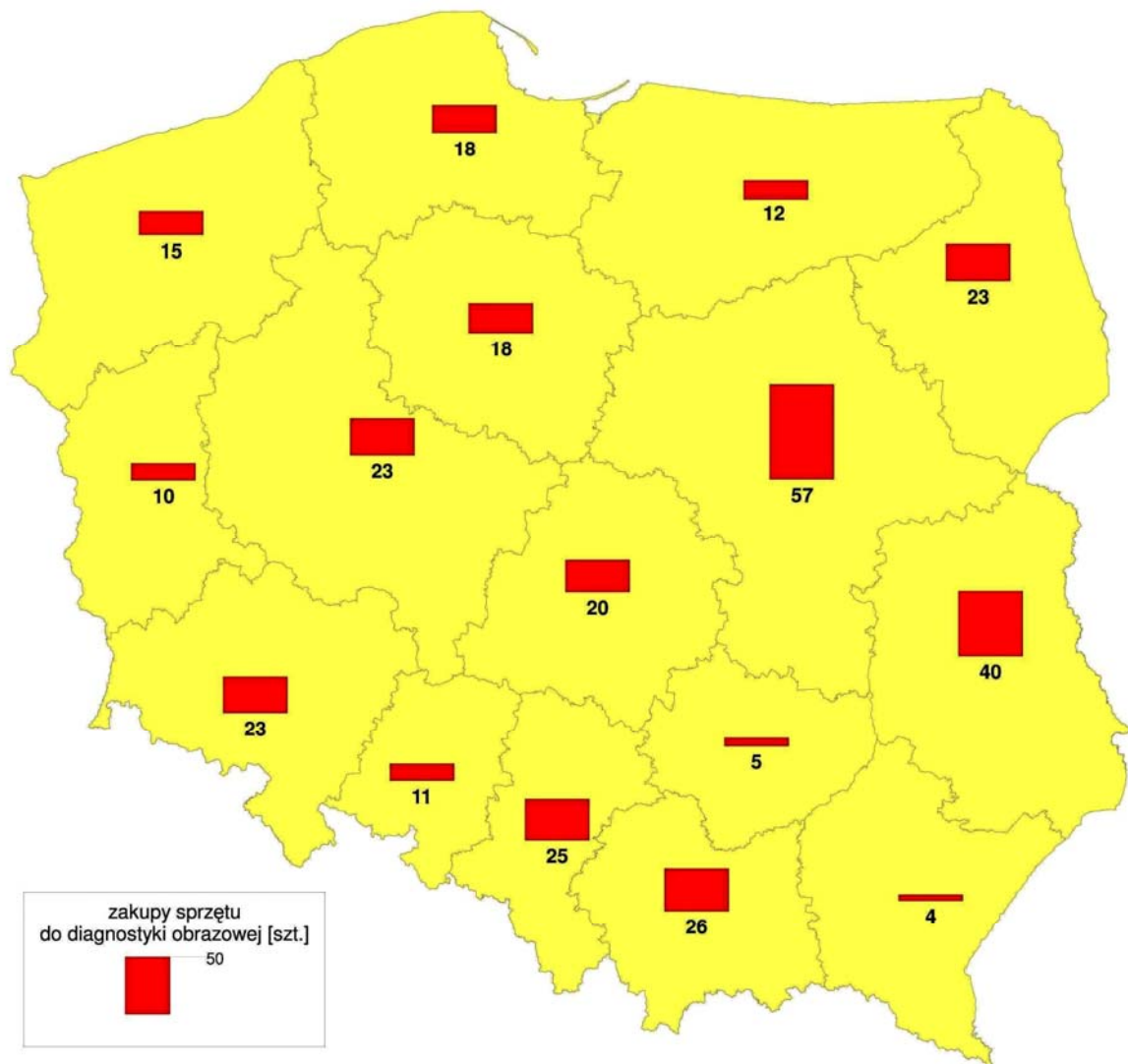
Mapa 8 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu chirurgicznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Liczba zakupionego sprzętu chirurgicznego, była największa w województwie podlaskim (248 sztuk), a najmniejsza w województwach podkarpackim i opolskim (w każdym z nich 4 sztuki). Liczba zakupionego sprzętu chirurgicznego w województwie podlaskim jest blisko 2,5 razy większa niż w kolejnym w rankingu województwie mazowieckim i ponad 60 razy większa niż liczba sprzętu zakupionego w województwach podkarpackim i opolskim.

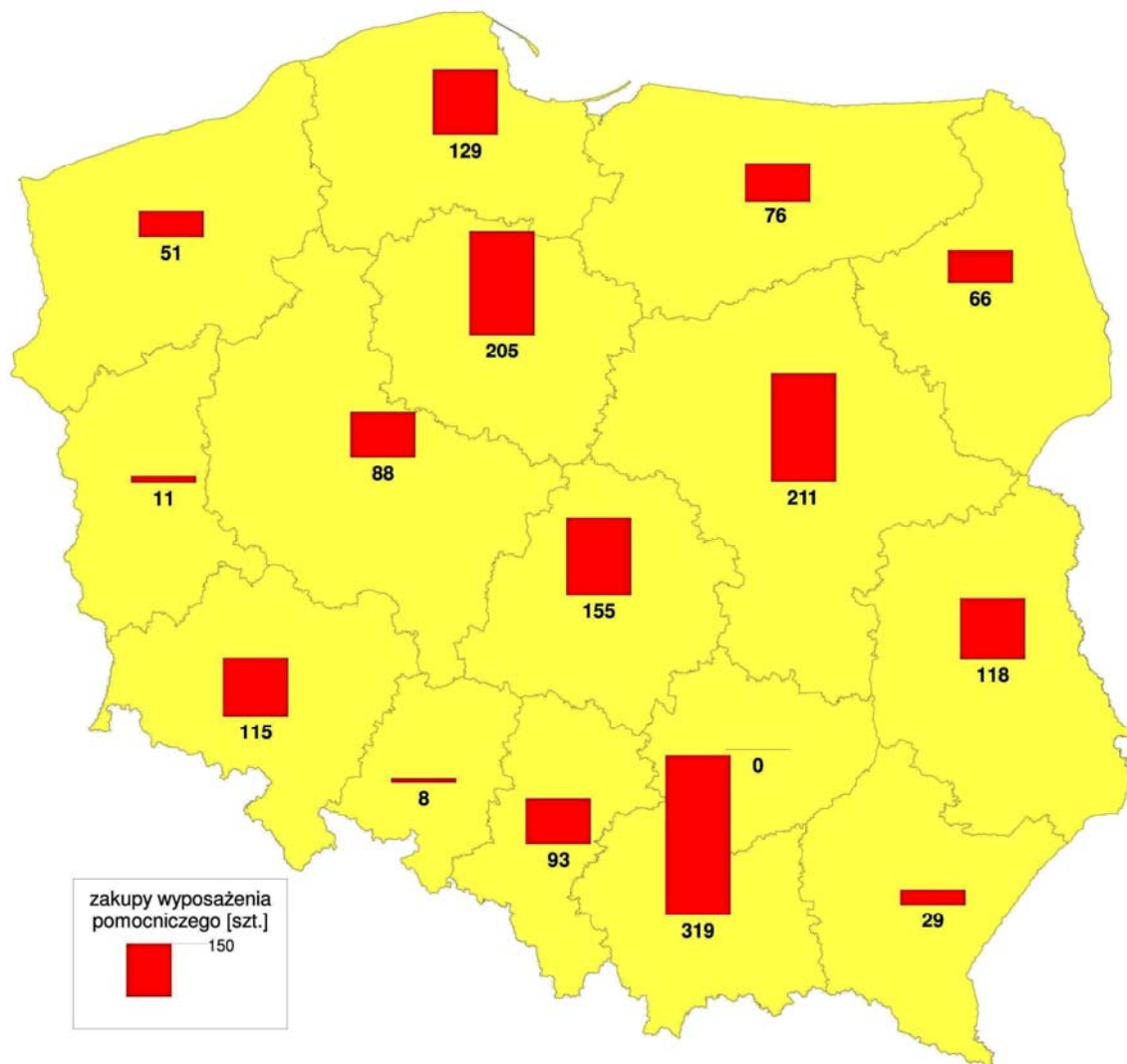
Mapa 9 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu do diagnostyki obrazowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największą liczbę sprzętu do diagnostyki obrazowej zakupiono w województwie mazowieckim (57 sztuk), a najmniej w województwie podkarpackim (4 sztuki). Zatem w województwie mazowieckim zakupiono ponad 14 razy więcej sprzętu do diagnostyki obrazowej niż w województwie podkarpackim.

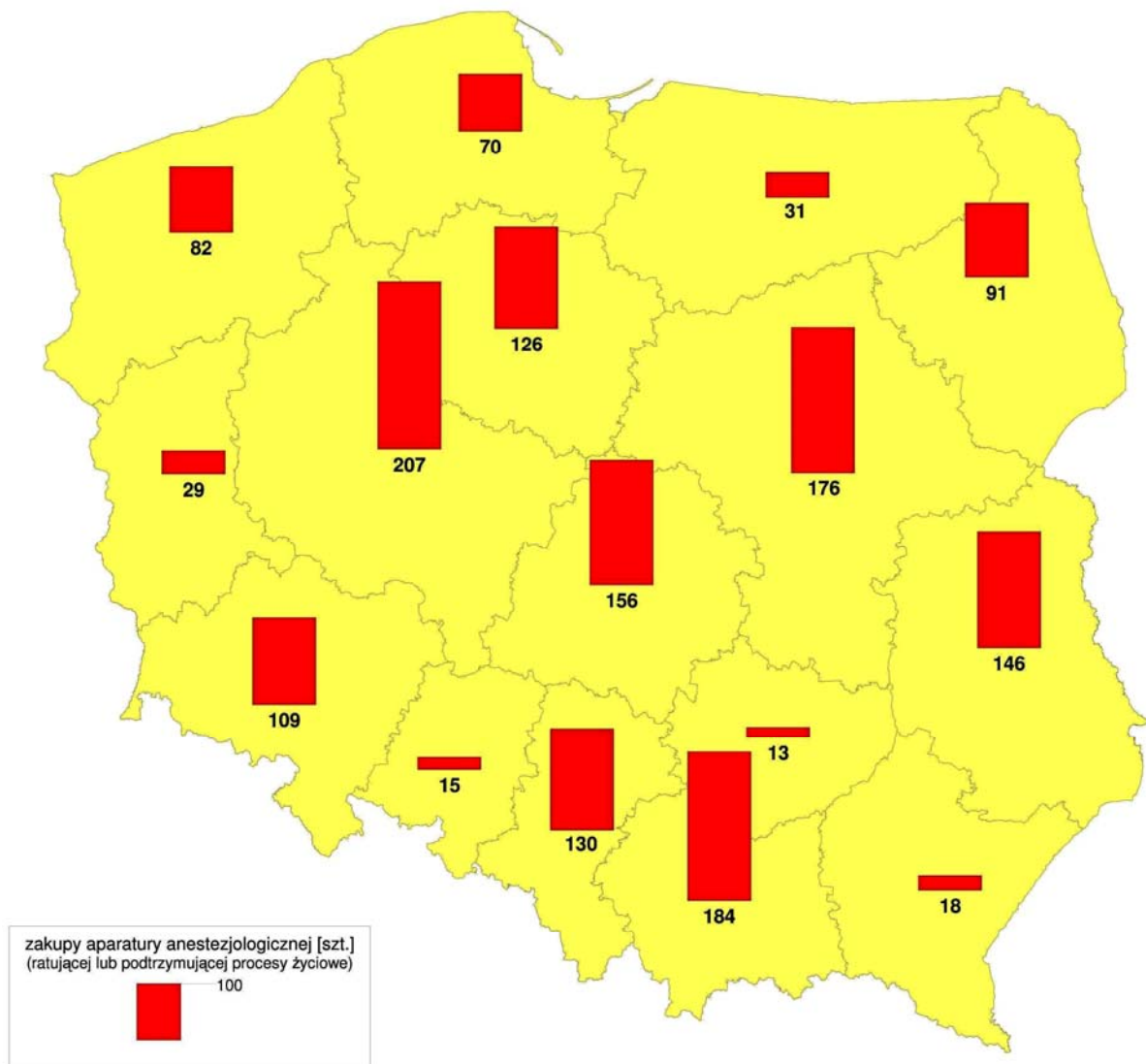
Mapa 10 Rozmieszczenie zakupionego wyposażenia pomocniczego (m.in. negatoskopy, lampy zabiegowe, materace przeciwoleżynowe)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największa liczba sprzętu pomocniczego zakupiona została w województwie małopolskim (319 sztuk), podczas gdy w województwie świętokrzyskim nie zakupiono w ogóle tego rodzaju sprzętu. Należy zauważyć, że poza województwami: lubuskim, opolskim, świętokrzyskim i podkarpackim, wszystkie pozostałe województwa zakupiły znaczącą i porównywalną liczbę sprzętu z tej grupy.

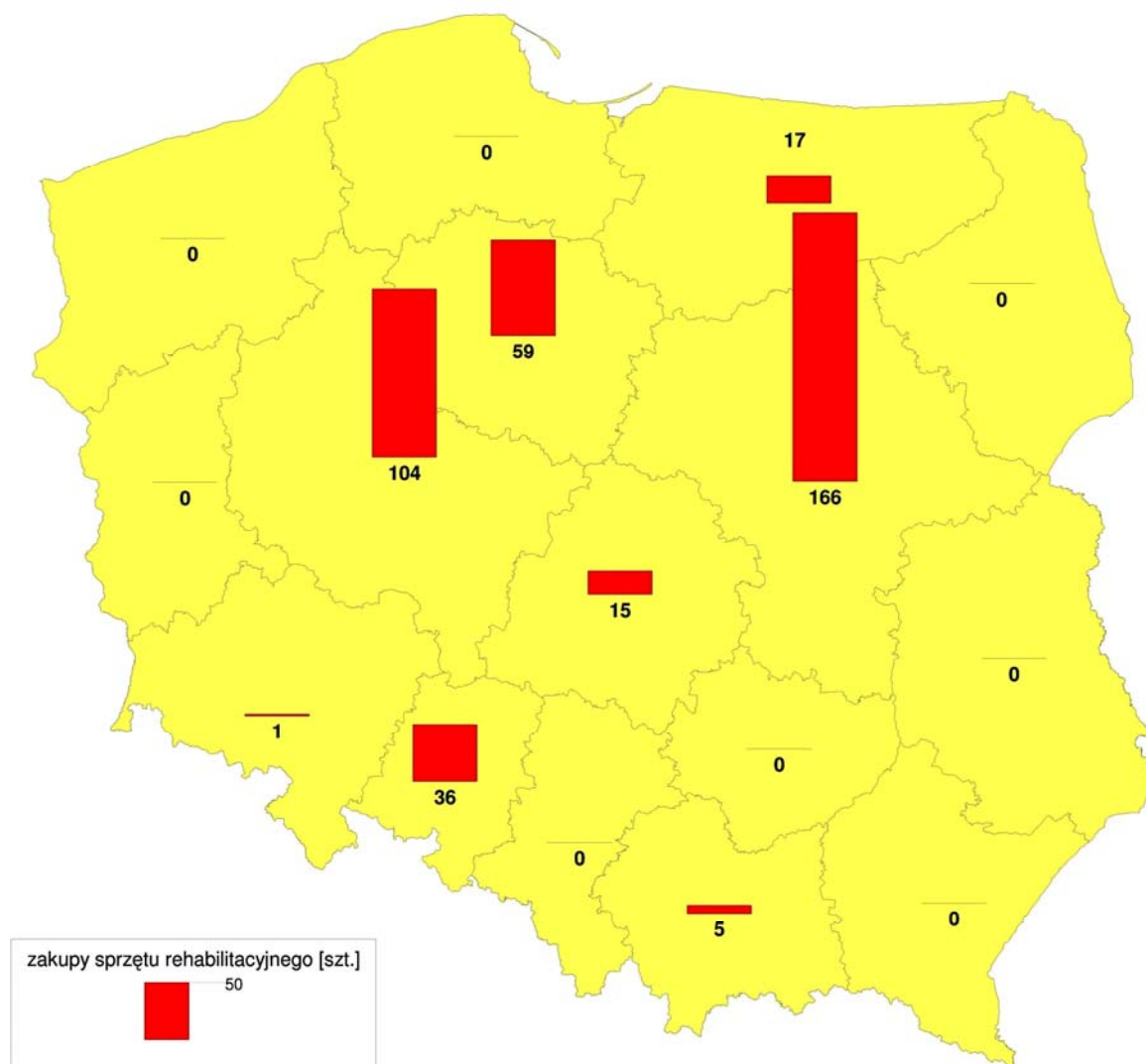
Mapa 11 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu anestezyjologicznego (ratującego lub podtrzymującego procesy życiowe)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największą liczbę sprzętu anestezyjologicznego zakupiono w województwie wielkopolskim (207 sztuk) i małopolskim (184 sztuki), a najmniej w województwie świętokrzyskim (13 sztuk). Oprócz województw: podkarpackiego, świętokrzyskiego i opolskiego, wszystkie pozostałe zakupiły znaczącą liczbę sprzętu z tej grupy.

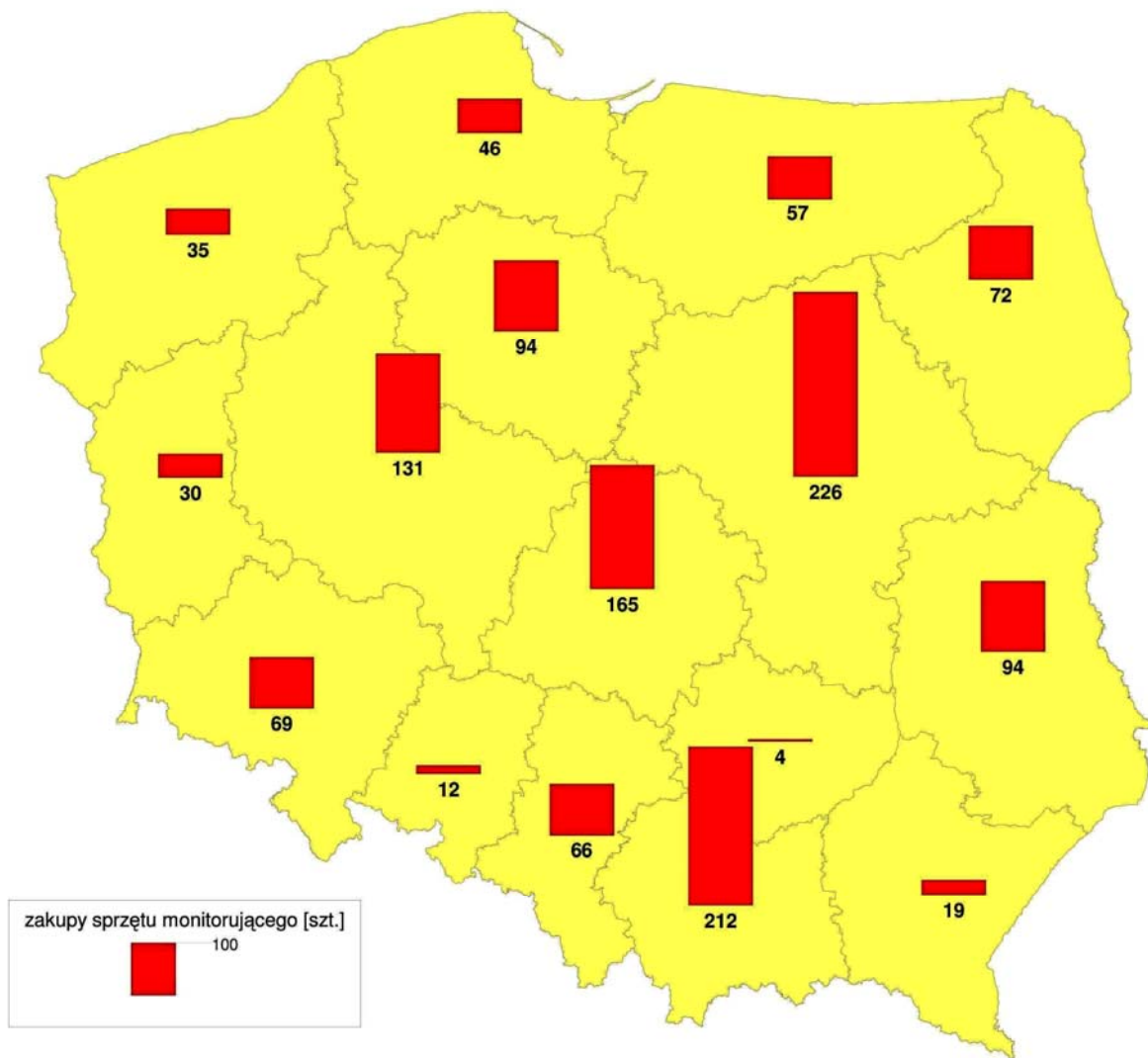
Mapa 12 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Zakupy sprzętu rehabilitacyjnego wystąpiły tylko w 7 województwach – najwięcej w województwie mazowieckim (166 szt.), wielkopolskim (104 szt.), kujawsko-pomorskim (59 szt.).

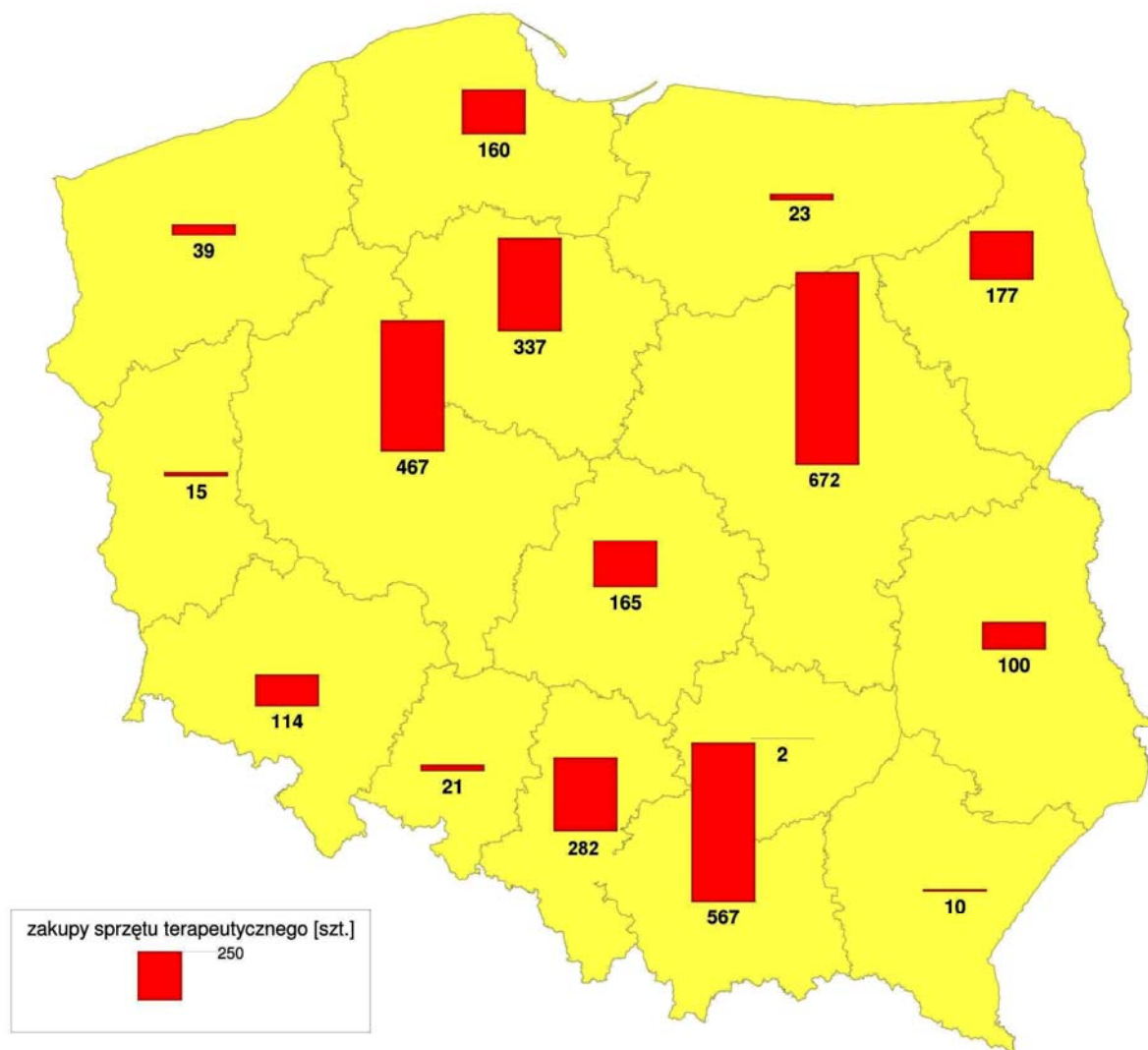
Mapa 13 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu monitorującego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Sprzęt monitorujący został zakupiony we wszystkich województwach. Największą liczbę sprzętu z tej grupy zakupiono w województwie mazowieckim (226 sztuk), a najmniejszą w województwie świętokrzyskim (4 sztuki).

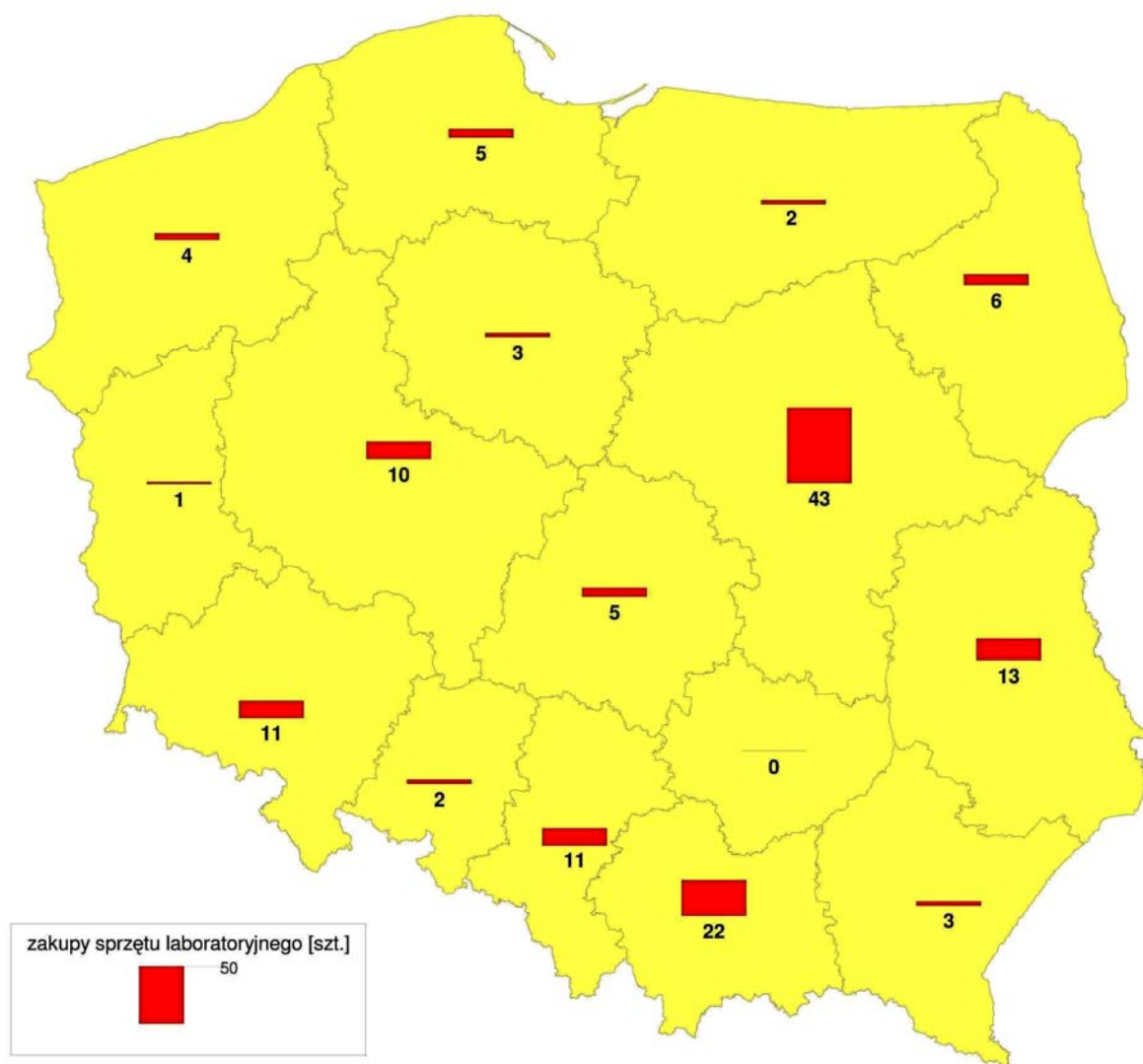
Mapa 14 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu terapeutycznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największą liczbę sprzętu terapeutycznego zakupiono w województwie mazowieckim (672 sztuk), małopolskim (567 sztuk) i wielkopolskim (467 sztuk). Najmniej sprzętu z tej grupy zakupiono w województwie świętokrzyskim (2 sztuki).

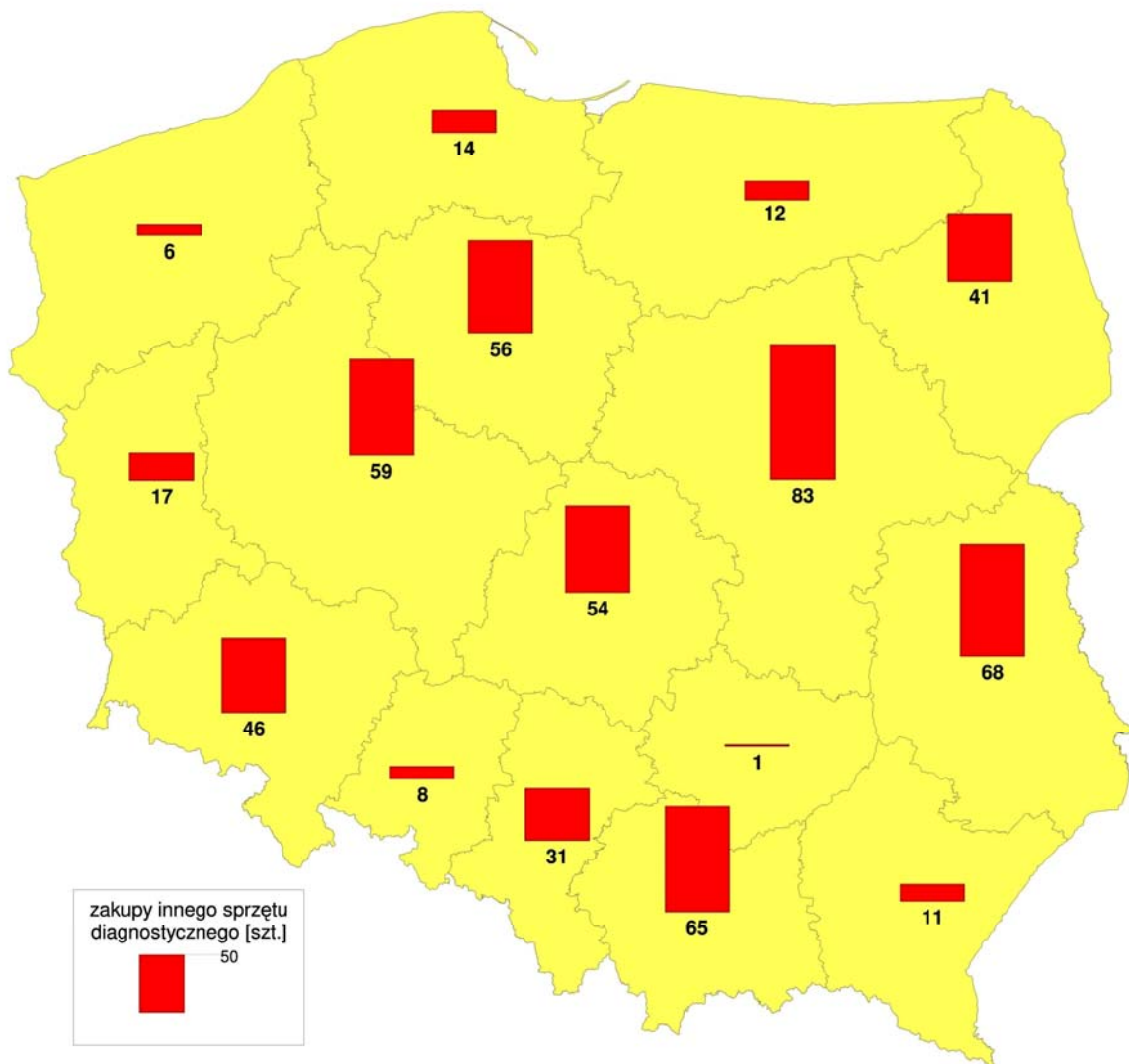
Mapa 15 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu laboratoryjnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największą liczbę sprzętu laboratoryjnego zakupiono w województwie mazowieckim (43 szt.). Sprzętu z tej grupy nie zakupiono w ogóle w województwie świętokrzyskim, a w województwach podkarpackim, opolskim, lubuskim, zachodniopomorskim, kujawsko-pomorskim, i warmińsko – mazurskim, zakupiono po kilka sztuk tego rodzaju sprzętu.

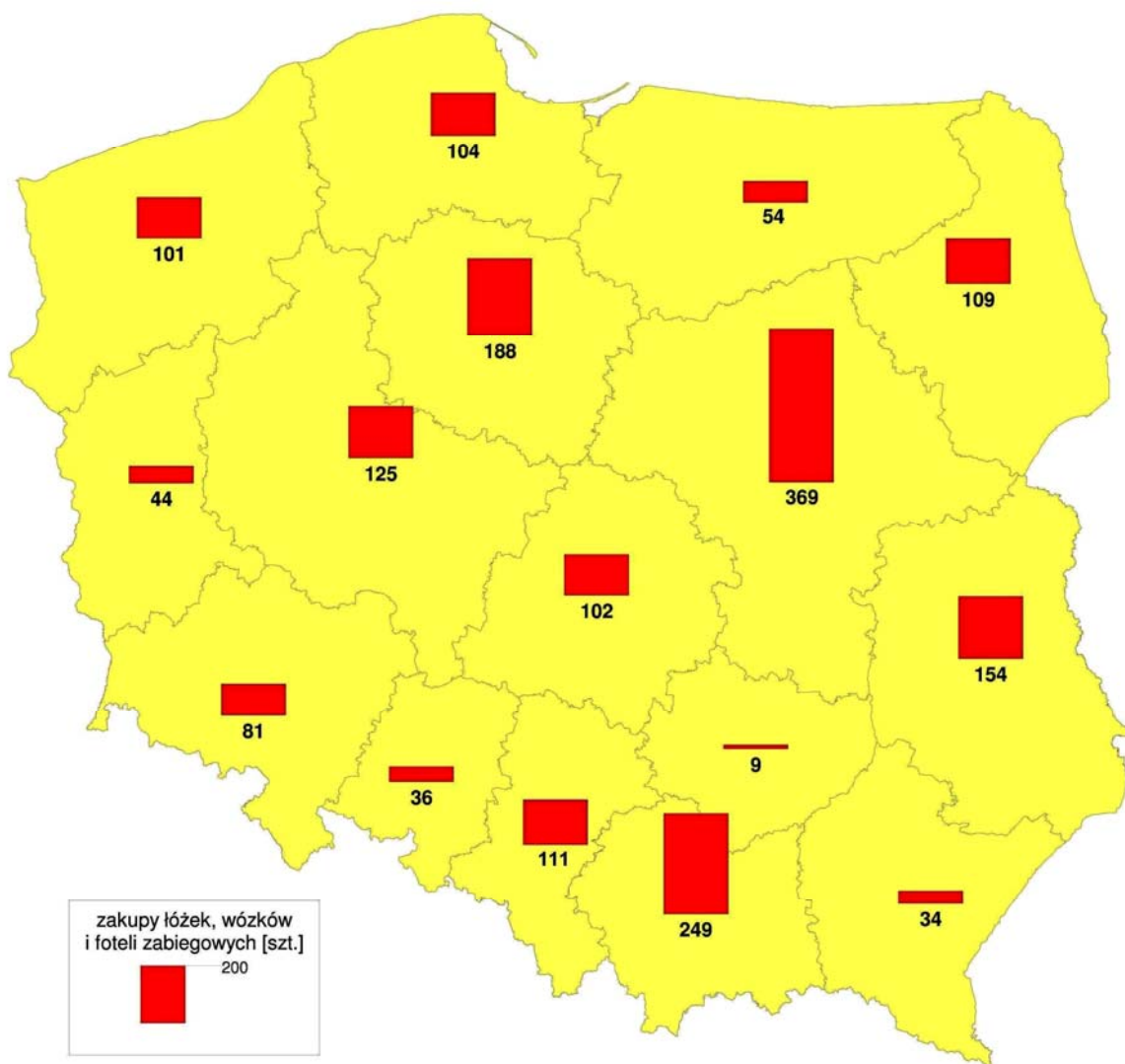
Mapa 16 Rozmieszczenie zakupionego innego sprzętu diagnostycznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największa liczba sprzętu diagnostycznego zakupiona została w województwie mazowieckim (83 sztuki), a najmniejsza w województwie świętokrzyskim (1 sztuka).

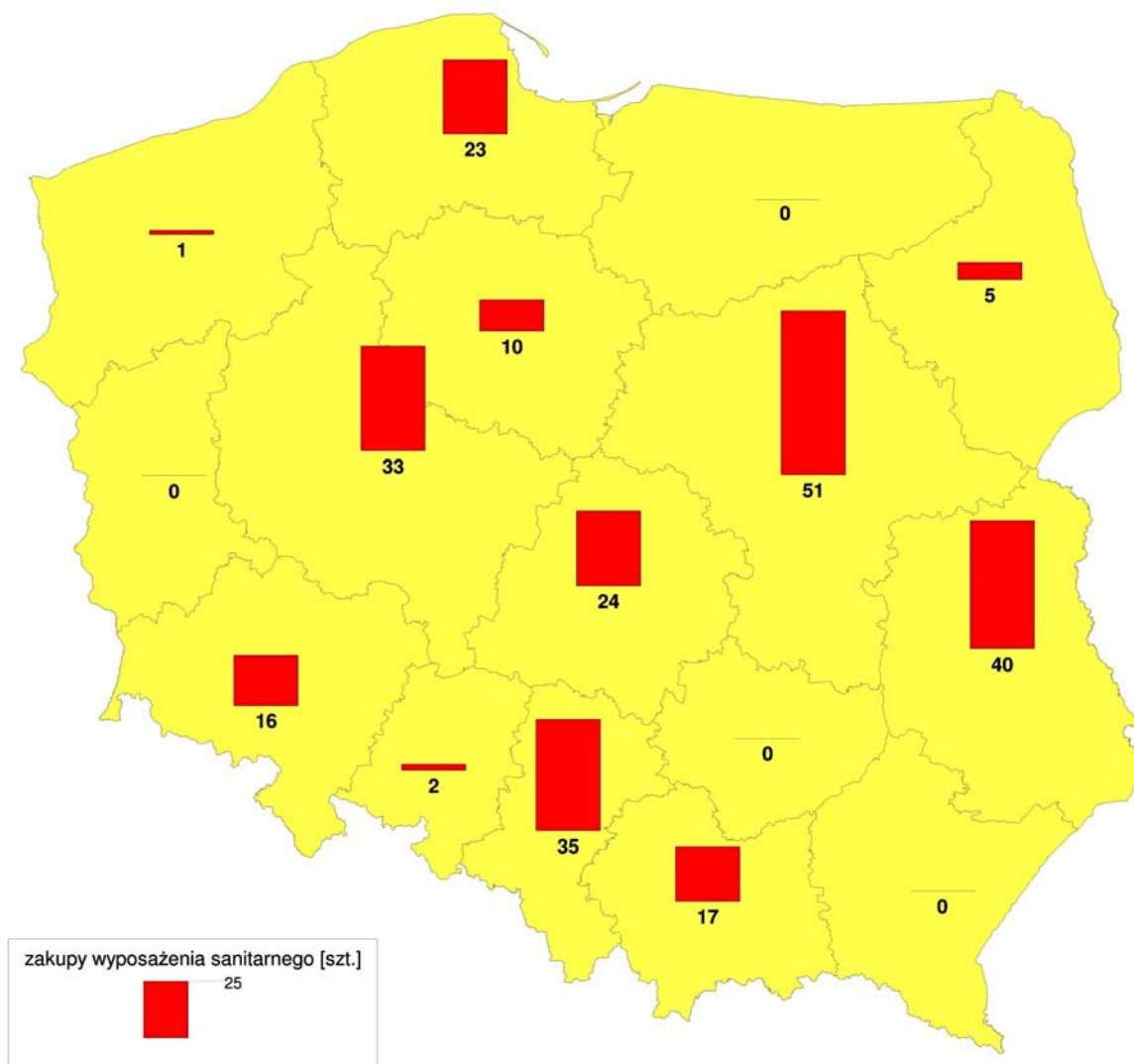
Mapa 17 Rozmieszczenie zakupionych łóżek, foteli zabiegowych i wózków



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największą liczbę łóżek, wózków i foteli zabiegowych zakupiono w województwie mazowieckim (369 sztuk), a najmniej w województwie świętokrzyskim (9 sztuk).

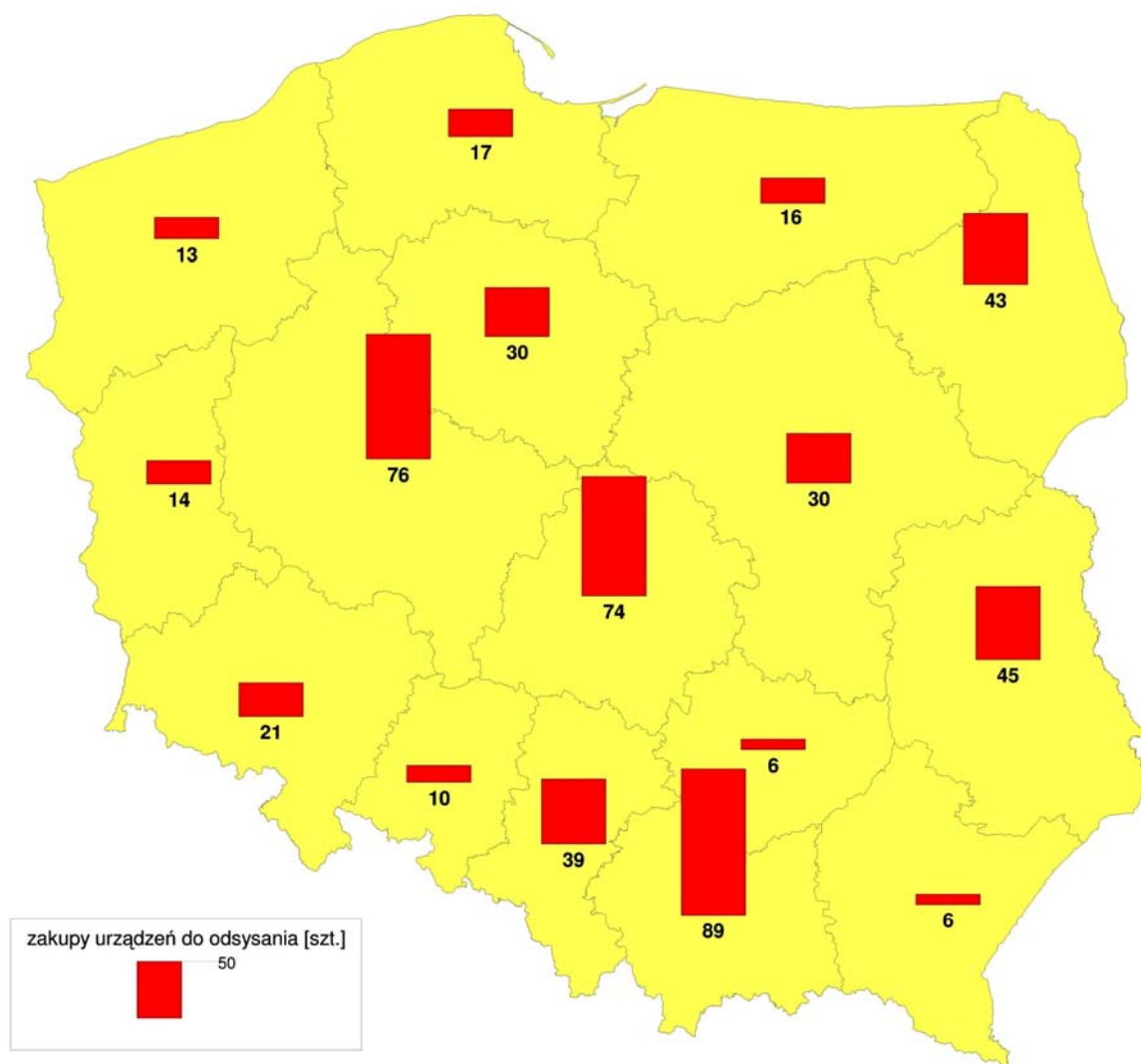
Mapa 18 Rozmieszczenie zakupionego wyposażenia sanitarnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Największą liczbę wyposażenia sanitarnego zakupiono w województwie mazowieckim (51 sztuk). W województwach: podkarpackim, świętokrzyskim, lubuskim i warmińsko – mazurskim nie zakupiono w ogóle sprzętu z tej grupy.

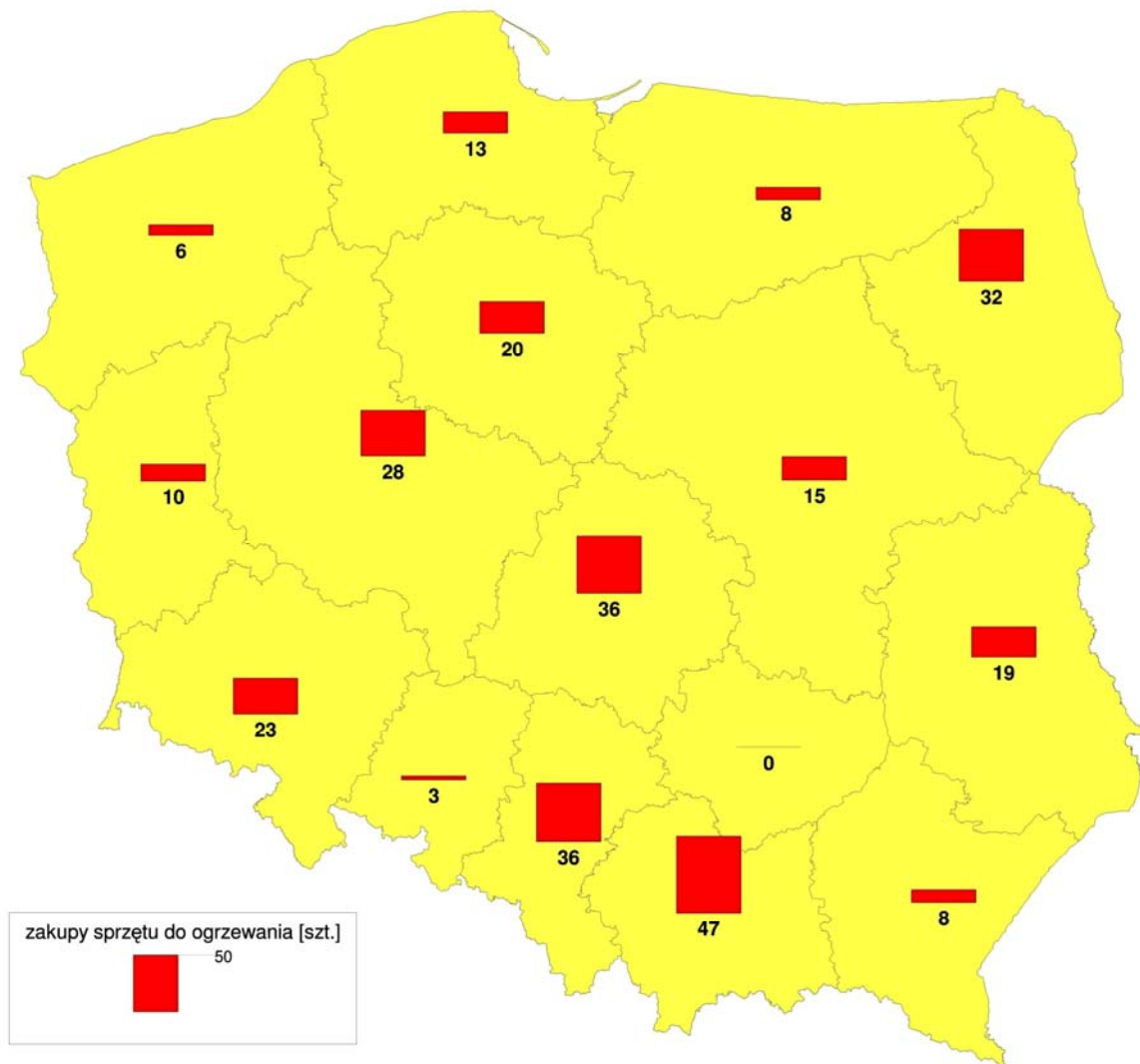
Mapa 19 Rozmieszczenie zakupionych urządzeń do odsysania



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Najwięcej urządzeń do odsysania zakupiono w województwie małopolskim (89 sztuk), a najmniej w województwach podkarpackim i świętokrzyskim (w każdym po 6 sztuk).

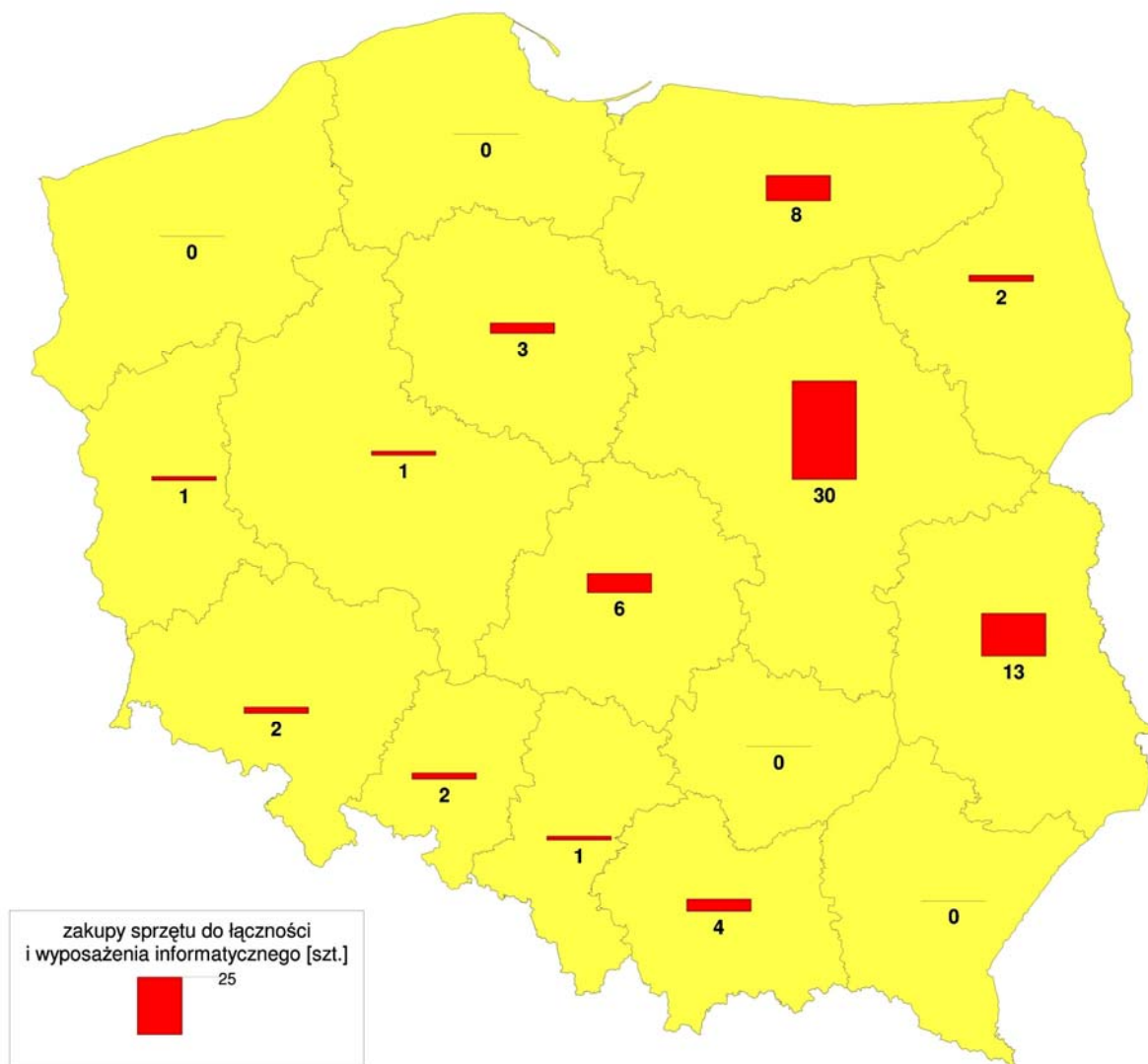
Mapa 20 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu do ogrzewania



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Najwięcej sprzętu do ogrzewania pacjenta i płynów, zakupiono w województwie małopolskim (47 sztuk). W województwie świętokrzyskim nie zakupiono w ogóle rodzaju sprzętu.

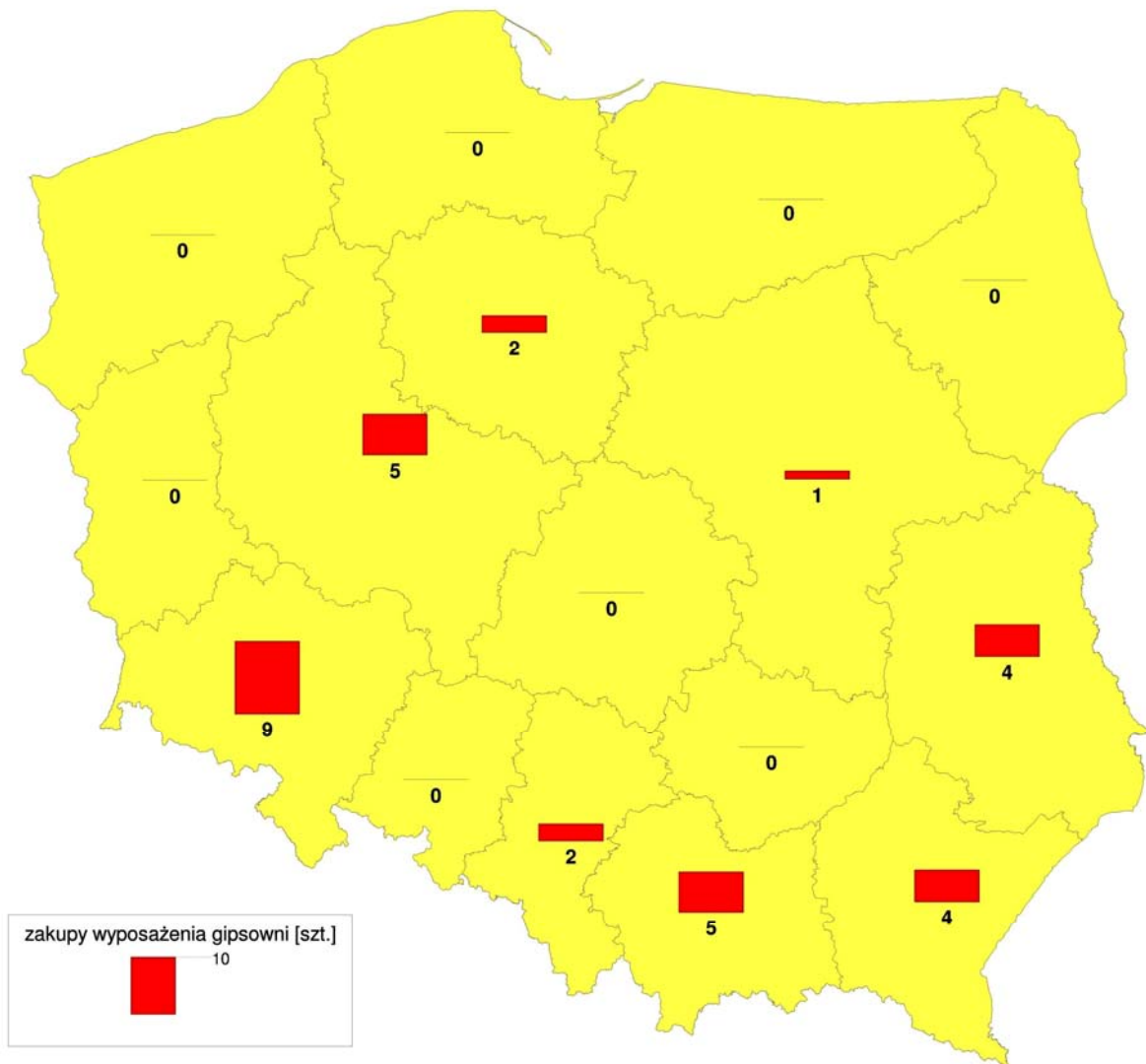
Mapa 21 Rozmieszczenie zakupionego sprzętu do łączności i wyposażenia informatycznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Sprzęt do łączności i wyposażenie informatyczne zakupiono w 12 województwach – największą liczbę sprzętu w województwie mazowieckim (30 sztuk). W 4 województwach nie zakupiono w ogóle sprzętu z tej grupy.

Mapa 22 Rozmieszczenie zakupionego wyposażenia gipsowni



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

Sprzęt do wyposażenia gipsowni zakupiono w 8 województwach – najwięcej w województwie dolnośląskim (9 sztuk). W 8 województwach nie zakupiono w ogóle sprzętu z tej grupy.

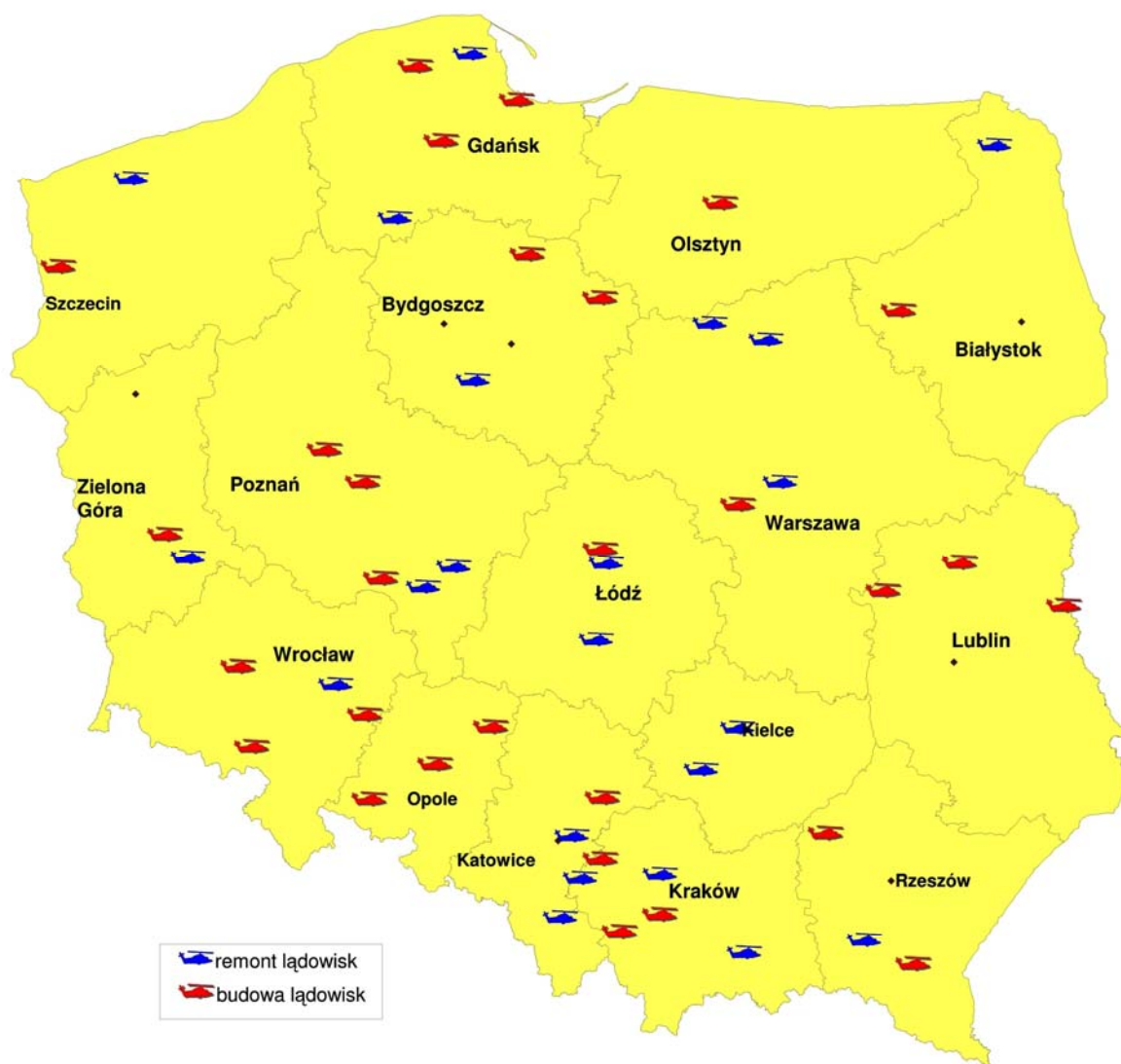
Analizując powyższe mapy można wskazać województwa (podkarpackie, świętokrzyskie, lubuskie, opolskie), które prawie we wszystkich kategoriach zakupów sprzętu medycznego zajmowały miejsca na końcu stawki. Postulujemy (w kolejnych konkursach) o przeprowadzenie na terenie tych województw szczególnie intensywnej akcji informacyjno-promocyjnej.

Lądowiska

Rozmieszczenie projektów z zakresu budowy i remontu lądowisk pokazuje tworzenie się rozległej sieci lądowisk w całym kraju, przy czym jeśli chodzi o inwestycje w ramach Priorytetu XII PO IiŚ to najczęściej tego typu inwestycji zrealizowano w pasie południowym – w województwach małopolskim, śląskim, dolnośląskim oraz w województwie wielkopolskim i w województwie pomorskim.

Rozmieszczenie lądowisk powstałych w wyniku realizacji projektów PO IiŚ należy uznać za nierównomierne. Lądowiska nie powstały w województwach o niższym zaludnieniu niż średnia krajowa (co ma istotne znaczenie dla czasu interwencji medycznej).

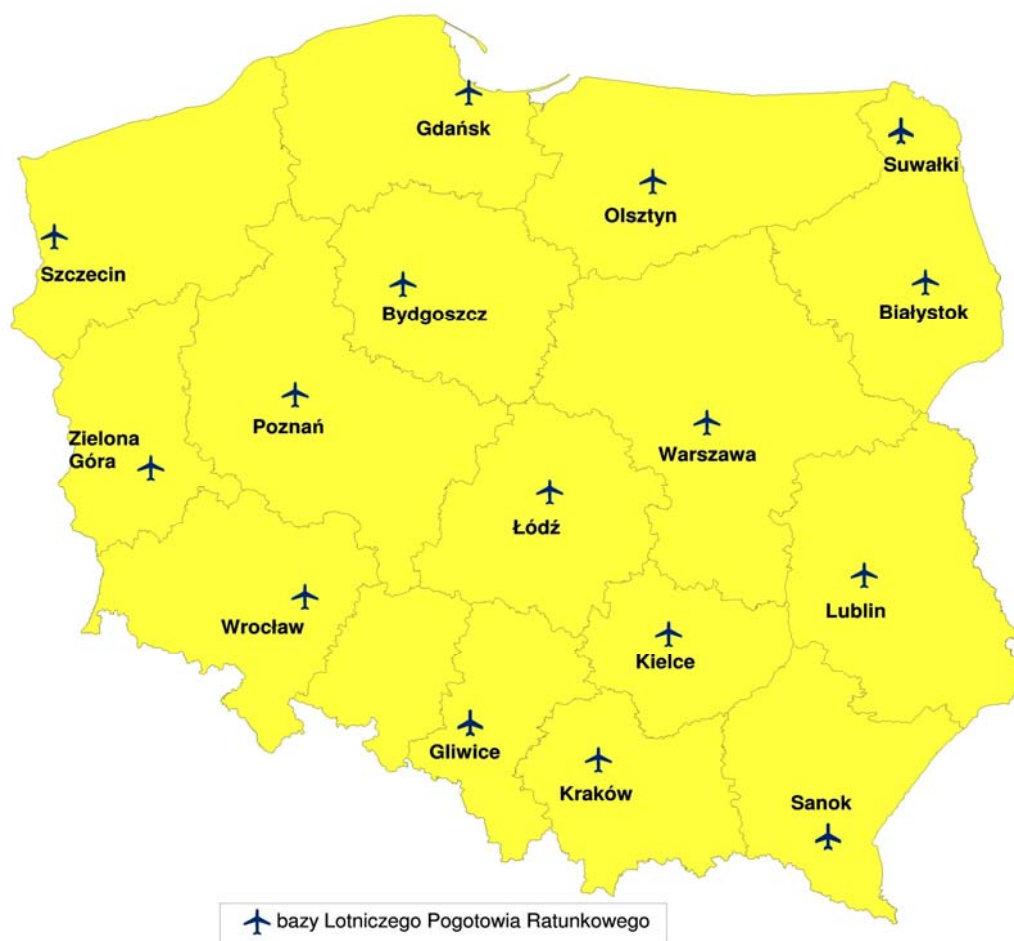
Mapa 23 Rozmieszczenie projektów z zakresu budowy i remontu lądowisk (oprócz baz LPR)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research

W ramach projektów miały miejsce również inwestycje w infrastrukturę baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Projekty te zlokalizowane są w dużych miastach – głównie w miastach wojewódzkich oraz w Gliwicach, Suwałkach i Sanoku).

Mapa 24 Rozmieszczenie inwestycji w bazach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego⁴⁸



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych desk research i informacji uzyskanych od Zamawiającego

Podsumowując kwestię rozmieszczenia terytorialnego inwestycji finansowanych z Priorytetu XII PO liś należy podkreślić, że inwestycje w różne elementy infrastruktury medycznej miały miejsce w całym kraju, przy czym ich rozkład regionalny zależny był od rodzaju projektu. Warto też podkreślić, że inwestycje te miały charakter powiązany: inwestycja w lądowisko lub bazę LPR lokalizowana jest w miejscu, w którym powinien działać szpitalny oddział ratunkowy i baza powiadamiania ratunkowego. W sposób naturalny większość inwestycji tego typu skupia się w miastach wojewódzkich, w których jest odpowiednia baza szpitalno-interwencyjna. Projekty realizowane w ramach PO liś przyczyniają się do powstania sieci nowoczesnego ratownictwa medycznego obejmującej cały kraj, chociaż można formułować zastrzeżenia odnośnie terytorialnej równomierności rozmieszczenia projektów. Po zakończeniu realizacji projektów, rekomendowane jest przeanalizowanie dostępności bazy ratowniczej na poziomie kraju i w poszczególnych regionach w funkcji wielkości populacji i oczekiwanego czasu reakcji na powiadomienie o zaistnieniu wypadku. Pozwoliłoby to na wskazanie

⁴⁸ Na mapie ujęto również bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego stanowiące przedmiot projektu indywidualnego pn. *Budowa i remont oraz wyposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – ETAP 2*, który nie był przedmiotem analizy niniejszego badania ewaluacyjnego ze względu na to, że umowa o dofinansowanie projektu nie została jeszcze podpisana.

regionów, w których nasycenie bazą ratowniczą jest wystarczające i takich, w których niezbędne byłyby dalsze inwestycje.

Jaki jest średni wiek rodzaju sprzętu, uwzględniając dotychczasowe zakupy w ramach PO IiŚ? O ile lat zmniejszy/ył się średni wiek sprzętu danego rodzaju w wyniku zakupu sprzętu w ramach PO IiŚ?

Średni wiek aparatury medycznej jest nie tylko wskaźnikiem nowoczesności wyposażenia, ale także w wielu przypadkach czynnikiem umożliwiającym wykonanie określonych procedur medycznych, w tym szczególnie diagnostycznych (ze wskazaniem na diagnostykę obrazową) i zabiegowych. Jakkolwiek nie istnieją żadne regulacje ustalające dopuszczalny wiek eksploatowanej aparatury, to jednak z racji postępu technologicznego, przyjmuje się, że dla większości aparatów medycznych, 8-letnia eksploatacja jest wskazaniem do podjęcia działań zmierzających do wymiany sprzętu.

Poniżej zestawiono stopień obniżenia średniego wieku wybranych rodzajów aparatury medycznej jako efektu realizacji projektów PO IiŚ. Warto podkreślić, że spośród 45 grup ocenianych aparatów (z powodu braku tego rodzaju sprzętów zakupionych ze środków PO IiŚ, faktycznie ocenianych było 39 grup), przed dokonaniem zakupów aparatury ze środków PO IiŚ przekroczenie granicy 8 lat jako średniego wieku wystąpiło w 17 przypadkach (czyli w ponad 50% ocenianych grup). Po dokonaniu zakupów, przekroczenie wieku 8 lat wystąpiło tylko w 3 przypadkach (niewiele ponad 11%). Zatem dokonaną zmianę należy uznać za znaczącą (zob. komentarz w tabeli).

Poniższa tabela zawiera zamknięty katalog sprzętów i aparatury medycznej zakupionych dotychczas ze środków PO IiŚ⁴⁹.

Tabela 13 Średni wiek danego rodzaju sprzętu^{50 51}

Sprzęt/aparatura medyczna	Średni wiek sprzętu medycznego przed dokonaniem zakupu z PO IiŚ (lata)	Średni wiek sprzętu medycznego po dokonaniu zakupu ze środków PO IiŚ i innych źródeł (lata)	Średni wiek sprzętu zakupionego w ramach PO IiŚ (lata)	Liczba zakupionego sprzętu w ramach PO IiŚ (szt.)	Komentarz
Aparaty USG				67	
- kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)	7,74	5,00	0,76	9	W wyniku zakupów doszło do dostrzegalnego obniżenia wieku średniego aparatów. Wziąwszy jednak pod uwagę przeznaczenie tych aparatów i szybkie zmiany technologiczne, osiągnięty średni wiek sprzętu można ocenić co najwyżej jako zadowalający.
- ginekologiczne	5,14	4,10	0,50	2	Dzięki zakupom z PO IiŚ doprowadzono do poprawy

⁴⁹ Wyniki zostały przygotowane na podstawie deklaracji beneficjentów w ankiecie (111 projektów dotyczących zakupu sprzętu medycznego dofinansowanych ze środków PO IiŚ). 12 projektów nie zostało uwzględnionych w analizie ze względu na to, że beneficjenci nie dokonali jeszcze zakupów w ramach tych projektów.

⁵⁰ Pozycja „brak” w tabeli oznacza, że w ramach projektów PO IiŚ nie zakupiono sprzętów danego rodzaju

⁵¹ Katalog sprzętów i aparatury medycznej uzgodniony z Zamawiającym

					stosunkowo dobrego wskaźnika wieku średniego ultrasonografów ginekologicznych. Osiągnięty wskaźnik wieku średniego można uznać - dla tego rodzaju aparatu - za dobry.
- pozostałe	8,41	6,88	1,02	56	Obniżenie średniego wieku, jakkolwiek widoczne, ciągle jednak bliskie 8 lat.
Aparaty RTG				80	
- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	15,77	2,25	1,23	4	Zasadnicza zmian sytuacji – uzyskana średnia wieku oznacza istotne unowocześnienie zasobów aparaturowych
- aparaty RTG z torem wizyjnym	4,95	4,20	0,83	3	Osiągniętą poprawę wieku średniego należy ocenić jako niewielką.
- aparaty RTG z ramieniem C	6,12	4,46	0,90	22	Osiągniętą zmianę wieku średniego należy ocenić jako satysfakcjonującą, a osiągnięty średni wiek aparatów jako dobry.
- mammografy	10,00	0,50	1,00	2	Zmiana wartości wieku średniego jest w przypadku mammografów bardzo znacząca. Osiągnięty wynik należy ocenić jako bardzo dobry, oznaczający zmianę przynajmniej jednej generacji aparatów.
- densytometry	17,00	1,00	1,00	1	Osiągnięty wynik należy ocenić jako bardzo dobry, mimo że ograniczony do jednego aparatu.
- aparaty stomatologiczne	brak	brak	brak	0	x
- pozostałe	9,04	6,13	1,27	48	Osiągnięty w wyniku zakupów wiek średni należy ocenić jako dobry.
Tomograf komputerowy	6,57	1,55	0,82	11	Z uwagi na wyjątkowo szybki postęp technologiczny, zmiana wieku średniego oznacza w tym przypadku zmianę generacji aparatury.
Rezonans magnetyczny	8,33	2,20	0,06	4	Z uwagi na wyjątkowo szybki postęp technologiczny, zmiana wieku średniego oznacza w tym przypadku zmianę generacji aparatury.
Angiograf	6,09	3,74	1,00	4	Zmianę wieku średniego angiografów należy ocenić jako zadowalającą. Uzyskany średni wiek aparatów nie oznacza zmiany generacji angiografów.
Respiratory	9,06	7,13	0,77	437	Osiągnięty wiek średni respiratorów należy ocenić jako co najwyżej zadowalający, a zmianę wieku średniego jako niewielką.

Aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntygraf	12,23	4,33	1,00	7	Skala obniżenia wieku znacząca – praktycznie oznacza zmianę dwu generacji aparatury.
EKG ogółem	8,33	7,13	1,20	89	Zmianę wieku średniego należy ocenić jako niewielką. Średni wiek aparatów EKG jest co najwyżej zadowalający.
Holter ciśnieniowy	2,00	0,70	3,00	2	Uzyskano poprawę i tak już bardzo dobrego wieku średniego aparatów.
Aparat EEG	3,00	2,00	1,00	1	Uzyskano poprawę i tak już bardzo dobrego wieku średniego aparatów.
Pompa infuzyjna	6,61	5,09	0,74	1809	Uzyskaną obniżkę wieku średniego należy ocenić jako niewielką.
Inkubator niemowlęcy	10,51	6,79	0,56	86	Znaczące obniżenie wieku średniego – z racji postępu technologicznego – oznacza podniesienie bezpieczeństwa niemowląt.
Defibrylator	8,06	6,50	0,89	246	Można przyjąć, że uzyskana średnia wieku defibrylatorów wskazuje praktyczną eliminację defibrylatorów jednofazowych.
Spirometr	6,00	4,60	1,00	1	Uzyskana zmiana wieku średniego jest niewielka, a wartość wieku średniego należy ocenić jako dobrą.
Aparat do gazometrii	4,00	3,00	0,50	2	Nieznaczna zmiana, przy dobrej średniej wieku aparatów.
Aparat KTG	brak	brak	brak	0	x
Pulsoksymetr	9,03	6,52	0,93	125	Korzystna zmiana wieku średniego, którego wartość należy także ocenić jako zadowalającą.
Kardiomonitor	7,55	6,52	0,80	481	Niewielka zmiana wartości wieku średniego monitorów. Wiek średni tych aparatów należy ocenić jako zadowalający.
Kardystymulator	14,71	10,68	1,00	6	Zmiana wysoce niesatysfakcjonująca, szczególnie w aspekcie funkcji kardystymulatora.
Aparat do elektrokoagulacji	9,22	6,62	0,67	12	Wiek średni aparatów do elektrokoagulacji, mimo uzyskanej zmiany należy ocenić jako zadowalający.
Densytometr	brak	brak	brak	0	x
Resektoskop	brak	brak	brak	0	x
Endoskop/aparatura endoskopowa:					

- gastroskop	6,83	3,28	1,00	13	Osiągnięto dobry wiek średni, przy niezłym poziomie wyjściowym wieku średniego.
- kolonoskop	5,33	2,42	1,00	8	Osiągnięto bardzo dobrą średnią wieku aparatów, przy niezłym poziomie wyjściowym.
- bronchoskop	5,80	2,71	0,50	8	Osiągnięto bardzo dobry wiek średni.
- wideobronchoskop	5,22	3,50	1,20	9	Osiągnięty wiek średni aparatów należy ocenić jako dobry, przy stosunkowo niewielkiej zmianie wieku wyjściowego.
- bronchofiberoskop	7,78	5,75	0,90	19	Osiągnięto wynik zadowalający.
- laparoskop	brak	brak	brak	0	x
- laryngoskop	8,27	7,12	1,38	62	Niewielka zmiana wieku średniego. Aktualny wiek średni można ocenić jako zadowalający.
- rektoskop	nd	2,00	2,00	1	x
Aparat EMG	brak	brak	brak	0	x
Analizator biochemiczny wieloparametrowy	7,52	5,00	0,91	16	Osiągniętą zmianę wieku średniego można ocenić jako znaczącą, a sam wiek średni jako zadowalający.
Aparat do znieczulenia ogólnego	9,92	8,03	0,89	112	Zmiana niesatysfakcjonująca, szczególnie w aspekcie funkcji aparatów do znieczulenia ogólnego.
Stół operacyjny	10,57	8,34	0,81	82	Nieznaczna zmiana wartości średniej, a uzyskana wartość wieku średniego co najwyżej zadowalająca
Łóżko pooperacyjne	6,43	4,73	0,56	241	Niewielka zmiana wartości wieku średniego, a osiągnięty wiek średni należy ocenić jako dobry.
Urządzenia do sterylizacji	11,28	7,89	1,25	16	Uzyskano widoczną zmianę wieku średniego, jednak dalej wiek średni sterylizatorów należy uznać za mało zadowalający.
Specjalistyczny sprzęt ratunkowy	8,67	2,93	0,67	20	Istotna, korzystna zmiana wieku średniego, wyposażenia podlegającego wyjątkowo szybkiemu zużyciu – z racji warunków w jakich jest eksploatowana.
RAZEM				4077	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych od beneficjentów projektów PO IiŚ, N=111

Na podstawie wyników ankiety można określić rzeczywistą liczbę zakupionych dotychczas sprzętów i aparatury medycznej w ramach środków PO IiŚ. Najwięcej zakupiono pomp infuzyjnych (1809 szt.), kardiomonitorów (481 szt.), respiratorów (437), defibrylatorów (246), łóżek pooperacyjnych (241

szt.), pulsoksymetrów (125 szt.) i aparatów do znieczulenia ogólnego (112 szt.). Pojedyncze sztuki zakupionych dotychczas sprzętów to m.in. densytometry, aparaty EEG, spirometry.

3.4 Ocena efektywności wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ (stosunek wielkości wydatków przeznaczonych w ramach projektu na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków *stricte* inwestycyjnych)

Przedstawiona poniżej analiza wykorzystania środków finansowych jest analizą efektywności kosztowej, to znaczy prezentuje realizację projektów w odniesieniu do wielkości ich kosztów operacyjnych. Przyjęto założenie, że im wyższy udział kosztów operacyjnych w całkowitych kosztach projektu, tym niższa jest jego efektywność. Efektywność analizowana jest na poziomie poszczególnych rodzajów inwestycji (ambulanse, sprzęt i aparatura medyczna, ładowiska) w oparciu o dane pochodzące z podpisanych z beneficjentami umów, w tym w szczególności harmonogramów rzeczowo-finansowych stanowiących załącznik do umów. Podobnie jak w przedstawionej powyżej analizie ilościowej rezultatów projektów, zestawienia nie mogły uwzględnić faktycznie dokonanych transakcji. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że projekty są nadal w trakcie realizacji.

Jak należy ocenić efektywność wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ, mając na uwadze stosunek wielkości wydatków przeznaczonych w budżecie projektu na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków *stricte* inwestycyjnych? Jak procentowo przedstawia się stosunek tych wydatków?

Analiza efektywności kosztowej przedstawiona jest dla poszczególnych rodzajów inwestycji.

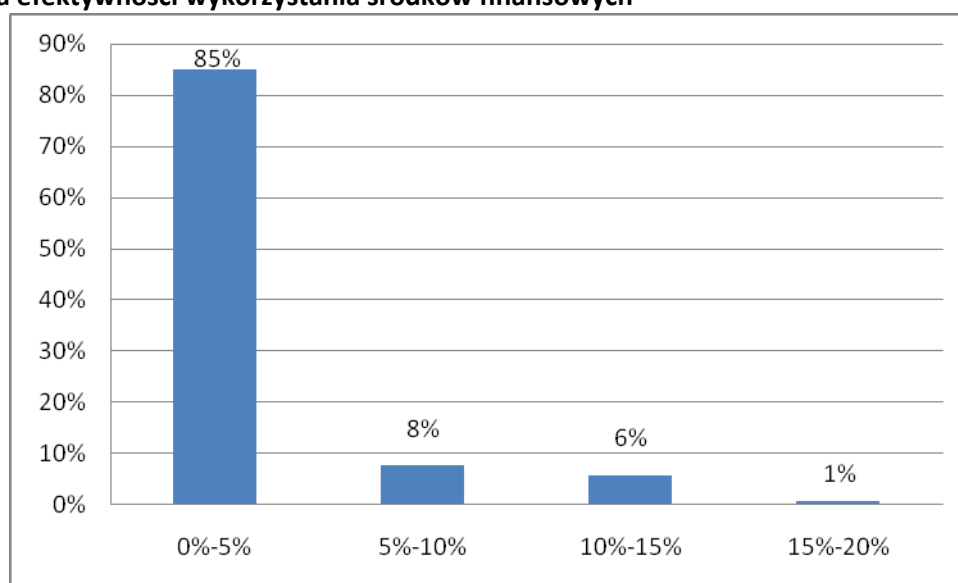
Ambulanse

Wartość projektów⁵² realizowanych w ramach konkursu nr 1/2008, wynosi **124 291 934,00 zł**⁵³ kosztów kwalifikowalnych, z czego 121 499 761,81 zł (98%) stanowią koszty inwestycji. Wartość pojedynczych projektów dotyczących zakupu ambulansów mieści się w przedziale od 234 759,37 zł do 5 645 300,00 zł, z czego koszty inwestycji przyjmowały wartości z przedziału od 211 308,97 zł do 5 612 000,00 zł.

⁵² Informacje o wartościach uzyskane na podstawie harmonogramów rzeczowo-finansowych nie stanowią w większości przypadków wartości umów o dofinansowanie

⁵³ W ramach projektów dotyczących inwestycji w ambulanse nie zidentyfikowano kosztów niekwalifikowalnych

Wykres 35 Struktura projektów realizowanych w ramach konkursu nr 1/2008 według wartości wskaźnika efektywności wykorzystania środków finansowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonej analizy umów o dofinansowanie w ramach konkursu nr 01/2008 (Działanie 12.1)

Aż 85% wszystkich projektów zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego stanowią te, dla których stosunek wielkości wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją do poniesionych wydatków inwestycyjnych wynosi nie więcej niż 5%. Pozostałe 15% stanowią projekty ze wskaźnikiem efektywności wynoszącym od 5% do 20%.

Odnotowano także przypadki, w których wartość projektu równa się wartości inwestycji – stanowią one 16% wszystkich projektów na zakup ambulansów. Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że znaczna część beneficjentów konkursu nr 01/2008 efektywnie zarządza środkami pozyskanymi z PO liŚ.

Czas trwania projektów obejmujących zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego został określony na podstawie zadań ujętych w harmonogramie rzeczowo-finansowym (załącznik nr 3 do umowy dofinansowanie). Pod uwagę wzięto datę rozpoczęcia pierwszego i datę zakończenia ostatniego zadania realizowanego w ramach danego projektu.

Czas trwania projektów mieści się w przedziale od 1 do 92 miesięcy, jednak w większości przypadków są to projekty o stosunkowo krótkim czasie realizacji: 40% wszystkich projektów to projekty realizowane nie dłużej niż przez 10 miesięcy, 41% to projekty z czasem wykonania od 10 do 20 miesięcy, 13% stanowią projekty trwające od 20 do 30 miesięcy. Pozostałe 6% to projekty, których okres realizacji przekracza 30 miesięcy. Stosunkowo długi czas realizacji części projektów wynika z faktu iż etap związany z przygotowaniem, promocją czy etap operacyjny były znacznie dłuższe od etapu dotyczącego zakupu ambulansu, który nie trwał więcej niż kilka miesięcy.

Infrastruktura/sprzęt i aparatura medyczna

Wartość⁵⁴ wszystkich analizowanych projektów obejmujących inwestycje w infrastrukturę oraz sprzęt i aparaturę medyczną zrealizowanych w ramach Działania 12.1 i 12.2. PO liŚ wynosi **1 339 967**

⁵⁴ Informacje o wartościach uzyskane na podstawie harmonogramów rzeczowo-finansowych nie stanowią w większości przypadków wartości umów o dofinansowanie

533,76 zł⁵⁵ kosztów kwalifikowalnych, z czego 1 296 236 167,35 zł (niecałe 97%) stanowią koszty inwestycji.

Pozostałe koszty przedstawiały się następująco:

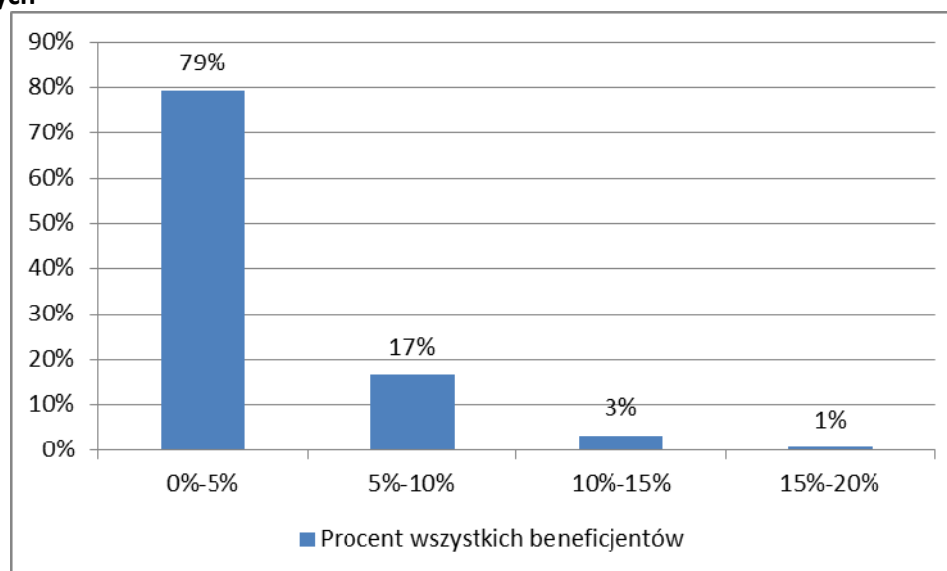
- a. Koszty przygotowania i zarządzania projektem - 41 157 371,15 zł, co stanowi niewiele ponad 3% łącznej wartości projektów,
- b. Koszty promocji projektu - 2 573 995,26 zł, co stanowi niecałe 0,20% łącznej wartości projektów.

Relacja wielkości łącznych wydatków przeznaczonych w budżecie wszystkich analizowanych projektów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do łącznych poniesionych wydatków strictly inwestycyjnych wynosi 3,37%.

Wartość pojedynczych projektów mieści się w przedziale od **612 395,64 zł** do **109 903 286,01 zł**, w tym koszty inwestycji przyjmowały wartości z przedziału od **554 327,50 zł** do **101 656 713,99 zł**.

Wyniki analizy efektywności wykorzystania środków finansowych w ramach analizowanych projektów przedstawia poniższy wykres.

Wykres 36 Struktura projektów według wartości wskaźnika efektywności wykorzystania środków finansowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=149

Zgodnie z wykresem 79% stanowią projekty, dla których stosunek wielkości wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją do poniesionych wydatków inwestycyjnych wynosi nie więcej niż 5%. Pozostałe 20% stanowią projekty ze wskaźnikiem efektywności wynoszącym od 5% do 15%.

Odnotowano także przypadki, w których wartość projektu równa się wartości inwestycji – stanowią one 1% wszystkich analizowanych projektów. Wiąże się to przede wszystkim z brakiem uwzględnienia kosztów przygotowania i zarządzania projektem oraz promocją projektu w kosztach kwalifikowanych.

⁵⁵ Łączna wartość projektów (koszty kwalifikowalne + niekwalifikowalne) wynosi 1 473 248 215,64 zł

Czas trwania projektów został określony na podstawie zadań ujętych w harmonogramie rzeczowo-finansowym (załącznik nr 3 do umowy dofinansowanie). Pod uwagę wzięto datę rozpoczęcia pierwszego i datę zakończenia ostatniego zadania realizowanego w ramach danego projektu.

Okres trwania projektów obejmujących inwestycje w infrastrukturę mieści się w przedziale od 4 do 80 miesięcy. Krótki, 4-miesięczny czas trwania projektu, ma swoje uzasadnienie w zakresie rzeczowym projektu – jest to projekt dotyczący *stricte* zakupu sprzętu medycznego. Stosunkowo długi czas realizacji części projektów wynika z faktu iż przygotowanie projektu było znacznie dłuższe od etapu *stricte* inwestycyjnego. Przygotowanie projektów obejmowało m.in. studium wykonalności inwestycji, które w kilku przypadkach realizowane było przed podpisaniem umowy o dofinansowanie projektu. Średni czas trwania projektów wyniósł 32 miesiące.

Lądowiska/bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

W przypadku projektów dotyczących inwestycji w lądowiska, efektywność wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów została rozpatrzona na podstawie projektów dotyczących *stricte* lądowisk – 27 projektów konkursowych (4 projekty wyłonione w konkursie 2/2008 i 23 projekty wyłonione w konkursie 1/2010) i 1 projektu indywidualnego (Wyposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – Etap 1). W analizie nie wzięto pod uwagę projektów kompleksowych ze względu na to, że koszty inwestycyjne zawierały również koszty inwestycji w sprzęt medyczny i/lub inwestycje w obiekty infrastrukturalne (SOR lub inne obiekty ZOZ).

W analizie uwzględniono zawarte w harmonogramach rzeczowo-finansowych, koszty przygotowania i zarządzania projektem, koszty promocji projektu oraz koszty inwestycji. Analizą objęto koszty kwalifikowalne projektu.

Zgodnie z udostępnioną dokumentacją wartość projektów⁵⁶ konkursowych dotyczących *stricte* lądowisk wyniosła **55 534 609,30 zł**⁵⁷ kosztów kwalifikowalnych, z czego poszczególne łączne koszty przedstawiały się następująco:

- a. Koszty inwestycji (lądowisko) - 50 619 912,43 zł, co stanowi niecałe 91% łącznej wartości projektów,
- b. Koszty przygotowania i zarządzania projektem - 4 561 910,76 zł, co stanowi ponad 8% łącznej wartości projektów,
- c. Koszty promocji projektu - 292 762,01 zł, co stanowi niecałe 0,5 % łącznej wartości projektów.

Wartość pojedynczych projektów konkursowych mieści się w przedziale od **228 810,00 zł** do **6 215 220,00 zł**, z czego koszty inwestycji przyjmowały wartości z przedziału od **225 310,00 zł** do **5 846 787,55 zł**.

Zgodnie z udostępnioną dokumentacją wartość projektu indywidualnego dotyczącego inwestycji w bazę LPR wyniosła **43 182 012,92 zł**, z czego poszczególne łączne koszty przedstawiały się następująco:

⁵⁶ Informacje o wartościach uzyskane na podstawie harmonogramów rzeczowo-finansowych nie stanowią w większości przypadków wartości umów o dofinansowanie

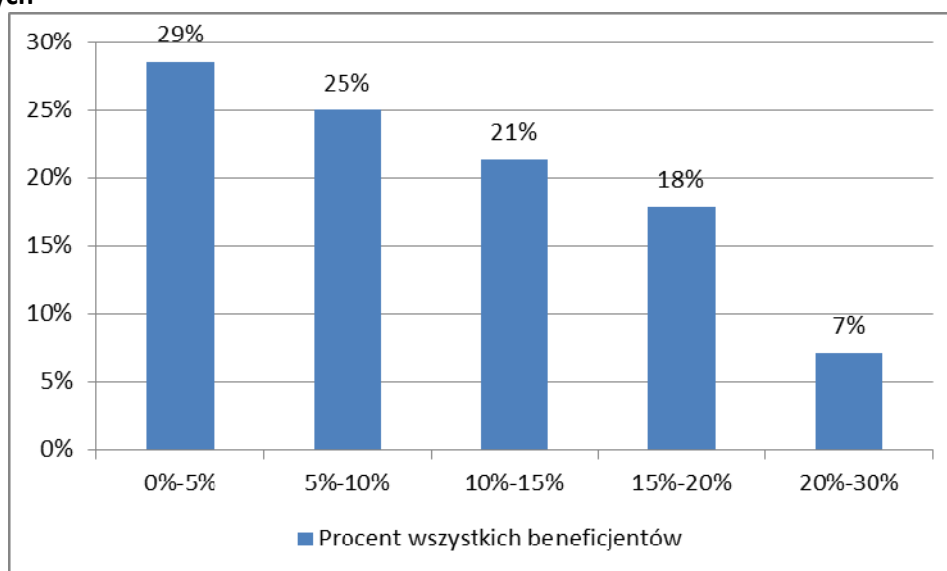
⁵⁷ Łączna wartość projektów (koszty kwalifikowane + niekwalifikowane) wynosi 63 420 917,62 zł

- a. Koszty inwestycji (ładowiska) - 41 689 492,92 zł, co stanowi ponad 96% łącznej wartości projektu,
- b. Koszty przygotowania i zarządzania projektem - 1 492 520,00 zł, co stanowi niecałe 4% łącznej wartości projektu,
- c. Koszty promocji projektu – 0 zł.

Relacja wielkości łącznych wydatków przeznaczonych w budżecie projektów konkursowych na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do łącznych poniesionych wydatków strictly inwestycyjnych wynosi 6,9 %. Jeśli wziąć pod uwagę również wydatki w ramach projektu indywidualnego relacja wydatków osiąga wówczas poziom 3,6%.

Wyniki analizy efektywności wykorzystania środków finansowych w ramach analizowanych projektów przedstawia poniższy wykres. Zgodnie z wykresem 54% stanowią projekty, dla których stosunek wielkości wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją do poniesionych wydatków inwestycyjnych wynosi od 0 do 10%. Pozostałe 39% stanowią projekty ze wskaźnikiem efektywności wynoszącym od 10% do 20%. Z kolei 7% stanowiły projekty, gdzie koszty zarządzania/przygotowania i promocji projektu stanowiły ponad 20% kosztów inwestycji. Biorąc pod uwagę skrajne przedziały, część projektów stanowiły te, w których, jako kwalifikowalnych kosztów, nie uwzględniono kosztów przygotowania i zarządzania projektami oraz kosztów promocji. Zdarzył się również przypadek braku kosztów przygotowania i zarządzania projektem przy jednoczesnym ujęciu kosztów promocji.

Wykres 37 Struktura projektów według wartości wskaźnika efektywności wykorzystania środków finansowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy desk research; N=28

Czas trwania projektów został określony na podstawie zadań ujętych w harmonogramie rzeczowo-finansowym (załącznik nr 3 do umowy o dofinansowanie). Pod uwagę wzięto datę rozpoczęcia pierwszego i datę zakończenia ostatniego zadania.

Czas trwania analizowanych projektów należy rozpatrywać według:

- projektów dotyczących stricte inwestycji w lądowiska,
- projektów kompleksowych obejmujących, poza inwestycją w lądowisko, inne inwestycje.

Średni okres trwania projektów kompleksowych był dłuższy ze względu na zakres rzeczowy inwestycji realizowanych w ramach projektów. Czas trwania projektów obejmujących *stricte* lądowiska oraz bazy LPR mieści się w przedziale od 6 do 64 miesięcy. Zdecydowana większość projektów realizowana była w okresie od kilkunastu do kilkudziesięciu miesięcy. Stosunkowo długi czas realizacji inwestycji związany był z etapem przygotowawczym (np. przygotowanie studium wykonalności inwestycji), który w kilku przypadkach realizowany przed podpisaniem umowy o dofinansowanie projektu. Z kolei w przypadku projektów kompleksowych obejmujących również inwestycje w lądowiska czas trwania projektów mieścił się w przedziale od 4 do 64 miesięcy, a średni czas wyniósł 19 miesięcy.

Czy w zakresie oceny efektywności wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ można zaproponować usprawnienia, wpływające na lepszą efektywność wydatkowanych środków?

Efektywność wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów jest pochodną wielu czynników, w tym szczególnie takich jak:

- **faktyczna potrzeba danej technologii medycznej/inwestycji w jednostce aplikującej.** Potrzeba zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej powinna być weryfikowana pod kątem nasycenia terytorialnego/populacyjnego danej technologii, oraz opiniowana przez NFZ, pod kątem zarezerwowania w budżecie tej instytucji środków pozwalających na efektywne wykorzystanie inwestycji. Warunek nie spełniony.
- **kompleksowość zakupów inwestycyjnych ujęta we wniosku aplikacyjnym.** Inwestycje budowlane i ich wyposażenie oraz zakup wysokospecjalistycznych technologii medycznych winne być kompleksowo realizowane w ramach jednego wniosku aplikacyjnego. Pozwala na płynne rozpoczęcia eksploatacji inwestycji i jej efektywne wykorzystanie. Warunek spełniony.

Należy szczególnie podkreślić wskazany powyżej wymóg konsultowania/opiniowania przez płatnika inwestycji wpływających na wysokość kontraktu dla danej jednostki - beneficjenta. W świetle wymogu utrzymania trwałości inwestycji przez 5 lat, wiele z podejmowanych działań inwestycyjnych można ocenić jako obciążone ryzykiem, wobec możliwości braku kontraktu przez jednostkę w kolejnych latach⁵⁸.

Jakie zmiany formalne wprowadzone w procedurach Priorytetu XII PO liŚ przyczyniłyby się do podwyższenia efektywności wydatkowania środków?

Procedury formalne Priorytetu XII PO liŚ były generalnie – jak wynika z przeprowadzonych wywiadów – aprobowane przez beneficjentów. W tym kontekście, można uznać, że efektywność wydawanych środków jest zadowalająca.

⁵⁸ Taki scenariusz wystąpił w przypadku zakupu ambulansów, które to działanie nie było skorelowane z terminarzem NFZ ogłaszania konkursów na transport medycznych.

Jednak w kilku opiniach przewijał się postulat **większej elastyczności procedur przekazywania środków finansowych dla beneficjenta** (wskazywano na trudności na które napotyka płynne finansowanie realizowanych inwestycji).

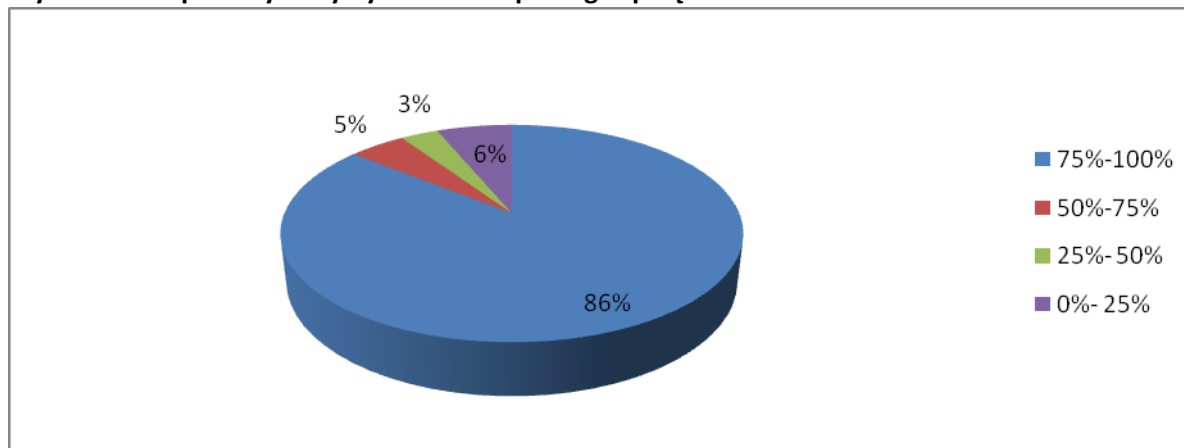
Analizy wymaga także właściwy dobór czasu między ogłoszeniem naboru a jego zamknięciem – beneficjenci wskazywali, że brak czasu jest jedną z głównych barier aplikacyjnych.

W jakim stopniu wykorzystywany jest nowy sprzęt?

Stopień wykorzystywania zakupionego sprzętu zależy jest od popytu na dany rodzaj usługi, możliwości analitycznych placówki (odpowiedniego zaplecza analitycznego, w tym również zatrudnienia techników i specjalistów) oraz od wysokości kontraktu na dany rodzaj świadczenia medycznego. Należy również pamiętać, że sprzęt zakupiony w wyniku projektów finansowanych ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko powinien być w początkowym okresie wykorzystywany w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej i kontraktu z publicznym płatnikiem (NFZ). Zgodnie z informacją uzyskaną w wywiadach pogłębionych z przedstawicielami Instytucji Wdrażającej nie stwierdzono w tym zakresie większych uchybień, chociaż beneficjenci zgłaszają możliwości – a niekiedy również i potrzebę – wykorzystywania sprzętu w sposób komercyjny. W szczególności dotyczy to ambulansów i przypadków, w których kontrakt z NFZ jest zagrożony.

W zdecydowanej większości badanych przypadków, w badaniu kwestionariuszowym CATI przeprowadzonym wśród beneficjentów respondenci stwierdzili, że zakupiony w ramach projektów sprzęt jest wykorzystany w stopniu wysokim (75-100%), co wskazywałoby na wysoką adekwatność alokacji zarówno do potrzeb, jak i możliwości finansowania świadczeń.

Wykres 38 Stopień wykorzystywania zakupionego sprzętu



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Jedynie 8% respondentów twierdzi, że zakupiony sprzęt wykorzystywany jest tylko w 50% lub w mniejszym zakresie, co wskazuje na niską efektywność tych projektów. Obserwuje się również, że obniżone korzystanie ze sprzętów może mieć charakter chwilowy – najczęściej jest to czasowe ograniczenie świadczenia usług medycznych danego rodzaju w okresie adaptacji do zastosowanie sprzętu – lub trwałe. Przyczyny trwałego niskiego wykorzystania zakupionego sprzętu najczęściej tkwią w wysokości kontraktów z NFZ. W przypadkach, kiedy kontrakty z NFZ na usługi wykonywane

na danym rodzaju sprzętu są niewystarczające, placówki bądź ograniczają ich świadczenie, bądź je nadwykonują, co jest zjawiskiem niekorzystnym ze względu na zagrożenie stabilności finansowej placówki. Świadczy ono jednak o niezaspokojonym popycie na usługi i wymagałoby renegotjacji kontraktów z NFZ w następnych okresach rozliczeniowych. Sytuacji takiej można by uniknąć gdyby już na etapie aplikacji propozycje potencjalnych beneficjentów były konfrontowane przez nich samych lub przez jednostkę oceniającą aplikacje z możliwościami finansowymi NFZ w danym zakresie.

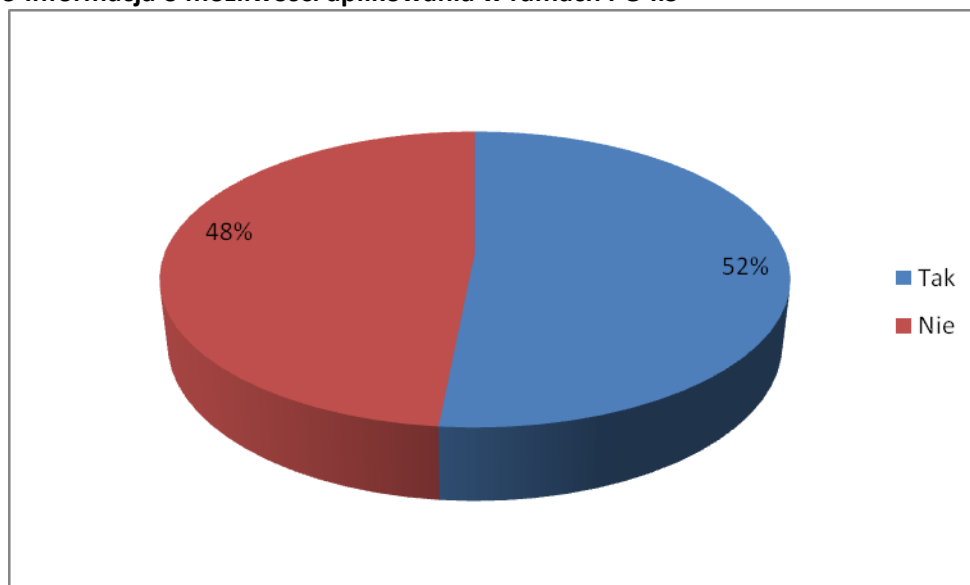
3.5 Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z Priorytetu XII PO IiŚ

Barier w aplikowaniu o środki pochodzące z Priorytetu XII PO IiŚ zostały wszechstronnie scharakteryzowane w oparciu o dane pochodzące z badań ankietowych wśród beneficjentów i od potencjalnych beneficjentów projektu oraz informacje z wywiadów przeprowadzonych z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i ze studiów przypadków.

Czy można zidentyfikować bariery utrudniające skuteczne aplikowanie o środki pochodzące z Priorytetu XII PO IiŚ? Jeśli tak, jakie są to bariery? Jakie rozwiązania należy wprowadzić w celu eliminacji zidentyfikowanych barier?

Wśród barier utrudniających proces aplikacyjny na pierwszym miejscu należy wymienić barierę informacyjną. Wyniki badania wśród potencjalnych beneficjentów pokazały, że blisko połowa spośród ankietowanych instytucji, które nie skierowały wniosku o finansowanie inwestycji ze środków Priorytetu XII PO IiŚ, nie słyszała o możliwości aplikowania. Jest to istotna bariera wejścia do projektu. Należałoby rozważyć przyczyny – zarówno po stronie jednostek jak i Instytucji Zarządzającej - nie dotarcia informacji o projekcie do tej grupy w celu poprawy rezultatów akcji informacyjnej w kolejnych konkursach. W szczególności należy zintensyfikować akcję informacyjną w czterech województwach, które realizowały dotychczas najmniej projektów i w ramach których wydatkowały niewiele środków.

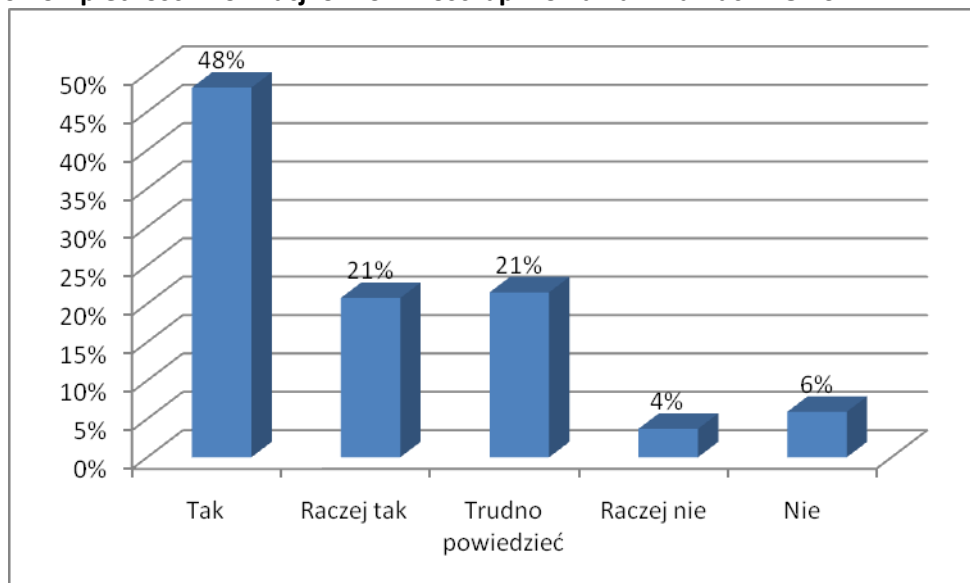
Wykres 39 Informacja o możliwości aplikowania w ramach PO IiŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=262

Natomiast jednostki, które miały informację o możliwości wnioskowania o środki inwestycyjne w projekcie, dobrze oceniają przekazywane im treści, a dostępne informacje uznały za wystarczające.

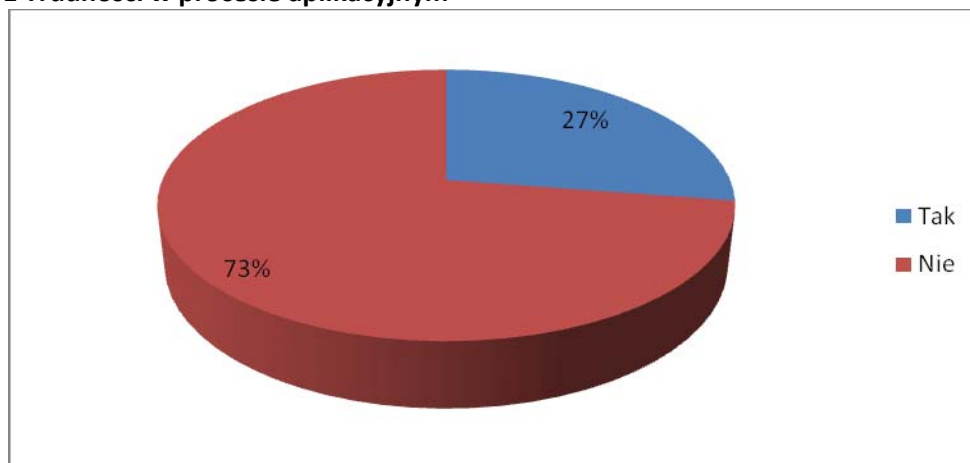
Wykres 40 Kompletność informacji o możliwości aplikowania w ramach PO IiŚ



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=135

Dobra ocena wynika z faktu, że Ministerstwo Zdrowia i CSIOZ organizowało liczne szkolenia dla potencjalnych beneficjentów projektów, prezentując szczegółowe informacje o możliwościach aplikowania oraz formułując szczegółowo kryteria aplikacyjne i instrukcję wypełniania wniosków. W efekcie 78% beneficjentów projektu twierdzi, że na etapie aplikowania nie napotkali większych trudności mimo że – jak deklarują pracownicy MZ i CSIOZ w przeprowadzonych wywiadach indywidualnych – tylko niewielki procent złożonych wniosków nie wymagał dalszych uzupełnień.

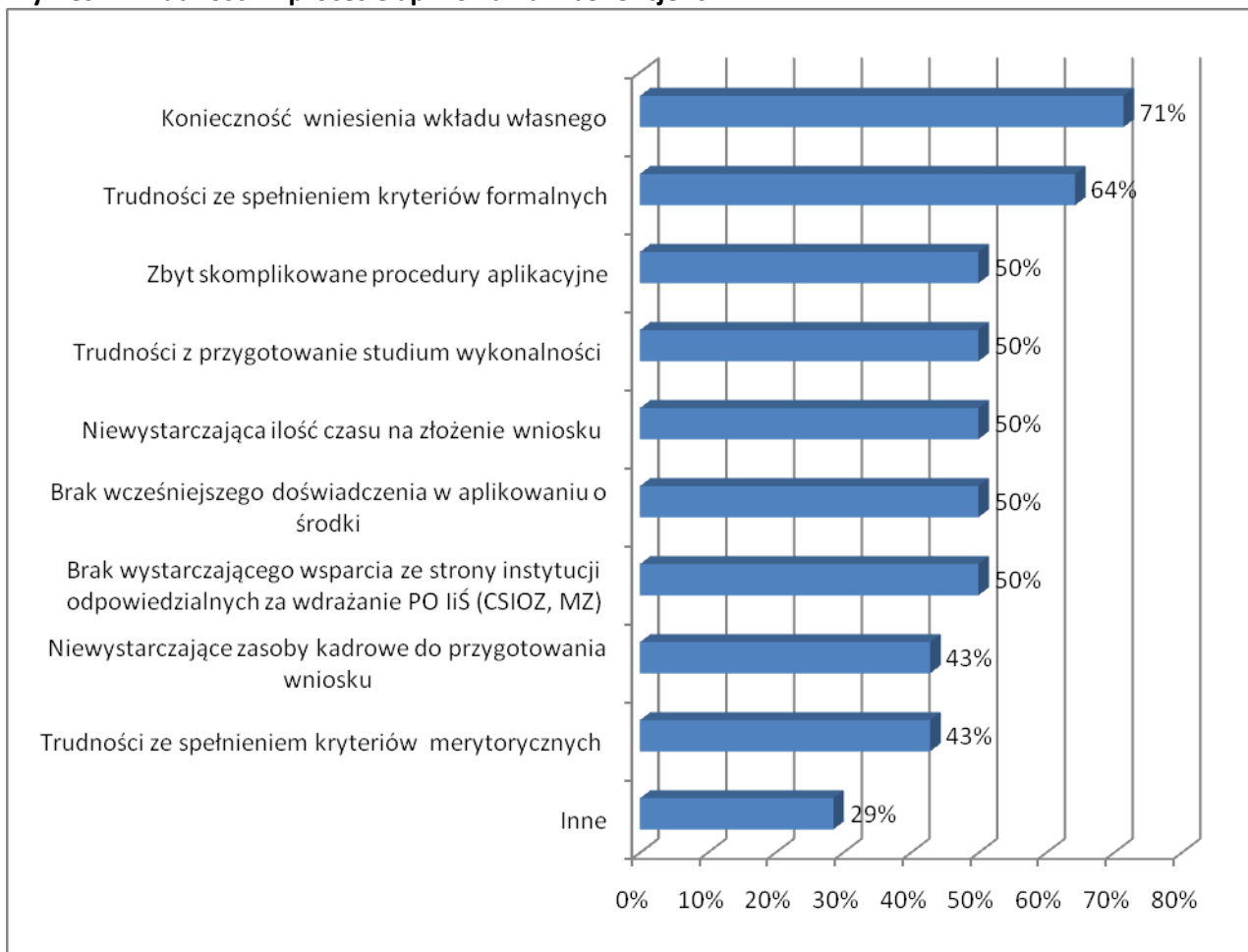
Wykres 41 Trudności w procesie aplikacyjnym



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=200

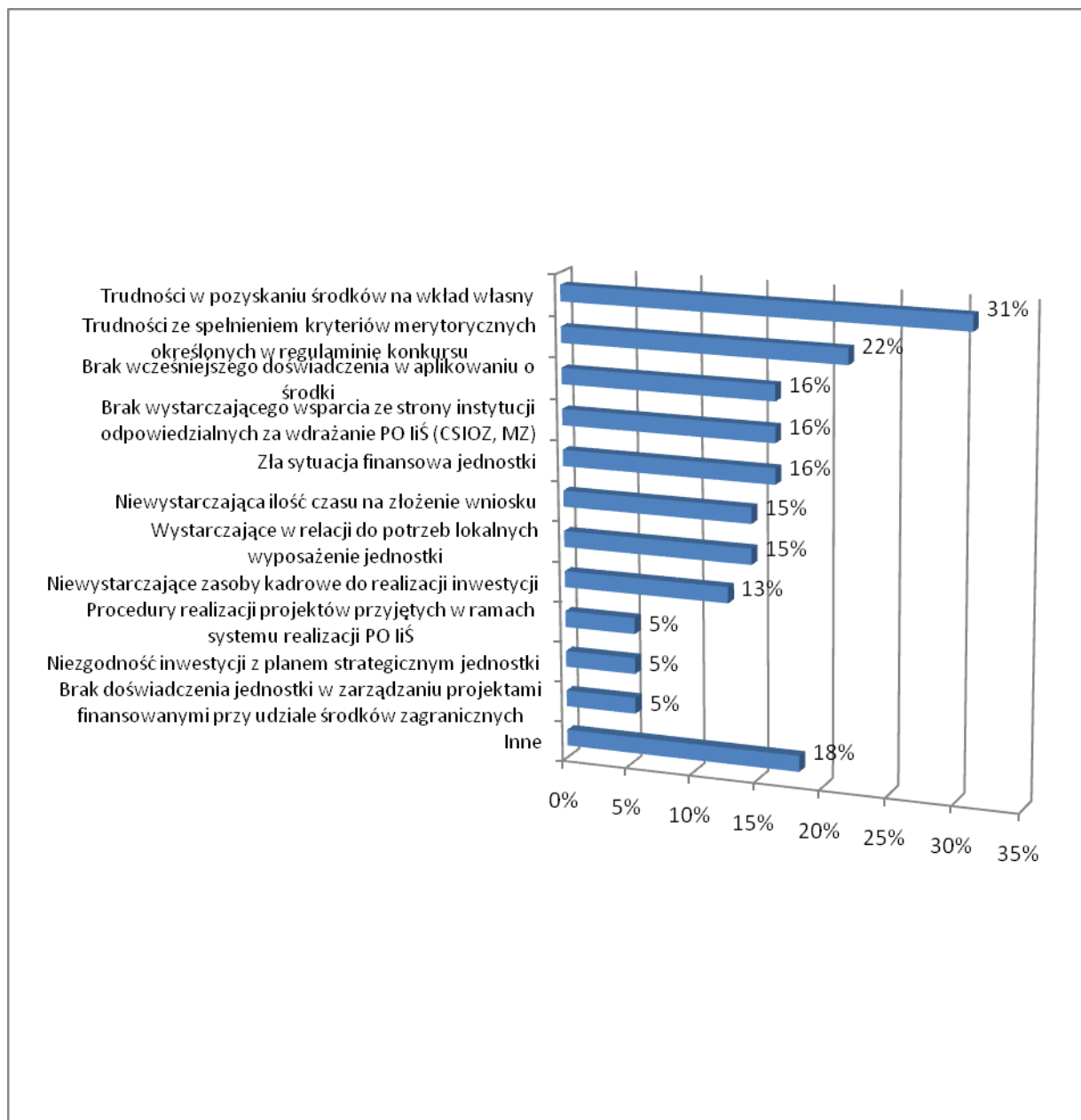
Wśród trudności, które beneficjenci projektów napotkali na etapie aplikacji, wymieniają oni: krótki czas na przygotowanie wniosku, skomplikowane procedury aplikacyjne i trudności ze spełnieniem kryteriów formalnych oraz zgromadzeniem odpowiedniego wkładu własnego. Krótki czas na sporządzenie dokumentacji był szczególnie dotkliwy dla placówek wnioskujących o finansowanie inwestycji budowlanych i lądowisk, wymagających sporządzenia odpowiednich planów technicznych.

Wykres 42 Trudności w procesie aplikowania – beneficjenci



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=122

Wykres 43 Czynniki wpływające na decyzję o nieaplikowaniu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CATI, N=55

Z kolei jednostki, które nie zdecydowały się na złożenie wniosku o finansowanie inwestycji w ramach Priorytetu XII PO liŚ, podkreślają problemy ze zgromadzeniem środków na wkład własny, trudną sytuację finansową i spełnienie innych kryteriów merytorycznych określonych w regulaminie konkursu.

Inne problemy związane ze składanymi wnioskami pojawiły się w związku z:

- **niską jakością wniosków.** Niektóre wnioski składane były nieterminowo – dotyczy to również nieterminowego składania uzupełnień wniosków, potencjalni beneficjenci wykazywali nieumiejętność skompletowania załączników, mieli także trudności z właściwym wypełnianiem pól wniosku.

- **przekształceniami statusu formalnego jednostek aplikujących.** Likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które w swojej pierwotnej formule prawnej złożyły wnioski o dofinansowanie projektów, spowodowało znaczne perturbacje i wymagało zmiany beneficjenta – umowy o dofinansowanie podpisywane były z publicznymi organami założycielskimi/właścicielami przekształconych jednostek.

Natomiast bariery w procesie realizacji projektów finansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ związane są ze zmianami proceduralnymi, które zostały dokonane na etapie aplikowania/realizacji projektów. I tak:

- **zmiana/brak kontraktu beneficjenta z NFZ.** Brak umowy beneficjenta z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (udzielanych dotychczas, lecz niekontynuowanych wobec przegrania konkursu na udzielanie tego rodzaju świadczeń) powiązanych z realizacją projektu uniemożliwia podpisanie umowy beneficjenta z IW. Zatem w przypadku gdy beneficjent po podpisaniu umowy stracił kontrakt z NFZ, konieczne było podejmowanie decyzji o rozwiązaniu umowy o dofinansowanie - wstrzymywane do momentu wyczerpania przez beneficjenta administracyjnych środków odwoławczych.
- **zmiana ustawy o finansach publicznych.** Ta zmiana regulacji prawnych dotyczy jednostek badawczo-rozwojowych. W wyniku wejścia w życie ustawy (z dniem 1 stycznia 2010) niemożliwe stało się przekazywanie beneficjentom wsparcia finansowego w wysokości 100% kwoty wydatków kwalifikowalnych. Wynikało to ze zmiany zapisów SzOP (z dnia 05.07.2010) dotyczących jednostek badawczo-rozwojowych.

W świetle zdezaktualizowanych zapisów SzOP, w części dotyczących poziomów dofinansowania dla Działania 12.2, jedynie jednostki budżetowe i inne jednostki sektora finansów publicznych, zapewniające wkład własny ze środków budżetu państwa, mogły otrzymać 100% dofinansowania, a jednostki sektora finansów publicznych, zapewniające wkład własny ze środków innych niż budżet państwa – 85% dofinansowania. Po zmianie regulacji, beneficjenci będący jednostkami zapewniającymi wkład własny ze środków budżetu państwa otrzymują 100% dofinansowanie, a jednostki zapewniające wkład własny ze środków innych niż budżet państwa (np. prywatne, inne środki publiczne) – 85% dofinansowania.

Zidentyfikowano również problemy związane z realizacją projektów wynikające z:

- a. Wymogów środowiska zewnętrznego:
 - **trudności w osiągnięciu zaplanowanego poziomu inwestycji** i potrzeba zmiany kosztorysu w związku ze zmianami kursowymi Euro oraz zmianami cen produktów.
 - **przewlekane rozliczenia końcowego lądowisk** - wynika ono z obowiązku wprowadzenia lądowiska do spisu lądowisk cywilnych przez Urząd Lotnictwa Cywilnego.
- b. Problemów organizacji pracy i zarządzania po stronie beneficjenta:
 - **problemy z poprawną identyfikacją kosztów kwalifikowalnych,**
 - **problemy z wizualizacją projektu** wynikające z niezrozumienia przez beneficjentów i niedopilnowania zasad wizualizacji.

W celu eliminacji zidentyfikowanych barier należałoby:

a. Na etapie aplikacji i oceny wniosku:

- Poszerzyć bazę i zintensyfikować akcję informacyjną trafiając do wszystkich potencjalnie zainteresowanych jednostek ochrony zdrowia,
- Kontynuować szkolenia dla potencjalnych wnioskodawców oraz dystrybucję informacji o konkursach drogą internetową i pocztową,
- Przeprowadzić szkolenie dla wnioskodawców z udziałem instytucji prywatnych (głównie instytucji bankowych) oraz przedstawicieli samorządów regionalnych i lokalnych dotyczące możliwości pozyskiwania środków finansowych na wkład własny,
- Dostosować przepisy prawne i regulamin konkursu do zmieniającej się formy prawnej beneficjentów w związku z wejściem w życie Ustawy o Działalności Leczniczej (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654.) i przekształceniami własnościowymi beneficjentów i potencjalnych beneficjentów w przyszłych konkursach. Dotyczy to sytuacji, w której w trakcie aplikacji następuje przekształcenie w spółkę – obecnie obowiązujące przepisy regulujące przebieg postępowań konkursowych nie uwzględniają (zdaniem beneficjentów, którzy podlegali przekształceniom własnościowym) możliwości kontynuowania udziału w projekcie bez wymiany części dokumentów składanych w ramach konkursów (w skrajnym przypadku trzeba było wymienić cały wniosek złożony przez publiczny ZOZ, który uległ przekształceniom własnościowym – w trakcie oceny wniosków).

b. Na etapie realizacji projektu:

- Dostosować przepisy i regulacje związane z realizacją i rozliczeniem projektów w związku z wejściem w życie Ustawy o Działalności Leczniczej (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654.) tj. w sytuacjach gdy w trakcie realizacji projektu następują przekształcenia własnościowe beneficjentów i zmienia się ich forma prawna. Takie sytuacje wymagają zachowania ciągłości rozliczeń, chociaż jednostka w związku ze zmianami właścicielskimi może ulegać przekształceniom (np. zmiana wielkości oddziałów, struktury organizacyjnej jednostki, metod zarządzania),
- Zacieśnić i wprowadzić dodatkowe zalecenia dla współpracy Instytucji Wdrażającej z beneficjentami projektu, w szczególności ustalić w jakich okresach (np. raz na kwartał) beneficjenci mogą wnioskować o zmiany w projekcie i usprawnić procedurę akceptacji/odrzućenia propozycji beneficjentów⁵⁹.
- Skrócić czas od złożenia aplikacji do rozpoczęcia faktycznej realizacji projektu w celu uniknięcia drastycznych zmian kosztorysu spowodowanych zmianą cen,
- Uwrażliwić beneficjentów realizujących budowę lądowiska na problemy związane z wprowadzeniem lądowiska do spisu lądowisk cywilnych.

⁵⁹ W wywiadach pogłębionych (IDI) pracownicy Instytucji Wdrażającej wskazywali na nadmierne obciążenie ilością projektów objętych nadzorem przypadających na 1 pracownika, nadmierną ilość wniosków kierowanych przez beneficjentów do Instytucji Wdrażającej (zgodnie z podanymi przykładami zdarzają się przypadki gdy jeden beneficjent występuje do IW w kilku sprawach w ciągu jednego miesiąca) oraz brak możliwości samodzielnego podejmowania decyzji w odpowiedzi na wnioski.

4. Wnioski i rekomendacje

Podsumowując, realizację projektów ze środków Priorytetu XII PO LiŚ należy ocenić dobrze. Przede wszystkim środki inwestycyjne w ochronie zdrowia były i są niezwykle potrzebne. Kierowanie środków inwestycyjnych do sektora ochrony zdrowia pozwala mu na utrzymanie wysokich standardów leczenia, jakości i zwiększenie potencjalnej dostępności usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów.

Inwestowanie w potrzeby sektora zdrowotnego wpisuje się w cele strategii europejskich, w tym przede wszystkim Strategii Europa 2020, poprzez dążenie do innowacyjności, włączenia społecznego oraz proekologiczność inwestycji. Inwestowanie w ramach Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko ma wymiar innowacyjny w sensie zastosowania w opiece zdrowotnej nowych technologii i zwiększenia dostępu do nich oraz proekologiczny, przyczyniając się do szerszego stosowania technologii energooszczędnych. Przy czym w zakresie proekologiczności obejmuje również inwestycje w zakresie odnawialnych źródeł energii oraz inwestycje w proekologiczne metody utylizacji odpadów z działalności szpitalnej itp. W wymiarze włączenia społecznego najistotniejszym efektem działań inwestycyjnych jest potencjalne zwiększenie dostępu do świadczeń medycznych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Równie istotne i najczęściej podkreślane przez beneficjentów programu jest przystosowanie placówek ochrony zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych. Jednocześnie działania podejmowane w ramach Priorytetu XII PO LiŚ powinny przyczyniać się, w perspektywie wieloletniej, do polepszenia stanu zdrowia populacji, a więc zwiększenia jego produktywności, a tym samym wpływać na rynek pracy i prowadzić do pozytywnych efektów ekonomicznych.

Pozytywnie należy ocenić przeznaczenie środków w ramach Priorytetu XII PO Infrastruktura i Środowisko na realizację projektów dostosowujących infrastrukturę do nowych regulacji prawnych. W szczególności dotyczy to budowy ładowisk dla śmigłowców sanitarnych w ramach tworzonych SOR, których wysokie koszty w większości przypadków nie zostałyby pokryte ze środków własnych zainteresowanych jednostek. Przeprowadzona ewaluacja pokazała przede wszystkim dużą skalę potrzeb w sektorze ochrony zdrowia zarówno historycznych (o czym świadczy zainteresowanie projektami znacznie przekraczające pierwotne możliwości ich finansowania) jak i przyszłościowych.

Jeśli chodzi o zarządzanie projektami, nie zostały wykazane istotne uchybienia. Zarówno beneficjenci jak i reprezentanci Instytucji Zarządzającej oraz Instytucji Wdrażającej byli zadowoleni ze współpracy, chociaż wskazywali na uchybienia dotyczące procedur wnioskowania i realizacji wynikające ze zmieniającego się prawa, niedostatecznej wiedzy w zakresie zarządzania projektami czy długotrwałości procedur.

Na obecnym etapie realizacji projektów niemożliwe jest dokonanie pełnej oceny ich efektywności ze względu na fakt, że duża liczba inwestycji jest wciąż na etapie wdrażania. Można jedynie stwierdzić, że większość zakończonych inwestycji została zrealizowana sprawnie i efektywnie, biorąc pod uwagę koszty operacyjne projektów. Potrzebna byłaby jednak kolejna analiza efektywności wszystkich zrealizowanych inwestycji, przeprowadzona po zakończeniu ich wdrażania i zawarciu odpowiednich umów z NFZ.

Ocena alokacji środków inwestycyjnych jest utrudniona przez brak dokumentacji istniejącej infrastruktury i potrzeb krajowych/regionalnych w jej zakresie. W tym wymiarze potrzebna byłaby tutaj dalsza analiza umożliwiająca pełną ocenę inwestycji w odniesieniu do potrzeb i

zaproponowanych w tekście wskaźników efektywnościowych. Dotychczasowa alokacja bazowała na potrzebach zgłaszanych przez zainteresowane jednostki. Takie konkursowe podejście premiuje aktywnych, ale przykładowo, nie rozwiązuje problemu niewystarczającej liczebności łądowisk śmigłowców sanitarnych w północno-wschodnim i północno-zachodnim regionie kraju.

Wnioski dotyczące organizacji podobnych konkursów w następnej perspektywie finansowej lub ze środków rezerwowych w Priorytecie XII PO liś:

- Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych populacji i planowanie inwestycji w ramach sieci usług medycznych, zależnej od aktualnego wyposażenia jednostek na poziomie kraju/regionu i na poziomie lokalnym. W celu oceny adekwatności potrzeb należałoby wprowadzić wskaźniki aktualnej dostępności usług np. w postaci okresów oczekiwania na wykonanie określonych badań diagnostycznych na poziomie regionalnym i lokalnym, czasu dojazdu na badanie diagnostyczne na poziomie regionalnym i lokalnym, sprawności funkcjonowania systemu ratownictwa (np. na podstawie wskaźnika czasu dojazdu do osoby potrzebującej pomocy) na poziomie regionalnym i lokalnym. Umożliwiłoby to przygotowanie mapy potrzeb inwestycyjnych na poziomie krajowym/regionalnym/lokalnym i planowanie inwestycji również w odpowiedzi na te potrzeby, a nie prawie wyłącznie na zapotrzebowanie definiowane samodzielnie przez jednostki wnioskujące. Jest to szczególnie ważne w przypadku inwestycji w sprzęt wysokospecjalistyczny, wymagający zarówno znacznych nakładów inwestycyjnych jak i odpowiednio przygotowanej kadry medycznej umożliwiającej efektywne wykorzystanie inwestycji.
- Należy zauważyć, że wąsko ukierunkowane projekty (np. zakup ambulansów) obejmujące sprzęt o relatywnie krótkim okresie użytkowania (w przypadku ambulansów, od 5 do 8 lat), niesie za sobą w przyszłości skumulowaną potrzebę zapewnienia środków (równych co najmniej kwocie inwestowanej obecnie) na odtworzenie zużytych zasobów. Celowe jest planowanie konkursów w kilku terminach (np. corocznie przez kilka lat), co doprowadzi do „rozłożonego w czasie” zakupu i instalowania sprzętu u beneficjentów. W rezultacie zakończenie amortyzacji dofinansowanego sprzętu nie będzie skumulowane w ciągu 1-1,5 roku lecz rozłożone na kilka lat.
- Rozważenie możliwości wprowadzenia kilku kolejnych całorocznych naborów w ramach tego samego Priorytetu. W efekcie tego będzie możliwe podniesienie jakości wniosków i dyscypliny jednostek aplikujących (wniosek wykazujący braki jest odrzucany, z możliwością aplikacji w następnym naborze).
- Dostosowanie kryteriów i długości czasu naboru projektów do ich specyfiki. Projekty obejmujące wyłącznie zakupy sprzętu są istotnie łatwiejsze w aplikacji w porównaniu do projektów budowlanych i/lub budowlano-sprzętowych. W przypadku projektów obejmujących prace budowlane, okres naboru projektów powinien być istotnie dłuższy niż w przypadku projektów wyłącznie sprzętowych. Niedostateczna ilość czasu na przygotowanie i złożenie wniosku oraz skomplikowane procedury aplikacyjne były wskazywane przez beneficjentów jako podstawowe bariery aplikacyjne.
- Wsparcie jednostek w tych obszarach, w których powstają nowe regulacje prawne i ustanawiane są nowe standardy leczenia, a jednostki mogą mieć niewystarczające środki finansowe do ich wprowadzenia.

- Skoordynowanie planów inwestycyjnych i oceny wniosków z planami finansowymi płatnika na poziomie regionalnym, co przyczyni się do podniesienia trwałości projektów. Proponowana koordynacja oznaczałaby konsultację z NFZ odnośnie:
 - czasu trwania kontraktu beneficjenta w obszarze objętym projektem, tak, by czas trwania kontraktu i czas trwałości projektu były w przybliżeniu zgodne;
 - możliwości podpisania pomiędzy NFZ i beneficjentem kontraktu zapewniającego efektywne wykorzystanie zakupionej wysokospecjalistycznej technologii medycznej.
- Skierowanie uwagi na potrzeby inwestycyjne związane ze zmianami demograficznymi i największymi problemami epidemiologicznymi populacji (np. leczenie nowotworów, chorób systemu krążenia, chorób układu ruchowego i chorób przewlekłych i ograniczających mobilność osób starszych).

Numer	Tytuł Raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat Rekomendacji	Sposób Wdrożenia	Status	Termin Realizacji	Klasyfikacja	Obszar Tematyczny
1.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Ewaluacja wykonana w ramach projektu "Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia" ma charakter mid-term review, ponieważ znaczna część projektów jest w trakcie realizacji i nie można poznać oraz ocenić kompletnych efektów realizacji projektu, w tym efektów mierzalnych, np. osiągnięcia zakładanych wskaźników realizacji projektu. Można jedynie stwierdzić, że większość zakończonych inwestycji została zrealizowana sprawnie i efektywnie. Po zakończeniu realizacji wszystkich projektów należy przeprowadzić ostateczną ocenę efektywności wykorzystania środków w ramach Priorytetu XII PO IiŚ str. 121	Dodatkowa analiza skuteczności (wymiar jakościowy, ocena wpływu na sytuację zdrowotną) i efektywności (wymiar ilościowy, w tym osiągnięcie zakładanych wskaźników rezultatu oraz efektywność kosztowa) wszystkich projektów po zakończeniu ich wdrażania str. 121	Ministerstwo Zdrowia	Wyłonienie ewaluatora w wyniku przetargu ogłoszonego przez MZ. Przeprowadzenie dodatkowej ewaluacji po zakończeniu realizacji wszystkich dofinansowanych projektów. Zapewnienie na ten cel odpowiednich środków finansowych z technical assistance.		Po zakończeniu realizacji projektów w ramach XII Priorytetu PO IiŚ		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013
2.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie	Ogłaszanie konkursów na jeden rodzaj sprzętu medycznego (np. ambulanse) w tym	Ogłaszanie kilku kolejnych corocznych konkursów (odpowiedni podział	Ministerstwo Zdrowia	Ogłaszanie konkursów na jeden rodzaj sprzętu medycznego rozłożone w czasie (np. w ciągu 3 lat) tak,		Na etapie planowania harmonogramu ogłaszania		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

	XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	samym czasie sprawia, że po okresie zakończenia amortyzacji zakupionego sprzętu (5-8 lat) wystąpi wśród obecnych beneficjentów na terenie całego kraju duże zapotrzebowanie na odnowienie zasobów infrastrukturalnych. Takie zapotrzebowanie może być trudne do sfinansowania w przyszłości. str. 122	środków przeznaczonych na dofinansowanie) str. 122		by również przyszłe zapotrzebowanie na sprzęt medyczny (po zakończeniu okresu amortyzacji) nie było skumulowane w ciągu 1-1,5 roku.		nowych konkursów		
3.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Przygotowanie dokumentacji technicznej i planów zagospodarowania terenu dla inwestycji budowlanych i lądowisk jest zarówno kosztowne jak i czasochłonne, sprawiając potencjalnym beneficjentom znaczne problemy. str. 116, str. 122	Dostosowanie kryteriów i długości czasu naboru projektów do ich specyfiki str. 122	Ministerstwo Zdrowia	Odpowiednie wydłużenie czasu naboru dla inwestycji, w których wymagane jest szczegółowe przedstawienie dokumentacji budowlanej czy planów zagospodarowania terenu		Na etapie tworzenia i aktualizacji regulaminów konkursów		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013
4.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Wejście w życie ustawy o działalności leczniczej (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654.) sprawiło, że wielu publicznych beneficjentów Priorytetu XII PO liŚ ulegnie przekształceniom własnościowym, a co za tym idzie zmieni się ich struktura organizacyjna,	Dostosowanie regulaminu konkursu i sposobu rozliczenia projektów do zmieniającej się formy prawnej beneficjentów w związku z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej (ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654.) i	Ministerstwo Zdrowia	Przygotowanie odpowiedniej zmiany przepisów dotyczących konkursów ogłaszanych w ramach Priorytetu XII PO liŚ.		Na etapie tworzenia i aktualizacji regulaminów konkursów		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

		i reprezentacja zewnętrzna. Dotychczas, jeżeli takie zmiany własnościowe następowały w trakcie trwania procedury konkursowej zachodziła konieczność wymiany części lub nawet całości wniosku – co było uciążliwe dla wnioskodawców. str. 120	przekształceniami własnościowymi beneficjentów. Celem dostosowań powinno być zachowanie ciągłości projektów i ich trwałości, mimo zmieniającej się formy właścicielskiej. str. 120						
5.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Wysoki wskaźnik błędów popełnianych przy wypełnianiu dokumentacji konkursowej na etapie aplikowania. Problemy beneficjentów związane z rozliczaniem projektów. str. 118	Organizacja szkoleń dla beneficjentów (w przypadku uruchomienia nowego konkursu w ramach Priorytetu XII PO liŚ) str. 120	Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Szkolenia w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - przygotowania jednostek do oceny zapotrzebowania na dofinansowanie - instrukcji wypełniania wniosków o dofinansowanie - możliwości pozyskania dodatkowych środków prywatnych - rozliczeń finansowych i formalnych projektów 		Przed planowanym naborem wniosków o dofinansowanie oraz w trakcie realizacji projektów przez beneficjentów		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013
6.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	W dotychczasowych konkursach nie wzięto pod uwagę obecnej alokacji infrastruktury medycznej i faktycznych potrzeb w zakresie świadczeń medycznych na poziomie krajowym i regionalnym. Planowanie inwestycji w oparciu o potrzeby obiektywnie zbadane przyczyniłoby się do podniesienia trwałości projektów.	Przygotowanie narzędzia planistycznego do oceny adekwatności alokacji na etapie oceny wniosków i oceny efektów projektów str. 122	Ministerstwo Zdrowia	Przygotowanie bazy informacyjnej opartej na danych dotyczących sprzętu na poziomie krajowym/regionalnym. Przeprowadzenie obiektywnych badań i ustalenie wskaźników oceny obiektywnych potrzeb na świadczenia medyczne na poziomie krajowym i regionalnym.		W nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

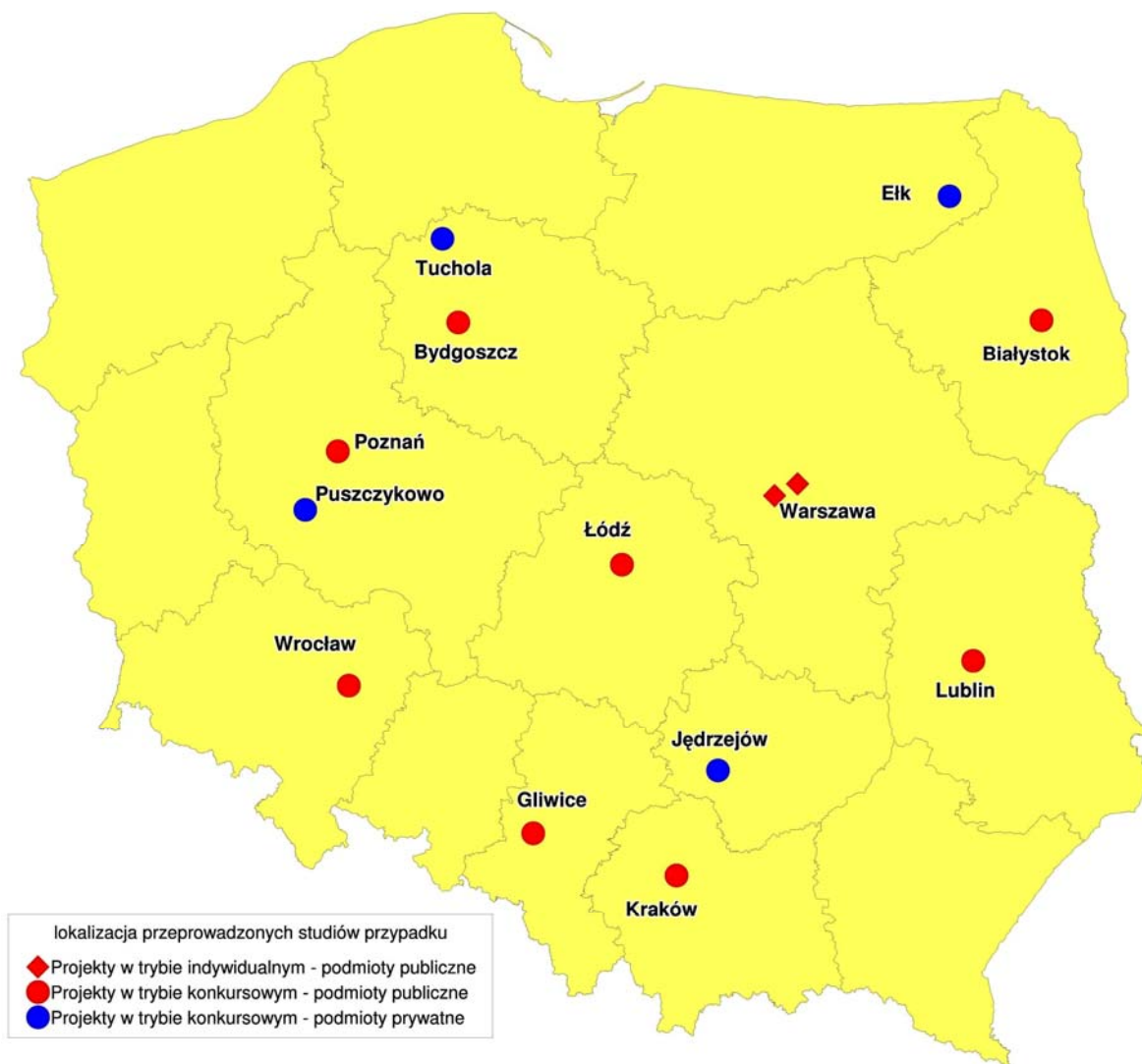
		str. 122						
7.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Skierowanie uwagi na potrzeby inwestycyjne związane ze zmianami demograficznymi i największymi problemami epidemiologicznymi populacji (np. leczenie nowotworów, chorób systemu krążenia, chorób układu ruchowego i chorób przewlekłych i ograniczających mobilność osób starszych) str. 53 i 123	Uwzględnianie zmieniających się potrzeb zdrowotnych populacji str. 123	Ministerstwo Zdrowia	Dostosowanie zakresu dofinansowania w nowych konkursach odpowiednio do potrzeb inwestycyjnych związanych ze zmianami demograficznymi (np. odrębna pula środków na dofinansowanie oddziałów geriatrycznych) i największymi problemami epidemiologicznymi populacji krajowej (np. odrębna pula środków przeznaczona na rozwój oddziałów szpitalnych leczących cukrzycę lub inne choroby, których zasięg społeczny znacznie wzrósł)		Na etapie planowania kolejnych konkursów	Infrastruktura i Środowisko 2007-2013
8.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO liŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Problemy z zachowaniem trwałości projektów, szczególnie projektów dotyczących zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów). str. 119 i 123	Wspieranie trwałości projektów str. 123	NFZ (również oddziały regionalne), zainteresowane jednostki	Współpraca z płatnikiem nakierowana na zapewnienie trwałości projektów (projekty powinny trafiać tam i w takiej skali, w jakiej możliwe jest realne wykorzystywanie inwestycji w najbliższych latach). Wprowadzenie wymogu konsultacji z płatnikiem, planowanego rozszerzenia oferty świadczeń lub wzrostu liczby		Przed złożeniem przez jednostkę wniosku o dofinansowanie	Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

					świadczeń, wynikających z dofinansowanych inwestycji.				
9.	"Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia"	Niska aktywność beneficjentów z województw (podkarpackie, świętokrzyskie, opolskie, lubuskie) w aplikowaniu o środki finansowe z XII Priorytetu PO IiŚ. Niska wiedza potencjalnych beneficjentów nt. możliwości aplikowania w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. str. 99	Zintensyfikowanie akcji informacyjno-promocyjnej o nowych konkursach (jeśli będą kontynuowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ) str. 115 i 120	Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Bezpośrednie przesyłanie informacji o nowych konkursach do potencjalnych beneficjentów, w szczególności w tych czterech województwach (podkarpackie, świętokrzyskie, opolskie, lubuskie), których dotychczasowy udział był najskromniejszy.		Po podjęciu decyzji o ogłoszeniu nowego konkursu		Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

5. Studium przypadku

W niniejszym rozdziale zostały przedstawione opisy studium przypadku dotyczące 14 wybranych jednostek. Kolejność prezentowanych opisów jest zgodna z tabelą 2 ujętą w rozdziale 3 do Raportu.

Mapa 25 Lokalizacja ZOZ, w których przeprowadzono badanie typu studium przypadku



Źródło: opracowanie własne

Projekty realizowane w trybie indywidualnym:

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie - Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie (zwany dalej Instytutem) działa na podstawie:

- ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
- ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. – o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96 poz. 615),
- ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),
- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 marca 1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Gruźlicy (Dz. U. Nr 15, poz. 122).

Instytut jest wiodącą jednostką kliniczną i badawczą, której przedmiotem działalności jest prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych w dziedzinie nauki o gruźlicy i chorobach płuc u dorosłych i dzieci na potrzeby systemu ochrony zdrowia, upowszechnianie wyników tych prac oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc. Instytut udziela specjalistycznych i wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, dokonuje wdrożeń nowoczesnych metod i technologii medycznych oraz prowadzi programy badawcze własne, jak i w ramach współpracy międzynarodowej.

Działalność podstawową Instytutu obejmują następujące komórki organizacyjne:

- Kliniki: I Klinika Chorób płuc, II Klinika Chorób płuc, III Klinika Chorób płuc, Klinika Chirurgii, Klinika chorób wewnętrznych klatki piersiowej, Oddział anestezjologii i intensywnej terapii, Intensywna terapia pneumonologiczno- kardiologiczna (Sala R),
- Zakłady: Diagnostyki Laboratoryjnej, Diagnostyki i Leczenia niewydolności oddychania, Epidemiologii i organizacji walki z gruźlicą, Fizjopatologii, Mikrobiologii, Patomorfologii, Radiologii,
- Samodzielne pracownie: Diagnostyki molekularnej, Rehabilitacji,
- Przychodnia przykliniczna,
- Dział przyjęć,
- Apteka.

Instytut obejmuje swoim działaniem przede wszystkim obszar Polski. Rocznie instytut przyjmuje ponad 10 tysięcy pacjentów. Instytut posiada również dziecięcy Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce Zdrój.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt pt. *Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie* jest realizowany w trybie indywidualnym w ramach Działania 12.2 *Inwestycje w*

infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Realizacja projektu obejmuje okres od października 2007 do maja 2012 roku. Dotychczas zrealizowano 84% zaplanowanej inwestycji.

Przedmiotem projektu jest rozbudowa i dostosowanie do nowych warunków organizacyjnych Instytutu w zakresie:

1. Rozbudowy skrzydła budynku, w którym zlokalizowano: Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Oddział Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej Centralną Sterylizatornię, oraz Pracownię Badań Endoskopowych, a także rozbudowy infrastruktury technicznej i socjalnej oraz zakupu aparatury medycznej i niezbędnego wyposażenia.

Fot. 1 Nowe skrzydło budynku IGiCHP od strony ul. Działdowskiej



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Nowe skrzydło budynku obejmuje pięć kondygnacji, gdzie w ramach projektu zostały zrealizowane następujące inwestycje:

- niski parter budynku – utworzono zespół szatni podstawowych personelu oraz pomieszczenia pracy warsztatowej pracowników technicznych wraz z zapleczem sanitarnym. Na parterze zlokalizowano również hall wejściowy z portiernią. Pozostałą część niskiego parteru przeznaczono na pomieszczenia techniczne i magazynowe, w skład których wchodzi m.in.: awaryjna rozprężalnia tlenu medycznego, stacja pomp próżniowych, kotłownia gazowo-olejowa, rozdzielnia główna, hydrofornia, archiwum medyczne.

- parter budynku – został przeznaczony na dwa oddziały szpitalne: Centralna Sterylizatornia oraz Pracownia Badań Endoskopowych z salą wybudzeń,
- I piętro budynku – utworzono Blok Operacyjny z salą pooperacyjną, połączony bezpośrednio korytarzem z istniejącym oddziałem chirurgicznym w przylegającym obszarze D budynku głównego Instytutu,
- II piętro budynku – utworzono dwa oddziały: Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) oraz Oddział Intensywnej Terapii Kardiologiczno-Pulmonologicznej wraz ze wspólnym zapleczem socjalnym oddziałów,
- kondygnacja techniczna budynku – zlokalizowano pomieszczenia techniczne obejmujące m.in.: maszynownię wentylacji, stację sprężonego powietrza medycznego, stację sprężonego powietrza technicznego, maszynownię dźwigów szpitalnych i inne urządzenia konieczne do funkcjonowania nowego skrzydła budynku.

Nowe skrzydło budynku zostało oddane do użytkowania w styczniu 2011 roku.

2. Dostosowania zwalnianych powierzchni klinicznych pod działalność medyczną przenoszonych Klinik w obszar A i D (Klinika Chirurgii), A i B (Klinika III), obszarze A (Pracownia Rehabilitacji) Instytutu, włącznie z zakupem niezbędnego wyposażenia medycznego i infrastruktury bytowej.

Drugi etap inwestycji, w ramach której trwają obecnie prace budowlane, obejmuje modernizację obszaru D Instytutu (którego piętro I stanowi łącznik między głównym zespołem Instytutu a zrealizowanym już nowym skrzydłem), oraz modernizację I piętra obszaru A i B (III Klinika Chorób Płuc, Pracownia Rehabilitacji) oraz I piętra obszaru A (Klinika Chirurgii).

Zakres prac w pomieszczeniach obszaru D i na I piętrze obszaru A i B będzie obejmować:

- przebudowę pomieszczeń zajmowanych uprzednio przez Blok Operacyjny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz połowę Kliniki Chirurgii na I p. obszaru A i B pod potrzeby III Kliniki Chorób Płuc; modernizację V Kliniki Chirurgii na I p. w obszarze A budynku Instytutu; przebudowę pomieszczeń przenoszonej III Kliniki Chorób Płuc zlokalizowanej obecnie w obszarze D Instytutu na potrzeby V Kliniki Chirurgii; m.in. poprzez wyposażenie pokoi chorych w węzły sanitarne, zapewnienia toalet dla osób niepełnosprawnych a szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, utworzenie izolatek chorych, wydzielenie gabinetów diagnostyczno-zabiegowych i pokoiów przygotowań pielęgniarstwa, utworzenie punktów pielęgniarstwa, dostosowanie szerokości otworów komunikacyjnych do ruchu pacjentów na łóżkach, połączenie wideo sali konferencyjnej Kliniki Chirurgii z systemem zintegrowanym sal operacyjnych.
- przebudowę pomieszczeń zajmowanych uprzednio przez Pracownię Rehabilitacji oraz Pracownię Badań Endoskopowych celem modernizacji Pracowni Rehabilitacji - w skład pracowni wejdą docelowo sale ćwiczeń oddechowych i siłowych, gabinet drenażu drzewa oskrzelowego w chorobach obturacyjnych płuc jak również gabinet drenażu i ćwiczeń specjalnych w mukowiscydozie, sala seminaryjna dla studentów WUM, dla lekarzy i fizjoterapeutów zdobywających specjalizację, boksy fizykoterapeutyczne, szatnie pacjentów i personelu, kompletnie wyposażone łazienki dla pacjentów i personelu, zaplecze bytowe pracowni,

- prace budowlane modernizacyjne dźwigów szpitalnych w obszarze A i D budynku Instytutu.

W ramach powyższych inwestycji został zakupiony szeroki katalog sprzętu i aparatury medycznej oraz inne wyposażenie m.in.: echokardiografy, respiratory stacjonarne i transportowe, kardiomonitoring, system monitorujący funkcje życiowe, defibrylatory, kardiostymulatory, aparaty do elektrokoagulacji, wielofunkcyjne łóżka na sale OAIT, łóżka rehabilitacyjne, wózki – reanimacyjne, wózki do przewożenia chorych, wózki zabiegowe, pulsoksymetry, wielofunkcyjne pompy infuzyjne, aparatura endoskopowa (w tym wideogastroskopy, wideobronchoskopy, bronchofibroskopy, laryngoskopy, analizatory parametrów krytycznych, system do drenażu klatki piersiowej, kompletne wyposażenie sterylizatorni (m.in. sterylizator parowo-formaldehydowy, myjnie ultradźwiękowe narzędzi i wózków, myjnie dezynfekcyjne, pistolety do mycia, specjalistyczne meble sterylizacji, aparaty do znieczulenia ogólnego, system operacyjny, lampy operacyjne, lampy zabiegowe, zestaw narzędzi chirurgicznych, lasery chirurgiczne, sufitowe jednostki zasilające (kolumny chirurgiczne, anesteziologiczne i OIOM), zintegrowany system sal operacyjnych, „sztuczna” nerka, urządzenie do oksygenacji pozaustrojowej.

Wartość projektu zgodnie z umową o dofinansowanie wynosi **69 000 000 zł**, z czego:

- roboty budowlane - 36 114 987,85zł,
- sprzęt/aparatura medyczna wraz z wyposażeniem - 29 219 605,67 zł
- przygotowanie i zarządzanie projektem – 3 655 406,48 zł
- promocja projektu – 10 000 zł

Instytut posiada plan strategiczny stanowiący dokument utworzony w I połowie lat 90-tych XX wieku i przez ostatnie lata kilkakrotnie modyfikowany. Założenia strategiczne ujęte w planie są związane przewidywalnymi aspektami występującymi w obszarze ochrony zdrowia i medycyny – np. trendami epidemiologicznymi w zakresie gruźlicy. Pod tym względem modyfikowana była działalność Instytutu, np. przystąpiono do uruchomienia nieinwazyjnej wentylacji płuc ze względu na aktualne trendy w tym zakresie. W pewnym obszarze plan funkcjonuje, a w pozostałym jest dostosowywany do sytuacji epidemiologicznej ze względu na nieprzewidywalny postęp naukowy i technologiczny w medycynie. Realizacja projektu dotycząca poprawy efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie została ujęta w planie strategicznym w 1994 r. Na przestrzeni lat plan inwestycji pozostał w prawie niezmienionej formie. Na przestrzeni lat Dyrektor Instytutu występował o dofinansowanie inwestycji ze środków ministerialnych.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Efekty realizacji projektu należy rozpatrywać w odniesieniu do pierwszego, zakończonego w styczniu 2011 roku, etapu inwestycji dotyczącej rozbudowy skrzydła budynku i dostosowania na potrzeby Bloku Operacyjnego, Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, Centralnej Sterylizacji, Oddziału Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej oraz Pracowni Badań Endoskopowych, a także rozbudowy infrastruktury technicznej i socjalnej oraz zakupu aparatury medycznej i niezbędnego wyposażenia. Drugi etap realizacji projektu jest obecnie w fazie robót budowlanych, a ich zakończenie planowane jest na II kwartał 2012 roku.

Głównym celem projektu *Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie* było zwiększenie skuteczności działań oraz dostosowanie jakości świadczonych usług ochrony zdrowia do standardów UE. Założeniem beneficjenta było uzyskanie poprawy efektywności przyjęć pacjentów do Instytutu, dostępności i jakości diagnostyki oraz terapii chorób płuc, a także zwiększenie dostępności i jakości udzielanych przez Instytut świadczeń specjalistycznych i wysoko specjalistycznych w zakresie chorób narządów klatki piersiowej.

Biorąc pod uwagę zrealizowaną inwestycję można rozpatrywać jej efekty z punktu widzenia pacjenta i personelu medycznego Instytutu.

Fot. 2 Wyposażenie sali intensywnej terapii



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Korzyścią dla pacjentów jest przede wszystkim wzrost standardu usług medycznych oraz zdecydowana poprawa dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Budynek, w którym mieści się Instytut, powstał w 1926 roku i pierwotnie miał pełnić inną funkcję niż placówka medyczna. Przystarała infrastruktura, a także architektura budynku nie pozwalała na dostosowanie go do wymagań oddziałów: chirurgicznego oraz intensywnej terapii, a także wymogów przepisów prawa krajowego (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*). Inwestycja ze środków PO IiŚ umożliwiła przede wszystkim

umieszczenie jednych z kluczowych komórek Instytutu w nowoczesnych pomieszczeniach o wysokim standardzie wyposażenia i spełniających najwyższe międzynarodowe wymagania higieniczne i techniczne. Inwestycja pozwoliła na rozszerzenie dotychczasowej infrastruktury o nową, czwartą salę operacyjną, co w efekcie dało rezultat w postaci 30% większej ilości przeprowadzanych operacji w skali 10 miesięcy (okres styczeń – październik 2011 w porównaniu z tożsamym okresem roku 2010). Z kolei na oddziale intensywnej terapii, gdzie infrastruktura rozszerzyła się z 17 do 22 łóżek, w tym okresie zostało zrealizowanych 100% więcej świadczeń zdrowotnych w porównaniu z rokiem ubiegłym.

Istotne jest również bezpieczeństwo pacjentów przebywających w placówce. Zakażenia szpitalne stanowią jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla hospitalizowanych pacjentów. Nowa infrastruktura i wyposażenie obiektu zdecydowanie ograniczyło ryzyko roznoszenia się infekcji wewnątrz placówki dzięki powstaniu Centralnej Sterylizatorni oraz systemu zarządzania obiegiem materiałów sterylnych. Urządzenia zakupione w ramach projektu spełniają najwyższe standardy pod względem zaawansowania technologicznego.

Fot. 3 Centralna Sterylizatornia – część oddziału



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Specjalistyczny sprzęt i aparatura medyczna, zakupiona w ramach środków PO IiŚ, umożliwiła również zwiększenie poczucia bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów. Przykładem może być wyposażenie sal OAIT, gdzie na bieżąco monitorowane są funkcje życiowe pacjentów. Na wyposażeniu sal OAIT znajdują się urządzenia najnowszej generacji umożliwiające monitorowanie stanu pacjenta i nadzorujące jego funkcje życiowe. W przypadku gdy jakiegokolwiek parametry funkcji życiowych ulegają zmianie system monitorowania zawiadamia natychmiast o tym personel medyczny. Dzięki zainstalowaniu informatycznego systemu monitoringu funkcji życiowych personel medyczny ma możliwość kontroli stanu pacjenta – zarówno z poziomu stanowiska nadzoru pielęgniarskiego, jak i gabinetu lekarskiego, co umożliwia natychmiastową reakcję w przypadku

zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. Wyposażenie OAITOM stanowią również nowoczesne wielofunkcyjne łóżka, respiratory, monitory przyłóżkowe, pompy infuzyjne, defibrylatory. Sala 2-osobowe wyposażone są dodatkowo w całodobowy monitoring – obraz z kamer przesyłany jest do centralnego stanowiska nadzoru pielęgniarskiego i gabinetu lekarskiego.

Rezultatem projektu jest również spadek średniego czasu hospitalizacji do 5 dni. Nowoczesna infrastruktura techniczna i organizacyjna pozwala na sprawne przeprowadzenie procesu przygotowania do zabiegu operacyjnego, samego zabiegu oraz przebiegu procesu pooperacyjnego łącznie z rehabilitacją szczególnie układu oddechowego.

Stopień wykorzystania sprzętu będącego na wyposażeniu OAIT należy określić jako wysoki. Łóżka zlokalizowane na OAIT wykorzystywane są niemalże w 100% (czasami musi być wolne łóżko na przyjęcie pacjenta), natomiast sprzęt stanowiący ich integralną część wykorzystywany jest przez 24h na dobę. Innym przykładem wysokiego stopnia wykorzystania sprzętu zakupionego ze środków PO IiŚ stanowią świadczenia zdrowotne realizowane sprzętem endoskopowym. Ilość roczna tego typu świadczeń zdrowotnych wynosi ok. 4 tysięcy, co średnio w skali roku daje ok. 18 świadczeń dziennie.

Fot. 4 Bronchoskop zakupiony ze środków PO IiŚ



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Realizacja projektu przyczyniła się również do zwiększenia katalogu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Instytut. Dodatkowym świadczeniem jest pozaustrojowa oksygenacja krwi tzw. ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation, umożliwiająca dotlenienie organizmu bez udziału płuc. ECMO określane jest mianem „sztucznego płuca”. Ze względu na rzadkość tego typu sytuacji klinicznych w placówce, ECMO wykorzystywane jest tylko w razie wskazań klinicznych.

Z punktu widzenia personelu medycznego placówki, zdecydowanej poprawie uległy warunki oraz komfort pracy. Korzyścią jest głównie dostęp do nowoczesnych technologii i urządzeń medycznych, nowoczesna infrastruktura techniczna ułatwiająca wykonywanie codziennych obowiązków oraz nareszcie godziwe zaplecze socjalne. Poza wyposażeniem obiektu w nowoczesny, zautomatyzowany sprzęt i aparaturę medyczną, personel ma do dyspozycji nowe, komfortowe wyposażenie gabinetów lekarskich i pomieszczeń socjalnych. Wynikiem realizacji projektu jest również zwiększenie

zatrudnienia o 8 osób: 5 nowych stanowisk pracy na oddziale intensywnej terapii oraz 3 nowe stanowiska pracy w Klinice Chirurgii.

Biorąc pod uwagę zasięg świadczonych usług, na obecnym etapie realizacji projektu, nie jest możliwe określenie na ile zasięg usług uległ zwiększeniu czy jest to rzeczywisty efekt projektu. W ciągu ostatnich miesięcy od uruchomienia nowego skrzydła budynku hospitalizowano kilku pacjentów spoza Polski, skierowanych do Instytutu z wyboru lub w sposób niezamierzony. Jednakże ze względu na nowoczesną infrastrukturę i najwyższej klasy sprzęt medyczny leczniczo-diagnostyczny, nierzadko unikatowy w skali UE, placówka nabyła teraz szansę zwiększenia zasięgu świadczonych usług medycznych oraz leczenia pacjentów spoza Polski.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt pn. *Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie* wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020.

Zakupiona aparatura medyczna reprezentuje najnowsze rozwiązania dla danej technologii medycznej w swojej kategorii. Na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie planowano zakupić sprzęt nowoczesny i wykorzystujący najnowsze technologie. Specyfikacja techniczna przygotowywana na potrzeby postępowań o udzielenie zamówień publicznych realizowanych przez Instytut przygotowywana była przy udziale personelu medycznego, czyli docelowych użytkowników danego rodzaju sprzętu i aparatury medycznej. Specyfikacja została przygotowywana na podstawie najbardziej aktualnego stanu wiedzy na temat zaawansowania technologicznego sprzętu medycznego. W przypadku zakupu sprzętu i aparatury medycznej brano pod uwagę przede wszystkim jakość, funkcjonalność oraz najnowsze rozwiązania technologiczne w danej dziedzinie medycyny. Każde z urządzeń zakupionych ze środków PO IIŚ mieści się w najwyższym segmencie jakościowym i technologicznym produkowanym na świecie. Istotnym jest również kompatybilność zakupionego sprzętu i aparatury medycznej z istniejącym medycznym systemem informatycznym działającym na terenie placówki. System w obecnym kształcie został pioniersko wdrożony w Instytucie już w 2008 roku i stanowi bazę umożliwiającą m.in. gromadzenie i udostępnianie dokumentacji pacjentów oraz wyników badań.

Proekologiczność

Biorąc pod uwagę „proekologiczność” inwestycji, nowoczesny sprzęt medyczny jest energooszczędny, ergonomiczny i projektowany z uwzględnieniem zastosowań w służbie zdrowia co nie jest bez znaczenia, mając na uwadze ergonomiczność jego codziennej obsługi, w tym konserwacji i dezynfekcji. Sprzęt jest przyjazny dla użytkownika, z kolei serwis i konserwacja poddane są ścisłym rygorom producenta, co gwarantuje bezawaryjne działanie.

Włączenie społeczne

Zgodnie z priorytetem strategii Europa 2020, który mówi o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu, poprzez wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia, w wyniku realizacji projektu w Instytucie zwiększono zatrudnienie - bezpośrednio utworzono 8

nowych miejsc pracy (trzy stanowiska pracy więcej niż zakładano na etapie składania wniosku o dofinansowanie, natomiast zamierzony efekt uzyskano jeszcze przed zakończeniem projektu).

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Barierą w realizacji projektu był przede wszystkim brak możliwości sfinansowania tak olbrzymiej inwestycji ze środków własnych. Instytut, starający się pozyskać dofinansowanie od 1994 roku na inwestycję, ostatecznie uzyskał możliwość dofinansowania w 2009 roku w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu nie stwierdzono istotnych barier i trudności.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Trudności na etapie realizacji projektu wynikały przede wszystkim z aspektów organizacyjnych i technicznych. O ile budowa nowego skrzydła budynku Instytutu nie wpłynęła znacząco na funkcjonowanie placówki, o tyle już przeniesienie Bloku Operacyjnego, oddziałów intensywnej terapii, Pracowni Badań Endoskopowych oraz Centralnej Sterylizatorni do nowego skrzydła budynku stanowiły znaczące przedsięwzięcie logistyczne. W trakcie uruchomienia Oddziałów w nowej części Instytutu, placówka musiała funkcjonować w normalnym trybie tzn. na bieżąco przyjmując i hospitalizując pacjentów, nie można przecież utrzymać placówki nie realizując kontraktu NFZ. Skomplikowany proces realizacji inwestycji budowlanych ujawnił się również przy realizacji przebudowy I piętra budynku B (III Klinika). W tym samym czasie realizowana była inwestycja budowlana w ramach realizacji Projektu konkursowego ze środków PO IiŚ dotycząca przebudowy piętra II-go, piętra I-go, wysokiego i niskiego parteru oraz podziemia budynku B. Pomimo wyłączenia tych obszarów (zajmowanej m.in. przez I Klinikę Chorób Płuc) z działalności klinicznej Instytutu ilość hospitalizacji z korzyścią dla pacjentów nie uległa zmniejszeniu.

Trudności pojawiły się również na etapie realizowanych prac budowlanych. Na etapie przebudowy skrzydła B budynku pojawiła się sytuacja nieprzewidziana na etapie przygotowania dokumentacji projektowej. Koniecznym stało się wybudowanie nowej zewnętrznej podziemnej kanalizacji ogólnospławnej, gdyż dotychczasowa po odkryciu uległa rozpadowi (pochodziła z lat 30-tych ubiegłego stulecia).

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym udostępnionym przez beneficjenta (stan na dzień 28.10.2011 r.) łączna wartość projektu wynosi: 69 000 000,00 zł, z czego poszczególne koszty stanowią:

- koszty inwestycji, w tym rozbudowy obiektu infrastruktury i zakupu sprzętu/aparatury medycznej - 65 287 013,52 zł
- koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym studia i analizy inwestycyjne, dokumentacja projektowa oraz nadzór autorski i inwestorski - 3 702 986,48 zł
- koszty promocji, w tym zakup tablic informacyjnych – 10 000 zł.

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie kosztów relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosi 5,69%.

Na etapie realizacji projektu zostały wygenerowane oszczędności, które placówka, po konsultacji z Instytucją Wdrażającą, przewiduje wykorzystać na realizację komplementarnych działań w ramach realizowanego projektu.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Na etapie składania wniosku w 2008 roku beneficjent wskazywał na powiązanie projektu z działaniami zmierzającymi do poprawy warunków sanitarnych panujących w Instytucie, jak również poprawy jakości i dostępności świadczeń realizowanych przez placówkę w zakresie:

- projektu pn. *Modernizacja sal operacyjnych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc poprzez zakup nowoczesnego sprzętu* realizowanego w ramach Priorytetu 1 - Rozbudowa i modernizacja infrastruktury służącej wzmocnieniu konkurencyjności regionów, Podziałanie 1.3.2 - Regionalna Infrastruktura Ochrony Zdrowia. Projekt obejmował 4 etapy inwestycji, w ramach którego zakupiono niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny na potrzeby sal operacyjnych. Wartość projektu wyniosła 2 515 318,81 zł.

Projektem realizowanym równolegle jest *Poprawa efektywności przyjęć oraz dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób płuc (I etap) w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie* realizowany ze środków PO IiŚ. Projekt obejmuje przebudowę budynku B Instytutu w zakresie budowy Działu Przyjęć, budowy pracowni tomografii komputerowej i pracowni ultrasonografii, modernizacji pomieszczeń I Kliniki Chorób Płuc, przebudowy klatki schodowej, budowy nowej klatki schodowej z dźwigiem szpitalnym, a także wymianę urządzeń do diagnostyki obrazowej. Wartość projektu wynosi 9 999 780,00 zł.

Komplementarność projektów przejawia się m.in. w zakresie dostosowania przebudowywanych pomieszczeń do przepisów prawa krajowego, co ma na celu poprawę efektywności przyjęć pacjentów do Instytutu, dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób płuc w Instytucie, a także zwiększenie dostępności i jakości udzielanych przez Instytut świadczeń specjalistycznych i wysoko specjalistycznych w zakresie chorób narządów klatki piersiowej. Ponadto sprzęt służący diagnostyce obrazowej np. cyfrowe przejezdne aparaty RTG, służą pacjentom przebywającym zarówno na oddziale chirurgii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, jak i wszystkich klinik Instytutu.

Na uwagę zasługuje również projekt realizowany w ramach programu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2007-2013, którego bezpośrednim efektem będzie konsolidacja Zakładu Diagnostyki i Leczenia Niewydolności Oddychania zaawansowane prace badawcze dotyczące diagnostyki molekularnej gruźlicy wśród chorych na terenie Mazowsza oraz wdrożenie metodyki DBS umożliwiającej skrócenie czasu na przeprowadzanie badań w zakresie diagnostyki niedoborów i odporności wśród dzieci i dorosłych z województwa mazowieckiego.. Realizacja projektu pozwoli stworzyć w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc największą w Polsce pracownię diagnozującą zaburzenia oddychania w czasie snu. Służyć będzie jako ośrodek szkoleniowy dla lekarzy z całej Polski wypełniając zadania edukacyjne spoczywające na Instytucie jako wiodącym centrum edukacyjnym w dziedzinie chorób płuc. Całkowita wartość projektu wynosi 3,9 mln zł, a umowa na realizację projektu została podpisana w połowie 2011 roku.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Placówka w większym stopniu zgłasza zapotrzebowanie na modernizację obiektu, głównie ze względu na konieczność dostosowania infrastruktury do wymogów prawa krajowego. Zamierzenia inwestycyjne obejmują przede wszystkim prace modernizacyjne budowlane pozostałych klinik chorób płuc wraz z zakupem podstawowego wyposażenia medycznego w postaci np. łóżek szpitalnych z wyposażeniem (w tym np. szafek przyłóżkowych) oraz bytowego oraz dostosowanie określonego obszaru dla potrzeb apteki na rzecz klinik w zakresie leczenia nowotworów i żywienia pozajelitowego. Inwestycja ta staje się integralną częścią realizowanego projektu w świetle zmian organizacyjnych Instytutu celem dostosowania strategii Narodowego Funduszu Zdrowia. Inwestycja ma szansę realizacji, jeśli za zgodą Instytucji Wdrażającej będzie możliwe wykorzystanie wygenerowanych oszczędności w ramach realizowanego projektu PO IiŚ. Przewidywana wartość inwestycji stanowi kwotę 5,5 mln zł.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Realizując projekty ze środków PO IiŚ beneficjenci zmuszeni są pokryć ze środków własnych lub zewnętrznych (innych niż środki UE) 15% łącznej wartości inwestycji. W przypadku projektu opiewającego na kilkadziesiąt mln zł, Instytut znalazł się w dość komfortowej sytuacji z tego względu, że 15% wartości projektu jest finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia. Brak wsparcia ze strony Ministerstwa całkowicie uniemożliwiłoby realizację projektu. Zdaniem beneficjenta, zakres udzielanego wsparcia jednostkom ochrony zdrowia w kolejnym okresie programowania, powinien uwzględniać partycypację organów założycielskich lub nadzorujących w finansowaniu przynajmniej 15% tzw. wkładu własnego.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie (zwany dalej WIM) działa na podstawie:

- ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
- ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. – o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96 poz. 615),
- ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),
- Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 27 listopada 2002 r. w sprawie utworzenia Wojskowego Instytutu Medycznego (Dz.U. z 2007 r., Nr 201, poz. 1699).

WIM położony jest w województwie mazowieckim, na terenie Warszawy, w dzielnicy Praga-Południe. W jego strukturze znajduje się Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Obrony Narodowej. WIM jest spadkobiercą Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej. Jego organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej. Zasięgiem działania szpitala jest cały kraj. Szpital jest placówką wieloprofilową.

Strukturę WIM przedstawia się następująco:

- Ośrodek Kliniczny Chorób Głównych i Szyi,
- Ośrodek Kliniczny Chorób Serca i Naczyń,
- Ośrodek Kliniczny Chorób Układu Pokarmowego, Oddechowego, Chorób Rozrostowych, Endokrynologii i Ginekologii,
- Ośrodek Kliniczny Schorzeń Narządu Ruchu, Traumatologii i Psychoneurologii,
- Ośrodek Kliniczny Intensywnej Terapii i Opieki Specjalnej,
- Ośrodek Diagnostyki Medycznej
- Klinika Pediatrii, Nefrologii, Alergologii Dziecięcej,
- Klinika Dermatologiczna

Instytut obejmuje swoim działaniem przede wszystkim obszar Polski. Rocznie Instytut przyjmuje około 65 000 pacjentów.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt pt. *Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym* jest realizowany w trybie indywidualnym w ramach Działania 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego* Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Realizacja projektu obejmowała pierwotnie okres od grudnia 2010 do końca października 2011 roku. Dotychczas zrealizowano wszystkie zaplanowane dostawy z wyjątkiem zakupu materiałów przeciwoleżynowych. Obecnie trwa proces aneksowania umowy o dofinansowanie. Ze względu na oszczędności poprzetargowe, w wysokości około 1 600 000 zł, w sierpniu Beneficjent wnioskuje, a w październiku 2011 otrzymał zgodę na rozszerzenie zakresu rzeczowego projektu o zakup: urządzenia do podnoszenia/przekładania pacjenta, zespolonych kardiomonitorów funkcji życiowych,

konsoli do kardiomonitorów, aparatów do schładzania ośrodkowego układu nerwowego w trakcie zabiegów reanimacyjnych, materacy próżniowych do transportu chorego z urazem wielonarządowym, negatoskopów cyfrowych 46" oraz zestawów do nagrywania wyników badań obrazowych na nośniku optycznym. Obecnie trwa proces aneksowania umowy i jej przedłużenia do maja 2012 r.

Głównym celem projektu jest zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w regionie poprzez dostępność do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do opieki zdrowotnej dla chorych po urazach ciężkich i wielonarządowych.

Cele szczegółowe projektu to:

- zabezpieczenie osobom ciężko poszkodowanym ciągłości optymalnego i kompetentnego postępowania diagnostyczno–lecniczego w jednym ośrodku;
- zapewnienie szybkiego, wieloprofilowego oraz wysokospecjalistycznego zaopatrzenia mnogich i wielonarządowych obrażeń ciała oraz doraźnego leczenia w jednym ośrodku;
- optymalizacja wykorzystania posiadanych przez Beneficjenta (Wojskowy Instytut Medyczny) zasobów infrastrukturalnych i kadrowych.

Projekt polega na zakupie niezbędnej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej i sprzętu informatycznego, co pozwoli na organizację i prawidłowe funkcjonowanie Centrum Urazowego na Mazowszu, w tym:

- łóżko przystosowane do potrzeb intensywnej terapii – 20 szt.
- zespolony kardiomonitor funkcji życiowych z możliwością obserwacji EKG, pomiarów SpO₂, TCO₂ ciśnienia metodą krwawą i bezkrwawą, rzutu serca, temperatury - 20 szt.
- centralne stanowisko monitorowania – 1 szt.
- respirator transportowy – 20 szt.
- urządzenie do prowadzenia dializ – 2 szt.
- aparat RTG z ramieniem C – 2 szt.
- defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji – 33 szt.
- respirator – 35 szt.
- monitor gazów anestetycznych – 12 szt.
- pompa strzykawkowa – 244 sztuki
- pompa objętościowa – 20 sztuk
- defibrylator - 2 sztuki
- aparat RTG przyłózkowy – 1 sztuka
- aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych – 1 sztuka
- urządzenie do podnoszenia/przekładania pacjenta – 1 sztuka
- aparat do znieczulenia – 4 sztuki
- system RTG do prześwietlania zdjęć – 1 sztuka

W ramach projektu został ponadto zakupiony sprzęt informatyczny w ilości 18 szt dla celów sprawozdawczych i prowadzenia historii choroby oraz umożliwienia szybkiego uzyskania dostępu do danych medycznych pacjentów.

Wartość projektu zgodnie z harmonogramem rzeczowo- finansowym przedstawionym przez CPI przy MZ wynosi 11 243 000 zł, z czego:

- przygotowanie studium wykonalności –42 700 zł
- sprzęt/aparatura medyczna wraz z wyposażeniem –10 813 300 zł
- sprzęt informatyczny – 120 500 zł
- zarządzanie projektem – 206 000 zł
- promocja projektu – 60 500 zł

Instytut nie posiada planu strategicznego.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Zakupiony sprzęt i aparatura medyczna służy do zabezpieczenia bieżącej pracy Centrum Urazowego. Sprzęt został rozlokowany w oddziałach WIM, tj. w ośmiu Klinikach Instytutu (Klinice Chirurgii Ogólnej, Ortopedii, Traumatologii, Neurochirurgii, Klinice Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej, Kardiochirurgii) oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Zdaniem przedstawicieli WIM *clue* projektu to możliwość wprowadzenia efektywniejszych działań, ratujących życie i przede wszystkim życie pacjenta poprzez wykorzystanie nowego sprzętu. Z doposażonych klinik korzysta około 15 000 pacjentów rocznie, z czego 150 osób bezpośrednio z nowo zakupionej aparatury. Oznacza to znaczący skok ilościowy i jakościowy leczenia wielonarządowych urazów pacjentów. Dotychczas WIM był w stanie kompleksowo leczyć jedynie dwóch pacjentów w zakresie stabilizacji funkcji życiowych, diagnostyki, zabiegów operacyjnych, rehabilitacji i pomocy psychologiczno-psychiatrycznej oraz procesu powrotu do zdrowia.

Ważne jest także to, iż zakupiony sprzęt pozwolił na dopełnienie wymogów formalno-prawnych, pozwalających na spełnienie przez WIM stworzenie takiego centrum. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803) , centrum musi gwarantować stały i bezpośredni dostęp do badań RTG, USG, USG – Doppler, Echo-kardiografii, tomografii komputerowej (spiralnej, wielorzędowej), rezonansu magnetycznego, angiografii i radiologii interwencyjnej, a także diagnostyki laboratoryjnej. Musi także zapewnić możliwość wykonania przyłóżkowej i całodobowej endoskopii diagnostycznej i zabiegowej. Szpital, w którym działa Centrum Urazowe, powinien dysponować najnowocześniejszymi systemami łączności oraz możliwością bieżących konsultacji telemedycznych. Zespół urazowy składa się co najmniej z lekarza szpitalnego oddziału ratunkowego z tytułem specjalisty medycyny ratunkowej, lekarza specjalisty z dziedziny mającej zastosowanie w leczeniu pacjenta urazowego (chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii naczyniowej) oraz anestezjologa. W razie potrzeby do zespołu urazowego dołączają też inni specjaliści.

Obecnie w całej Polsce powstaje sieć równomiernie rozlokowanych trzynastu Centrów Urazowych – prócz Warszawy, centra powstają w Gdańsku, Białymstoku, Bydgoszczy, Olsztynie, Łodzi, Lublinie, Krakowie, Rzeszowie, Sosnowcu, Wrocławiu, Poznaniu i Zielonej Górze.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020. Zakupiona aparatura medyczna reprezentuje najnowsze rozwiązania dla danej technologii medycznej w swojej kategorii. Na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie planowano kupić sprzęt nowoczesny i wykorzystujący najnowsze technologie. Specyfikacja techniczna przygotowywana na potrzeby postępowań o udzielenie zamówień publicznych realizowanych przez WIM przygotowywana była przy udziale personelu medycznego, czyli docelowych użytkowników danego rodzaju sprzętu i aparatury medycznej. Specyfikacja została przygotowywana na podstawie najbardziej aktualnego stanu wiedzy na temat zaawansowania technologicznego sprzętu medycznego. W przypadku zakupu sprzętu i aparatury medycznej brano pod uwagę przede wszystkim jakość, funkcjonalność oraz najnowsze rozwiązania technologiczne w danej dziedzinie medycyny. Każde z urządzeń zakupionych ze środków PO IiŚ mieści się w najwyższym segmencie jakościowym i technologicznym produkowanym na świecie.

Proekologiczność

Biorąc pod uwagę „proekologiczność” inwestycji, nowoczesny sprzęt medyczny jest energooszczędny, ergonomiczny i projektowany z uwzględnieniem zastosowań w służbie zdrowia co nie jest bez znaczenia, mając na uwadze łatwość jego codziennej obsługi, konserwacji i dezynfekcji. Sprzęt jest przyjazny dla użytkownika, z kolei serwis i konserwacja poddane są ścisłym rygorom producenta, co gwarantuje bezawaryjne działanie. Projekt zawiera rozwiązania energooszczędne. Zakupiony sprzęt jest zgodny z wymogami, a powstające odpady nie wynikają z eksploatacji sprzętu, są to odpady typowo medyczne takie jak gaziki, waciki. Urządzenia nie produkują tych odpadów.

Włączenie społeczne

Zgodnie z priorytetem strategii Europa 2020, który mówi o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu, poprzez wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia. W centrum urazowym działa *trauma team* w skład którego wchodzi specjalista chirurg, anestezjolog i specjalista medycyny ratunkowej. Dodatkowo, w zależności od obrażeń których doznała osoba skierowana do CU, w leczeniu uczestniczą ortopeda, torakochirurg, neurochirurg, chirurg szczękowo-twarzowy, urolog, ginekolog, laryngolog, okulista. Wszyscy ci specjaliści pełnią dyżury w WIM.

Stworzenie CU WIM wpisuje się także w zakres zadań szpitala w związku z zabezpieczeniem zdrowotnym turnieju mistrzostw w piłce nożnej EURO 2012. Szpital będzie odciążał inne warszawskie szpitale zabezpieczające Euro 2012 w nagłych sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

W WIM pojawiły się problemy w czasie aplikowania o dofinansowanie. Problemem było pierwotne uznanie za wydatek niekwalifikowalny kosztów sprzętu komputerowego, planowanego do zakupu na potrzeby prowadzenia dokumentacji pacjenta w wersji elektronicznej. WIM odwołał się od decyzji Instytucji Wdrażającej i uzyskał zgodę na kwalifikowalność tego wydatku. Przygotowanie dokumentacji projektowej (wniosku aplikacyjnego) nie było dla beneficjenta problemem, ze względu na dotychczasowe doświadczenia zespołu, przygotowującego projekt w zakresie aplikowania o środki UE. Studium wykonalności było sporządzone przez firmę zewnętrzną. Żaden z działów szpitala zaangażowanych w projekt (administracyjny, księgowość, techniczny) nie zgłaszał większych trudności dotyczące procedury aplikacyjnej, wymogów prawnych oraz ograniczeń związanych z kontraktami.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

W merytorycznych beneficjent nie identyfikuje istotnych trudności. Projekt rozliczany jest przez Szpital we własnym zakresie, bez większych problemów. Największym zagrożeniem pojawiającym się w rozliczaniu projektów jest ryzyko „zainwestowania” własnych środków, w przypadku nie otrzymania należnych od IW w wymaganym terminie.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym udostępnionym przez Instytucję Wdrażającą wydatki w ramach projektu wynoszą:

- koszty inwestycji, w tym zakup sprzętu/aparatury medycznej wraz z wyposażeniem oraz sprzętu informatycznego – 10 933 800,00 zł
- koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym przygotowanie studium wykonalności – 248 700,00 zł
- koszty promocji projektu – 60 500,00 zł

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie kosztów relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosi 2,8 %.

Na etapie przygotowania dokumentacji technicznej i projektowej nie przewidziano sytuacji opisanych w punkcie 6, które wygenerowałyby dodatkowe koszty realizacji projektu i zostały poniesione ze środków własnych beneficjenta.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Poza przedmiotowym projektem beneficjent realizuje następujące inwestycje:

- 1) **TeleMedNet – medyczna platforma naukowo – diagnostyczna** Projekt jest realizowany w ramach działania 2.3 POIG *Inwestycje związane z tworzeniem infrastruktury informatycznej nauki* i jest finansowany w 85 % ze środków EFRR i 15 % ze środków Budżetu Państwa. Wartość projektu wynosi ogółem: **22 449 219,70 zł** w tym dofinansowanie z UE: **19 081 836,74 zł**. Projekt jest realizowany przez konsorcjum złożone z dwóch polskich podmiotów

medycznych: Wojskowego Instytutu Medycznego i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. Jednostką wiodącą projektu jest Wojskowy Instytut Medyczny. Działania prowadzone przez zespół projektu TeleMedNet mają doprowadzić do udostępnienia niezawodnej infrastruktury oraz integracji najnowszych generacji systemów informatycznych. W ten sposób powstanie zintegrowany system wspomagający działania pracowników nauki wykorzystujący najnowsze technologie informacyjne i informatyczne. Realizacja projektu TeleMedNet pozwoli na prowadzenie nowoczesnych badań naukowych w różnych obszarach medycyny w oparciu o zweryfikowane dane kliniczne. W ramach projektu powstanie rozbudowana infrastruktura informatyczna, która udostępniona medycznemu środowisku naukowemu pozwoli rozwijać nowe kierunki badań.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Dla WIM najbardziej istotne w kolejnym okresie programowania będą inwestycje z zakresu przebudowy, remontów i doposażenia sprzętu. WIM jest szczególnie zainteresowany sprzętem w zakresie gastrologii, chirurgii ogólnej, urologii, ginekologii. Beneficjent zgłosił także zapotrzebowanie na aparaturę USG, systemy do ablacji, czyli aparatury wysokospecjalistycznej w kardiologii, tomografy komputerowe, serwery aplikacji medycznych. Te ostatnie umożliwiają trójwymiarową rekonstrukcję obrazów radiologicznych na każdym stanowisku pracy lekarza, co z kolei pozwala na szybki przesył danych z jednego oddziału lub stanowiska pracy lekarza na inne a nawet konsultacje na odległość. W przyszłym okresie programowania istotne byłoby utrzymanie projektów indywidualnych. Ich istotą powinna być przede wszystkim komplementarność lub wręcz kontynuacja projektów realizowanych dotychczas. Ze strony beneficjenta zastrzeżenie co do obecnego brzmienia programów polega przede wszystkim na preferowaniu projektów, związanych z doposażeniem, które polegają na wymianie sprzętu, a nie zakupu takiego, którego jeszcze na wyposażeniu nie ma co, jest ewidentną barierą dostępu dla placówek ochrony służby zdrowia.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

W opinii beneficjenta postulowane jest skrócenie czasu oczekiwania od momentu ogłoszenia listy rankingowej do podpisania umowy oraz rozliczeń. Ponadto PO liś jest jedynym programem, w którym okres rozliczania transz trwa 60 dni, co oznacza, iż każdy beneficjent z Priorytetu XII jest zmuszony kredytować wydatki przez 30 dni, co może mieć niebagatelny wpływ na sytuację finansową szpitala lub innego ZOZ. Ponadto problemem jest kontrola w zakresie prawa zamówień publicznych, która potrafi otrzeć się o nadinterpretację prawa (co jest spowodowane brakiem precyzyjnych interpretacji prawa). Kontrola trwa zbyt długo, jest realizowana przez podmioty zewnętrzne poza siedzibą beneficjenta, co ma wpływ na sprawność przepływu dokumentów i proces udzielania odpowiedzi, przesyłania wniosków pokontrolnych.

Projekty realizowane w trybie konkursowym – podmioty publiczne

Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach - *Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej*

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach (zwane dalej Instytutem) stanowi oddział Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Instytut należy do wiodących w Polsce, wysokospecjalistycznych i nowoczesnych ośrodków kliniczno-naukowych. Nowoczesne zaplecze aparaturowe oraz wyspecjalizowany zespół zapewniają pacjentom z całego kraju diagnostykę i leczenie na poziomie standardów międzynarodowych, zaawansowaną technologię, wysoką skuteczność i unikalne metody leczenia. Instytut prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i naukowo-badawczą oraz szkolenia specjalizacyjne dla lekarzy z zakresu onkologii. Działalność kliniczna prowadzona jest we współpracy z wieloma ośrodkami onkologicznymi w Polsce i na świecie w oparciu o najnowsze, uznane schematy postępowania terapeutycznego. Placówka wdraża również nowe metody lecznicze o charakterze nowatorskim i eksperymentalnym.

Działalność podstawową Instytutu obejmują następujące komórki organizacyjne:

1. Przychodnia Przykliniczna,
2. Zakłady: Radioterapii, Brachyterapii, Planowania Radioterapii i Brachyterapii, Fizyki Medycznej, Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej, Radiodiagnostyki, Patologii Nowotworów, Analityki i Biochemii Klinicznej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
3. Kliniki: Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, I/II/III Klinika Radioterapii, Klinika Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej,
4. Oddział Transplantacji Szpiku, Pracownia Rehabilitacyjna, Samodzielna Pracownia Cyklotronu i Produkcji Radioizotopów, Dział Centralnej Sterylizacji, Blok Operacyjny, Apteka,

Instytut obejmuje swoim działaniem cały obszar Polski.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt pn. *Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej* został zrealizowany w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Realizacja projektu objęła okres od stycznia 2009 do stycznia 2011 roku. Rozliczenie projektu nastąpiło w czerwcu 2011 roku.

Przedmiotem projektu był zakup aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej: skaner SPECT-CT, gamma kamera 1-głowicowa i wyposażenie laboratorium: komora gorąca do produkcji radiofarmaceutyków oraz linia kontroli jakości radiofarmaceutyków. W trakcie realizacji projektu rozszerzono zakres rzeczowy projektu o zakup drugiej głowicy do gamma kamery. Aparatura obrazowa została zakupiona na potrzeby Zakładu Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii

Onkologicznej, natomiast urządzenia służące do produkcji radiofarmaceutyków zakupiono na potrzeby Samodzielnej Pracowni Cyklotronu i Produkcji Radioizotopów.

Wartość projektu wyniosła **9 999 761,00 zł**, z czego koszt zakupu nowego sprzętu medycznego wyniósł 9 719 537,06 zł.

Instytut nie posiada planu strategicznego sensu stricte, tzn. planu zawierającego spisane i zatwierdzone decyzje dotyczące alokacji zasobów, priorytetów i działań niezbędnych do osiągnięcia najważniejszych celów w czasie określonej liczby lat, ale posiada odpowiadające takiemu planowi plany roczne/inwestycyjne przygotowywane zgodnie z procedurami ISO wdrożonymi w placówce. Instytut jest ukierunkowany na rozwój i unowocześnianie aparatury medycznej. Inwestycja była kilkakrotnie przedmiotem aplikacji i wniosków ze strony kierownika Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej do Dyrekcji instytutu, jednak nie ubiegano się o dofinansowanie tego zakresu rzeczowego projektu ze środków zewnętrznych np. Ministerstwa Zdrowia.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Celem głównym projektu była poprawa jakości usług medycznych poprzez podniesienie jakości procesów diagnostycznych i prawidłowej kwalifikacji do leczenia pacjentów chorych na nowotwory, jakości kontroli leczonych pacjentów oraz poprawa standardów wykonanych badań obrazowych w zakresie medycyny nuklearnej. Beneficjent określił również cele szczegółowe: zwiększenie liczby scyntygrafii do ilości około 12 000 w skali jednego roku. Realizacja projektu w założeniu miała przyczynić się do: wcześniejszej wykrywalności zachorowań na nowotwory, zwiększenia odsetka wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych w stanie zaawansowania miejscowego, uzyskanie prawidłowej diagnozy oraz pełnego obrazu o stanie choroby u pacjenta dzięki wykorzystaniu nowoczesnych i precyzyjnych narzędzi diagnostyki, szersze zastosowanie nowoczesnych metod medycyny nuklearnej w obrazowaniu nowotworów.

Fot. 5 Gamma kamera 1-głowicowa SPECT-CT



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Bezpośrednim efektem inwestycji jest zwiększenie dostępu do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny nuklearnej, co zdecydowanie wiąże się z podniesieniem jakości usług medycznych świadczonych w Instytucie. Zakupione ze środków PO IiŚ nowoczesne aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej służą do wykonywania badań scyntygraficznych. Metoda SPECT-CT umożliwia wykrycie lokalizacji i opis ognisk, zwiększa jakość i pewność opisu, dzięki czemu optymalizuje diagnozę. Użycie gamma kamery SPECT/CT zwiększa możliwości diagnostyki u pacjentów, co z kolei ma wpływ na zwiększenie i przyspieszenie jego szans powrotu do zdrowia. Średnio-miesięcznie realizowane jest 1000 scyntygrafii, czyli dziennie aparatura wykonuje ok. 50 scyntygrafii. Czas oczekiwania pacjentów na badanie scyntygraficzne uległ znacznemu skróceniu: I tak, w grudniu 2011, scyntygrafie wykonuje się na bieżąco. Uległ również skróceniu czas trwania jednostkowego badania, a tym samym skrócił się czas narażenia na ekspozycję personelu.

Fot. 6 Urządzenia do produkcji i kontroli jakości radiofarmaceutyków



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Dzięki realizacji inwestycji związanej z zakupem gamma kamery ze skanerem CT nastąpiło rozszerzenie katalogu świadczeń o badania fuzyjne – badanie anatomiczne tomografii komputerowej i badanie funkcjonalne medycyny nuklearnej. Dotychczas brak tego typu aparatury uniemożliwiał pełne zdiagnozowanie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi.

W ramach projektu dokonano także zakupu komory gorącej do produkcji radiofarmaceutyków oraz linii kontroli jakości do przygotowania radiofarmaceutyków (m.in. spektrometr gamma i spektrometr masowy) dla Samodzielnej Pracowni Cyklotronu i Produkcji Radioizotopów. Jednym z celów zakupu urządzeń jest produkcja nowych radiofarmaceutyków, które będą służyły nie tylko pacjentom Instytutu, ale również pacjentom innych placówek. Obecnie Instytut prowadzi produkcję radiofarmaceutyków jedynie na własne potrzeby. Nowe przewidziane do produkcji radiofarmaceutyki

to: 18F-DOPA, 18F-FLT, 11C-cholina, 11C-octan, 11C-metionina, związki oparte na jodzie 124-I. Dzięki realizacji projektu Instytut stara się o uzyskiwanie zezwolenia na wytwarzanie i pozwolenia na obrót dla produktu leczniczego - 18F-FDG.

Z punktu widzenia personelu medycznego odczuwane są przede wszystkim korzyści związane z obsługą aparatury obrazowej. Sprzęt jest zautomatyzowany (np. automatyczne systemy zakładania ołowianych kolimatorów), przyjazny dla użytkowników, charakteryzuje się łatwością instalacji i obsługi (intuicyjne oprogramowanie). Przyspiesza to czas potrzebny na przygotowanie aparatu do pracy i skraca czas oczekiwania pacjenta na badanie.

Dzięki realizacji projektu personel medyczny nabył również niezbędną wiedzę w zakresie procedur walidacji oraz kwalifikacji sprzętu i laboratorium zgodnie z zasadami Dobrych Praktyk Produkcji (Good Manufacturing Practice). Szkolenia – część warsztatowa zostały przeprowadzone w Niemczech ze względu na brak odpowiedniej jednostki szkoleniowej, z kolei część teoretyczne została przeprowadzona w Gliwicach przez niemieckich szkoleniowców. Szkolenia dotyczyły produkcji radiofarmaceutyków oraz obsługi urządzeń linii kontroli jakości służących do ich wykonania.

Zakład Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii Onkologicznej prowadzi usługi medyczne na rzecz całego kraju. Według danych Instytut w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Endokrynologicznej leczonych jest nawet do 60% pacjentów spoza województwa śląskiego i są to głównie chorzy na raka tarczycy. W wyniku realizacji projektu Instytut nie rozszerzył swojej działalności poza granice kraju.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt pn. Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020. Zakupiona aparatura medyczna reprezentuje najnowsze rozwiązania dla danej technologii medycznej w swojej kategorii. Na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie planowano kupić sprzęt wykorzystujący najnowsze technologie. W trakcie realizacji projektu, na podstawie wygenerowanych oszczędności, Beneficjent zdecydował się na rozszerzenie funkcjonalności gamma kamery jednogłowicowej i zakupu drugiej głowicy, celem wyboru najnowszego rozwiązania technologicznego.

Proekologiczność

Pod względem pro-ekologiczności aparatura obrazowa zakupiona ze środków PO IiŚ w porównaniu ze starym sprzętem powoduje zmniejszenie zużycie energii. Urządzenie cyfrowe są zdecydowanie bardziej energooszczędne od analogowych systemów występujących w poprzednio użytkowanej aparaturze. Urządzenia produkują odpady promieniotwórcze, które są utylizowane we własnym zakresie lub na zewnątrz zgodnie z obowiązującym prawem.

Włączenie społeczne

Projekt, głównie ze względu na wymianę sprzętu, nie przewidywał zwiększenia zatrudnienia w placówce.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu stwierdzono następujące bariery i trudności:

- brak wytycznych ze strony Instytucji Wdrażającej w zakresie prawidłowej realizacji projektu m.in. zarządzania i rozliczania projektu, kwalifikowania wydatków w ramach POIiŚ,
- zbyt późny termin organizowanych szkoleń w stosunku do terminu podpisywanych umów przez beneficjentów.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Beneficjent wskazywał, iż kontrakt ze Śląskim Oddziałem NFZ jest niewystarczający na świadczenie badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie, co powoduje niepełne wykorzystanie sprzętu zakupionego ze środków unijnych. Instytut, celem wykonania założonych wskaźników, realizuje obecnie nadwykonania z tytułu świadczeń zdrowotnych w zakresie scyntygrafii.

W trakcie realizacji projektu, w wyniku konieczności instalacji nowego sprzętu i dostosowania pomieszczenia, nastąpiło wstrzymanie udzielania świadczeń przez okres około 1 miesiąca. Z uwagi na prowadzenie prac w okresie wakacyjnym nie wpłynęło to znacząco na czas oczekiwania pacjentów na badanie.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Instytut utrzymuje płynność finansową, więc realizacja projektu i jego rozliczenia w postaci refundacji poniesionych kosztów nie wpłynęła na sytuację finansową Instytutu. Końcowy wniosek o płatność został rozliczony w czerwcu 2011 roku.

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym udostępnionym przez Instytucję Wdrażającą (stan na dzień 27.09.2011 r.) oraz informacjami uzyskanymi od beneficjenta, łączna wartość projektu wynosi: 9 999 761,00 zł, z czego poszczególne koszty stanowią:

- koszty inwestycji, w tym zakupu aparatury medycznej - 9 719 537,06 zł
- koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym przygotowanie wniosków o dofinansowanie, wynagrodzenia pracowników oraz organizacja szkoleń - 160 106,56 zł,
- koszty promocji, w tym zakup tablic informacyjnych, ogłoszenia w dzienniku ogólnopolskim i druk materiałów informacyjnych (ulotki, plakaty) – 25 132 zł.

W trakcie realizacji projektu dokonano zmian w harmonogramie rzeczowo-finansowym w zakresie ujęcia pozycji: szkolenia w specjalistycznym ośrodku referencyjnym jako koszt niekwalifikowalny. W ramach projektu nie zostały rozliczone jako kwalifikowalne koszty wchodzące w zakres zadania 2 zarządzanie projektem, w tym wynagrodzenia dla osób realizujących projekt.

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie kosztów relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosi 1,9%.

W trakcie realizacji projektu ze względu na dużą konkurencję na rynku sprzętu i aparatury medycznej, beneficjent wygenerował oszczędności, które pozwoliły mu rozszerzyć zakres rzeczowy projektu. W ramach oszczędności zakupiono drugą głowicę do gamma kamery.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Instytut jest ukierunkowany na rozwój i unowocześnianie infrastruktury. W ramach środków uzyskanych z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego (dotacja) i Wojewody Śląskiego (ZPOR) Instytut pozyskał częściowe dofinansowanie instalacji pozytonowej tomografii emisyjnej PET, na którym realizowane są badania z dziedziny medycyny nuklearnej - PET-CT (Pozytonowa Tomografia Emisyjna). Zastosowanie techniki PET ma duże znaczenie w badaniach diagnostycznych oraz naukowych.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Instytut w przyszłości zamierza dokonać rozbudowy zaplecza diagnostycznego - zabiegowego tj. rozbudowy Zakładu Radiodiagnostyki i Zakładu Patologii Nowotworów, jak również zakupu aparatury do terapii, celem polepszenia i optymalizacji procesu diagnozowania oraz leczenia chorych onkologicznych.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Beneficjent nie wskazywał na szczególne zmiany w procedurach wsparcia udzielanym placówkom ochrony zdrowia. Jedynym zastrzeżeniem był zbyt stosunkowo długi okres od momentu złożenia wniosku do momentu podpisania umowy. Istotne byłoby skrócenie terminu ze względu na zmiany cen planowanych do zakupu urządzeń.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie to centrum pediatryczne dla regionu środkowo-wschodniej Polski. Oficjalne otwarcie szpitala nastąpiło dnia 27 czerwca 1997 roku.

Dysponuje 405 łózkami, zgromadzonymi w 19 wysoko specjalistycznych Klinikach - Oddziałach. Rocznie realizuje ponad 28 tys. hospitalizacji, wykonując w tym samym czasie ponad 6 tys. operacji oraz 600 tys. badań diagnostycznych. W strukturze szpitala funkcjonuje Poliklinika, skupiająca 23 specjalistyczne poradnie, w których rocznie udzielanych jest ponad 85 tys. porad lekarskich. Placówkę charakteryzuje wysoki poziom diagnostyki i leczenia, stale podnosi jakość świadczonych usług medycznych⁶⁰.

Podstawowym celem Szpitala jest realizacja zadań dydaktycznych i badawczych dla potrzeb Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Szpital uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny.

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży w zakresie:

- Opieki stacjonarnej
- Opieki ambulatoryjnej
- Diagnostyki realizowanej przez zakłady i pracownie diagnostyczne
- Rehabilitacji leczniczej

2. Krótki opis zrealizowanego projektu

Projekt o wartości 3 913 302,00 zł zrealizowano w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. W ramach projektu zakupiony został sprzęt medyczny m.in. do diagnostyki i terapii. Dostosowano również pomieszczenia do potrzeb sterylizatora oraz zakupiono i wdrożono system archiwizacji i dystrybucji obrazów za pomocą oprogramowanie PACS/RIS.

Projekt był zgodny z planem strategicznym jednostki. Realizacja projektu przewidziana była na III i IV kwartał 2010 rok, jednak ostatecznie zakończyła się w styczniu 2011 roku.

⁶⁰ Źródło: <http://www.dsk.lublin.pl/>

Fot. 7 Inkubator dla noworodków



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

W ramach projektu zakupiono następujące sprzęty:

- Sprzęt endoskopowy – Videogastroskop – 1 szt.
- Komora do przechowywania szpiku w ciekłym azocie – 1 szt.
- Wirówka stołowa uniwersalna do zastosowania w laboratoriach medycznych – 2 szt.
- Wirówka stołowa uniwersalna z chłodzeniem do zastosowania w laboratoriach medycznych – 1 szt.
- Zestaw fiberoskopów pediatrycznych z oprzyrządowaniem – 1 szt.
- Respirator oscylacyjny dla dzieci – 1 szt.
- Respirator oscylacyjny dla noworodków – 2 szt.
- Aparat do ogrzewania pacjenta – 1 szt.
- Uniwersalny respirator do intensywnej terapii – 6 szt.
- Inkubatory noworodkowe do intensywnej terapii – 6 szt.
- Łóżka do intensywnej terapii – 4 szt.
- Uniwersalny monitor funkcji życiowych – 10 szt.
- Lampa szczelinowa – 1 szt.
- Komputerowy zestaw do badań dynamicznych krtani – Videostroboskop – 1 szt.
- Mikroskop laryngologiczny – diagnostyczny – 1 szt.
- Stół operacyjny laryngologiczny – 1 szt.
- Instrumentarium do operacji kręgosłupa – 1 szt.
- Sterylizator do sterylizacji tlenkiem etylenu – 1 szt.
- System archiwizacji i dystrybucji obrazów – system PACS i system RIS - 1

2/3 zakupionego sprzętu zostało przeznaczone dla Oddziału Intensywnej Terapii.

Główni beneficjenci infrastruktury to:

- pacjenci
- mieszkańcy Polski, w szczególności regionu południowo- wschodniego
- personel
- studenci

- turyści
- mieszkańcy miasta Lublin i powiatów województwa lubelskiego.

Oddziaływanie projektu obejmuje teren całego województwa lubelskiego, jak również województw południowo – wschodniej Polski.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej wpłyną na zwiększenie efektywności prowadzonych badań. Ponadto zmniejszyło się zagrożenie uzyskania błędnych i mało precyzyjnych wyników, co umożliwi szybszą obsługę pacjentów oraz szybsze diagnozowanie i leczenie. Zakupienie nowego sprzętu i aparatury medycznej wiązało z wprowadzonymi wymaganiami dla konkretnych oddziałów i działów Szpitala.

Realizacja omawianego projektu w zakresie zakupu wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej przyczyniła się do poprawy efektywności świadczonych usług oraz dostosowania jakości ochrony zdrowia do standardów Unii Europejskiej. Dodatkowo projekt przyczynił się do zwiększenia dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie.

Aparatura jest użytkowana w różnym stopniu w zależności od zapotrzebowania. Niektóre sprzęty są użytkowane stosunkowo rzadko jednak są niezbędne w konkretnych przypadkach chorobowych. Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej musi być w pełni przygotowany i wyposażony, w przypadku, gdy pojawia się pacjent w ciężkim stanie, nie ma możliwości wtedy sprowadzania danego sprzętu z innego oddziału. Sprzęt musi być niezawodny, gdyż jego stan techniczny może przełożyć się na możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego, w konsekwencji ratującego zdrowie lub życie pacjenta.

Aparat do ogrzewania i chłodzenia pacjenta jest użytkowany incydentalnie, ale w sytuacjach nadmiernego wychłodzenia lub przegrzania pacjenta, który trafia do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej jest bezcenny.

Zakupiony Videogastroskop służący do badania dzieci w wieku niemowlęcym ze zwężeniem przełyku. Przed zakupem aparatury dzieci w takim stanie musiały być odsyłane do jednostki w Warszawie.

Sterylizator gazowy do sterylizacji tlenkiem etylenu umożliwia sterylizację bardzo ostrych narzędzi zwłaszcza z bloku operacyjnego, które mogłyby się stępić w sterylizatorze parowym oraz sterylizuje sprzęt medyczny wykonany z delikatnego tworzywa. Poprzednio użytkowany sterylizator gazowy musiał być wymieniony ze względu na wprowadzone normy i uregulowania prawne, które nie zezwalały na użytkowanie sterylizatorów na butle, a jedynie na naboje jednorazowe.

Fot. 8 Sterylizator do sterylizacji tlenkiem etylenu



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Komora do przechowywania szpiku w ciekłym azocie pozwala na przechowywanie preparatów komórkowych, niezbędnych w procesie transplantacyjnym. Z uwagi na dużą liczbę preparatów komórkowych jest w pełni wykorzystywana.

Fot. 9 Komora do przechowywania w ciekłym azocie



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Instrumentarium do operacji kręgosłupa było niezbędne ze względu na zapotrzebowanie pacjentów, którzy potrzebowali specjalistycznej operacji. Szpital posiadał wyspecjalizowaną kadrę medyczną, a narzędzia użytkował w formie leasingowej, co wiązało się z ponoszeniem dużych kosztów. Obecnie pacjenci operowani są systematycznie, zgodnie z zapotrzebowaniem.

Fot. 10 Instrumentarium do operacji kręgosłupa



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Zakupiony w ramach dofinansowania stół operacyjny laryngologiczny, wyposażony jest w specjalne przystawki, które zapewniają odpowiednie ułożenie pacjenta, tym samym umożliwiają wykonywanie specjalistycznych operacji i ułatwiają znacznie prace personelu medycznego podczas zabiegu.

Monitory funkcji życiowych - służą do monitorowania parametrów takich jak akcja serca, zaburzenia rytmu serca, ocena ukrwienia mięśnia sercowego, saturacja tlenem, hemoglobiny, stężenia dwutlenku węgla, temperaturę obwodową i centralną, ciśnienie tętnicze bezpośrednie i pośrednie, oddech. Zakup specjalistycznej aparatury pozwolił na poprawę jakości i szybkości udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentom w stanie zagrożenia ich życia lub zdrowia.

Fot. 11 Uniwersalny monitor funkcji życiowych



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Zakupione inkubatory pozwalają na utrzymanie prawidłowej temperatury, wilgotności i czystości powietrza otaczającego noworodka, czyli optymalnego środowiska leczenia i pielęgnacji. Są nowoczesne i bardzo komfortowe zarówno dla pacjenta, rodziców, jak i personelu medycznego. Zakupiona aparatura medyczna pozwala na wykonywanie procedur lekarskich i pielęgnarskich, w stanie bezpośredniego zagrożenia życia małego pacjenta.

Dzięki zrealizowanej inwestycji zwiększyła się niezawodność i zaawansowanie technologiczne sprzętu, nie ma przestojów spowodowanych usterkami lub złym stanem technicznym aparatury. Zakup nowych sprzętów przyczynił się do poprawy jakości udzielanych świadczeń, czego wynikiem jest poprawa zdrowia dzieci i młodzieży.

W ramach projektu również zakupiono i wdrożono system archiwizacji i dystrybucji obrazów za pomocą oprogramowania PACS/RIS – pozwala on na przesyłanie obrazów radiologicznych za pomocą systemu informatycznego. Każdy obraz, który trafia do systemu jest przez niego zapisywany, co daje możliwość lekarzom w każdym momencie zalogowania się do systemu i obejrzenia obrazu w wersji trójwymiarowej. Usprawnia to znacznie pracę personelu medycznego oraz pozwala na szybszą dokładniejszą diagnozę. Poza tym obrazy są udostępniane pacjentom na płytках CD.

Inwestycja w oprogramowanie PACS/RIS wiązała się z koniecznością poszerzenia bazy sprzętowej, zakupem komputerów ze środków własnych, gdyż liczba, jak również parametry techniczne komputerów, które do tej pory były w Szpitalu nie była wystarczająca. Jednocześnie wprowadzenie oprogramowania było impulsem do dalszego rozwoju w kierunku ucyfrowienia i informatyzacji Szpitala. Był to także element, który zmobilizował personel medyczny do korzystania z najnowocześniejszych rozwiązań technologicznych.

W konsekwencji został również wprowadzony (poza projektem finansowanym PO IiŚ) system elektronicznego przesyłu informacji z laboratorium, gdzie lekarze się logują i widzą wyniki badań pacjentów, jak również mają możliwość zlecenia badań dla konkretnego pacjenta.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Zakupiony sprzęt i aparatura medyczna w ramach projektu reprezentują najnowsze rozwiązania technologiczne, a priorytetowym kryterium doboru, była kompatybilność z pozostałymi sprzętami, które funkcjonują w ramach placówki. Zakupiony sprzęt pozwala na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nowoczesna aparatura i sprzęt medyczny jest niezbędna do podnoszenia standardu świadczonych usług medycznych oraz usprawnia procesu diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób lub kompensowania skutków urazów i upośledzeń.

Oprogramowanie PACS/RIS stało się impulsem do postępującego ucyfrowienia jednostki i zmian w kierunku informatyzacji szpitala. Zastosowanie nowoczesnej technologii archiwizacji i przesyłu informacji pozwoliło na usprawnienie pracy personelu i poprawę jakości otrzymywanych wyników badań.

Proekologiczność

Zastosowane nowoczesne technologie medyczne w oparciu o nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną są energooszczędne, bezpieczne i mniej toksyczne dla środowiska. Nowoczesne aparaty do znieczulania zawierają monitor stężenia tlenu i gazów anestetycznych w układzie oddechowym pacjenta, umożliwiając stosowanie techniki małych przepływów. Powoduje to zmniejszenie zużycia środków anestetycznych co ma pozytywny wpływ na środowisko poprzez docelowe zmniejszenie ich emisji do atmosfery. Przenośne, energooszczędne monitory pozwolą elastycznie poszerzać monitorowanie, stosownie do ciężkości stanu Pacjenta. Natomiast nowoczesny sprzęt do sterylizacji zmniejszył ryzyko przedostania się tlenu etylenu do atmosfery. Z analizy zasięgu oddziaływania przedsięwzięcia wynika, że żaden sprzęt nie będzie powodował przekroczenia standardów jakości środowiska poza terenem własności Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Ponadto nie będzie wpływać na pogorszenie warunków życia i zdrowia ludzi oraz ograniczać możliwość działań sąsiednich działek.

Fot. 12 Mikroskop laryngologiczny



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Włączenie społeczne

Projekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie wyposażenia szpitala do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Z aparatury medycznej opisanej powyżej korzystają wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy oraz statusu majątkowego, jak również osoby niepełnosprawne.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Projekt, o którego realizację wnioskował beneficjent po ocenie znalazł się na liście rezerwowej, ze względu na to, że zabrakło 2 punktów do otrzymania punktacji kwalifikującej do otrzymania dofinansowania. Eksperti oceniający projekt pod względem merytorycznym nie byli zgodni co do kwestii dostosowania projektu do potrzeb osób niepełnosprawnych. Jeden z ekspertów przyznał 2 punkty w ramach kryterium dogotowania inwestycji do potrzeb osób niepełnosprawnych, gdyż w swojej ocenie brał pod uwagę całościowy brał inwestycji. Inni eksperci nie przyznali punktów w tej kategorii, w związku z tym projektowi nie przyznano punktów w ramach tego kryterium.

Ze względu pilne potrzeby w zakresie aparatury medycznej i brak wystarczających środków na zakup sprzętów jednostka postanowiła zgłosić protest i odwołać się od początkowej oceny. Odwołano się do Instytucji Wdrażającej, a gdy to nie przyniosło oczekiwanego rezultatu, następnie do Instytucji Zarządzającej.

Wniosek został skierowany do kolejnej oceny i ostatecznie przyznano dofinansowanie projektowi. Jednak proces oceny był długi i pozostawiał w niepewności jednostkę, która miała pilne potrzeby sprzętowe i nie wiedziała, czy może podjąć decyzję odnośnie zakupu niezbędnych sprzętów w ramach własnych środków.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Na etapie realizacji projektu powstały trudności związane z kwestią zatrudnienia osób do zarządzania projektem, dla Beneficjenta nie było jasne na jakich zasadach powinni być zatrudnieni pracownicy do projektu, miał on również trudności z uzyskaniem rzetelnej, spójnej i jasnej informacji ze strony Instytucji Wdrażającej w tej kwestii. Istniały różne interpretacje dokumentów i zapisów, w związku z tym nie było jasności co do właściwej drogi postępowania.

Trudności występowały również na etapie składania wniosku o płatność, zachodziła potrzeba wprowadzania poprawek i uzupełnień.

Kolejnym problemem był brak odbioru transz płatności w terminie. Wysokie kwoty musiały być przekazywane wykonawcom ze środków własnych Szpitala, gdyż był problem z transferem środków z wnioskowanych zaliczek. W związku z koniecznością terminowych wypłat dla wykonawców Szpital musiał blokować własne środki, aby dopełnić zobowiązania wobec wykonawców.

W związku z opóźnieniami, aneksowano umowę, która zakładała zakończenie projektu w grudniu 2010, a ostatecznie projekt zakończył się w styczniu 2011.

Przedstawiciele Szpitala uczestniczyli w szkoleniach organizowanych przez CSIOZ dotyczących m.in. pisania wniosku o płatność. Szkolenia były bardzo przydatne i na wysokim poziomie merytorycznym, jednak w opinii beneficjenta były zorganizowane zbyt późno, gdyż po okresie, w którym beneficjent miał największe trudności z tym zagadnieniem.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Dziecięcy Szpital Kliniczny wnioskował o kwotę 3 913 302,00 zł. Łączna wartość projektu wynosiła 3 913 302,00 zł., z czego koszty:

- inwestycji (zakupu sprzętu i aparatury medycznej) - 3 816 117,74 zł. zł,
- natomiast koszty przygotowania i zarządzania - 92 692,28 zł,
- koszty promocji - 4 492,00 zł.

Wynika z tego, że koszty promocji oraz zarządzania i przygotowania stanowią 1,01% wartości projektu. Stosunek wydatków przeznaczonych stricte na inwestycje do pozostałych wydatków w ramach projektu wskazuje na efektywne wykorzystanie środków.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Szpital DSK w Lublinie realizował w okresie od 2008 roku inwestycje w aparaturę medyczną z różnorodnych źródeł finansowania.

- Ze środków finansowych pochodzących z darowizn przeznaczanych na potrzeby konkretnego Oddziału
- Najpotrzebniejsze sprzęty kupowane były również ze wsparcia pochodzącego z Ministerstwa Zdrowia.

- Szpital realizował również programy zdrowotne, między innymi dla Kardiologii Dziecięcej oraz Program Zdrowotny dla Transplantologii, w ramach których zakupywana była potrzebna aparatura.
- W ramach akcji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy zakupiono tomograf komputerowy oraz wiele innego bardzo cennego sprzętu i aparatury medycznej.
- Pieniądze na konkretne potrzeby były również zbierane przez Stowarzyszenie Przyjaciół DSK, poprzez zbieranie 1% oraz organizację balów i aukcji charytatywnych. Z zebranych w ten sposób funduszy kupowano najpotrzebniejszy sprzęt medyczny.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Pilną potrzebą szpitala jest termomodernizacja budynków w zakresie docieplenia ścian i stropodachów. W wyniku realizacji planowanego przedsięwzięcia nastąpi zmniejszenie zapotrzebowania na energię dostarczaną na potrzeby ogrzewania oraz zmniejszenie strat ciepła poprzez przenikanie przez ściany, stropy i stropodachy oraz dojdzie do redukcji emisji CO₂ do atmosfery, budynku użyteczności publicznej pełniącego funkcję Szpitala. Planowana inwestycja w tym zakresie przyczyniłaby się do oszczędności energetycznych i zwiększyła dbałość o środowisko.

Budynek wymaga gruntownej przebudowy i modernizacji, istnieje potrzeba wygospodarowania większej przestrzeni na poszczególnych oddziałach oraz dostosowania powierzchni do europejskich standardów.

Szpital planuje również stworzenie centrum urazowego dla dzieci.

W zakresie aparatury medycznej planowane jest w najbliższym czasie doposażenie oddziałów neurochirurgii, otolaryngologii oraz nefrologii.

Planowane jest dalsza informatyzacja Szpitala, szczególnie w celu lepszego udostępnienia usług pacjentom.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

- Zdaniem beneficjenta wytyczne odnośnie kwestii realizacji projektów nie są w pełni jasne i spójne, w niektórych miejscach się wykluczały. Ponadto istnieją trudności w interpretacji regulacji i brak kompetentnej, pewnej informacji odnośnie sposobu postępowania w określonych przypadkach. Rozbieżności mogą być spowodowane faktem, iż poszczególne partie wytycznych pisane są przez inne osoby, w takim wypadku należałoby doprowadzić do konsultacji pomiędzy autorami regulacji, tak aby tworzyły one jedną spójną całość.
- Beneficjent sugeruje, iż komisje oceniającej wnioski powinny składać się wyłącznie z osób, które są praktykami w danej specjalności i mają bogatą wiedzę i doświadczenie w dziedzinie w której przeprowadzają ocenę.
- Beneficjent proponuje dostosowanie terminu realizacji szkolenia przez CSIOZ do momentu największego zapotrzebowania na dane szkolenie przez jednostki realizujące projekt.
- Kolejną propozycją jest, aby wydłużyć czas od momentu ogłoszenia konkursu do momentu złożenia dokumentacji, do tej pory był on zbyt krótki, szczególnie w przypadku projektów budowlanych. Wymagana dokumentacja była bardzo szczegółowa i precyzyjna, duże szpitale nie były w stanie przygotować dokumentacji w tak krótkim czasie.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralny Szpital Weteranów w Łodzi (zwany dalej CSW) działa na podstawie:

- ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
- ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. – o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96 poz. 615),
- ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),
- ustawy z dnia 27 lipca 2002 r. o utworzeniu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Dz. U. Nr 141, poz. 1184).

Od początku 1996 roku Szpital zaczął działać na nowych zasadach organizacyjnych - został wydzielony ze struktur Wojskowej Akademii Medycznej, uzyskując samodzielność gospodarczą. W 2002 roku na mocy Ustawy o utworzeniu Uniwersytetu Medycznego Szpital został włączony w strukturę nowotworzonego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Szpital funkcjonował pod nazwą Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej. Od 2006 roku Centralny Szpital Weteranów - jedyna w Polsce tego typu placówka służby zdrowia - oferuje świadczenia medyczne wszystkim kombatantom i weteranom niezależnie od miejsca zamieszkania. Ta grupa pacjentów wymaga wieloprofilowej diagnostyki oraz stosowania szeroko rozumianej terapii i rehabilitacji, ze względu na podeszły wiek, a także urazy odniesione podczas walk. W kwietniu 2009 roku szpital im. WAM połączył się ze szpitalem im. gen. Szareckiego, przyjmując nazwę Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralny Szpital Weteranów. W wyniku kolejnej fuzji szpitali Uniwersyteckiego Szpitala im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralnego Szpitala Weteranów ze Szpitalem im. Sterlinga od marca 2010 roku funkcjonuje największa uniwersytecka placówka w regionie łódzkim, dysponująca 24 klinikami, 700 łózkami, 4 zakładami diagnostycznymi oraz ponad 30 poradniami specjalistycznymi. Na strukturę CSW składają się :

1) Kliniki i Oddziały

- Izba Przyjęć z Oddziałem Pomocy Doraźnej
- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Klinika Artroskopii, Chirurgii Małoinwazyjnej i Traumatologii Sportowej
- Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
- Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej
- Klinika Chirurgii Ręki
- Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrodiabetologii
- Klinika Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej
- Klinika Dermatologii Ogólnej, Estetycznej i Dermatochirurgii
- Klinika Elektrokardiologii

- Klinika Endokrynologii
- Klinika Gastroenterologii
- Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej
- Klinika Kardiochirurgii
- Klinika Kardiologii
- Klinika Kardiologii Interwencyjnej, Kardiodiabetologii
- Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Medycyny Rodzinnej
- Klinika Neurochirurgii i Chirurgii Nerwów Obwodowych
- Klinika Neurologii i Epileptologii z Oddziałem Udarowym
- Klinika Okulistyki i Rehabilitacji Wzrokowej
- Klinika Ortopedii i Traumatologii
- Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej
- Klinika Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej z Oddziałem Dziennego Pobytu
- Klinika Urologii
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Kliniczny Rehabilitacji Pourazowej

2) Zakłady

- Zakład Diagnostyki i Terapii Radiologicznej i Izotopowej
- Zakład Patomorfologii i Cytopatologii Klinicznej
- Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Biochemii Klinicznej

3) Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)

4) Gabinety i przychodnie specjalistyczne (łącznie 28 jednostek)

5) Pracownia Serologii i Bank Krwi

6) Przychodnia Medycyny Pracy

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt pt. *Stworzenie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi całodobowego Centrum Endoskopowego Leczenia Krwawień* był realizowany w trybie konkursowym w ramach Działania 12.2 *Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym* Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Realizacja projektu obejmowała okres od kwietnia do listopada 2010 roku. Zrealizowano 100 % zaplanowanej inwestycji (dostaw sprzętu).

W ramach realizacji projektu zakupiony został następujący specjalistyczny sprzęt medyczny:

- zestaw do gastrokopii (videogastroskop z kanałem roboczym 3,7 mm, videogastroskop, videogastroskop cienki, procesor, źródło światła, monitor LCD, wózek, ssak endoskopowy, pompa OFP, zestaw startowy wielorazowy, videoduodenoskop, diatermia elektryczna);
- zestaw do kolonoskopii (procesor, źródło światła, monitor LCD, wózek, ssak endoskopowy, pompa OFP, zestaw startowy wielorazowy, 2 videokolonoskopy, diatermia elektryczna);
- zestaw endoskopowy wysokiej rozdzielczości HD;
- cyfrowy aparat RTG typu ramię C;

- endobaza - system archiwizacji danych z zestawem komputerowym;
- diatermia z przystawką argonową;
- 2 myjnie (myjnia automatyczna i myjka ultradźwiękowa);
- 3 wózki do przewożenia chorych;
- zestaw anestezyjologiczny (ryc. 1)

Fot. 13 Sprzęt zakupiony w ramach projektu. Źródło: USK im. WAM - CSW



Wartość projektu zgodnie z umową o dofinansowanie wynosiła **2 487 123,70 zł**, z czego:

- opracowanie studium wykonalności – 12 200 zł
- zakup sprzętu i wyposażenia medycznego – 2 464 723,70 zł
- promocja projektu – 12 200 zł

CSW nie posiada planu strategicznego.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Zasadniczym efektem projektu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego. Zdaniem beneficjenta istotą projektu jest wzrost liczby osób leczonych endoskopowo z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego oraz spadek liczby traumatycznych dla pacjentów i kosztownych form leczenia chirurgicznego. Zakupiony sprzęt pozwolił na rozpoczęcie szerokiego programu badań przesiewowych wśród osób 40-70 lat w zakresie wczesnego wykrywania raka jelita grubego, także wcześnie rozpoznać bezobjawowe krwawienia, szczególnie w grupach zwiększonego ryzyka oraz zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Po uruchomieniu Centrum Endoskopowego Leczenia Krwawień pacjenci z województwa łódzkiego oraz regionów ościennych mają całodobową dostępność do tej metody leczenia. Ponadto skrócił się czas oczekiwania na badanie endoskopowe, finansowane z NFZ (w przypadku kolonoskopii z 6 do 3 miesięcy, w przypadku gastroskopii z 4 do 2 miesięcy).

Realizacja projektu stworzyła warunki do szybszego udzielania specjalistycznej pomocy medycznej w nagłych przypadkach, zagrażających życiu i zdrowiu w zakresie gastrologii i onkologii na terenie województwa łódzkiego, a nawet z terenu całego kraju. Poza Centrum w Łodzi funkcjonuje bowiem tylko pięć takich centrów: w Warszawie, Białymstoku, Szczecinie, Krakowie, Katowicach i Szczecinie (a powinno być około 60). Zakupiony w ramach realizacji projektu sprzęt jest już wykorzystywany efektywnie. Rocznie szpital wykonuje około ok. 2640 zabiegów rocznie, w tym 1800 zabiegów kolonoskopii, 3000 zabiegów gastroskopii oraz 1440 zabiegów ratujących zdrowie i życie. Korzyścią dla pacjentów jest przede wszystkim wzrost standardu usług medycznych oraz zdecydowana poprawa dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020.

Zakupiona aparatura medyczna reprezentuje najnowsze rozwiązania dla danej technologii medycznej w swojej kategorii. Na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie planowano zakupić sprzęt nowoczesny i wykorzystujący najnowsze technologie. Specyfikacja techniczna przygotowywana na potrzeby postępowań o udzielenie zamówień publicznych realizowanych przez CSW przygotowywana była przy udziale personelu medycznego, czyli docelowych użytkowników danego rodzaju sprzętu i aparatury medycznej. Specyfikacja została przygotowywana na podstawie najbardziej aktualnego stanu wiedzy na temat zaawansowania technologicznego sprzętu medycznego. W przypadku zakupu sprzętu i aparatury medycznej brano pod uwagę przede wszystkim jakość, funkcjonalność oraz najnowsze rozwiązania technologiczne w danej dziedzinie medycyny. Każde z urządzeń zakupionych ze środków PO liś mieści się w najwyższym segmencie jakościowym i technologicznym produkowanym na świecie.

Proekologiczność

Biorąc pod uwagę „proekologiczność” inwestycji, nowoczesny sprzęt medyczny jest energooszczędny, ergonomiczny i projektowany z uwzględnieniem zastosowań w służbie zdrowia co nie jest bez znaczenia, mając na uwadze łatwość jego codziennej obsługi, konserwacji i dezynfekcji.

Sprzęt jest przyjazny dla użytkownika, z kolei serwis i konserwacja poddane są ścisłym rygorom producenta, co gwarantuje bezawaryjne działanie.

Włączenie społeczne

W ramach Centrum Endoskopowego zatrudniono dodatkowo dwie osoby: lekarza i pielęgniarkę endoskopową. Ten aspekt projektu jest spójny z priorytetem strategii Europa 2020, który mówi o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu, poprzez wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

W CSW nie wystąpiły problemy w czasie aplikowania o dofinansowanie. Żaden z działów szpitala zaangażowanych w projekt (administracyjny, księgowość, techniczny) nie zgłaszał większych trudności dotyczące procedury aplikacyjnej, wymogów prawnych oraz ograniczeń związanych z kontraktami.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

W merytorycznych aspektach beneficjent nie zidentyfikował żadnych istotnych trudności. Projekt rozliczany był przez Szpital we własnym zakresie, bez większych problemów.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym wydatki w ramach projektu wynosiły **2 487 123,70 zł**, z czego:

- Koszty inwestycji, w tym zakup sprzętu i wyposażenia medycznego – 2 464 723,70 zł
- Koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym opracowanie studium wykonalności – 12 200 zł
- Koszty promocji projektu – 12 200 zł

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie kosztów relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosiła 0,98 %.

Na etapie przygotowania dokumentacji technicznej i projektowej nie przewidziano sytuacji opisanych w punkcie 6, które wygenerowałyby dodatkowe koszty realizacji projektu i zostały poniesione ze środków własnych beneficjenta.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Poza przedmiotowym projektem beneficjent zrealizował następującą inwestycję:

1) "Zakup agregatu prądotwórczego dla potrzeb USK im. WAM - CSW w Łodzi"

Projekt został zrealizowany w pierwszej połowie 2011 r, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013, Oś Priorytetowa II, Działanie II.7. *Elektroenergetyka*. Całkowita wartość projektu to 141 114,24 PLN,

zaś wartość dofinansowania: 90 695,00 PLN (środki Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego). Głównym celem projektu była poprawa jakości bezpieczeństwa energetycznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM - CSW w Łodzi poprzez zapewnienie mu alternatywnego źródła energii na wypadek awarii. Przedmiotem projektu był zakup agregatu prądotwórczego jako alternatywnego źródła zaopatrzenia w energię w przypadku awarii.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Dla CSW najbardziej istotne w przyszłości będzie wybudowanie nowego pawilonu opieki ogólnej oraz dalsze doposażenie i modernizacje różnorodnego sprzętu specjalistycznego.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Postulowane jest:

- 1) uproszczenie procedur aplikacyjnych, w tym zmianę wniosku oraz zmniejszenie liczby załączników,
- 2) skrócenie czasu oczekiwania od momentu ogłoszenia listy rankingowej do czasu podpisania umowy.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku jest największą placówką służby zdrowia w regionie. Dysponuje ponad 820 łózkami i jest w stanie przyjąć do leczenia stacjonarnego 37 tysięcy pacjentów rocznie, jest bazą dydaktyczną i naukową dla Klinik Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jednocześnie zabezpiecza także szeroki wachlarz świadczeń zdrowotnych, poczynając od procedur prostych, a kończąc na wysokospecjalistycznych, finansowanych przez MZ. Podstawowym celem działalności jednostki jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych. Szpital uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne. Statut daje możliwość uczestnictwa w realizacji programów zdrowotnych oraz naukowych zleczanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty. USK jako zakład opieki zdrowotnej ma wykwalifikowaną kadrę medyczną oraz administracyjno-techniczną.

Opiekę nad chorymi sprawują pracownicy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w tym 36 profesorów, 33 doktorów habilitowanych i 192 doktorów nauk medycznych. Szpital zatrudnia ponad 1800 pracowników, w tym około 310 lekarzy różnych specjalności, około 240 lekarzy bez specjalizacji (m.in. stażyści, rezydenci). Personel pielęgniarski liczy ponad 740 osób, w tym ponad 260 pielęgniarek i położnych posiada wyższe wykształcenie, a ponad 210 ukończyło co najmniej jeden kierunek specjalizacji z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Inne grupy zatrudnionych to: diagnosty laboratoryjni, technicy analityki medycznej, technicy elektroradiologii, fizjoterapeuci oraz pozostały personel medyczny, pracownicy działu technicznego jak również pracownicy administracji Szpitala. Administracja stanowi jedynie 5,7% wszystkich zatrudnionych osób.

Z usług medycznych w USK korzystają nie tylko mieszkańcy regionu. Z danych statystyki szpitala w 2008 roku ponad 2,5 tys mieszkańców innych województw skorzystało z infrastruktury USK w zakresie hospitalizacji. Biorąc pod uwagę specyfikę Zakładu Radiologii i powiązanie jego działań z innymi oddziałami szpitala można stwierdzić, iż wszyscy pacjenci szpitala są beneficjentami projektu.

2. Krótki opis zrealizowanego projektu

Projekt został zrealizowany w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym w Zakładzie Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w pomieszczeniach użytkowanych przez Zakład i posiadających odpowiednią infrastrukturę techniczną.

Projekt dotyczył wymiany wyeksploatowanej aparatury radiologicznej w Zakładzie Radiologii USK w Białymstoku i był zgodny z planem strategicznym Szpitala. W ramach projektu została zakupiona następująca aparatura medyczna:

- aparat RTG ze skopią,
- aparat USG z Dopplerem,
- aparat jezdny USG,

- angiograf dwupłaszczyznowy z montażem i adaptacją pomieszczenia.

Fot. 14 Angiograf dwupłaszczyznowy



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

W związku z oszczędnościami w ramach projektu do aparatu RTG zakupiono drugą płaszczyznę. Umowa o dofinansowanie została podpisana w dniu 9.04.2010 r. z okresem kwalifikowania wydatków do dnia 31.07.2010 r., trzykrotnie aneksowana:

- 30.07.2010 r. - przedłużenie okresu kwalifikowania wydatków do dnia 31.12.2010 r. z powodu wzmocnienia stropu pod aparat RTG, zakupu drugiej płaszczyzny do aparatu RTG oraz prac adaptacyjnych pod montaż angiografu,
- 31.12.2010 r.- przedłużenie okresu kwalifikowania wydatków do dnia 28.02.2011r. z uwagi na trwające prace związane z montażem aparatu RTG,
- 29.06.2011 r. aneks sporządzony po zakończeniu projektu. Przedmiotem aneksu było obniżenie kwoty dofinansowania w związku z powstaniem oszczędności niepodlegających wykorzystaniu przez Beneficjenta, z uwagi na zakończenie rzeczowe i finansowe projektu. W treści umowy o dofinansowanie oraz w załącznikach uwidoczniono zmiany finansowe w stosunku do pierwotnej umowy, z uwzględnieniem zwrotu środków zaliczki pobranej w nadmiernej wysokości i właściwej kwoty refundacji, zweryfikowanej na etapie ostatecznego rozliczenia projektu.

Realizacja projektu zakończyła się w dniu 28.02.2011 r.

Fot. 15 Angiograf dwupłaszczyznowy



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Inwestycja w nowoczesną aparaturę radiologiczną w Szpitalu Klinicznym w Białymstoku pozwoliła wprowadzić lepszą jakość prowadzonych badań. Zastosowanie nowoczesnych technologii znacznie poprawiło dokładność oraz wiarygodność wykonywanych badań, zwiększył się zakres i elastyczność w zastosowaniu aparatów, obrazy są bardziej doskonałe. Wskaźnik dokładności diagnozy znacznie się podniósł. Badanie przy użyciu nowoczesnego angiografu, który jest jednym w nielicznych w Polsce daje możliwość wykrycia i określenia rodzaju zmian patologicznych w obrębie naczyń, np.: utrudnienie przepływu krwi, zmiana kształtu naczynia i narządów, umożliwia również wizualizację naczyń mózgowych.

Ponadto, badanie angiograficzne służy wykryciu patologicznych naczyń poprzez uwidocznienie ich nieprawidłowego ułożenia przestrzennego. Badanie można jednocześnie połączyć z zabiegiem leczniczym, polegającym na podaniu w żądane miejsce w układzie naczyniowym leku lub na wykonaniu terapeutycznego zamknięcia naczynia, m.in. zamknięcia tętniaków oraz udroźnienie naczyń.

Angiograf pozwala na wykonywanie badań z dużą precyzją oraz daje możliwość kontrolowania, czy interwencje są skuteczne. Przed zakupem sprzętu nie było możliwości wykonywania pewnych zabiegów w zakresie drobnych naczyń wewnątrzmożgowych.

Zakupiona aparatura znacznie wpłynęła również na komfort personelu medycznego oraz pacjentów. Osoby starsze oraz obłożnie chore nie są zmuszone do zmiany pozycji podczas prowadzonych badań.

Zastąpienie starych, zużytych sprzętów nowymi aparatami w znaczący sposób ograniczyło ilość usterek, miało to bezpośrednie przełożenie na redukcje przestoju, które uprzednio wiązały się z licznymi naprawami. Wpłynęło to na zwiększenie dostępności sprzętu, ale jedynie w ramach kontraktów z NFZ. Usługi na sprzęcie świadczone są w ramach działalności usługowej szpitala. Jedynie własna organizacja pracy powoduje dostępność lub ograniczenie dostępności danego sprzętu.

W okresie przez zakupem nowej aparatury nie występowała konieczność oczekiwania na wykonanie świadczenia, w związku z czym nie zaszła zmiana w zakresie skrócenia czasu oczekiwania na badanie. Aparatura jest wykorzystywana zgodnie z założonym planem, widoczne są jedynie drobne odchylenia od zaplanowanej ilości udzielanych świadczeń.

Średnia ilość badań wykonanych w okresie I-X. 2011r. kształtowała się następująco:

- Angiografia: 56 miesięcznie,
- USG Dopplera: 216 miesięcznie,
- USG jezdne: 96 miesięcznie,
- RTG: 800 miesięcznie.

Niżej wymienione badania wykonywane są w Zakładzie Radiologii USK, wyłącznie przy użyciu nowej aparatury:

Badania naczyniowe:

- Embolizacja guzów nowotworowych
- Chemoembolizacja w leczeniu guzów nowotworowych wątroby
- Embolizacja w leczeniu krwotoków z miednicy małej
- Embolizacja w leczeniu krwotoków płucnych
- Embolizacja przetok szyjno- jamistych
- Embolizacja żylaków powrózka nasiennego
- Leczenie mięśniaków macicy na drodze embolizacji
- Leczenie tętniaków aorty protezami wewnątrznaczyniowymi-stentgraftami
- Leczenie malformacji naczyniowych obwodowych
- Leczenie malformacji naczyniowych wewnątrzczaszkowych przy użyciu spiral platynowych i stentów.
- Zapobieganie zatorowości płucnej, przy użyciu filtrów do żyły głównej
- Udrażnianie przetok dializacyjnych
- Angioplastyka tętnic łuku aorty
- Angioplastyka tętnic szyjnych z neuroprotekcją
- Angioplastyka tętnic biodrowych
- Angioplastyka tętnic udowych
- Angioplastyka tętnic goleni
- Angioplastyka tętnic nerkowych
- Drenaż i plastyka dróg żółciowych
- Nefrotomia i plastyka dróg moczowych
- Usuwanie ciał obcych z układu naczyniowego

- Badania skopijne

Fot. 16 USG z Dopplerem



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Usprawniona została diagnostyka w zakresie patologii narządu rodowego (HSG), przewodu pokarmowego (metoda jednokontrastowa), wlewu doodbytniczego (metoda dwukontrastowa). Pojawiła się również możliwość współpracy diagnostycznej z chirurgami (fistulografia).

Istnieje możliwość zwiększenie skali i ilości wykonywanych świadczeń, jednak wymaga to większego kontraktu z NFZ. Sprzęt mógłby funkcjonować non stop, obecnie prawdopodobnie świadczy usługi na poziomie 40% swoich pełnych możliwości, ze względu na stopień kontraktowania.

Nowy sprzęt pozwala na wykonywanie badań pacjentom powypadkowym, których nie można poruszać. Bez konieczności przekładania pacjenta, na stole operacyjnym, można zdiagnozować i wykonać bardzo dobrą dokumentację zdjęciową. Projekt przyczynił się również do obniżenie średniej wieku aparatury.

Nowoczesny dwupłaszczyznowy angiograf, pozwala na rozpoczęcie prac nad opracowaniem procedur wczesnego leczenia udarów niedokrwiennych mózgu. Projekt odpowiada na wskazania programu w zakresie przeciwdziałania skutkom nowotworów, urazów oraz udarów.

Projekt w wymiarze społecznym wpływa na zmniejszenie śmiertelności, zmniejszenie skutków urazów i umożliwienie szybszego powrotu pacjentów do wykonywania pracy zawodowej oraz znaczną poprawę dostępności do wysokospecjalistycznych procedur medycznych.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Zakupione sprzęty reprezentują najnowsze dostępne rozwiązania technologiczne.

Aparatura działa w innowacyjnym systemie IHE – Integrating The Healthcare Enterprise. IHE jest inicjatywą profesjonalistów i producentów działających w zakresie opieki zdrowotnej, której celem jest usprawnienie wymiany informacji w komputerowych systemach medycznych. Systemy wdrażane zgodnie z zaleceniami IHE mogą usprawnić przepływ informacji, zmniejszyć ryzyko błędów i poprawić wydajność placówki.

Fot. 17 RTG ze skopią



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Proekologiczność

Projekt przyczynił się do zwiększenia efektywności energetycznej poprzez uwzględnienie w realizowanej inwestycji kryterium efektywności energetycznej urządzeń elektrycznych. Zakupione urządzenia są efektywne energetycznie, stosownie do postępu technicznego, zapewniają warunki dla racjonalnego użytkowania energii, zmniejszyło się zapotrzebowanie na energię w skali zakładu, a tym samym zmniejszyło się zagrożenie dla środowiska.

Wcześniej użytkowany sprzęt – najstarszy z 1984 r. – nie uwzględniał norm dotyczących efektywności energetycznej. Ich stan techniczny i energooszczędność dyskwalifikowały go pod względem znakowania klasą energetyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami wspólnotowymi.

Istotną zaletą nowych aparatów jest „czystość ekologiczna” poprzez eliminację trującej chemii używanej dotychczas do wywołania zwykłych zdjęć rentgenowskich. Zminimalizowana również została dawka ekspozycyjna dla pacjenta - badania mniej narażają pacjenta i personel na szkodliwe działanie promieniowania jonizującego.

Włączenie społeczne

Projekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie wyposażenia szpitala do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Z aparatury medycznej opisanej powyżej będą korzystać wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy i statusu majątkowego.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Na etapie aplikowania jednostka korzystała z usług firmy zewnętrznej, która zajmowała się formalnościami w zakresie składania wniosku o dofinansowanie.

Trudności na etapie aplikowania przysporzyły rozbieżności pomiędzy ilością załączników we wniosku aplikacyjnym, a w ogłoszeniu konkursowym. Utrudnieniem był fakt, iż na stronie CSIOZ brakowało dobrych danych statystycznych niezbędnych do obliczeń związanych z uzasadnieniem zakupu sprzętu (w skali makro). Duży nakład pracy związany był z koniecznością umieszczenia we wniosku aplikacyjnym specyfikacji przetargowej. Okres pomiędzy złożeniem wniosku, a realizacją zadania jest dość długi i może okazać się, że specyfikacja przetargowa będzie „nieaktualna”.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Zmiany w realizacji projektu w stosunku do planu związane były z niemożnością przewidzenia konieczności wykonania pewnych prac na etapie wnioskowania o środki. Beneficjent nie przewidział prac dostosowawczych do wymogów technicznych sprzętów w pomieszczeniach. W związku z montażem aparatu RTG należało wzmocnić strop i wykonać linię zasilającą. Z uwagi na fakt, iż wniosek aplikacyjny tego nie przewidywał, Instytucja Wdrażająca oraz Instytucja Pośrednicząca nie wyraziły zgody na rozszerzenie projektu o prace budowlane. Wiązało się to z faktem, iż Beneficjent we wniosku oświadczył, iż posiada infrastrukturę techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania aparatury (kryterium formalne, którego niespełnienie dawało podstawę do odrzucenia wniosku). Wydatki poza projektem wyniosły 129.814,74 zł.

Kolejną kwestią, która sprawiła trudności było nieterminowe wypłacenie zaliczki. Powodem niemożności wypłaty w terminie było zaangażowanie środków w zapobieganie skutkom powodzi. Środki przyszły ze znacznym opóźnieniem, co wiązało się z koniecznością zaangażowania własnych środków jednostki. Zaliczka była planowana na miesiąc maj, a część „unijna” wpłynęła we wrześniu, natomiast część ministerialna w październiku. W maju zakupiono dwa aparaty usg. Z uwagi na brak dofinansowania w formie zaliczki za dostarczony sprzęt szpital zapłacił ze środków własnych.

Stanowiło to bardziej problem organizacyjny, niż finansowy dla Szpitala, który ma bardzo dobrą kondycję finansową. Płatność miała być dokonywana w formie zaliczki. Natomiast w związku z zaistniałą sytuacją zaistniała konieczność przesunięcia wydatków dokonanych ze środków własnych do rozliczenia końcowego projektu. Ostatecznie dofinansowanie w formie zaliczki (do wysokości wydatków poniesionych ze środków własnych) zostało przesunięte do rozliczenia w formie płatności końcowej. Otrzymano informację, że zaliczkę przeznaczoną na zakup aparatów usg powinno się zwrócić łącznie z odsetkami podatkowymi. Następnie zwrócono tą zaliczkę, natomiast kontrola podważyła celowość zwrotu zaliczki razem z odsetkami.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

W ramach projektu wnioskowano o kwotę 7 849 994,00 zł. Zrealizowano projekt na łączną wartość 7 579 948,97 zł, w tym:

- zakup sprzętu 7.529.955,01 zł
- koszty przygotowania i zarządzania - 47 999,96 zł
- koszty promocji - 1 994,00

Stosunek kosztów zarządzania, przygotowania i promocji do łącznej wartości projektu wyniósł 0,66%.

W ramach projektu mimo zakupu drugiej płaszczyzny do aparatu RTG udało się zaoszczędzić na zakupie sprzętu kwotę 270 045,03 zł.

Stosunek wydatków przeznaczonych na koszty zarządzania, przygotowania i promocji w stosunku do łącznej wartości projektu wskazują na efektywne wykorzystanie środków.

Fot. 18 Aparat USG jezdny



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO liŚ

Szpital aktywnie poszukuje i korzysta z różnorodnych dostępnych źródeł finansowania. Poza inwestycjami realizowanymi w ramach PO liŚ zrealizowano dwa projekty z Norweskiego Mechanizmu Finansowego pn.: „Zapewnienie najwyższego standardu opieki kobiecie poprzez rozwój technik endoskopowych w Klinice Ginekologii USK” i „Poprawa dostępności profilaktycznych badań prenatalnych w województwie podlaskim”. Inwestycje te polegały na zakupie urządzeń i dostosowaniu powierzchni pod zakup tych urządzeń. Inwestycje te nie były komplementarne z inwestycją finansowaną z PO liŚ, gdyż nie dotyczyły urządzeń z zakresu radiologii.

W ramach środków własnych zakupiono do Zakładu Radiologii aparat cyfrowy oraz wyremontowano zakład, inwestycje te stanowią dopełnienie inwestycji realizowanej w ramach PO liŚ i są z nią komplementarne.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Uczelnia będąca organem założycielskim Szpitala uzyskała dotację celową rzędu 0,5 miliarda zł na modernizację Szpitala, w ramach przyznanych środków planuje się wymienić całość aparatury medycznej. W związku z tym zewnętrznym źródłem finansowania Szpital nie ma zapotrzebowania na dofinansowanie inwestycji ze środków PO IiŚ. Równoległe realizowanie inwestycji z dotacji celowej i z środków unijnych mogłoby zagrozić utrzymaniu trwałości projektu finansowanego w ramach PO IiŚ. Jednostka planuje wstrzymać się z aplikacjami w zakresie modernizowanym do czasu realizacji inwestycji.

Szpital natomiast złożył wniosek o środki transgraniczne Polska-Ukraina-Białoruś, jednak na urządzenia które są zlokalizowane w aptece szpitalnej, która jest poza zakresem modernizacji.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Problemem jest brak koordynacji zakupów przez poszczególne Szpitale w Polsce, nie ma uzasadnienia jeśli chodzi o mapy rozmieszczenia sprzętu wysokospecjalistycznego. Kiedy pojawia się źródło finansowania w postaci PO IiŚ nie ma postawionej jasno wyznaczonej linii demarkacyjnej, która pozwoliłaby na uniknięcie zakupu sprzętu w miejscu, gdzie nie jest on rzeczywiście niezbędny, a jedynie jest wynikiem niepopartych rzeczywistym zapotrzebowaniem chęci poszerzenia posiadanego zestawu aparatury ze strony jednostek. Nieuzasadniony zakup sprzętu może również skutkować zlecaniem niepotrzebnych badań, które będą miały na celu doprowadzenia do wykorzystania aparatury.

W związku z tym należałoby szerzej zbadać rzeczywiste zapotrzebowanie na konkretną aparaturę w danym rejonie, do tego celu można posłużyć się danymi gromadzonymi przez NFZ. Optymalna sytuacja zachodzi wtedy, gdy jednostka planuje w swojej strategii zakupy z dużym wyprzedzeniem, a finansowanie z PO IiŚ jest dla niej okazją dla zrealizowania tej inwestycji, a nie jedynie bodźcem do zakupu jakiegokolwiek sprzętu, który nie jest niezbędny.

Bardzo istotny z tego względu jest etap oceny projektów, który daje możliwość zweryfikowania konkretnego projektu. Ekspert powinien mieć możliwość wzięcia pod uwagę szerszej perspektywy i oceny projektu w kontekście zapotrzebowania na konkretne badania oraz leczenie dla całego kraju.

Kolejną sugerowaną zmianą jest stworzenie w umowie o dofinansowanie rezerwy na nieprzewidziane wydatki (np. 5% projektu), którą można by było wykorzystać zarówno na wydatki z kategorii objętych umową jak i w umowie nie przewidzianych.

Pewne zapisy powinny być opatrzone sankcją w umowie. Sankcje powinny być wzajemne. Obecnie beneficjent może znaleźć się w bardzo trudnej sytuacji, jeżeli nie otrzyma płatności w terminie. Przepisy nie chronią jednostek, które mogą mieć trudności finansowe. Beneficjent jest narażony na przykład na odsetki karne, jeśli się nie wywiąże ze swoich płatności, natomiast Instytucja Wdrażająca może zgodnie z umową nie przekazać zaliczki w umówionym terminie i narażić beneficjenta na trudności wynikające z tej sytuacji.

1. Krótki opis jednostki realizującej projekt

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie jest nowoczesną jednostką posiadającą 21 oddziałów o pełnym przekroju specjalizacji, świadcząca usługi dla licznej populacji z Krakowa i okolic, odległych regionów Polski, jak również dla Pacjentów z zagranicy. W Szpitalu zapewniona jest kompleksowa, sprawna i satysfakcjonująca opieka, nowoczesny sprzęt medyczny oraz pobyt w komfortowych warunkach.

Na terenie Szpitala funkcjonują oddziały o specjalnościach unikalnych w regionie:

- Toksykologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Detoksykacji, Chirurgii Szczękowo - Twarzowej
- Hematologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dziennym
- Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej
- Onkologii Klinicznej
- Oddział Urazów Wielonarządowych, Ortopedii i Neuroortopedii
- Urologii

Do zadań Szpitala należy udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu , ratowaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów regulujących zasady ich wykonywania. Szpital jest jednostką o charakterze ogólnodostępnym.

Według danych z 2007 roku Szpitalny Oddział Ratunkowy w Szpitalu im. L. Rydygiera obsługiwał dziennie ok. 70 pacjentów.

Szpital posiadał 22 oddziały. W ostatnich latach średniorocznie hospitalizowanych było ok. 28 000 osób.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt stanowi element szerszego przedsięwzięcia, zakres robót objętych zamierzeniem budowlanym obejmuje realizację przedsięwzięcia inwestycyjnego pod nazwą Przebudowa istniejącego szpitalnego oddziału ratunkowego w zakresie dostosowania do wymagań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15.03.2007.

Pierwszym etapem działań inwestycyjnych była: Modernizacja i przebudowa SOR.

⁶¹ Obecnie, w wyniku zmian formalnych, tymczasowym beneficjentem jest Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. W wyniku cesji beneficjentem będzie Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o. o.

Fot. 19 Modernizowany Szpitalny Oddział Ratunkowy



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Roboty budowlane były realizowane w dwóch etapach:

Pierwszy etap dotyczył zewnętrznej części SOR, tj. estakady, podjazdu dla ambulansów i został zrealizowany pod koniec 2009 roku, jako osobny etap. Przebudowa została dokonana ze środków Urzędu Marszałkowskiego. Aplikowano o środki z PO IiŚ z myślą, że ta inwestycja będzie stanowiła wkład własny w przypadku realizacji projektu. Następnie kiedy okazało się, że Szpitalowi przyznano dofinansowanie na te inwestycje, kwota przeznaczona przez Urząd Marszałkowski, ok. 2 mln zł została uznana jako 15% wkład własny na realizację całości inwestycji.

Kolejny etap realizacji projektu jest realizowany od czerwca 2011r.

W ramach etapu modernizacji Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, następujące obszary SOR zostały objęte projektem:

Obszar rejestracji i przyjęć, Obszar nagłych interwencji, Obszar segregacji, Obszar resuscytacyjny, Obszar wstępnej intensywnej terapii i laboratoryjno-diagnostyczny, Obszar terapii natychmiastowej, Obszar obserwacji, Pomieszczenie towarzyszące, Obszar konsultacyjny, Zaplecze administracyjno-gospodarcze.

Przedsięwzięcie objęło:

- Roboty przygotowawcze i rozbiórkowe
- Roboty związane ze zmianą istniejących elementów konstrukcyjnych i wykonaniem nowych
- Roboty związane z elementami zewnętrznymi projektowanej przebudowy
- Montaż instalacji wentylacji i klimatyzacji
- Montaż ścian warstwowych
- Wykonanie robót murarskich i podłogowych
- Montaż ścianek metalowych przeszklonych
- Wykonanie instalacji wewnętrznej i przyłączy instalacyjnych
- Roboty tynkarskie i wykonanie sufitów podwieszonych
- Roboty wykończeniowe

Fot. 20 Modernizowany Szpitalny Oddział Ratunkowy – prace budowlane



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Na etapie realizacji projektu okazało się, że niezbędne będzie docieplenie ścian. Dzięki oszczędnościom w ramach projektu udało się uzyskać dofinansowanie na dodatkowe prace, które początkowo nie były uwzględnione we wniosku.

Prace budowlane są obecnie na etapie odbioru. Przesunięto zakończenie prac z 15 listopada na 12 grudnia 2011r.

Kolejnym etapem inwestycyjnym, który już się zakończył, była budowa lądowiska dla helikoptera:

Inwestycja jest zlokalizowana na działce 3/9 i 3/10 obręb 8 Nowa Huta należącej do inwestora, w miejscu uprzednio tam usytuowanej płyty bitumicznej o wymiarach 10mx10m, która była wykorzystywana jako miejsce startów i lądowań dla śmigłowców.

Lądowisko obecnie jest przystosowane zarówno do lotów dziennych, jak i nocnych, dla śmigłowców typu Eurocopter 135. W projekcie zagospodarowania terenu lądowiska dla śmigłowców zaprojektowano jedną wolną od wszystkich przeszkód strefę podejścia końcowego i startu FATO (Final Approach Reference Area).

Obecnie oczekuje się na pozwolenie na użytkowanie lądowiska.

Fot. 21 Lądowisko dla śmigłowców sanitarnych przy Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Trzecim etapem działań inwestycyjnych jest zakup aparatury i wyposażenia, zwłaszcza zakupy, które umożliwią wymianę przestarzałej aparatury (o wieku 8-10 lat). Aparatura, sprzęt medyczny wykazany w projekcie SOR-u służyć ma resuscytacji, podtrzymaniu i stabilizacji funkcji życiowych. Ponadto wykonaniu czynności, zabiegów doraźnych w stanach nagłych. Ilość wykazana do zakupu jest zgodna z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15.03.2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz U z dnia 30.03.2007r.).

Aparatura będzie ulokowana (zainstalowana) w obszarach: Nagłych Interwencji i Konsultacyjnym. Obecnie $\frac{3}{4}$ przetargów na zakup aparatury zostało rozstrzygniętych.

Niniejszy projekt jest zgodny ze Strategią Szpitala i systematycznie realizowanymi elementami Strategii.

3. Planowane efekty inwestycji

Inwestycja obecnie jest w fazie realizacji. Po zakończeniu projektu planowane jest osiągnięcie następujących efektów:

- znacząca poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, w tym osób pracujących
- wyrównanie i ułatwienie dostępu wszystkim grupom obywateli do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych
- zachowanie zasady „złotej godziny” tj. nie przekraczanie 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego
- zmniejszenie poziomu powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych, oraz szybszy powrót poszkodowanych do aktywności zawodowej
- obniżenie poziomu śmiertelności wśród poszkodowanych i chorych

Głównym celem jakościowym jest:

Podniesienie jakości usług medycznych świadczonych w Szpitalu im. L. Rydygiera, ze szczególnym uwzględnieniem wysokospecjalistycznych procedur diagnostyczno-terapeutycznych i ratunkowych, stosowanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, możliwe do osiągnięcia poprzez umiejętne wykorzystanie specjalistycznego sprzętu medycznego.

Wysoka jakość tych usług wyrażona będzie korzyściami jakie odniesie pacjent: skrócenie czasu diagnostyki, wybór optymalnych dla chorego metod leczenia, zmniejszenie ilości powikłań, wywołanych opóźnionym lub niewłaściwym leczeniem.

Działania są prowadzone z racji dostosowania SORu do wymogów Rozporządzenia. Po dostosowaniu Szpital liczy na wzrost kontraktu na SOR z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponieważ będą spełnione wszystkie warunki, automatycznie punkty przeznaczone na dofinansowanie SORu będą wyższe, będzie to w całości pokrywało koszty obecnie ponoszone przez Szpital na świadczenia realizowane przez SOR.

Dzięki przeprowadzonej modernizacji poprawi się jakość świadczeń, powierzchnia poszczególnych obszarów będzie powiększona. Stara 10 letnia aparatura zostanie zastąpiona nowym, niezawodnym sprzętem. Zakupienie nowego sprzętu umożliwi przeprowadzanie diagnozy w Szpitalu. Wcześniej była konieczność wysyłania niektórych badań do laboratorium, natomiast dzięki nowej aparaturze będzie możliwość wykonania badań na miejscu.

Modernizacja SOR pozwoli również na oddzielenie grup pacjentów, które wcześniej krzyżowały się, teraz już nie będzie takiej możliwości.

Lądowisko zostało oświetlone i przystosowane do użytkowania w nocy oraz wykonywania większej liczby lotów, co przełoży się na możliwość transportu pacjentów przez całą dobę.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie wraz z budową lądowiska i zakupem aparatury wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020. Zakupiona aparatura będzie reprezentować nowe rozwiązania technologiczne obecnie oferowane przez rynek, parametry sprzętów są zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia dla szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zakupiona aparatura zastąpi wyeksploatowany sprzęt, będzie to aparatura w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym, służąca do podtrzymywania funkcji życiowych, m.in. respiratory, defibrylatory oraz aparaty do ogrzewania pacjenta. Planuje się również zakupienie analizatora parametrów krytycznych, który będzie nowym sprzętem na Oddziale. W przypadku zakupu sprzętu i aparatury medycznej brano pod uwagę przede wszystkim jakość, funkcjonalność oraz kompatybilność aparatury z istniejącym sprzętem działającym na terenie placówki.

Proekologiczność

Nowy sprzęt medyczny, który zostanie zakupiony w ramach projektu będzie energooszczędny, i projektowany z uwzględnieniem zastosowań w służbie zdrowia. Sprzęty będą spełniać normy europejskie w zakresie ochrony środowiska. Sprzęt będzie przyjazny dla użytkownika, z kolei serwis i konserwacja poddane będą ścisłym rygorom producenta, co gwarantuje bezawaryjne działanie.

Włączenie społeczne

Projekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie wyposażenia szpitala do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Z aparatury medycznej opisanej powyżej będą korzystać wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy oraz statusu majątkowego, jak również osoby niepełnosprawne.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Pierwotnym autorem aplikacji był Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie jeszcze przed przekształceniem. Na etapie składania wniosku o dofinansowanie nie pojawiły się żadne trudności związane z kompletowaniem i składaniem dokumentacji. Wniosek został złożony we wrześniu 2009, a w marcu 2010 roku uzyskano akceptację wniosku i zgodę na finansowanie – miało to miejsce tuż przed przekształceniem Szpitala w Spółkę.

W międzyczasie doszło do przekształcenia Szpitala w Spółkę i w tym momencie rolę beneficjenta, jako organ założycielski Szpitala przejęło Województwo Małopolskie. Obecnie Szpital to podmiot upoważniony do ponoszenia wydatków i realizacji inwestycji.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Trudności związane z sytuacją prawną

Trudności na etapie realizacji projektu wiązały się z likwidacją pierwotnego wnioskodawcy- Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie. W wyniku likwidacji Szpitala rolę beneficjenta, jako organ założycielski musiał przejąć Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego.

Pierwszy etap modernizacji SOR realizowany był przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w 2009. Natomiast rozstrzygnięcie konkursu w ramach PO IiŚ oraz decyzja o finansowaniu projektu z funduszy europejskich zapadła w marcu 2010. W związku ze skomplikowaną sytuacją prawną procedowanie umowy trwało od IV kwartału 2010 do maja 2011. Rolę beneficjenta tymczasowo przejęło Województwo Małopolskie, jednak docelowo planowano, aby beneficjentem został Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z o.o., który powstał w wyniku przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie.

Przeszkodą w wejściu Szpitala w rolę beneficjenta początkowo był brak własności majątkowej, która została przekazana Szpitalowi przez Województwo aktem notarialnym dopiero w dn. 19.08.2011r.

W celu umożliwienia rzeczowej realizacji projektu Prezes Spółki uzyskał wszelkie pełnomocnictwa do realizacji inwestycji, natomiast wszelkimi umowami w ramach projektu, całością rozliczeń oraz korespondencją z CSIOZ zajmował się Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.

Trudności związane z rozliczaniem projektu

Podczas realizacji projektu wystąpiły trudności związane z rozliczaniem projektu, które pośrednio były związane ze zmianą pierwotnego Beneficjenta.

Na wniosek Województwa Małopolskiego przekazana została 1 transza płatności pośredniej, tj., refundacja wydatków poniesionych na modernizację zewnętrznej części Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, która miała miejsce w 2009 roku, przed otrzymaniem dofinansowania z PO IiŚ.

Druga transza refundacji zostanie uruchomiona dopiero po zakończeniu kontroli ex-post w zakresie zamówień publicznych. Kontrola ex-post spowodowana jest faktem, iż w ramach projektu podczas pierwszego etapu realizacji inwestycji przeprowadzono dodatkowe prace z wolnej ręki, jak uważa Instytucja Wdrażająca - niezgodnie z procedurą przetargową.

Umowa na realizację kolejnych etapów została zawarta na płatności w formie zaliczki. Jednak ze względu na politykę rachunkowości w Urzędzie Wojewódzkim nie było możliwości przyjęcia i rozliczenia zaliczki. Kiedy Województwo otrzymało od Instytucji Wdrażającej zaliczkę okazało się, że nie jest w stanie rozliczyć środków, więc trzeba było je zwrócić z odsetkami do IW. Obecnie województwo finansuje projekt z własnych środków i stara się o refundację wydatków za roboty budowlane realizowane od lipca do sierpnia 2011. Województwo nie ma już dłużej możliwości płacenia z własnych środków. Umowa zakłada, że ok. 78% środków ma być przyjmowane w formie zaliczki, a jedynie ok. 17 % w ramach refundacji. Może dojść do sytuacji w której druga transza refundacji zostanie zablokowana w związku z przekroczeniem możliwej kwoty refundacji.

Według Urzędu Marszałkowskiego najlepszym rozwiązaniem byłoby gdyby doszło do cesji umowy na Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z o.o. W tym celu została przeprowadzona procedura oceny Spółki, analogicznie, jak ma to miejsce na etapie aplikacji o dofinansowanie.

Trudności na etapie realizacji rzeczowej projektu

Rzeczowa realizacja projektu zgodnie z planem ma być zakończona do końca roku. Przeszkodą w rzeczowej realizacji projektu była konieczność przeprowadzenia wycinki drzew, które uniemożliwiałyby pełne wykorzystanie lądowiska, co opóźniło nieznacznie prace.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Łączna wartość projektu to 13 767 088,77 zł, w tym koszty:

- inwestycji: 13 380 045,33 zł
- koszty przygotowania dokumentacji technicznej: 361 543,44 zł
- koszty promocji: 25 500,00 zł
- koszty zakupu sprzętu medycznego: 5 296 419,35 zł.

Koszty przygotowania i promocji w stosunku do całości projektu to 2,89%, co wskazuje na dużą efektywność wydatkowania środków w ramach projektu.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

W konsorcjum ze Szpitalem Jana Pawła II zrealizowano projekt "Rozwój Krakowskiego Centrum Badań i Technologii Medycznych w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013, Oś Priorytetowa 5. Krakowski Obszar Metropolitalny" współfinansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w ramach którego przeprowadzono modernizację oraz ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej. Wartość projektu wyniosła 5 182 tys. zł.

Ze środków własnych Szpital przeprowadził remonty i modernizację licznych oddziałów, między innymi Toksykologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Detoksykacji.

W ramach własnych środków Szpital również utworzył dojazd do tymczasowego SORu, który musiał być przeniesiony w inne miejsce na czas realizacji projektu. Dostosowanie tymczasowego SORu kosztowało 240 tys. zł.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Szpital obecnie planuje utworzenie ośrodka radioterapii. Zwiększy on możliwości w ramach onkologii klinicznej i pozwoli na zastosowanie najnowszych technologii w leczeniu chorób nowotworowych.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

- Beneficjent proponuje, aby usprawnić procedurę przepływu pieniędzy, gdyż w obecnej sytuacji na weryfikację wniosku o płatność przeznaczonych jest 60 dni. Konsekwencją takich regulacji jest konieczność długiego oczekiwania na wypłatę środków, co może rzutować na trudności w zachowaniu płynności finansowej Beneficjenta.
- Propozycja wprowadzenie weryfikacji wniosków o płatność wyłącznie na podstawie wykazu faktur i potwierdzenia, iż faktura została zapłacona. Przystąpienie do weryfikacji całej dokumentacji w takim przypadku następowaloby dopiero w późniejszym okresie. Powyższa zmiana korzystnie wpłynęłaby na zwiększenie pewności, że pieniądze trafią we właściwym czasie do Beneficjenta.
- Propozycja wprowadzenia większej ilości szkoleń z przygotowania beneficjentów pod kątem prowadzenia projektu zgodnie z Prawem Zamówień Publicznych.
- Wprowadzenie dyżurów ekspertów online w zakresie PZP oraz konsultacji w tej dziedzinie, gdyż sprawia ona wiele trudności Beneficjentom i jest związana z sankcjami.
- Wprowadzenie procedury kontroli on-going w zakresie zamówień publicznych, aby w trakcie przygotowania można było wysłać do weryfikacji dokumentację przetargową, aby uzyskać odpowiedź, poradę – możliwość wysłania byłaby szczególnie cenna w najcięższych dla Beneficjenta obszarach.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu (zwany dalej Szpitalem) posiada formę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego. Szpital jest placówką posiadającą statut ośrodka badawczo-rozwojowego, dysponujący wysoko wykwalifikowaną kadrą, stosująca nowoczesne techniki operacyjne oraz standardy leczenia i opieki. Szpital rozwija działalność w szeregu specjalności: chirurgia ogólna, urazowa, naczyniowa, transplantacyjna, onkologiczna, chemioterapia, kardiologia dorosłych i dzieci, angiologia, nefrologia, urologia, ginekologia i położnictwo, neonatologia, pediatria, otolaryngologia, okulistyka, dermatologia.

Pacjentami Szpitala są mieszkańcy miasta Wrocław oraz województwa dolnośląskiego, a także województw ościennych. Dla mieszkańców Wrocławia stanowi jednostkę stałego zabezpieczenia ze względu na posiadanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Szpital jest dedykowany do obsługi Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej EURO 2012.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt pn. *Kompleksowe dostosowanie SOR w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym – III etap* jest realizowany w ramach Priorytetu XII PO IŚ na lata 2007-2013 *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* w ramach Działania 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*.

Inwestycja dotyczy przebudowy pomieszczeń szpitala w części obejmującej szpitalny oddział ratunkowy (zwany dalej SOR) oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej. W zakresie projektu znajduje się także przebudowa podjazdu dla karettek oraz doświetlenie obecnie funkcjonującego lądowiska dla helikopterów.

Zakres przedmiotowy projektu obejmuje:

- a. przebudowę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Projekt, stanowiący III etap przebudowy SOR, ma na celu dostosowanie budynku do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Poprzednio wykonane modernizacje pomieszczeń tworzą obecnie całość powierzchniową, w której znajdują się następujące obszary: segregacji medycznej i przyjęć, resuscytacyjno-zabiegowy, krótkotrwałej intensywnej terapii, obserwacji, konsultacyjny. Przebudowa pomieszczeń objęła część budynku A Szpitala w celu przystosowania ich do obszaru krótkotrwałej intensywnej terapii i obszaru obserwacji SOR. W ramach projektu dokonano modernizacji pomieszczeń obszaru ginekologiczno-położniczego na obszar wstępnej intensywnej terapii i obserwacji. Na obszarze kardiologicznym utworzono salę obserwacyjną z węzłem sanitarnym, dwa gabinety konsultacyjne ogólne, pokój ginekologiczno-położniczy wraz z kabiną higieniczną i gabinetem diagnostycznym USG.

Etap projektu został całkowicie zrealizowany.

- b. przebudowę podjazdu dla karetek

Zgodnie z pierwotnymi zamierzeniami podjazd wymagał jedynie bieżącej naprawy polegającej na wymianie nawierzchni asfaltowej oraz szyb części zadaszonej, uzupełnieniu tynków, wymianie oświetlenia i odmalowaniu. W trakcie realizacji projektu okazało się, że inwestycja w tym zakresie jest niewystarczająca. Otrzymano zgodę Instytucji Wdrażającej na rozszerzenie zakresu przedsięwzięcia. Na podstawie przeprowadzonej ekspertyzy dokonano zmian i znacznie rozszerzono zakres inwestycji.

Według stanu na listopad 2011 w ramach inwestycji trwają zaawansowane prace budowlane.

Fot. 22 Budynek Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala we Wrocławiu od strony Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. W tle roboty budowlane przy podjeździe dla ambulansów.



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

- c. doświetlenie lądowiska dla helikopterów

Doświetlenie lądowiska polegało na wykonaniu oświetlenia obiektu, celem umożliwienia przyjmowania helikopterów w trybie całodobowym. Dla zapewnienia właściwego funkcjonowania SOR, wraz z lądowiskiem, konieczne było wykonanie przyłącza i rozbudowy rozdzielni elektrycznej. Inwestycja została całkowicie zrealizowana.

Fot. 23 Lądowisko dla śmigłowców sanitarnych po stronie wschodniej głównego budynku WSS



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

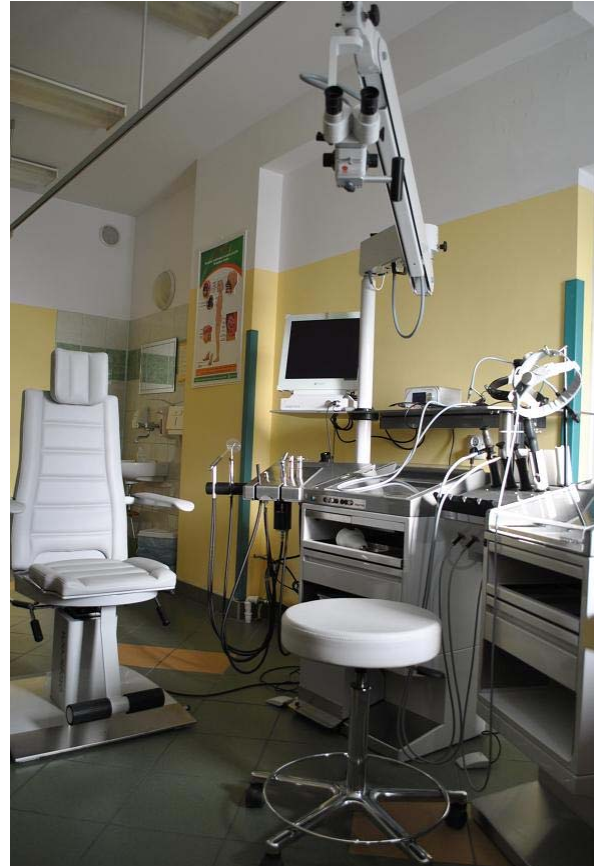
- d. wyposażenie SOR w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną

Według stanu na listopad 2011 r. w ramach projektu dokonano zakupu większości aparatury i urządzeń medycznych na rzecz SOR. Dotychczas zostały zakupione następujące urządzenia:

- aparat USG ginekologiczny
- aparat USG kardiologiczny dwugłowicowy
- zestawy intensywnej terapii
- wózki zabiegowe
- wózek do transportu chorych leżących radioprzezierny
- wózek do kąpieli chorych leżących
- zbierakowy podnośnik chorych leżących
- bronchofiberoskop
- respirator transportowy
- kardiomonitor transportowy
- pompa infuzyjna 2-strzykawkowa
- pompy infuzyjne perystaltyczne, objętościowe
- bronchoskop sztywny
- lampa czołowa stacjonarna
- lampa szczelinowa HG
- unit laryngologiczny z endoskopia, wideostroboskopią torem wizyjnym i mikroskopem
- fundus kamera z angiografem
- laser ambulatoryjny Na-YAG

- aparat USG A+B
- sterylizator kasetowy
- Tonometr-Puff
- autorefraktometr+keratometr
- otoskop interwencyjny z przenośnym źródłem światła
- rzutnik optotypów

Fot. 24 Przykładowe sprzęty medyczne zakupione ze środków PO IiŚ: 1) wózek do transportu chorych 2) Unit laryngologiczny z endoskopią, wideostroboskopią torem wizyjnym i mikroskopem



W ramach omawianego etapu projektu planowane są zakupy następujących urządzeń medycznych:

- bonchofiberoskop ze źródłem światła
- Bronchoskop sztywny interwencyjny
- fiberoskop intubacyjny z przenośnym źródłem światła
- wziernik Fisona
- sztywny fibroskop do trudnych intubacji z przenośnym światłem i torem wizyjnym

Zgodnie z umową o dofinansowanie łączna wartość projektu wynosi **5 993 642,20 zł**, w tym:

- roboty budowlane - 3 146 910,20 zł,
- zakup sprzętu i aparatury medycznej - 2 565 200,00 zł,
- przygotowanie i zarządzanie projektem - 171 532,00 zł,
- promocja projektu - 110 000,00 zł

Szpital posiada plan strategiczny określający wizję rozwoju działalności placówki m.in. w zakresie inwestycji w obiekty, sprzęt i aparaturę medyczną. Projekt dotyczący kompleksowego dostosowania SOR w WSS we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym realizowany przez Szpital został ujęty w planie strategicznym placówki i stanowi kontynuację dwóch poprzednich inwestycji dotyczących przebudowy SOR.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Celem głównym projektu jest poprawa poczucia bezpieczeństwa mieszkańców miasta Wrocławia i województwa dolnośląskiego w zakresie utrzymania dobrego poziomu zdrowia poprzez zakup sprzętu medycznego i wyposażenia dla SOR, przebudowę pomieszczeń oraz podjazdu dla karetek i doświetlenie lądowiska. Efekty inwestycji należy rozpatrywać przede wszystkim pod kątem zakończonych działań w ramach realizowanego projektu tj. przebudowy SOR, oświetlenia lądowiska czy zakupionego sprzętu.

Biorąc pod uwagę zrealizowane inwestycje można rozpatrywać ich efekty z punktu widzenia pacjenta i personelu medycznego Szpitala.

Korzyścią dla pacjentów jest przede wszystkim wzrost standardu usług medycznych realizowanych przez Szpital. SOR, w obecnym kształcie, składa się z nowoczesnych pomieszczeń o wysokich parametrach jakościowych, a przede wszystkim użytecznych i zwiększających komfort użytkowania przez pacjentów. Część pomieszczeń nie jest jeszcze użytkowana przez pacjentów ze względu na to, że wyposażenie zostało dostarczone w ostatnim czasie (październik 2011 r.). Większość urządzeń zostało już zainstalowanych, a część z nich pozostaje jeszcze na stanie magazynowym. Z uwagi na dostawę sprzętów ostatnim czasie, trudno jest określić efekty tej inwestycji, jednak wyposażenie SOR w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną z pewnością przyczyni się do skrócenia czasu diagnostyki oraz do poprawy jej jakości. Zakupiony sprzęt wykorzystywany jest w obszarach: ginekologia, laryngologia, okulistyka, intensywne terapię oraz chirurgia oraz kompleksowo służy ratowaniu zdrowia i życia pacjentom. Inwestycja w sprzęt i aparaturę medyczną nie spowodowała rozszerzenia katalogu świadczeń realizowanych przez SOR, jednak zakup nowych urządzeń umożliwi zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Fot. 25 Sala intensywnego nadzoru na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Istotnym jest również spełnienie głównego celu projektu, jakim jest poprawa poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Wrocławia i województwa dolnośląskiego. Oświetlenie lądowiska umożliwiło przyjmowanie śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w porze nocnej. Budowa podjazdu dla ambulansów, jako końcowy etap przebudowy SOR, umożliwi skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie na szpitalny oddział ratunkowy, a co za tym idzie - obniżenie poziomu śmiertelności, niepełnosprawności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków oraz innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Biorąc pod uwagę korzyści wynikające z realizacji projektu dla personelu medycznego, należy stwierdzić, że zdecydowanej poprawie uległy warunki oraz komfort pracy. Personel zyskał nowoczesny, zautomatyzowany sprzęt i aparaturę medyczną. Wynikiem realizacji projektu będzie również zwiększenie zatrudnienia w ciągu 10 lat od momentu zakończenia realizacji projektu.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt pn. *Kompleksowe dostosowanie SOR w WSS we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym - III etap* wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020. Zakupiona aparatura medyczna reprezentuje najnowsze rozwiązania dla danej technologii medycznej w swojej kategorii. Na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie planowano kupić sprzęt nowoczesny i wykorzystujący najnowsze technologie. Na etapie wniosku opisano szczegółowo parametry techniczne. Specyfikacja techniczna przygotowywana na potrzeby postępowań o udzielenie zamówień publicznych realizowanych przez Szpital przygotowywana była przy udziale personelu medycznego, czyli docelowych użytkowników danego rodzaju sprzętu i

aparatury medycznej. Wzięto pod uwagę przede wszystkim wysoką jakość i funkcjonalność sprzętu oraz najnowsze rozwiązania technologiczne w danej dziedzinie medycyny.

Proekologiczność

Biorąc pod uwagę „proekologiczność” inwestycji, Szpital zwraca szczególną uwagę na zakup sprzętu i aparatury medycznej przyjaznej środowisku. Nowoczesny sprzęt medyczny jest energooszczędny, ergonomiczny i projektowany z uwzględnieniem zastosowań w służbie zdrowia. Posiada odpowiednie certyfikaty i atesty. Urządzenia nie produkują odpadów medycznych.

Włączenie społeczne

Zgodnie z priorytetem strategii Europa 2020, który mówi o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu, poprzez wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia, a także zapisami wniosku o dofinansowanie, w wyniku realizacji projektu w Szpitalu zostanie zwiększone zatrudnienie w ciągu 10 lat od zakończenia jego realizacji.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu stwierdzono następujące bariery i trudności:

- brak doświadczenia w aplikowaniu o wnioski w ramach PO IiŚ,
- czas od momentu ogłoszenia konkursu do momentu złożenia wniosku o dofinansowanie – krótki okres (2 miesiące) związany z przygotowaniem wniosku o dofinansowanie wraz z wymaganymi załącznikami,
- konieczność posiadania dokumentów wymaganych w momencie złożenia wniosku m.in. pozwolenie na budowę – ryzyko poniesienia dodatkowych kosztów w momencie nie uzyskania dofinansowania,
- odległy czas podpisania umowy o dofinansowanie od momentu uzyskania decyzji o dofinansowaniu projektu.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Trudności na etapie realizacji projektu wynikają przede wszystkim z aspektów organizacyjnych wewnątrz placówki. Obecnie budowa podjazdu dla ambulansów stanowi utrudnienie w dostępie do SOR i konieczne było wytyczenie nowego dojazdu do oddziału. Ponadto w trakcie realizacji inwestycji ze środków PO IiŚ równoległe prowadzono inne prace budowlane związane z modernizacją bloku operacyjnego. Inwestycje były zależne od siebie, a zakończenie prac w bloku operacyjnym warunkowało rozpoczęcie inwestycji w zakresie budowy podjazdu. Rozpoczęcie inwestycji w tym samym czasie mogło spowodować całkowite sparaliżowanie pracy SOR.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

W trakcie realizacji projektu beneficjent uzyskał oszczędności na dwóch pozycjach budżetowych:

- przebudowa SOR – oszczędności w kwocie 971 534,86 zł w stosunku do założeń z wniosku w wysokości 2 069 689,48 zł,

- promocja – oszczędności w kwocie 51 855,00 zł w stosunku do założeń z wniosku w wysokości 110 000,00 zł.

Oszczędności w kwocie 971 534,86 zł pozwoliły na częściowe sfinansowanie przebudowy podjazdu dla karetek. Wartość dodatkowa obu inwestycji wyniosła 1 097 476,51 zł. Dodatkowym kosztem, poniesionym ze środków własnych beneficjenta, były koszty poniesione w związku z przygotowaniem ekspertyz budowlanych, pozwoleń na budowę i projektów budowlanych dotyczących przebudowy podjazdu dla ambulansów. Z kolei w przypadku doświetlenia lądowiska, niedobór środków został sfinansowany w całości ze środków własnych Szpitala (kwota w wysokości 61 735,77 zł). Planowane jest również przesunięcie zaoszczędzonych środków w pozycji promocja projektu (kwota w wysokości 51 855,00 zł) na pozycję przebudowa podjazdu dla karetek.

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym udostępnionym przez Instytucję Wdrażającą (stan na dzień 27.09.2011 r.) łączna wartość wydatków w projekcie wynosi: **7 039 263,72 zł⁶²**, z czego poszczególne koszty stanowią:

- koszty inwestycji, w tym rozbudowy obiektu infrastruktury i zakupu sprzętu/aparatury medycznej - 6 809 586,72 zł
- koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym studia i analizy inwestycyjne, dokumentacja projektowa oraz nadzór autorski i inwestorski - 171 532,00 zł
- koszty promocji, w tym zakup tablic informacyjnych – 58 145,00 zł.

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie kosztów relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosi 2,4 %.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Szpital konsekwentnie realizuje działania mające doprowadzić do poprawy jakości świadczonych usług diagnostyczno-leczniczych oraz do spójnego i optymalnego systemu ratownictwa medycznego. Projekt jest trzecim etapem szerszego przedsięwzięcia polegającego na realizacji następujących działań:

- *I etap: Medycyna Ratunkowa – część ambulatoryjna i lądowisko dla śmigłowców sanitarnych* – w ramach inwestycji dokonano adaptacji pomieszczeń Izby Przyjęć zlokalizowanej na parterze istniejącego budynku na SOR - część ambulatoryjną wraz z dobudową podjazdu dla karetek, a także wybudowano lądowisko dla śmigłowców sanitarnych po stronie wschodniej głównego budynku Szpitala. Inwestycja została zrealizowana ze środków własnych w 2002 roku,
- *II etap Medycyny Ratunkowej – część restytucyjno-zabiegowa* – w ramach inwestycji dokonano adaptacji pomieszczeń Izby Przyjęć zlokalizowanej w budynku C na Szpitalny Oddział Medycyny Ratunkowej część restytucyjno-zabiegową. Inwestycja została zrealizowana ze środków własnych w latach 2004-2005.

⁶² W kosztach kwalifikowanych, zgodnie z zaleceniem IW, ujęte zostały koszty nie stanowiące kosztów kwalifikowanych projektu np. koszty własne placówki poniesione na budowę podjazdu dla ambulansów.

- III etap stanowi projekt pn. *Kompleksowe dostosowanie SOR w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym - III etap*

Szpital w 2005 roku zakupił sprzęt medyczny na potrzeby SOR dofinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia w kwocie 1 375 000 zł.

Obecnie Szpital realizuje kilka innych projektów:

- Modernizacja Bloku Operacyjnego oraz zakup wyposażenia dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu” – projekt realizowany w ramach Priorytetu VIII RPO WD na lata 2007-2013 „Modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku”, Działania 8.1 „Poprawa jakości opieki zdrowotnej”. Projekt obejmuje modernizację (rozbudowę i nadbudowę) istniejącego Bloku Operacyjnego i dostosowanie go do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej oraz zakup niezbędnego wyposażenia i sprzętu medycznego
- TeleMedNet – medyczna platforma naukowo – diagnostyczna – projekt realizowanych w ramach Priorytetu II PO IG *Infrastruktura sfery B+R*, Działania 2.3 *Inwestycje związane z tworzeniem infrastruktury informatycznej nauki*. Projekt obejmuje m.in. utworzenie infrastruktury informatycznej i aplikacji umożliwiających gromadzenie i przechowywanie danych oraz budowę platformy umożliwiającej udostępnianie i analizę zgromadzonych danych,
- inne projekty dofinansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia związane z zakupem sprzętu medycznego np. zakup rezonansu magnetycznego (wartość projektu: 3 478 750,00 zł)

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Biorąc pod uwagę ewentualne wsparcie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia w kolejnym okresie programowania, beneficjent zgłasza zapotrzebowanie na:

- rozbudowę obiektu w zakresie budowy nowego bloku operacyjnego i oddziału intensywnej opieki medycznej,
- przeniesienie działalności Szpitala Rehabilitacyjno-Ortopedycznego we Wrocławiu, włączonego w strukturę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu do nowego obiektu zbudowanego na potrzeby centrum rehabilitacji,
- rozbudowa obiektu o nowe pomieszczenia służące jako laboratoria na potrzeby ośrodka badawczo-rozwojowego.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Beneficjent zaproponował następujące zmiany w procedurach:

- zapisy dotyczące trwałości projektów realizowanych przez placówki ochrony zdrowia (projekty dotyczące zakupu ambulansów) - krótkoterminowość i zmienność kontraktów z NFZ sprawia iż niemożliwe jest utrzymanie trwałości projektu, wskaźników produktu i

rezultatu. Istotna jest również zmiana w zakresie możliwości komercyjnego wykorzystania ambulansów w sytuacji utraty kontraktu NFZ,

- elastyczność harmonogramów rzeczowo-finansowych – ustawa PZP i jej procedury często powodują przesunięcia planowanych zadań. Beneficjenci realizujący inwestycje budowlane powinni mieć możliwość bardziej elastycznego planowania inwestycji.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy świadczy usługi w zakresie leczenia oraz kompleksowej diagnostyki. Na terenie Szpitala funkcjonuje następujące Kliniki oraz Oddziały:

- Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych
- Klinika Chirurgii Ogólnej
- Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych
- Klinika Kardiologii
- Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałami Urologii i Leczenia Oparzeń
- Oddział Kliniczny Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
- Oddział Kliniczny Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego
- Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej
- Oddział Kliniczny Noworodków, Wcześnieaków z Intensywną Terapią Noworodka wraz z Wyjazdowym Zespołem "N"
- Oddział Kliniczny Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej
- Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii z Pododdziałem Usprawniania Leczniczego
- Oddział Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym
- Oddział Okulistyczny
- Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Centrum Kompleksowego Leczenia Urazów Sportowych
- Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Chirurgii Szcękowej
- Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej

W ramach realizowanych umów Szpital świadczy usługi w zakresie diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, mikrobiologicznej oraz patomorfologicznej. Realizuje również rehabilitację narządów ruchu, głosu, słuchu oraz rehabilitację pediatryczną.

Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy obsługuje w szczególności mieszkańców Bydgoszczy i okolic.

Prowadzi szeroką działalność naukowo-badawczą oraz wdraża nowe technologie medyczne. Celem badań jest poprawa jakości i efektywności wykonywanych świadczeń medycznych oraz wzrost poziomu referencyjności kliniki/oddziałów.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt zrealizowany w Ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, trwał od 30 marca 2010 r. do 31 października 2010 r., przebiegał zgodnie z planem i był zgodny z planem strategicznym Szpitala.

W ramach projektu zakupiono nowoczesny sprzęt:

- System nawigacji neurochirurgicznej dla Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii z Oddziałem Usprawnienia Leczniczego,
- KTG team standard z analizą (5szt.) oraz KTG team duo z analizą (1szt.) dla Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej (razem 6 szt.),
- Aparat USG (1 szt.) dla Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej,
- Cytometr przepływowy (1 szt.) dla Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

System nawigacji neurochirurgicznej – jego zakup umożliwił wykonanie zabiegów operacyjnych techniką mikroiwazyjną. System pozwala na precyzyjne lokalizowanie patologicznych struktur w obrębie głowy i kręgosłupa, nawet bardzo małych zmian. Bardzo istotnym elementem jakościowym jest umożliwienie wykonania precyzyjnej i szybkiej diagnostyki chorych, a tym samym podjęcia właściwego leczenia pacjentów z krwinkami, guzami czy zwyrodnieniami centralnego układu nerwowego. Zastosowanie neuronawigacji umożliwia prowadzenie mniej inwazyjnych zabiegów w stosunku do standardowych zabiegów wewnątrzczaszkowych. Dzięki nowoczesnemu algorytmowi digitalizacji danych zewnętrznych planowany system nawigacji neurochirurgicznej zapewnia bardzo wysoką precyzję działania. Średni błąd urządzenia w obszarze 1 metra sześciennego jest mniejszy niż 0,3 mm. System pracuje w środowisku LINUX-UNIX co gwarantuje bardzo dużą wydajność i niezawodność urządzenia.

Fot. 26 System nawigacji neurochirurgicznej



Źródło: materiały przekazane przez Szpital

Aparaty KTG zakupione przez Szpital umożliwiają lekarzom stwierdzenie, czy do organizmu dziecka dociera odpowiedni ilość tlenu. Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej jest ośrodkiem III stopnia referencyjności, w związku z czym hospitalizuje z całego kraju pacjentki z ciężką patologią ciąży. Możliwość prawidłowej diagnostyki przy pomocy KTG u pacjentek poprawiło bezpieczeństwo, obniżyło śmiertelność okołoporodową płodów i noworodków. Szpital zwiększył jakość i bezpieczeństwo usług medycznych w zakresie opieki nad pacjentkami w ciąży i ich noworodkami.

Fot. 27 Aparat KTG



Źródło: materiały przekazane przez Szpital

Cytometria przepływowa uważana jest za najważniejszą metodę stosowaną w specjalistycznych pracowniach immunologicznych pozwalająca kompleksowo ocenić stan układu odpornościowego pacjenta. Wzrastająca popularność cytometrii przepływowej wynika z jej zalet, do której zaliczono prostotę przygotowania materiału, szybkość pomiaru, natychmiastowość wyniku badania, możliwość tworzenia komputerowych baz danych. Właściwa, oparta na nowoczesnych metodach diagnostyka pozwala trafnie określić stan kliniczny pacjenta, podjąć szybką i właściwą terapię. W konsekwencji wiąże się to z uniknięciem zbytecznych kosztów leczenia, co mogłoby mieć miejsce w przypadku nietrafnej diagnozy choroby. Zakupienie cytometru przepływowego pozwoliło wdrożyć diagnostykę immunologiczną i tym samym poprawić standard postępowania leczniczego w/w specjalności. W związku zakupem sprzętu powstała możliwość wykonywania nowych procedur medycznych, które będą dopiero zakontraktowane przez NFZ w styczniu. Umożliwi to zwiększenie użytkowania sprzętu.

Fot. 28 Cytometr przepływowy

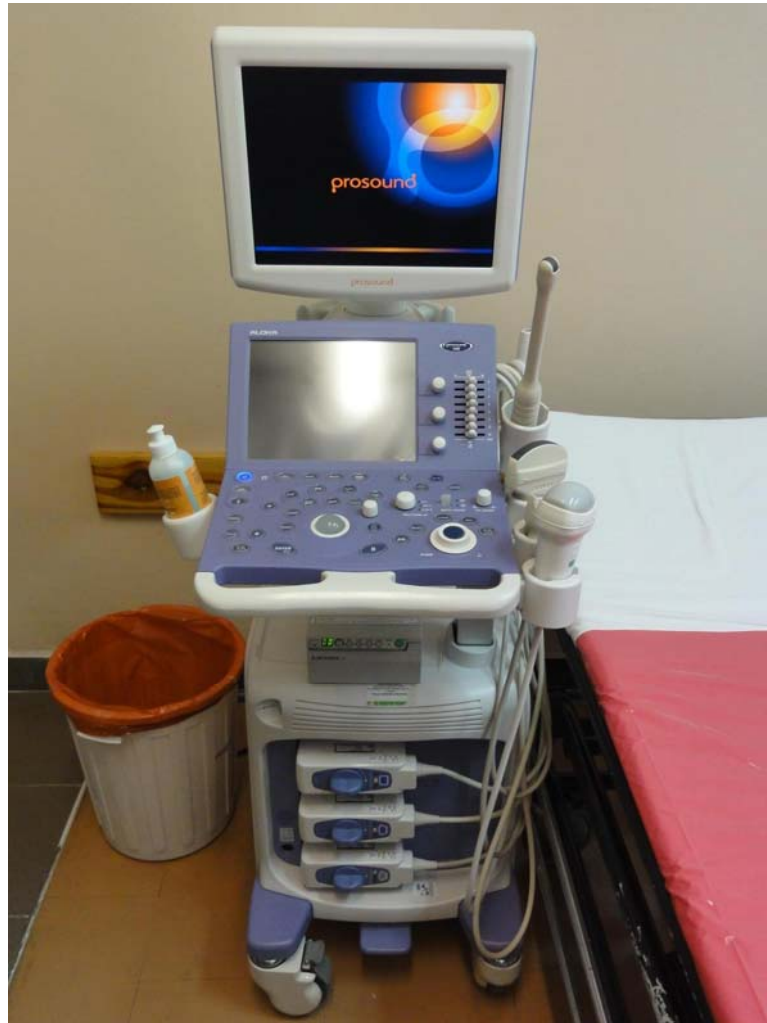


Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych jest jedyną jednostką województwa kujawsko-pomorskiego, świadcząca usługi w zakresie diagnostyki i leczenia chorób immunologicznych dla pacjentów z województwa i regionu.

Cyfrowy aparat usg został stworzony w zaawansowanej Nanotechnologii obejmującej wysokiej skali integrację obwodów elektronicznych, w celu otrzymania ostrego i wyraźnego obrazowania, pozwalającego na bardzo wydajną i dokładną ultrasonograficzną analizę diagnostyczną. Układ odbiorczy o niespotykanej dotąd rozdzielczości czasowej pozwala na wyeliminowanie znacznej części szumu i precyzyjne ogniskowanie. Na wyjątkową czystość obrazu składa się również zastosowanie najnowszej generacji głowic hemisferycznych, które dzięki oryginalnemu, precyzyjnemu ukształtowaniu emitują wiązki o wysokiej spójności. Ulepszona technologia obrazowania harmonicznego zapewnia wzmożoną czułość i zwiększoną penetrację podczas badania. Aparat wyposażony jest w Inteligentny System Zarządzania Danymi iDMS do archiwizacji i zarządzania obrazami, raportami oraz informacjami o pacjentach ze sprawną komunikacją cyfrową.

Fot. 29 USG



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Wymiana sprzętów na nowe w przypadku KTG i USG zwiększyła ich niezawodność i zaawansowanie technologiczne sprzętu, pozwoliła na zredukowanie występowania awarii, które miały często miejsce w przypadku starych sprzętów i związane były z koniecznością przerw w pracy aparatury.

Wszystkie zakupione sprzęty przyczyniły się do zwiększenia bezpieczeństwa leczonych, diagnozowanych pacjentów, jest to najważniejszy cel aparatury, zwiększył się również dostęp do złożonych, specjalistycznych procedur i poprawiła jakość wykonywanych zabiegów.

Sprzęty użytkowane są efektywnie, zgodnie z przeznaczeniem, wykonywana jest zaplanowana liczba badań, adekwatnie do potrzeb .

Dzięki zakupieniu nowoczesnych sprzętów wzrosła również konkurencyjność Szpitala.

4. Ocena projektu pod względem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Zakupione sprzęty reprezentują najnowocześniejsze rozwiązania technologiczne, szczególnie system nawigacji chirurgicznej oraz cytometr przepływowy.

Cytometr przepływowy charakteryzuje się:

- Jednoczesny pomiar wielu elementów tzw. „multiplexing” pojedynczych komórek,
- Analiza populacji na zasadzie *cell-by-cell*,
- Badanie całych komórek, jąder, mikrofragmentów komórkowych.

Neuronawigacja charakteryzuje się:

- jedyny system z aktywnymi bezprzewodowymi urządzeniami „inteligentnymi”,
- wysoka dokładność i szybkość wyznaczania położenia narzędzi w 3D,
- odporność systemu na zanieczyszczenia elementów lokalizujących,
- szybka i jednorazowa rejestracja narzędzi w objętości pomiarowej,
- łatwa kalibracja narzędzi standardowych,
- przejrzysty interfejs oprogramowania,
- urządzenia autoklaw owalne,
- system mobilny,
- pełna integracja z większością fluoroskopów i mikroskopów,
- system planowania bazujący na obrazach CT i MRI.

Zakupione **USG** jest to najnowszy kompaktowy system wysokiej klasy zbudowany na uznanej i cenionej cyfrowej platformie wykorzystanej w aparatach Alpha 7 i Alpha 10 stworzony z zaawansowanej, najnowszej technologii firmy ALOKA.

Proekologiczność

W projekcie szczególny nacisk położony został na zastosowanie energooszczędnych technologii. Zakupiony nowoczesny sprzęt jest energooszczędny, bezpieczny i nietoksyczny dla środowiska.

Włączenie społeczne

Projekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie wyposażenia szpitala do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Ze względu na swą specyfikę Szpital jest już w większości przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Z aparatury medycznej opisanej powyżej będą korzystać wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy oraz osoby niepełnosprawne.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Nie było trudności na etapie aplikowania o dofinansowanie, beneficjent bez problemów skompletował wszystkie wymagane dokumenty.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Trudnością na etapie realizacji projektu były przeciągające się procedury związane z przebiegiem i rozstrzygnięciem przetargów. Pewnym utrudnieniem były również liczne formalności związane z dokumentowaniem wydatków. Beneficjent na etapie realizacji projektu korzystał ze szkoleń organizowanych przez CSIOZ, które okazały się być przydatne i pomogły w prowadzeniu projektu. Dzięki dobrej współpracy w ramach zespołu, profesjonalnemu zarządzaniu oraz jasnym podziale obowiązków udało się przeprowadzić projekt bez zastrzeżeń.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Łączna wartość projektu wynosiła **2 084 492,00 zł**, w tym koszt:

- inwestycji 2 067 676,00 zł
- koszt przygotowania i zarządzania 13 420,00 zł
- koszt promocji 3 396,00 zł.

Stosunek kosztów przygotowania, zarządzania i promocji projektu do łącznej wartości projektu wyniósł 0,82%. Stosunek wydatków przeznaczonych na inwestycję do wydatków przeznaczonych na promocję, zarządzanie oraz przygotowanie projektu wskazuje na dużą efektywność wydatkowania środków.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO liŚ

Szpital w ostatnim okresie finansowania realizował również Inwestycję finansowaną przez Urząd Marszałkowski, polegającą na renowacji Traktu Porodowego w Oddziale Położnictwa. Inwestycja ta jest komplementarna z inwestycją realizowaną w ramach PO liŚ, polegającą na zakupie sprzętu do tego oddziału.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Obecnie na zaawansowanym etapie planowania jest projekt Termomodernizacji Szpitala, został on zgłoszony do dofinansowania do Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i udało się uzyskać na ten cel dofinansowanie na poziomie 50% , teraz Szpital poszukuje pozostałych 50% środków, które musi wygospodarować ze środków własnych.

Ze względu na konieczność dostosowania do wymaganych standardów bloku operacyjnego oraz OIOM-u, planowana jest inwestycja w modernizację i doposażenie w tym zakresie. W ramach modernizacji bloku operacyjnego planowane jest stworzenie operacyjnej sali hybrydowej, która umożliwiła by bardzo skomplikowane zabiegi i przeprowadzenia natychmiastowych operacji. W sali hybrydowej zostałyby zastosowane innowacyjne rozwiązania technologiczne.

Rozważana jest też inwestycja w dziedzinie nanotechnologii.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

- Beneficjent proponuje, aby w przypadku inwestycji infrastrukturalnych zakładających roboty budowlane nie wymagać pełnej dokumentacji technicznej łącznie z pozwoleniami budowlanymi, a dopuścić na poziomie rozstrzygnięcia pierwszego etapu oceny merytorycznej prawidłowo przygotowaną koncepcję powiązaną z szacunkowymi kosztami oraz studium wykonalności i dopiero po wstępnej pozytywnej ocenie i przejściu do kolejnego etapu zainwestować w sporządzenie szczegółowej dokumentacji. Zdaniem beneficjenta dokumentacja taka jest bardzo kosztowana do sporządzenia i obciąża budżet wnioskodawcy. Szczególnie w przypadku, kiedy jednostka nie uzyska dofinansowania wydatek taki może okazać się zbędny i nieuzasadniony.
- Kolejną sugestią jest wcześniejsze ogłaszanie informacji o konkursie, razem ze szczegółowym opisem wniosku i informacji, które będzie trzeba w nim zawrzeć. Duże wyprzedzenie pozwoliłoby na szczegółowe przygotowanie się do złożenia wniosku.
- Kolejną sugestią beneficjenta było, aby umożliwić Szpitalom o znaczeniu ponadregionalnym ubieganie się o dofinansowanie na zakup ambulansów.
- W przypadku konkursu na budowę lądowiska, sugerowano, aby w ramach dofinansowania uwzględnić kwotę na dostosowanie otoczenia do budowy lądowiska, gdyż w wielu przypadkach koszty dostosowawcze mogą ze względu na swoją wielkość stanowić przeszkodę dla beneficjenta w przypadku chęci ubiegania się o dofinansowanie na budowę lądowiska.
- Beneficjent zaproponował, aby prowadzić dodatkowe szkolenia na etapie podpisywania umowy o dofinansowanie, które byłyby obowiązkowe dla każdego, ułatwiłoby to proces realizacji projektu, gdyż już na samym początku umożliwiłoby zdobycie niezbędnej wiedzy.
- Korzystne z punktu widzenia beneficjenta byłoby, aby udostępniono na stronie internetowej Instytucji Wdrażającej nie tylko aktualne wytyczne, ale też archiwalne, zdezaktualizowane wytyczne, zgodnie z którymi postępowano w przeszłości. Ułatwiłoby to znacznie możliwość odniesienia się do poprzednich regulacji.

1. Krótki opis jednostki realizującej projekt

Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej mającym siedzibę w Poznaniu. Wojewoda Wielkopolski przekształcił Wojewódzką Stację pogotowia Ratunkowego w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

Przedmiotem działania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie pomocy doraźnej w razie wypadku, urazu, porodu, stanu ostrego zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z ostrym zagrożeniem życia oraz podejmowanie działalności ratowniczej w innych nadzwyczajnych zagrożeniach.

Stacja posiada również umowę na świadczenie usług w zakresie zastępstwa lekarza rodzinnego (POZ) w godzinach nocnych i dniach wolnych od pracy.

W obszar działania stacji wchodzi: miasto Poznań oraz miasta i gminy: Luboń, Swarzędz, Czerwonak, Dopiewo, Komorniki, Mosina, Pobiedziska, Puszczykowo, Rokietnica, Stęszew, Suchy Las, Tarnowo Podgórne, Buk, Kostrzyn, Kleszczewo, Kórnik, Murowana Goślina.

W ramach Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu funkcjonuje jednaście zespołów specjalistycznych z lekarzami oraz osiem zespołów podstawowych z ratownikami medycznymi. Ze względu na wielkość obszaru działania w skład struktury organizacyjnej stacji wchodzi podstacje pogotowia ratunkowego, które są rozmieszczone w różnych punktach miasta, aby zapewnić szybką pomoc w razie zagrożenia życia. Podstacje posiadają ambulanse specjalistyczne, podstawowe, karetki ogólnolekarskie i transportowe, które poruszają się w obrębie wyznaczonego rejonu tak aby mogły jak najprędzej dotrzeć do zagrożonych pacjentów.

Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego jest jednostką o charakterze ogólnodostępnym.

Fot. 30 Ambulans typu „P” stacjonujący w Rejonowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt realizowany był w ramach Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego, polegał na wyposażeniu w ambulanse sanitarne i sprzęt medyczny 6-ciu zespołów ratownictwa medycznego. Zakupiono 6 nowoczesnych pojazdów wyposażonych w nowoczesne urządzenia medyczne: defibrylatory, respiratory i pompy infuzyjne. Wymieniono na nowe, stare wyeksploatowane, całkowicie zamortyzowane ambulanse, które miały przebiegi ponad 350-450 tys km i były w złym stanie technicznym, często występowały w nich usterki.

Cały projekt został rozłożony na 2 etapy:

1. Dostawa 6 sztuk ambulansów sanitarnych na potrzeby Rejonowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu
2. Dostawa wyposażenia do zakupionych ambulansów w postaci urządzeń medycznych:
- defibrylatorów, respiratorów, pomp infuzyjnych oraz pulsoksymetrów w ilości po 6 sztuk.

Przetarg na ambulanse został ogłoszony w 2007 r., a w 2008 r., 6 nowych ambulansów zostało zakupionych ze środków własnych Stacji Pogotowia Ratunkowego. Ambulanse spełniały wymagania określone przez NFZ. Następnie jednostka zdecydowała się na aplikowanie o dofinansowanie w ramach PO liś na refundację środków przeznaczonych na zakup ambulansów. Zapadła decyzja o przyznaniu środków i refundacji na poziomie 85% kosztów inwestycji. Instytucja Wdrażająca uznała, że część wydatków na aparaturę nie jest kwalifikowalna, ze względu na sposób przeprowadzenia procedury przetargowej, co w konsekwencji wiązało się z przyznaniem kary w wysokości 139 395,43 zł.

Projekt został zrealizowany zgodnie z planem strategicznym Rejonowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu. Ambulanse obecnie są użytkowane przez jednostkę w ramach kontraktu z NFZ.

Fot. 31 Wnętrze ambulansu – specjalistyczny sprzęt z zakresu ratownictwa medycznego



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Zakres geograficzny projektu jest zbieżny z obszarem działania wnioskodawcy i wg statutu Rejonowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu.

Fot. 32 Ambulans typu „P”



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Oczekiwanym efektem projektu dotyczącym obszaru na którym działa Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego miało być m.in.: zachowanie zasady „złotej godziny”, tj. nie przekraczanie 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego, co znacznie wpływa na zmniejszenie poziomu powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych oraz szybszy powrót poszkodowanych do aktywności zawodowej.

Ze spełnieniem powyższego celu pośrednio wiąże się również wymóg dotarcia zespołu ratunkowego 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. Jest to czas, w ramach którego powinno się udzielić pierwszą pomoc poszkodowanej osobie. Realizacja inwestycji przyczyniła się do osiągnięcia obydwu powyższych celów.

Na sukces realizowanego projektu złożyła się wysoka jakość zakupionych ambulansów oraz wyposażenie pojazdów w niezbędne urządzenia medyczne wysokiej klasy.

Ambulanse cechują się niezawodnością oraz ekonomiczną eksploatacją, gwarantują również wysoki komfort pracy kierowcy i zespołowi medycznemu. Precyzyjny układ jezdny zapewnia stabilne i pewne zachowanie pojazdu na zakrętach. Lepsze parametry techniczne pojazdów, oraz zastosowanie nowych rozwiązań technologicznych umożliwiają bezpieczniejszą oraz bardziej dynamiczną jazdę. Natomiast solidna i sprawdzona konstrukcja, gwarantuje wysoką trwałość ambulansu przy najbardziej ekstremalnej eksploatacji. Pojazdy posiadają specjalne zawieszenie, które wpływa na komfort jazdy pacjenta, redukując nadmierne drgania.

Nowe pojazdy rzadziej ulegają awariom i usterkom niż starsze, które były wyeksploatowane. W związku z tym nie ma przestojów w użytkowaniu sprzętu, które wiązały się z koniecznością napraw.

Nowoczesne wyposażenie ambulansów, spełniające wymogi określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozwoliło na podniesienie jakości świadczonej poszkodowanym pomocy. Nowocześniejszy sprzęt pozwala na szersze monitorowanie stanu zdrowia pacjenta, co przekłada się na umożliwienie mu szybszego powrotu do zdrowia, ogranicza również skutki powikłań.

Do dyspozycji ratowników medycznych obecnie pozostają:

Defibrylator- służący do przeprowadzenia zabiegu medycznego, stosowanego podczas reanimacji, który pozwala na przywrócenie hemodynamicznie wydolną czynność serca w warunkach migotania komór oraz częstoskurczu komorowego z niewyczuwalnym tętnem. Działanie defibrylatora polega na oddziaływaniu na mięsień sercowy prądem stałym o odpowiednio dużej energii, zewnątrznie poprzez powierzchnię klatki piersiowej. W przypadku pojawienia się u poszkodowanego migotania komór lub częstoskurczu komorowego bez tętna, szybka defibrylacja jest jedynym najskuteczniejszym sposobem ratowania życia. Zakupione defibrylatory są wyposażone w specjalny modem, który umożliwia im podłączenie się do bazy i przesyłanie informacji odnośnie stanu zdrowia pacjenta do Szpitala. Niestety obecnie nie zbudowano bazy, która umożliwiłaby połączenie zakładów opieki zdrowotnej do systemu, jest to przeszkodą w pełnym wykorzystaniu możliwości sprzętu.

Pulsoksymetr - urządzenie elektroniczne służące do nieinwazyjnego pomiaru przezskórnego, wysycenia krwi tlenem (saturacji). Jednocześnie rejestruje również częstotliwość pracy serca (puls). Działa na zasadzie pomiaru pochłaniania przez czerwone krwinki w naczyniach włosowatych

promieniowania o dwóch różnych długościach fali – czerwonego i podczerwonego. Na podstawie pomiaru oblicza się stopień nasycenia hemoglobiny tlenem (SpO₂). Pulsoksymetr składa się z jednostki centralnej oraz czujnika.

Respirator transportowy – występuje w ambulansie typu S, jest podstawowym narzędziem wentylacji pacjentów w ramach działalności zespołów ratownictwa. Respirator daje możliwość wentylacji 100% tlenem w trakcie resuscytacji, co jest - w świetle standardów ERC/AHA - postępowaniem obligatoryjnym. Ponadto prawidłowo dobierając parametry wentylacji pozwala kontrolować ciśnienia wdechowe. Za sprawą respiratora można wdrożyć działania zapewniające odpowiednie natlenowanie pacjenta. Jest to bardzo potrzebne, w przypadku gdy pacjenci są niewydolni oddechowo.

Pompy infuzyjne- nowoczesny przyrząd medyczny stosowany do ciągłego lub cyklicznego, dokładnego dawkowania zadanego leku, pozwala dokładnie miareczkować podawanie leku i stabilizować stan pacjenta. Nowe pompy infuzyjne pozwalają na doczepianie kilku pomp na raz oraz na podłączenie sprzętu na sprzęt – co jest szczególnie potrzebne w dalekich transportach.

Poza tym ambulans posiada wyposażenie służące do przenoszenia pacjenta, które umożliwia bezpieczny transport pacjenta do ambulansu:

- Nosze główne /z podwoziem
- Nosze podbierające
- Materac próżniowy
- Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego (o ile nosze główne nie spełniają funkcji tych wyrobów)
- Płachta do przenoszenia lub materac do przenoszenia
- Długa deska stabilizująca kręgosłup uzupełniona unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

W momencie zakupu ambulanse reprezentowały najnowsze rozwiązania technologiczne. Opracowując specyfikację techniczną pojazdów oraz zakupionej aparatury kierowano się wymaganiami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zakupione ambulanse są skonstruowane przemyślny sposób, zastosowane rozwiązania ułatwiają prace personelu medycznego, wewnątrz ambulansu jest zaprojektowane w sposób zapewniający maksimum komfortu dla pacjenta.

Aparatura w momencie zakupu reprezentowała najnowsze rozwiązania technologiczne w swojej kategorii. Zakupione respiratory, defibrylatory, pompy infuzyjne posiadają nowe rozwiązania, które nie występowały w przypadku w wyeksploatowanej aparaturze. Między innymi nowoczesne pompy infuzyjne pozwalają na doczepianie kilku pomp jednocześnie oraz doczepianie sprzętu na sprzęt.

Proekologiczność

Ambulanse spełniają europejskie regulacje dotyczące emisji spalin w ciężkich pojazdach, zawarte w Dyrektywie 1999/96/WE. Od października 2006 roku wszystkie nowo rejestrowane pojazdy muszą spełniać normy emisji spalin Euro 4. Wdrożenie norm Euro 4 zmusiło producentów do wprowadzenia nowych rozwiązań, dzięki ich zastosowaniu osiągnięty został niezwykle wysoki poziom czystości spalin.

Zakupiona aparatura dzięki zastosowanym rozwiązaniom jest bardziej energooszczędna, bezpieczna i mniej toksyczna dla środowiska niż aparatura która wchodziła w wyposażenia wyeksploatowanych ambulansów.

Włączenie społeczne

Projekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie ambulansu do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Z pomocy świadczonej przez zespoły ratownictwa medycznego użytkujące ambulanse oraz aparaturę medyczną zakupioną w ramach projektu korzystają wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy, stopnia niepełnosprawności oraz statusu majątkowego. Ratownicy świadczą pomoc wszystkim osobom poszkodowanym w wypadkach oraz znajdującym się w stanie zagrożenia życia.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Składanie wniosku o dofinansowanie zostało zlecone firmie zewnętrznej, która dobrze zrealizowała to zadanie. Nie wystąpiły trudności na etapie aplikowania.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Na etapie realizacji projektu wydatki przeznaczone na zakup defibrylatorów do ambulansów zostały uznane za niekwalifikowalne, ze względu na sposób wyboru oferty w ramach prawa zamówień publicznych. W związku z tym wypłata środków została odpowiednio obniżona w stosunku do wnioskowanej.

Kolejną trudnością, która wystąpiła już na etapie użytkowania ambulansów był wypadek jednego z ambulansów zakupionego w ramach projektu, który doprowadził do konieczności kasacji ambulansu wraz z wyposażeniem. W związku z zaistniałą sytuacją Beneficjent, aby zapewnić zachowanie trwałości projektu zakupi używany ambulans ze środków jakie uzyska z wypłaty ubezpieczenia.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Łączna wartość projektu wynosiła 1 938 272,25 zł, z czego uzyskano 85% dofinansowanie na inwestycje z PO IiŚ, o wartości 1 647 531,43 zł.

Ostatecznie jednak Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego otrzymała 1 508 136 zł, ze względu na fakt iż uznano, że przetarg nie był przeprowadzony zgodnie z obowiązującymi procedurami i zaistniała konieczność zapłacenia kary w wysokości 139 395,43 zł.

Pozostałe koszty, które zostały poniesione przez jednostkę, to koszty

- Ogłoszenia - 5006,88 zł
- materiałów promocyjnych - 7193,12 zł.

Stosunek kosztów promocji, do łącznej wartości projektu wyniósł 0,52%. Stosunek wydatków na promocję, zarządzanie i przygotowanie projektów do łącznej kwoty inwestycji wskazuje na efektywność wydatkowania środków.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu zakupiła w 2009 roku 5 nowych ambulansów z wyposażeniem ze środków własnych, było to konieczne ze względu na zużycie starych ambulansów oraz ich stan techniczny.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Ze względu na ciągłą eksploatację ambulansów, które są użytkowane 360 dni w roku w trudnych warunkach i ulegają szybkiemu zużyciu, jednostka wykazuje zapotrzebowanie na zakup kolejnych ambulansów w liczbie od 6 do 10, wraz z wyposażeniem. Zakup nowych ambulansów jest niezbędny, ze względu na konieczność zapewnienia wysokiej jakości usług oraz bezpieczeństwa pacjentów, jak i personelu medycznego.

W ramach kolejnych konkursów na zakup ambulansów ze względu na sytuację finansową jednostka nie mogłaby się zdecydować na refundację, jako formę finansowania, gdyż nie ma środków na zakup ambulansów. Znacznie lepszym rozwiązaniem dla tej jednostki jest uzyskanie zaliczki, za którą mogłaby zakupić ambulanse.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

- Beneficjent proponuje, aby uprościć procedury rozliczania się w ramach projektu i ograniczyć związane z tym formalności.
- Kolejną propozycją jest pozostawienie większej swobody beneficjentom w użytkowaniu sprzętu, na przykład w przypadku konieczności przypisania konkretnej aparatury do danego ambulansu. Zdaniem beneficjenta dysponent sam wie najlepiej jak dobrze użytkować zakupiony sprzęt i tak szczegółowa regulacja w niektórych kwestiach nie jest konieczna. Zdaniem beneficjenta należałoby ponownie rozważyć zniesienie akcyzy w przypadku ambulansów. Obecnie są one przypisane do grupy pojazdów o kodzie CN 8703, która jest obciążona akcyzą, razem z pojazdami do przewożenia więźniów i samochodami pogrzebowymi. Ustawodawca uznał, że karetka pogotowia jest przede wszystkim pojazdem transportowym. Należy zwrócić uwagę, iż samochody strażackie, nie są objęte akcyzą, a przewożą strażaków i wodę w celu ugaszenia pożaru. Analogicznie można by było potraktować ambulans, który przewozi zespół ratowników ze specjalistycznym sprzętem w celu ratowania ludzi, a nie wyłącznie ich transportowania. Zniesienie akcyzy w przypadku ambulansów pozwoliłoby na zakup większej liczby ambulansów i mniej obciążałoby finansowo jednostki prowadzące działalność w zakresie ratownictwa medycznego.

Projekty realizowane w trybie konkursowym – podmioty prywatne

Artmedik sp z o.o - Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Projekt „Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie” realizowany jest w NZOZ Szpitalu Specjalistycznym w Jędrzejowie im. Władysława Biegańskiego. Jędrzejów jest zlokalizowany w województwie świętokrzyskim. Jednostka działa w 12 rejonie operacyjnym działania systemu Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego dla województwa świętokrzyskiego na lata 2008-2010.

Beneficjentem projektu jest Artmedik Sp. z o. o. NZOZ „Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie im. W. Biegańskiego”. Podstawą prawną działalności NZOZ Szpitala jest Statut z dnia 01.10.2008 r. Szpital posiada 8 oddziałów, 22 poradnie, 2 Bloki Operacyjne, 9 pracowni diagnostycznych, Szkołę Rodzenia, Zespół Domowego Leczenia Tlenem, karetki transportu sanitarnego i zatrudnia 94 lekarzy specjalistów.

Szpital świadczy usługi medyczne w ramach następujących Oddziałów:

- Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Dziecięcy
- Wewnętrzny
- Chirurgiczny
- Ginekologiczno- Położniczy
- Neonatologiczny
- Szpitalny Oddział Ratunkowy
- Chirurgii krótkoterminowej dla dorosłych

Grupa docelowa, do której skierowana jest działalność szpitala to mieszkańcy powiatu jędrzejowskiego, mieszkańcy powiatów sąsiadujących oraz użytkownicy dróg przebiegających przez powiat jędrzejowski. Łącznie liczba potencjalnych pacjentów NZOZ Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie to liczba prawie 400 000 osób (dane na rok 2009).

2. Krótki opis realizowanego projektu

Celem projektu „Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie” było dokończenie budowy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Specjalistycznym w Jędrzejowie. Wartość projektu to 11 448 085 zł. Przedsięwzięcie było realizowane od stycznia do marca 2011 roku.

W zakresie rzeczowym przedmiotowego projektu zawierała się część budowlana, czyli remont i modernizacja, budynku Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, doposażenie oddziału oraz remont lądowiska. Zakres rzeczowy rozszerzono o remont windy na Oddziale Ratunkowym, która uległa awarii w czasie trwania projektu.

Aby osiągnąć cel projektu przeprowadzono następujące działania:

- 1) W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zakupiono niezbędne do prawidłowego działania SOR sprzęty medyczne, tj. np. zastawę sprzętu komputerowego z osprzętem do boksów konsultacyjnych i pracowni diagnostycznej, radiotelefon, program komputerowy wraz z wdrożeniem,
- 2) W obszarze resuscytacyjno-zabiegowym zakup niezbędego sprzętu, takiego jak kardiomonitor z osprzętem, stoły zabiegowe z osprzętem do chirurgii i ortopedii, stół zabiegowy z blatem węglowym wraz z osprzętem do chirurgii i ortopedii.
- 3) W obszarze wstępnej intensywnej terapii zakup niezbędego sprzętu, takiego jak: zakup ssaka elektrycznego w ilości 3 sztuk, defibrylatora z kardiowersją i elektrostymulacją serca, bronchofiberoskopu.
- 4) W obszarze terapii natychmiastowej zakup niezbędego sprzętu m.in. takiego jak: lampa operacyjna, aparat do znieczulenia.
- 5) W obszarze obserwacji zakup niezbędego sprzętu tj. fotela ginekologicznego i mebli (szafy, biurka, krzesła).
- 6) W obszarze laboratoryjno-diagnostycznym zakup niezbędego sprzętu takiego jak: stacjonarny aparat RTG wraz z ucyfrowieniem i osprzętem, tomograf komputerowy wielorzędowy wraz z osprzętem i słuchawki medyczne.

Pozostała zakupiona aparatura: sufitowa kolumna zasilająca, trzyłożkowy zestaw RTG- mobilne ramię C, przewoźny USG, respirator transportowy, respirator stacjonarny, respirator dla noworodka, łóżka anestezyjologiczne, materac zmiennościśnieniowy, respirator, podsufitowe kolumny zasilające, zestaw narzędzi chirurgicznych, defibrylator półautomatyczny, łóżka szpitalne wraz z osprzętem, pompa infuzyjna, meble (szafy medyczne, biurka, szafki trzyłożkowe, zabudowy stanowisk nadzoru, szafy regały), agregat- wytwornica suchego lodu.

Fot. 33 Stoły zabiegowe



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

W zakresie prac wykończeniowych i modernizacyjnych, aby osiągnąć zamierzone cele oraz zapewnić zrównoważoną jakość wszystkich elementów infrastruktury szpitala, przeprowadzono następujące działania:

- tynkowanie ścian,
- instalowanie instalacji,
- położenie parkietu,
- wykonanie wylewek w sali zabiegowej, tak by w jej miejsce powstała nowoczesna Pracownia Diagnostyki Obrazowej oraz w pomieszczeniach socjalnych, korytarzu, na klatce schodowej,
- wykonanie prac wykończeniowych: położenie glazury, malowanie, montaż wyposażenia technicznego, zamontowanie drzwi, armatury, oświetlenia,
- remont windy,
- remont lądowiska dla helikopterów.

Fot. 34 Toalety dla pracowników Szpitala



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

W ramach projektu nie wymieniano aparatury medycznej, a jedynie zakupiono brakującą, do utworzenia SOR, część sprzętu. Zakupiono całkowicie nową aparaturę. Rozbudowa SOR odbywała się w pomieszczeniach, które pierwotnie przeznaczone były jako część bloku operacyjnego. Liczba zakupionego sprzętu dla obiektów infrastruktury SOR to 62, a powierzchnia wyremontowanych (zmodernizowanych) dobudowanych obiektów ochrony zdrowia - 400 m², powierzchnia wyremontowanego lądowiska dla helikopterów 2 147 m².

Szpital nie posiada planu strategicznego sensu stricto, tzn. planu zawierającego spisane i zatwierdzone decyzje dotyczące alokacji zasobów, priorytetów i działań niezbędnych do osiągnięcia

najważniejszych celów w czasie określonej liczby lat, ale posiada odpowiadające takiemu planowi Misję i Cele NZOZ. Misja NZOZ Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie, to: „Leczenie na możliwie najwyższym poziomie, profesjonalne reagowanie na potrzeby pacjentów”, natomiast celem NZOZ jest: „Uzyskanie miana najlepszej placówki służby zdrowia w województwie poprzez zaspokajanie wszystkich potrzeb pacjentów”. Zgodnie z cytowanymi Misją i Celami NZOZ, inwestycje infrastrukturalne zrealizowane w ramach Projektu są zgodne z planem strategicznym sensu largo.

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

W efekcie zrealizowanej inwestycji powstał Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z niezbędną infrastrukturą, spełniający wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 07.55 .365).

Projekt obejmuje zasięgiem potencjalnych pacjentów Szpitala, lekarzy oraz pozostały personel korzystający w swej pracy z zakupionej aparatury medycznej i pozostałej infrastruktury. Jeżeli chodzi o personel medyczny korzystający z zakupionych urządzeń medycznych i zmodernizowanych obiektów w ramach realizacji projektu, jest to liczba 235 osób. Biorąc pod uwagę uwarunkowania i położenie Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie, w szczególności odbiorcami przedmiotowego projektu są mieszkańcy powiatu jędrzejowskiego, który tworzą miasta: Jędrzejów, Małogoszcz, Sędziszów, gminy wiejsko-miejskie: Jędrzejów, Małogoszcz, Sędziszów oraz gminy wiejskie: Imielno, Nagłowice, Oksa, Słupia, Sobków, Wodzisław. Poza tym grupę docelową stanowią też mieszkańcy powiatów sąsiadujących oraz osoby przyjezdne.

Główny produkt projektu, czyli SOR, w związku ze znacznie większymi możliwościami zaspokajania popytu na usługi związane z ratownictwem medycznym (w stosunku do istniejącej pierwotnie Izby Przyjęć), a w konsekwencji zwiększonymi „wolnymi mocami przerobowymi”, będzie gotowy do niesienia pomocy rannym w nagłych przypadkach także długo po realizacji tego przedsięwzięcia.

Poprzez realizację przedmiotowego projektu w sektorze zdrowia założono osiągnięcie następujące korzyści:

- zmniejszenie ilości tzw. „zgonów do uniknięcia” (nagłych zgonów, których można byłoby uniknąć w lepszych warunkach organizacyjnych, w lepszym otoczeniu przedszpitalnym i szpitalnym oraz przy lepszym przygotowaniu osób zajmujących się ratowaniem życia ludzkiego)
- zmniejszenie ilości i rozmiarów „inwalidztwa do uniknięcia”
- zmniejszenie powikłań pourazowych ze względu na możliwość szybkiej reakcji
- skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie
- skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów
- racjonalizacja czasu i kosztów leczenia
- zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych
- lepsze zabezpieczenie obszaru działania i skrócenie dystansu dojazdu i czasu oczekiwania na pomoc
- podniesienie standardu jakości i stopnia fachowości kadry

- podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej prawidłowego funkcjonowania systemu ratownictwa wśród głównych udziałowców oraz nabycie praktycznych umiejętności w dziedzinie strategii i zarządzania projektami usprawniania systemu ratownictwa
- opracowanie rozwiązań modelowych usprawniania systemu ratownictwa
- upowszechnienie zasad partnerstwa, zintegrowanie i poprawa współpracy między osobami i instytucjami zaangażowanymi w system ratownictwa
- wydłużenie okresu życia mieszkańców regionu
- wzrost poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa
- zwiększenie bezpieczeństwa na drogach powiatu jędrzejowskiego i drodze międzynarodowej nr 7, drodze krajowej nr 78 i lokalnych nr 728 i nr 768 poprzez bardzo dobry dojazd do potencjalnych pacjentów, a co za tym idzie, zachowania zasady „złotej godziny”
- wzrost procenta udziału liczby pacjentów przetransportowanych przy wykorzystaniu transportu lotniczego w ogólnej liczbie transportowanych pacjentów
- obniżenie poziomu śmiertelności
- poprawa skuteczności funkcjonowania numeru alarmowego 112
- poprawa jakości życia mieszkańców regionu.

Cześć z powyższych efektów została już osiągnięta, pozostałe to długoterminowe cele, których obecnie nie można ocenić. Do najistotniejszych, już zaistniałych korzyści, należy przede wszystkim podwyższenie jakości oraz wzrost dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń. Przede wszystkim doposażone są sale zabiegowe, operacyjne i część pacjentów nie jest odsyłana dalej (kiedy Szpital nie miał wyposażonego Oddziału Ratunkowego, to w razie wypadku poszkodowani byli przewożeni tam gdzie był SOR - głównie do Kielc i Włoszczowej, odległych o ok. 40 km od Jędrzejowa), można się nimi zająć w SOR, w większym stopniu niż poprzednio. Po zastosowaniu zakupionego sprzętu zwiększyła się również liczba pacjentów przyjmowanych w Szpitalu, a także zakres realizowanych w SOR procedur. W 2007 roku Izba Przyjęć w Szpitalu im. Wł. Biegańskiego pomagała w nagłych wypadkach średnio 600 - 700 osobom miesięcznie. Beneficjent zakładał, że w wyniku realizacji niniejszego projektu, kiedy powstanie Szpitalny Oddział Ratunkowy, wartość ta wzrośnie o ok. 80%. Ilość pacjentów przyjmowanych na SOR wzrosła, przykładowo: na samą tomografię komputerową przyjęto w tym roku 649 pacjentów. Oznacza to, że w stosunku do przyrostu liczby mieszkańców w rejonie oddziaływania projektu zwiększyła się dostępność medycyny ratunkowej na rynku usług medycznych. Lepsze zabezpieczenie obszaru działania odciąża inne placówki i całą służbę zdrowia, szczególnie biorąc pod uwagę miasto wojewódzkie, a jednocześnie podnosi standard świadczonych usług ze względu na stworzenie nowego oddziału ratunkowego jak i stopień jego wyposażenia w optymalną pod względem relacji jakości do ceny, aparaturą medyczną oraz pełną gotowość oddziału do natychmiastowego działania.

Fot. 35 Sala obserwacji



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Dzięki realizacji przedmiotowego projektu nastąpi racjonalizacja kosztów leczenia: NZOZ Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie otrzyma od przyszłego roku większy kontrakt z NFZ, ponieważ spełnia wszystkie warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 07.55 .365), ze względu na lepsze wyposażenie Oddziału. Trudno jest jednak dokładnie określić czas pracy zakupionej aparatury. Sprzęt jest wykorzystywany w razie potrzeby – w trakcie procesu udzielania świadczeń medycznych danemu pacjentowi. Osobno ewidencjonowane jest wykorzystanie m.in. aparatu RTG- ok. 400 na miesiąc czy aparatu CT (Tomograf Komputerowy), na którym przeprowadzanych jest średnio 67 badań miesięcznie w ramach kontraktu z NFZ oraz ok. 20 miesięcznie poza kontraktem, na potrzeby diagnostyki szpitala. Od przyszłego roku przewidywany jest wzrost wykorzystania zakupionej aparatury medycznej, związany ze zwiększeniem kontraktu z NFZ. Nie prowadzi się jednak specjalnej ewidencji procedur wykonywanych na konkretnych urządzeniach w szpitalu w przypadku gdy jednostka lub oddział korzysta z kilku urządzeń danego rodzaju (Np.: USG, kardiomonitory, ssaki, defibrylatory, respiratory, narzędzia itp.). Reasumując, odrębne, specjalne statystyki dotyczące wykorzystania zakupionej w ramach projektu aparatury nie są prowadzone. Szpital gromadzi niezbędne dane medyczne dotyczące hospitalizowanych pacjentów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Fot. 36 Tomograf komputerowy



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Według Szpitala zakupiony sprzęt medyczny pozostający obecnie na wyposażeniu SOR, skrócił czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i umożliwił szybszą diagnostykę i zabezpieczenie pacjenta. Jednak nie są prowadzone statystyki obejmujące czas oczekiwania na przyjęcie w SOR, ponieważ wszyscy zgłaszający się pacjenci są na bieżąco przyjmowani przez lekarza, więc czas oczekiwania na przyjęcie w SOR nie jest liczony w dniach. W Szpitalu (to dotyczy wszystkich oddziałów) nie prowadzi się list oczekujących na udzielenie świadczenia.

Doposażenie oddziału umożliwiło jednoczesne zajmowanie się kilkoma pacjentami na Oddziale Ratunkowym i szybszą diagnostykę umożliwiającą szybsze postawienie wstępnego rozpoznania i podjęcie decyzji co do dalszego postępowania z chorym. Wyposażenie oddziału zakupione w ramach Projektu znacznie zwiększyło potencjał wykonawczy oddziału (możliwość wykonania badań, obserwacji pacjenta itp.).

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt „Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie” wpisuje się w trendy innowacyjności opisane w dokumencie Europa 2020. Zakupiona aparatura medyczna reprezentuje najnowsze rozwiązania dla danej technologii medycznej w swojej kategorii. Na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie planowano zakupić sprzęt nowoczesny, wykorzystujący najnowsze technologie.

Proekologiczność

W realizowanym projekcie przyjmowano rozwiązania techniczno - technologiczne gwarantujące stosowanie technologii ograniczających obciążenia dla środowiska naturalnego, opartych głównie na naturalnych surowcach. Dla zachowania założeń Agendy 21⁶³ przy wyborze stosowanych metod brano pod uwagę trwałość i energooszczędność planowanych rozwiązań. Projekt uwzględnia niezbędne rozwiązania w tym zakresie. Beneficjent zobowiązał się do stosowania rozwiązań przyczyniających się w największym stopniu do ograniczania zużycia energii. Projekt i jego realizacja są zgodne z przepisami prawa takimi jak: Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo Ochrony Środowiska (Dz. U. 2001 r. nr. 62, poz. 627, z późn. zm.), Ustawy o Ochronie Przyrody z dnia 16 kwietnia 2004 (Dz. U. z 2004 r., nr. 92. poz. 880 późn. zm.). Lokalizacja przedsięwzięcia nie została umiejscowiona w sąsiedztwie obszarów chronionych przepisami prawa, biorąc pod uwagę ochronę środowiska. W dziedzinie ochrony środowiska projekt wykazuje neutralność w zakresie prawa polskiego.

Projekt wpisuje się w priorytety strategii Europa 2020, m. in. Zrównoważony rozwój, poprzez wspieranie gospodarki efektywniej korzystającej z zasobów, bardziej przyjaznej środowisku i bardziej konkurencyjnej. Zakupione urządzenia są przyjazna dla środowiska. Zakup cyfrowych aparatów RTG umożliwił likwidację ciemni fotograficznej i rezygnację z analogowych procesów obróbki klisz rentgenowskich, co pozwoliło pominąć szkodliwy etap obróbki chemicznej zdjęć RTG (całkowity brak odpadów chemicznych). Nowoczesne aparaty TK i RTG podczas ekspozycji emitują znacznie niższe dawki promieniowania niż klasyczne analogowe urządzenia (cyfrowe aparaty są bardziej „światłoczułe”), dzięki czemu Pacjenci i personel są w mniejszym stopniu narażeni na działanie promieniowania. Nowoczesny sprzęt medyczny jest energooszczędny, zajmuje mniej miejsca, jest ergonomiczny i projektowany z uwzględnieniem zastosowań w służbie zdrowia co nie jest bez znaczenia, mając na uwadze łatwość jego codziennej obsługi, konserwacji i dezynfekcji. Sprzęt jest przyjazny dla użytkownika, serwis i konserwacja poddane są ścisłym rygorom producenta, co gwarantuje bezawaryjne działanie, dezynfekcja sprzętu pochłania znacznie mniej czasu i środków, co ma ogromne znaczenie dla środowiska.

Włączenie społeczne

Zgodnie z priorytetem strategii Europa 2020, który mówi o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu, poprzez wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia, w wyniku realizacji projektu w Szpitalu zwiększyło się zatrudnienie- bezpośrednio utworzono 8 nowych miejsc pracy, a przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych, nowych miejsc pracy ma wynieść 12.

⁶³ Agenda 21- dokument programowy przyjęty na Szczycie Ziemi w Rio de Janeiro w 1992 roku. Jest wszechstronnym planem działania dla Narodów Zjednoczonych, rządów i grup społecznych w każdym obszarze, w którym człowiek ma wpływ na środowisko.(za Ośrodkiem Informacji ONZ w Warszawie: http://www.unic.un.org.pl/johannesburg/info_agenda21.php)

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu nie wystąpiły bariery ani ograniczenia w czasie aplikowania o dofinansowanie. Zdaniem beneficjenta nie ma potrzeby wprowadzania żadnych zmian w procedurach aplikacyjnych.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Szpital nie napotkał większych trudności w trakcie realizacji projektu. Kontakt z Instytucją Wdrażającą był bardzo dobry, mimo braku doświadczenia w realizacji projektów spółka Artmedik otrzymała dużą, merytoryczną pomoc, która była na tyle przydatna, że pozwoliła bez problemów zrealizować inwestycję pod względem finansowym (rozliczenie projektu) i organizacyjnym.

W trakcie realizacji projektu nastąpiły pewne zmiany, w stosunku do pierwotnych planów - m.in. zmiana zakresu rzeczowego odnośnie modernizacji lądowiska - zrezygnowano z wykonania oświetlenia umożliwiającego lądowanie w nocy, ponieważ wiązałoby się to z poniesieniem dziesięciokrotnie większego kosztu niż zakładano. Wynikało to z błędnego oszacowania kosztów związanych z remontem lądowiska na etapie planowania inwestycji, przygotowania i złożenia wniosku o dofinansowanie w kwestii instalacji oświetlenia nawigacyjnego umożliwiającego lądowanie helikopterów w nocy. Zgoda na rezygnację z oświetlenia lądowiska wydana została warunkowo. Do tej pory Szpital nie uzyskał wpisu do krajowej ewidencji lądowisk prowadzonej przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego.

Innym problemem była konieczność rezygnacji z zakupu ucyfrowienia do jednego z rentgenów- Beneficjent złożył wniosek o zakup ucyfrowienia aparatu RTG w ramach rozszerzenia zakresu rzeczowego. Instytucja Wdrażająca nie wyraziła zgody na zmianę z uwagi na niespełnienie warunków rozszerzenia zakresu rzeczowego projektu.

Ponadto na etapie realizacji projektu awarii uległa winda na Oddziale Ratunkowym i konieczny był jej remont.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym wydatki w ramach projektu wynoszą: 11 235 820,40 zł, z czego poszczególne koszty stanowią:

- koszty inwestycji, w tym modernizacja SOR i zakup sprzętu medycznego - 11 224 419,50 zł,
- koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym wydatki na opracowanie planów, wyniosły 100 000 zł,
- koszty promocji - 11 400,90 zł.

Biorąc pod uwagę powyższe zestawienie kosztów relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosi niecałe 1%.

Zarządzanie projektem, w kwocie 100 000 zł, nie zostało uznane przez Instytucję Wdrażającą za koszty kwalifikowalne, ponieważ Beneficjent poniósł wydatki osobowe na podstawie umów zlecenia podpisanych z własnymi pracownikami.

Po zakończeniu projektu Szpital prowadził również działania promocyjne nieujęte w projekcie - w ramach obchodów trzeciej rocznicy utworzenia NZOZ Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie.

Budżet projektu został zrealizowany z niewielkimi przesunięciami, podczas trwania projektu nastąpiły pewne modyfikacje, na które Instytucja Wdrażająca wyraziła zgodę. Poniższa tabela przedstawia kwoty założone w harmonogramie oraz faktycznie poniesione wydatki:

Tabela 14 Struktura kosztów w projekcie

Zadanie	Kwota wg harmonogramu z umowy o dofinansowanie	Wydatki poniesione faktycznie (kwalifikowane i niekwalifikowane)
Zadanie 1 Wynagrodzenia za opracowanie planów i projektów	9 760,00	0,00
Zadanie 2 Roboty budowlane	3 817 136,00	3 812 500,00
Zadanie 3 Zakup i instalacja sprzętu i wyposażenia	7 035 640,00	7 115 734,50
Zadanie 4 Pomoc techniczna (wynagrodzenia)	145 800,00	100 000,00
Zadanie 5 Promocja	12 749,00	11 400,90
Zadanie 6 Nieprzewidziane wydatki	427 000,00	196 185,00
Ogółem	11 448 085,00	11 235 820,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie umowy o dofinansowanie

W związku z realizacją projektu Szpital poniósł dodatkowe koszty, które nie były finansowane z PO IiŚ. Były to koszty osobowe, związane z zarządzaniem projektem i koszty szkolenia personelu, które wynikały z poziomu zaawansowania technicznego kupionego sprzętu. Dotyczyło to szczególnie badania przy pomocy Tomografu Komputerowego i cyfrowych aparatów RTG. Przez kilka miesięcy, Szpital z własnych środków opłacał specjalnie zatrudniony personel, pod którego merytorycznym nadzorem, technicy zatrudnieni w NZOZ wykonywali procedury medyczne z wykorzystaniem w/w urządzeń (badania TK i RTG).

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

W ramach bieżącej perspektywy finansowej Szpital realizuje projekt finansowany z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007 – 2013, Działanie 5.1 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia, pod nazwą: „Poprawa efektywności funkcjonowania regionalnego systemu ochrony zdrowia poprzez dobudowę pawilonu łóżkowego oraz stworzenie hospicjum w Szpitalu im. W. Biegańskiego w Jędrzejowie”. Wartość projektu wynosi 5 050 000 zł. Projekt zakłada : rozbudowę istniejącego obiektu Szpitala Specjalistycznego im. W. Biegańskiego w Jędrzejowie celem zwiększenia powierzchni użytkowej budynku o 1905 m² z przeznaczeniem na hospicjum i poprawę funkcjonalności pozostałych oddziałów oraz wyposażenie pawilonu łóżkowego w sprzęt umożliwiający poprawę efektywności diagnostyki i zapewniający optymalne leczenie oraz spełniający obowiązujące przepisy dotyczące standardów wyposażenia technicznego. Zakończenie fazy realizacji projektu: 31.12.2011 r.

Inwestycja jest związana z projektem modernizacji i doposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, ponieważ ma wpływ na funkcjonowanie całego szpitala, a pacjenci utworzonego hospicjum będą przyjmowani przez Izbę Przyjęć która funkcjonuje w ramach SORu.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Biorąc pod uwagę ewentualne wsparcie inwestycji w kolejnym okresie programowania, wg badanej jednostki, przede wszystkim powinny być finansowane z PO LiŚ :

- a. zakup sprzętu medycznego,
- b. budowa /przebudowa /rozbudowa /remont obiektów infrastruktury ochrony zdrowia.

Wyżej wymienione, planowane inwestycje będą miały charakter innowacyjny i proekologiczny. Szpital decyduje się na taki rodzaj inwestycji, ze względu na konieczność dalszej modernizacji placówki, aby zrealizować cel Szpitala: „Uzyskanie miana najlepszej placówki służby zdrowia w województwie poprzez zaspokajanie wszystkich potrzeb pacjentów”.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

NZOZ Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie nie widzi potrzeby wprowadzania zmian w zasadach oraz zakresu udzielania wsparcia jednostkom ochrony zdrowia w kolejnym okresie programowania. Zwłaszcza terminy rozliczania projektu są dość realne, podczas gdy w innych programach bywają krótsze, w związku z czym Szpital ma więcej pracy.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Ełku – Pro-Medica w Ełku sp. z o. o. od 2004 roku jest posiadaczem Statusu Szpitala Akredytowanego nadanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Od 2000 roku nastąpił dynamiczny rozwój szpitala i poradni specjalistycznych. Dziedziny na które postawiło kierownictwo szpitala to kardiologia, chirurgia, rehabilitacja lecznicza, w tym kardiologiczna i neurologiczna, onkologia, kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem oraz opieka długoterminowa.

W ramach szpitala funkcjonują następujące Oddziały:

- Oddział Kardiologii
- Oddział Chirurgii Ogólnej
- Oddział Neonatologiczny
- Oddział Chorób Wewnętrznych z Poddziałem Chemioterapii
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Ginekologiczno- Położniczy
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc z Pododdziałem Chemioterapii
- Oddział Rehabilitacji
- Oddział Pediatriczny
- Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej
- Zakład Pielęgniarsko - Opiekuńczy
- Zakład Pielęgniarsko - Leczniczy

Zakład udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnego, w tym leczenia specjalistycznego, ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej oraz promocji zdrowia. Zakład realizuje również działania dydaktyczne związane ze szkoleniem personelu medycznego.

2. Krótki opis zrealizowanego projektu

Projekt został zrealizowany w ramach Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego. Przedmiotem projektu był zakup ambulansów medycznych – 2 typu „B” - ambulansów ratunkowych i 1 typu „C” – ruchomej jednostki intensywnej opieki w celu wymiany uprzednio wykorzystywanych samochodów przez dwa podstawowe zespoły ratownictwa medycznego oraz jeden specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego. W zakres przedmiotowy projektu wchodził również zakup wyposażenia medycznego ambulansów zgodnie z normą EN 1789/2007. W skład wyposażenia ambulansów weszły m.in.: defibrylatory, respiratory, pompy infuzyjne oraz pulsoksymetry.

Fot. 37 Ambulans typu „P” odbierający pacjenta ze śmigłowca sanitarnego Eurocopter EC135



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

Zakres przedmiotowy projektu tj. ilość ambulansów, które zakupiono, wynikał z potrzeby wymiany trzech ambulansów, wykorzystywanych przez 3 zespoły ratownictwa medycznego, których stan techniczny mógł negatywnie wpływać na jakość świadczonej pomocy. Poprzednie ambulanse miały powyżej 10 lat (roczniki: 1998, 1999, 1998) oraz przebiegi przekraczające 300 tysięcy km. Samochody często ulegały awariom, co wiązało się z wysokimi kosztami napraw ponoszonymi przez Mazurskie Centrum Zdrowia ZOZ w Ełku.

Stare ambulanse zostały przekwalifikowane na transportowe, a jeden został sprzedany.

Projekt był zgodny z planem strategicznym Szpitala i zakończył się w 2009 roku.

Fot. 38 Ambulanse stacjonujące w Szpitalu Pro-Medica



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

3. Ocena efektów realizacji inwestycji

Zakup nowoczesnych ambulansów pozwolił na kontynuowanie działalności Szpitala w zakresie ratownictwa medycznego, oraz umożliwił podniesienie jakości usług świadczonych w tym zakresie.

Nowe ambulanse są bezpieczniejsze i bardziej nowoczesne, zapewniają lepsze warunki transportu pacjentom, charakteryzują się też ekonomiczną eksploatacją. Ze względu na precyzyjny układ jezdny oraz zastosowanie nowoczesnych rozwiązań technologicznych możliwa jest bezpieczniejsza oraz bardziej dynamiczna jazda. Konstrukcja ambulansu jest solidna i gwarantuje wysoką trwałość ambulansu przy najbardziej ekstremalnej eksploatacji. Pojazdy posiadają specjalne zawieszenie, które wpływa na komfort jazdy pacjenta, redukując nadmierne drgania.

Nowe pojazdy rzadziej ulegają awariom i usterkom niż starsze, które były wyeksploatowane. W związku z tym nie ma przestojów w użytkowaniu sprzętu, ze względu na okres gwarancyjny ewentualne koszty usterek w nowych ambulansach nie są pokrywane przez Beneficjenta.

Obecnie praca ratowników medycznych jest na innym poziomie, diagnostyka jest szybsza, a wachlarz pomocy stał się szerszy. Nowa aparatura pozwala na szersze monitorowanie funkcji życiowych pacjenta.

Przepisami bezpośrednio wpływającymi na standard wyposażenia ambulansów typu „S” oraz „P” w Polsce jest Zarządzenie Nr 18/2010/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2010 r. zmieniające Zarządzenie nr 53/2009/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009. Zakupione ambulanse spełniają kryteria określone w powyższych dokumentach.

Ambulanse są wyposażone m.in. w:

Defibrylator- służy on do przeprowadzenia zabiegu medycznego, stosowanego podczas reanimacji, który pozwala na przywrócenie hemodynamicznie wydolną czynność serca w warunkach migotania komór oraz częstoskurczu komorowego z niewyczuwalnym tętnem. Działanie defibrylatora polega na oddziaływaniu na mięsień sercowy prądem stałym o odpowiednio dużej energii, zewnętrznie poprzez powierzchnię klatki piersiowej. W przypadku pojawienia się u poszkodowanego migotania komór lub częstoskurczu komorowego bez tętna, szybka defibrylacja jest jedynym najskuteczniejszym sposobem ratowania życia.

W ambulansach wykorzystywane są również urządzenia do teletransmisji danych EKG. Defibrylator za sprawą specjalnego wybudowanego modemu umożliwia bezpośrednią transmisję danych do Oddziału Kardiologii Interwencyjnej w Szpitalu, w którym funkcjonuje stacja odbiorcza. Wpływa to na skrócenie czasu podczas, którego pacjentowi udzielona jest specjalistyczna pomoc. Pacjent zamiast trafić do szpitalnego oddziału ratunkowego i dopiero tam zostać zdiagnozowany, może być przetransportowany bezpośrednio do oddziału kardiologicznego w celu przeprowadzenia natychmiastowej interwencji. Dodatkową zaletą tego systemu jest czas dla lekarza kardiologa na ukierunkowanie konkretnej interwencji dla pacjenta już w chwili przyjęcia chorego do szpitala. Zastosowana technologia umożliwia ocenę stanu pacjenta „na odległość”. Zastosowanie tego rozwiązania ma przełożenie na zredukowanie powikłań powypadkowych oraz zmniejszenie umieralności z powodu zawałów serca w regionie.

Pulsoksymetr - urządzenie elektroniczne służące do nieinwazyjnego pomiaru przezskórnego, wysycenia krwi tlenem (saturacji). Jednocześnie rejestruje również częstotliwość pracy serca (puls). Działa na zasadzie pomiaru pochłaniania przez czerwone krwinki w naczyniach włosowatych promieniowania o dwóch różnych długościach fali – czerwonego i podczerwonego. Na podstawie pomiaru oblicza się stopień nasycenia hemoglobiny tlenem (SpO₂). Pulsoksymetr składa się z jednostki centralnej oraz czujnika.

Respirator transportowy – podstawowe narzędzie wentylacji pacjentów w ramach działalności zespołów ratownictwa. Respirator daje możliwość wentylacji 100% tlenem w trakcie resuscytacji, co jest - w świetle standardów ERC/AHA - postępowaniem obligatoryjnym. Ponadto prawidłowo dobierając parametry wentylacji pozwala kontrolować ciśnienia wdechowe.

Pompy infuzyjne- nowoczesny przyrząd medyczny stosowany do ciągłego lub cyklicznego, dokładnego dawkowania zadanego leku, pozwala dokładnie miareczkować podawanie leku i stabilizować stan pacjenta.

Nowe ambulanse są wyposażone w GPS, który w razie konieczności dotarcia do odległych terenów, szczególnie poza powiatem, pozwala łatwiej zlokalizować miejsce wypadku. Zastosowanie nowoczesnej technologii ułatwiło realizację istotnego celu projektu, którym było dotarcie zespołu ratunkowego 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).

Dzięki realizacji projektu zwiększyła się efektywność i skuteczność udzielania pomocy osobom poszkodowanym w wypadkach i innych stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, co przełożyło się na wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz szybki powrót do zdrowia i na rynek pracy.

Fot. 39 Wnętrze ambulansu typu „P”



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

InnowacyjnośćW momencie zakupu ambulanse reprezentowały najnowsze rozwiązania technologiczne. Opracowując specyfikację przetargową pojazdów oraz zakupionej aparatury kierowano się wymaganiami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Parametry techniczne oraz zastosowanie rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo oraz dynamikę jazdy świadczy o wysokiej klasie pojazdów. Nowoczesnym rozwiązaniem zastosowanym w ambulansach jest między innymi nawigacja satelitarna ułatwiająca dotarcie do poszkodowanego.

Aparatura w momencie zakupu reprezentowała najnowsze rozwiązania technologiczne w swojej kategorii. Zakupione respiratory, defibrylatory oraz pompy infuzyjne posiadają nowe rozwiązania, które nie występowały w przypadku wyeksploatowanej aparatury, między innymi urządzenie do teletransmisji danych EKG.

Proekologiczność

Ambulanse spełniają europejskie regulacje dotyczące emisji spalin w ciężkich pojazdach, zawarte w Dyrektywie 1999/96/WE. Od października 2006 roku wszystkie nowo rejestrowane pojazdy muszą spełniać normy emisji spalin Euro 4. Wdrożenie norm Euro 4 zmusiło producentów do wprowadzenia nowych technologii, dzięki ich zastosowaniu osiągnięty został niezwykle wysoki poziom czystości spalin.

Zakupiona aparatura dzięki zastosowanym rozwiązaniom jest bardziej energooszczędna, bezpieczna i mniej toksyczna dla środowiska niż aparatura, która wchodziła w wyposażenie wyeksploatowanych ambulansów.

Włączenie społeczneProjekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie ambulansów do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Z pomocy świadczonej przez zespoły ratownictwa medycznego użytkujące ambulanse oraz aparaturę medyczną zakupioną w ramach projektu korzystają wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy, stopnia niepełnosprawności oraz statusu majątkowego. Ratownicy świadczą pomoc wszystkim osobom poszkodowanym w wypadkach oraz znajdującym się w stanie zagrożenia życia.

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

Beneficjent na etapie aplikowania o dofinansowanie korzystał z usług doświadczonej firmy zewnętrznej, która była odpowiedzialna za składanie wniosku o dofinansowanie i dopełnienie wszystkich potrzebnych formalności. Dla Beneficjenta wszystkie wytyczne były jasne i klarowne, a wniosek aplikacyjny nie sprawiał trudności. Ze względu na swoją prostotę, możliwe było jego szybkie wypełnienie i dostarczenie wszystkich potrzebnych dokumentów.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Na etapie realizacji projektu pojawiły się trudności związane z rozliczaniem środków i koniecznością opisywania faktur wystawianych w ramach projektu. Zdaniem Beneficjenta na etapie rozliczania wymagany był zbyt wysoki, nieuzasadniony poziom szczegółowości. Formalności były bardzo

rozbudowane, a procedury uciążliwe. Wytyczne do wniosku o płatność nie były do końca jasne, wiele kwestii wymagało wyjaśnienia z opiekunem projektu.

Na etapie realizacji projektu beneficjent korzystał ze szkoleń dotyczących rozliczania projektów, oraz zamówień publicznych organizowanych przez CSIOZ, które były na bardzo wysokim poziomie merytorycznym i wnosiły cenne informacje.

Pojawiły się też problemy z przeciągającymi się procedurami przetargowymi i koniecznością ponownego ogłoszenia przetargu.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Łączna wartość projektu wyniosła 1 010 351,04 zł, w tym koszty:

- inwestycji- 1 000 031,05 zł,
- koszty przygotowania i zarządzania -7 320,00 zł,
- koszty promocji- 2 999,99 zł.

Stosunek kosztów zarządzania, przygotowania i promocji do łącznej wartości projektu wyniósł 1,03%. Mały procentowo udział kosztów nie przeznaczonych stricte na inwestycje wskazuje na wysoką efektywność wydatkowania środków w ramach projektu.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

Szpital Pro-Medica od 2008 roku poza inwestycjami realizowanymi w ramach PO IiŚ zrealizował inwestycje w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007 - 2013. Projekt polegał na wymianie: aparatury rentgenowskiej, dwóch przestarzałych zestawów aparatów rentgenowskich, które zostały wymienione na nowe cyfrowe aparaty.

W ramach finansowania z Funduszy Norweskich zrealizowano projekt, w ramach którego poza inwestycją infrastrukturalną, polegającą na stworzeniu pracowni endoskopowej, przeprowadzono również badania profilaktyczne wśród mieszkańców powiatu Ełk. Program trwał około 3 lata i objął 1000 badań, zakończył się w kwietniu 2011 roku.

Realizowano również drobne inwestycje odtworzeniowe, w przypadku potrzeby uzupełnienia aparatury medycznej.

W ramach ratownictwa medycznego do najstarszego ambulansu dokupywano defibrylator oraz inne sprzęty zgodne z najnowszymi wymogami NFZ dla ratownictwa medycznego.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Szpital planuje przebudować i wyremontować blok operacyjny oraz Oddział Intensywnej Terapii. Inwestycja ta jest niezbędna ze względu na konieczność dostosowania pomieszczeń do standardów narzuconych przez Ministerstwo Zdrowia. Planowana inwestycja będzie miała charakter innowacyjny, będzie się wiązać z informatyzacją oddziału, umożliwi podpięcie wszystkich urządzeń do jednego systemu, dzięki czemu możliwy stanie się przesył informacji pomiędzy urządzeniami, ułatwi to znacznie pracę personelu medycznego. Nowa aparatura, którą planuje się zakupić do Oddziału,

będzie bardziej energooszczędna, co ograniczy negatywny wpływ na środowisko użytkowanych urządzeń.

Sporządzono już dokumentację techniczną do planowanej inwestycji, ale brakuje środków na jej przeprowadzenie.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

- Beneficjent proponuje, aby w kolejnych okresach programowania podzielić środki na konkursy w taki sposób, aby były rozłożone w latach na cały okres programowania, co miało by zapobiegać zużycowaniu całości środków na początku okresu programowania.
- Beneficjent sugerował, aby ograniczyć formalności związane z rozliczaniem projektu, gdyż wydają się one zbyt rozbudowane.
- Beneficjent proponuje wprowadzenie większej liczby konkursów dedykowanych dla szpitali powiatowych na inwestycje infrastrukturalne.

1. Krótki opis placówki realizującej projekty

Szpital Tucholski jest jednostką o charakterze ogólnodostępnym świadczącą usługi w systemie ubezpieczeń społecznych na podstawie kontraktów zawartych z NFZ.

Zaczął funkcjonować jako Szpital Tucholski Sp. z o.o. od 1 lutego 2002 r., spółka działa na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oraz do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej. Obecnie głównym udziałowcem jest Powiat Tucholski - 90,24%, pozostałymi udziałowcami są gminy powiatu tucholskiego - 4,21 oraz pracownicy szpitala 5,55%.

W ramach Szpitala funkcjonują następujące Oddziały:

- Oddział Chirurgiczny
- Oddział Wewnętrzny
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy
- Oddział Dziecięcy i Neonatologiczny
- Zakład Fizjoterapii
- Szkoła Rodzenia przy Szpitalu
- Administracja
- Dział Diagnostyki Laboratoryjnej
- Dział Diagnostyki Obrazowej z pracownikami: rtg, usg, mammografii i tomografii komputerowej
- Dział Endoskopii

Szpital nie prowadzi działalności badawczo-naukowej ani kształcenia specjalizacyjnego dla lekarzy w dziedzinie ratownictwa medycznego, natomiast prowadzi kształcenie ratowników medycznych i pielęgniarek w zakresie przedmiotowego projektu. Szkolenia te mają charakter wewnątrzszpitalny i prowadzone są przez wykwalifikowanych lekarzy zatrudnionych w Spółce.

2. Krótki opis realizowanych projektów

Projekty były realizowane w ramach Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego.

Pierwszy projekt dotyczył zakupu ambulansu typu „S” wraz z wyposażeniem, a drugi projekt dotyczył zakupu dwóch ambulansów typu „P” wraz z wyposażeniem.

W ramach pierwszego projektu wymieniono stary ambulans na nowy. Ambulans został zakupiony jeszcze przed złożeniem wniosku. Zgodnie z danymi na dzień zakupu nowego ambulansu, wymieniany środek transportu (Mercedes Sprinter CDI) zakupiony w 2002 roku wykazywał przebieg równy 405.000 km, a jego poziom wyeksploatowania wskazywał na konieczność zakupu nowoczesnego ambulansu, który reprezentowałby lepsze rozwiązania technologiczne oraz umożliwiałby świadczenie usług na wyższym poziomie.

Drugi projekt natomiast dotyczył zakupu dwóch nowych ambulansów typu „P”.
Zasięg geograficzny projektu to powiat Tucholski.
Projekt był zgodny z Planem Strategicznym jednostki.

Fot. 40 Ambulans



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

3. Ocena efektów zrealizowanych inwestycji

Pojazdom służącym ratowaniu życia stawia się bardzo wysokie wymagania. Ambulanse ratunkowe VW Crafter zakupione w ramach projektów, dzięki specjalistycznej zabudowie oraz mocnym i dynamicznym silnikom, spełniają w pełni te wymagania. Ambulanse charakteryzują się doskonałą niezawodnością, ekonomiczną eksploatacją, gwarantują również najwyższy komfort pracy kierowcy i zespołowi medycznemu. Szerokie opony oraz precyzyjny układ jezdny zapewniają stabilne i pewne zachowanie pojazdu na zakrętach. Solidna i sprawdzona konstrukcja, gwarantuje wysoką trwałość ambulansu przy najbardziej ekstremalnej eksploatacji. Nowoczesne silniki diesla są wspomagane elektrycznie, pozwalają na zwiększenie mocy, ale też mniejsze spalanie. Ambulanse posiadają również elektroniczny system stabilizacji toru jazdy, asystenta hamowania oraz system zapobiegający blokowaniu kół podczas hamowania, co zmniejsza możliwość wypadnięcia w poślizg. Efektem jest zwiększenie bezpieczeństwa personelu medycznego oraz pacjentów. Ambulanse są klimatyzowane, jak również dysponują ogrzewaniem postojowym, które umożliwia zachowanie odpowiedniej temperatury w ambulansie podczas postoju. Pozwala to na niewychładzanie pacjenta, co ma szczególne znaczenie w okresie zimowym, kiedy występują bardzo niskie temperatury.

Wyposażenie ambulansów w Unii Europejskiej regulowane jest przepisami zawartymi w normie EN 1789:2007. Norma ta, na mocy traktatu akcesyjnego, została przeniesiona na grunt polski i po otrzymaniu przedrostka PN oraz po uzupełnieniu informacji o roku aktualizacji związanej z tłumaczeniem na język polski- zyskała ostateczną nazwę PN EN 1789:2008. Jednostką odpowiedzialną za implementowanie norm jest Polski Komitet Normalizacyjny.

Przepisami bezpośrednio wpływającymi na standard wyposażenia ambulansów typu S oraz P w Polsce jest Zarządzenie Nr 18/2010/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2010 r. Zakupione ambulanse spełniają kryteria określone w powyższych dokumentach.

W skład wyposażenia ambulansów wchodzi między innymi:

Defibrylator- służący do przeprowadzenia zabiegu medycznego, stosowanego podczas reanimacji, który pozwala na przywrócenie hemodynamicznie wydolną czynność serca w warunkach migotania komór oraz częstoskurczu komorowego z niewyczuwalnym tętnem. Działanie defibrylatora polega na oddziaływaniu na mięsień sercowy prądem stałym o odpowiednio dużej energii, zewnątrznie poprzez powierzchnię klatki piersiowej. W przypadku pojawienia się u poszkodowanego migotania komór lub częstoskurczu komorowego bez tętna, szybka defibrylacja jest jedynym najskuteczniejszym sposobem ratowania życia.

Pulsoksymetr - urządzenie elektroniczne służące do nieinwazyjnego pomiaru przezskórnego, wysycenia krwi tlenem (saturacji). Jednocześnie rejestruje również częstotliwość pracy serca (puls). Działa na zasadzie pomiaru pochłaniania przez czerwone krwinki w naczyniach włosowatych promieniowania o dwóch różnych długościach fali – czerwonego i podczerwonego. Na podstawie pomiaru oblicza się stopień nasycenia hemoglobiny tlenem (SpO₂). Pulsoksymetr składa się z jednostki centralnej oraz czujnika.

Respirator transportowy – występuje w ambulansie typu S, jest podstawowym narzędziem wentylacji pacjentów w ramach działalności zespołów ratownictwa. Respirator daje możliwość wentylacji 100% tlenem w trakcie resuscytacji, co jest - w świetle standardów ERC/AHA - postępowaniem obligatoryjnym. Ponadto prawidłowo dobierając parametry wentylacji pozwala kontrolować ciśnienia wdechowe. Za sprawą respiratora można wdrożyć działania zapewniające odpowiednie natlenowanie pacjenta. Jest to bardzo potrzebne, w przypadku gdy pacjenci są niewydolni oddechow.

Pompy infuzyjne- nowoczesny przyrząd medyczny stosowany do ciągłego lub cyklicznego, dokładnego dawkowania zadanego leku, pozwala dokładnie miareczkować podawanie leku i stabilizować stan pacjenta.

Poza tym ambulans posiada wyposażenie służące do przenoszenia pacjenta, które umożliwia bezpieczny transport pacjenta do ambulansu:

- nosze główne /z podwoziem,
- nosze podbierające,
- materac próżniowy,
- urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego (o ile nosze główne nie spełniają funkcji tych wyrobów),
- płachta do przenoszenia lub materac do przenoszenia,
- długa deska stabilizująca kręgosłup uzupełniona unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi.

Efektem zakupu trzech ambulansów, jeden typu „S” i dwóch typu „P”, było dokończenie budowy nowoczesnego systemu powiadamiania ratunkowego, tworzonego od początku 2008 na terenie powiatu tucholskiego. System oparty na z informatyzowanym stanowisku dyspozytora medycznego

pozostającego w bezpośrednim kontakcie z dyżurnym stanowiska kierowania ambulansem wyposażony jest w nowoczesne narzędzia komunikacji, lokalizacji i nawigowania GPS. Sprzęt teleinformatyczny umożliwia szybszą i sprawniejszą komunikację i natychmiastowe przekazanie informacji odnośnie lokalizacji osoby potrzebującej interwencji zespołu ratownictwa medycznego, co wpływa na skrócenie czasu dotarcia do osoby poszkodowanej i udzielania jej pierwszej pomocy.

Z uwagi na sprzęt teleinformatyczny instalowany w ambulansach szczególnie istotne było posiadanie pojazdów bazowych gwarantujących sprawny, bezawaryjny i relatywnie długi okres eksploatacji, jak również posiadających parametry trakcyjne pozwalające do minimum skrócić czas reakcji zespołu, tj. dotarcia do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego od momentu wezwania. Jednocześnie zunifikowanie posiadanego sprzętu - zarówno ambulansów jak i wyposażenia medycznego zespołów ratownictwa medycznego - pozwoliło na usprawnienie pracy zespołów poprzez pełną kompatybilność i wymienialność sprzętu pomiędzy zespołami a Izbą Przyjęć szpitala, jak również na efektywne wykorzystanie posiadanego sprzętu przez cały personel niezależnie od rodzaju zespołu.

Zakup nowoczesnych ambulansów pozwolił na spełnienie norm w zakresie czasu dotarcia do osób wymagających pomocy, w czasie do 5 minut od wezwania na terenie miejskim oraz poniżej 15 minut dla wszystkich wezwań na terenie pozamiejskim. Stare ambulanse, ze względu na swój wiek pogarszający się stan techniczny, nie pozwoliłyby na osiągnięcie takiego rezultatu.

Fot. 41 Wyposażenie ambulansu



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

W ambulansach wykorzystywane są urządzenia do teletransmisji danych EKG. Metoda transmisji daje możliwość zdecydowanego skrócenia czasu od chwili wystąpienia zawału serca do podjęcia szybkich, inwazyjnych działań dających maksimum szans na całkowite wyleczenie. Każda zwłoka w tym przypadku pomniejsza te szanse. Urządzenia te to defibrylatory Lifepak z modemem. Defibrylatory umożliwią bezpośrednią transmisję danych do szpitala, gdzie będzie zamontowana stacja odbiorcza. Pacjent zamiast trafiać do szpitalnego oddziału ratunkowego i być tam diagnozowanym, będzie transportowany bezpośrednio na oddział kardiologiczny celem szybkiej interwencji. Dzięki temu będzie zachowana tzw. „złota godzina” w czasie której pomoc udzielona, maksymalnie zwiększy

szanse chorego na całkowite wyleczenie. Transmisję danych można przekazywać w każdych warunkach, począwszy od wizyty w domu chorego, a na transporcie kończąc. Dodatkowym atutem tego systemu jest czas dla lekarza kardiologa na ukierunkowanie konkretnej interwencji dla konkretnego pacjenta już w chwili przyjęcia chorego do szpitala, możliwa jest ocena stanu pacjenta „na odległość” Zastosowanie tego rozwiązania ma przełożenie na zmniejszenie umieralności z powodu zawałów serca w regionie.

4. Ocena projektów pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Ambulanse zakupione w ramach projektu "Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia przez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o." oraz projektu „Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup 2 karetek typu "P" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o." w momencie zakupu reprezentowały najnowsze rozwiązania technologiczne. Opracowując specyfikację techniczną pojazdów oraz zakupionej aparatury kierowano się wymaganiami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Parametry techniczne pojazdu oraz zastosowanie rozwiązań poprawiających bezpieczeństwo oraz dynamikę świadczą o wysokiej klasie pojazdów. Wnętrze ambulansu jest zaprojektowane w sposób zapewniający maksimum komfortu dla pacjenta.

Aparatura w momencie zakupu reprezentowała najnowsze rozwiązania technologiczne w swojej kategorii. Zakupione respiratory, defibrylatory, pompy infuzyjne posiadają nowe rozwiązania, które nie występowały w przypadku wyeksploatowanej aparatury.

Proekologiczność

Ambulanse spełniają europejskie regulacje dotyczące emisji spalin w ciężkich pojazdach, zawarte w Dyrektywie 1999/96/WE. Od października 2006 roku wszystkie nowo rejestrowane pojazdy muszą spełniać normy emisji spalin Euro 4. Wdrożenie norm Euro 4 zmusiło producentów do wprowadzenia nowych rozwiązań, dzięki ich zastosowaniu osiągnięty został niezwykle wysoki poziom czystości spalin.

Zakupiona aparatura dzięki zastosowanym rozwiązaniom jest bardziej energooszczędna, bezpieczna i mniej toksyczna dla środowiska niż aparatura, która wchodziła w wyposażenia wyeksploatowanych ambulansów.

Włączenie społeczne

Projekt uwzględnia rozwiązania techniczne mające na celu dostosowanie ambulansu do potrzeb pacjentów, w tym potrzeb osób niepełnosprawnych. Z pomocy świadczonej przez zespoły ratownictwa medycznego użytkujące ambulanse oraz aparaturę medyczną zakupioną w ramach projektu korzystają wszystkie grupy społeczne – niezależnie od płci, wyznania, rasy, stopnia niepełnosprawności oraz statusu majątkowego. Ratownicy świadczą pomoc wszystkim osobom poszkodowanym w wypadkach oraz znajdującym się w stanie zagrożenia życia.

Fot. 42 Wyposażenie ambulansu



Źródło: materiały własne CASE-Doradcy

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektów

Na etapie aplikowania o dofinansowanie nie wystąpiły żadne trudności.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektów

Beneficjent zrealizował projekt zakupu ambulansu typu „S” bez żadnych trudności.

Natomiast w przypadku zakupu ambulansów typu „P” pojawiły się problemy, wynikłe z opóźnienia w przekazaniu zaliczki na zakup ambulansu. Beneficjent zobowiązał się wobec firmy dostarczającej ambulans do uiszczenia zapłaty za zakupywany pojazd w określonym terminie, w którym została zaplanowana wpłata środków z zaliczki przez Instytucję Wdrażającą na konto Beneficjenta. W związku z nieprzekazaniem środków w terminie zdecydował się na uiszczenie zapłaty, do której się zobowiązał z własnych środków. Konsekwencją tej decyzji była konieczność ubiegania się o wypłatę środków w ramach refundacji.

Efektom trudności z rozliczeniem było 0,5 roczne opóźnienie w zakończeniu projektu.

Kolejna trudność związaną z rozliczaniem projektu wystąpiła w związku z zakupieniem do wyposażenia ambulansów drobnego sprzętu o wartości nie przekraczającej 10 tys. zł. Kwota przeznaczona na tę inwestycję na etapie kontroli została wyłączona z finansowania w ramach środków unijnych, ze względu na fakt, iż nie została uprzednio ujęta we wniosku o dofinansowanie.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektów

Ambulans typu „S”

Łączna wartość projektu to **422 557,46 zł**, w tym koszty

- inwestycji to 414 557,46 zł
- koszty zarządzania i przygotowania to 7 000,00 zł
- koszty promocji to 1 000,00 zł

Stosunek kosztów promocji, zarządzania i przygotowania, do łącznej wartości projektu to 1,93%. Wskazuje on na efektywne wykorzystanie środków w ramach projektu.

2 Ambulanse typu „P”

Łączna wartość projektu to **732 610,14 zł**, w tym koszty:

- inwestycji to 724 610,14zł
- koszty zarządzania i przygotowania to 7 000,00 zł
- koszty promocji to 1 000,00 zł

Stosunek kosztów promocji, zarządzania i przygotowania, do łącznej wartości projektu to 1,10%. Wskazuje on na efektywne wykorzystanie środków w ramach projektu.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO IiŚ

W okresie od 2008 roku Szpital realizował projekt "Rozbudowa i modernizacja oraz wyposażenie Szpitala Tucholskiego w Tucholi" współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko- Pomorskiego na lata 2007-2013. W ramach inwestycji w dniu 1.01.2011 r. uruchomiona została pracownia Tomografii Komputerowej. Całkowita wartość inwestycji wyniosła 18 mln kosztów kwalifikowanych.

W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013 zrealizowano również termomodernizację istniejących obiektów Szpitala.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

W związku z wciąż realizowanymi dużymi inwestycjami w zakresie modernizacji infrastruktury Szpital Tucholski obecnie nie planuje kolejnych inwestycji.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Beneficjent nie ma żadnych propozycji zmian w zakresie wsparcia udzielanego placówkom.

1. Krótki opis placówki realizującej projekt

Beneficjentem projektu pt. Rozbudowa, przebudowa i doposażenie NZOZ „Szpital w Puszczykowie im. Prof. S. T. Dąbrowskiego” Sp. z o.o. celem utworzenia SOR, jest NZOZ Sp. z o. o. „Szpital w Puszczykowie im. Stanisława Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o. o. Szpital położony jest w województwie wielkopolskim, 20 km od miasta Poznania, w niedalekiej odległości od głównych dróg krajowych o znaczeniu międzyregionalnym.

Szpital świadczy usługi z zakresu całodobowej opieki medycznej dla mieszkańców południowej części powiatu poznańskiego, w szczególności dla gmin: Komorniki, Stęszew, Mosina, Puszczykowo i Kórnik oraz powiatów ościennych. Obszar oddziaływania wynosi ok. 90 tys. mieszkańców. Podstawową działalność Szpitala stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom wymagającym leczenia stacjonarnego, także w ramach działalności Izby Przyjęć. Pacjenci mają również dostęp do specjalistycznej przychodni przyszpitalnej, prowadzonej przez spółkę Medicor, należącą w 100% do NZOZ „Szpital w Puszczykowie im. S. T. Dąbrowskiego” Sp. z o. o.

Szpital gwarantuje dostęp do usług medycznych w następujących specjalnościach:

a). zabiegowych:

- Ortopedia i traumatologia narządów ruchu
- Chirurgia Ogólna
- Urologia
- Okulistyka
- Otorinolaryngologia
- Położnictwo i Ginekologia

b). niezabiegowych:

- Choroby wewnętrzne
- Neurologia
- Anestezjologia i Intensywna Terapia
- Oddział Opiekuńczo- Pielęgnacyjno- Rehabilitacyjny

c). opieki długoterminowej:

- Oddział Opieki Paliatywno- Hospicyjnej
- Poradnia Medycyny Paliatywnej

d) pracowni diagnostycznych: USG, EKG, EEG,

e) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej z Pracownią Tomografii Komputerowej

Szpital powstał w 1975 roku jako Szpital Kolejowy w Puszczykowie. W tej formie funkcjonował 24 lata, po czym w wyniku reformy ochrony zdrowia w 1999 roku stał się jednostką Powiatu Poznańskiego jako Wielospecjalistyczny Szpital „Puszczykowo” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. W 2002 roku SPZOZ postawiony został w stan likwidacji, a budynek stał się przedmiotem dzierżawy przez Zespół Klinik Specjalistycznych „Szpital w Puszczykowie” Sp. z o. o. W wyniku braku

realizacji postanowień umowy została ona wypowiedziana w 2004 roku, a zarządzanie szpitalem Powiat powierzył utworzonej spółce z o. o. z 100% udziałem Powiatu Poznańskiego - N.Z.O.Z. „Szpital w Puszczykowie im. Prof. S. T. Dąbrowskiego” Sp. z o. o.

2. Krótki opis realizowanego projektu

Projekt „Rozbudowa, przebudowa i doposażenie NZOZ „Szpital w Puszczykowie im. Prof. Stanisława Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o.o. celem utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” obejmował modernizację, przebudowę i rozbudowę istniejących pomieszczeń na parterze skrzydła „A” i w poziomie piwnicy budynku oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Inwestycja stanowi realizację Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa wielkopolskiego na lata 2008- 2010. Inwestycja jest zgodna ze strategią Szpitala. Poprzedni zarząd Szpitala wpisał w plan strategiczny utworzenie SOR oraz lądowiska dla śmigłowców sanitarnych. Decyzja o utworzeniu SOR przy Szpitalu w Puszczykowie zapadła w 2004 roku. Uzasadnieniem była lokalizacja placówki na południe od autostrady A2, wieloprofilowość szpitala , wyspecjalizowany personel oraz istnienie lądowiska dla helikopterów.

Projekt był realizowany od marca 2007 roku do sierpnia 2008 roku, natomiast Oddział Ratunkowy oddano do użytku 31 grudnia 2008 roku. Realizacja projektu przebiegała zgodnie z planem. W momencie składania wniosku o dofinansowanie zakończone były wszystkie etapy prac związane z aspektami technicznymi (prace budowlane związane z przebudową budynku szpitala dla potrzeb funkcjonowania SOR, prace przy wewnętrznej drodze dojazdowej) oraz administracyjnymi. Zawarte zostały również umowy z Wykonawcami, wyłonionymi w postępowaniach przetargowych, w celu zakupu sprzętu.

Produktem powstałym w wyniku realizacji projektu jest Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z niezbędną infrastrukturą, który składa się z:

1. Podjazdu i zjazdu dla pojazdów służb medycznych, zamkniętej wiaty, rampy dla niepełnosprawnych i pieszych (dobudowa)
2. Obszaru wstępnej segregacji medycznej
3. Rejestracji wraz z poczekalnią i pomieszczeniem wywiadu z rodziną,
4. Obszaru wstępnej intensywnej terapii,
5. Obszaru resuscytacyjno- zabiegowego,
6. Obszaru terapii natychmiastowej,
7. Obszaru pomieszczeń socjalnych, personelu medycznego,
8. Obszaru laboratoryjno - diagnostycznego,
9. Obszaru obserwacji,
10. Obszaru konsultacji i stanowiska dekontaminacji wraz z izolatką
11. Pomieszczeń wspomagających i magazynowych.

Fot. 43 Sala obserwacji



Źródło: materiały własne CASE–Doradcy

Fot. 44 Stanowisko dekontaminacji



Źródło: materiały własne CASE–Doradcy

SOR realizuje następujące zadania;

- a) przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów z szeroko rozumianymi, nagłymi zachorowaniami, zatruciami oraz urazami, którzy są przywiezieni przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszają się do oddziału samodzielnie.
- b) Pomoc ofiarom katastrof, zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego planu zabezpieczenia ratunkowego.

Wartość projektu zgodnie z umową o dofinansowanie wynosi **7 264 389, 24 zł**. Projekt obejmował następujące nakłady inwestycyjne:

1. przygotowanie dokumentacji projektowej
2. modernizacja istniejących pomieszczeń
3. wykonanie dokumentacji projektowo- kosztorysowej i budowa wewnętrznej drogi dojazdowej z parkingiem
4. dostawa sprzętu medycznego: narzędzia chirurgiczne, stabilizatory, analizator parametrów krytycznych, urządzenia diagnostyczne, sprzęt do mycia i dezynfekcji, wyposażenie dodatkowe, stabilizator, aparat do elektrochirurgii, urządzenia do kontrolowanej podaży płynów, ciepłarka szafkowa, łóżka, stoły, wózki, bronchofiberoskop, dostawa sprzętu monitorującego, podtrzymującego i przywracającego funkcje życiowe, aparaty do znieczulenia ogólnego, respiratory transportowe
5. dostawa wyposażenia meblowego, gospodarczego oraz sprzętu komputerowego i urządzeń biurowych: meble medyczne i niemedyczne, wyposażenie sanitarne, zintegrowane stanowisko komputerowe oraz serwer, system monitoringu, urządzenie wielofunkcyjne (faks i xero), niszczarka do dokumentów, aparat telefoniczny stacjonarny, aparat telefoniczny przenośny, aparat telefoniczny z dwiema słuchawkami, montaż rolet kasetowych, montaż systemu zasłon, gaśnica
6. sporządzenie studium wykonalności
7. promocja projektu

Podstawowa kadra posiadała odpowiednie kwalifikacje do obsługi aparatury objętej projektem, natomiast pozostała część została przeszkolona przez pracowników firm, które dostarczały aparaturę medyczną.

Fot. 45 Wyposażenie pokoju zabiegowego



Źródło: materiały własne CASE–Doradcy

Fot. 46 Sala zabiegowa



Źródło: materiały własne CASE–Doradcy

3. Ocena efektów zrealizowanej inwestycji

Obiekt powstały w wyniku realizacji przedmiotowego projektu - Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z niezbędną infrastrukturą ma kluczowe znaczenie w świadczeniu usług ratownictwa medycznego dla mieszkańców i turystów zachodniej części powiatu poznańskiego oraz województwa.

Głównym celem społeczno- gospodarczym projektu była integracja nowo wybudowanej infrastruktury ratownictwa medycznego, na którą składają się SOR i lądowisko uruchomione przy szpitalu w Puszczykowie z siecią Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego, a co za tym idzie - realizacja „zasady jednych noszy” od miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego oraz „zasadę złotej godziny” czyli nie przekraczania 60 minut mijających od wypadku do rozpoczęcia leczenia szpitalnego. Cel ten został osiągnięty. Szpital został wpisany do sieci Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego.

Realizacja projektu stworzyła warunki do szybszego udzielania specjalistycznej pomocy medycznej ofiarom wypadków w rejonie oddziaływania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Szybki transport pacjenta do szpitala oraz szybka diagnostyka i skuteczna terapia podwyższają szanse pacjenta na przeżycie i/lub ograniczenie skutków doznanego urazu.

Budowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego podniosła standard usług medycznych oferowanych przez szpital. Oddział Ratunkowy umożliwia lepsze zdiagnozowanie stanu poszkodowanego oraz zapewnia kompleksową opiekę medyczną, na wyższym poziomie niż Izba Przyjęć. Dotychczas pomoc w nagłych wypadkach odbywała się na Izbie Przyjęć, która nie zapewniała standardu wyposażenia ani komfortu obsługi porównywalnej z nowoczesnymi izbami przyjęć. SOR umożliwia lepszą i bezpieczniejszą realizację procedur ratujących życie niż Izba Przyjęć, w której brak jest urządzeń używanych na Oddziale Ratunkowym, nie ma też wydzielonych wyspecjalizowanych obszarów działania. W wyniku realizacji przedmiotowego projektu Szpital został wyposażony w wysokospecjalistyczny sprzęt, którego Izba Przyjęć nie posiada. SOR ma własną salę operacyjną, może pracować niezależnie od bloku operacyjnego. W szerokiej perspektywie działalność Oddziału Ratunkowego wpływa pozytywnie na poprawę dostępu do świadczeń medycznych oraz zwiększa poziom i jakość świadczonych usług w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, oraz poprawę warunków leczenia.

Zakupiony w ramach realizacji projektu sprzęt jest wykorzystywany efektywnie - w zależności od ilości przyjmowanych pacjentów, z reguły każdy pacjent badany jest przy użyciu sprzętu znajdującego się na SOR. Jednak trudno określić liczbę godzin pracy danego sprzętu – Szpital nie prowadzi takich statystyk. Dział Usług Medycznych rozliczający kontrakt z NFZ poinformował, że SOR jest rozliczany ryczałtowo i nie ma możliwości ustalenia liczby procedur wykonanych na danym sprzęcie.

Obecność oddziału ratunkowego w powiecie zdecydowanie zwiększa dostępność oraz jakość świadczeń medycznych, w tym dostępność usług ratownictwa medycznego w rejonie oddziaływania oraz stwarza warunki do zapewnienia maksymalnej ochrony pacjentów z zagrożeniami życia lub zdrowia. Zasięg SOR pokrywa się z zasięgiem szpitala. Niemniej, z uwagi na charakter SOR, którego przeznaczeniem jest ratowanie życia ludzkiego w sytuacji zagrożenia, pacjentami SOR są również poszkodowani w wypadkach mających miejsce na obszarze jego działania. Dzięki realizacji projektu w Szpitalu powstał zupełnie nowy oddział, który umożliwia przyjmowanie większej ilości pacjentów, w tym osoby bardziej poszkodowane, takie, którym Izba Przyjęć nie byłaby w stanie udzielić pomocy, ze względu na brak tak specjalistycznego sprzętu. Dodatkowo budowa lądowiska dla helikopterów wpłynęła na rozszerzenie zasięgu przestrzennego działania SOR z co za tym idzie, zwiększenia grupy docelowej. Przed realizacją inwestycji średnia miesięczna liczba pacjentów przyjmowanych Izbie Przyjęć z tzw. „przyjęć nieplanowanych” wynosiła 486 osób, co stanowi 16 osób dziennie, a w skali roku daje liczbę 5 832. Z danych uzyskanych z Działu Usług Medycznych wynika, że po uruchomieniu Oddziału Ratunkowego, w roku 2009 średnio dziennie przyjmowano 42 pacjentów, miesięcznie 1293,

natomiast w roku 2010 – 40 pacjentów dziennie, 1235 osób miesięcznie, w pierwszym półroczu 2011 r. – średnio dziennie 45 osób, miesięcznie 1375.

Główny efekt społeczny związany z realizacją projektu, polega na zapobieganiu śmierci bądź kalectwu poszkodowanych w wypadkach i katastrofach. SOR udziela pomocy średnio ponad 14 700 poszkodowanym w ciągu roku. Zakłada się, że spośród osób korzystających z Oddziału Ratunkowego 99,8% uda się uratować od śmierci. Realizacja projektu przyczyniła się do obniżenia poziomu śmiertelności ofiar wypadków, w pierwszej kolejności w obszarze jego oddziaływania, tj. w powiecie poznańskim.

W szerszej perspektywie budowa SOR wpłynęła pozytywnie na poprawę zdrowotności społeczeństwa oraz zwiększenie poziomu i jakości świadczonych usług ratownictwa medycznego.

Realizacja projektu wpłynęła na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na procedurę medyczną wykonywaną z wykorzystaniem zakupionego sprzętu. Szpital nie prowadzi tego rodzaju statystyk, ale wynika to z faktu, że na Izbie Przyjęć nie było takich sprzętów jak np. Analizator Parametrów Technicznych, dzięki którym część badań może być zrobiona na Oddziale Ratunkowym. Przed powstaniem Oddziału Ratunkowego pacjent musiał udać się na inny oddział, żeby zrobić prześwietlenie albo badania laboratoryjne. W tej chwili takie badania mogą być przeprowadzone na Oddziale, pacjenci nie muszą być przewożeni do innych szpitali oraz na inne oddziały. Również pacjentom w ciężkich przypadkach, pomoc może być udzielona na Oddziale Ratunkowym, bez potrzeby natychmiastowego przewożenia na OIOM. Umożliwiają to łóżka intensywnej opieki znajdujące się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. W tej chwili szpital posiada już lądowisko, także transport z lądowiska odbywa się nie za pomocą karetki, odległość jest tak bliska, że można przetransportować pacjenta na noszach.

Budowa SOR wpisuje się w zakres zadań szpitala w związku z zabezpieczeniem zdrowotnym turnieju mistrzostw w piłce nożnej EURO 2012. Niewielka odległość od Poznania oraz fakt, że w tej chwili jako jedyny szpital w okolicy szpital w Puszczykowie posiada czynne lądowisko, Szpital w Puszczykowie będzie obsługiwał ruchliwy odcinek autostrady A2 oraz odciążał poznańskie szpitale zabezpieczających Euro 2012 w nagłych sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia.

Realizacja projektu przyczyniła się do wzrostu bezpieczeństwa w południowej części powiatu poznańskiego raz ościennych gmin, pozytywnie wpływa na wizerunek regionu. Podniosła też prestiż szpitala oraz znacznie pomogła szpitalowi w dalszym rozwoju.

4. Ocena projektu, pod kątem wpisywania się w trendy opisane w dokumencie Europa 2020

Innowacyjność

Projekt, polegający na rozbudowie z przebudową istniejącego budynku Szpitala dla potrzeb SOR, przebudowie istniejącej, wewnętrznej drogi dojazdowej, budowie parkingu oraz zakupie sprzętu medycznego dla potrzeb SOR, nie jest sprzeczny z trendami innowacyjności opisanymi w dokumencie Europa 2020. Duży nacisk położono na efektywność technologiczną sprzętu będącego przedmiotem projektu. Zakupiono technologicznie najbardziej zaawansowane urządzenia medyczne, w tym aparat do znieczulenia ogólnego, respiratory transportowe, kardiomonitor, rtg jezdny, usg jezdne oraz analizator parametrów technicznych. Utworzenie Oddziału Ratunkowego oraz sprzęt zakupiony w ramach projektu jest innowacyjny przede wszystkim dla Szpitala, który przed realizacją projektu nie miał dostępu do tak zaawansowanej technologicznie aparatury.

Proekologiczność

Biorąc pod uwagę „proekologiczność”, projekt nie ma znaczącego wpływu na środowisko naturalne w fazie eksploatacji oraz w fazie prac budowlanych, dzięki zastosowaniu nowoczesnych, przyjaznych dla środowiska technologii i maksymalnego ograniczenia negatywnego wpływu na otoczenie. Dzięki temu nie spowodowano szkód w środowisku. Przedsięwzięcie nie ingeruje w środowisko w sposób, który powoduje szkody środowiskowe lub wykorzystanie zasady „zanieczyszczający płaci”. Także zgodnie z § 3, ust. 1, pkt. 55 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie określenia rodzajów przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko oraz szczegółowych uwarunkowań związanych z kwalifikowaniem przedsięwzięcia do sporządzenia raportu o oddziaływaniu na środowisko z dnia 9 listopada 2004 roku, nie było przedsięwzięciem mogącym znacząco oddziaływać na środowisko, dla którego obowiązek wykonania raportu mógł być nałożony. Brak jest w bezpośrednim zasięgu oddziaływania inwestycji obiektów i obszarów poddanych ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 2004 r. o ochronie przyrody. Przedsięwzięcie zlokalizowane na terenie NZOZ „Szpital w Puszczykowie im. Prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego” Sp. z o. o. nie powoduje transgranicznego oddziaływania na środowisko. Projekt nie wywiera też istotnego negatywnego oddziaływania na obszary objęte siecią Natura 2000. Projekt zawiera rozwiązania energooszczędne w odniesieniu do bram, modułów zasilająco- kontrolnych, transformatora. Zakupiony sprzęt jest zgodny z wymogami, a powstające odpady nie wynikają z eksploatacji sprzętu, są to odpady typowo medyczne takie jak gaziki, waciki. Urządzenia nie produkują tych odpadów. Tak więc projekt wpisuje się w priorytety strategii Europa 2020, m. in. Zrównoważony rozwój, poprzez wspieranie gospodarki efektywniej korzystającej z zasobów, bardziej przyjaznej środowisku i bardziej konkurencyjnej.

Włączenie społeczne

Zgodnie z priorytetem strategii Europa 2020, który mówi o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu, poprzez wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia, inwestycja przyczyniła się do zwiększenia zatrudnienia. Utworzono 22 miejsca pracy: dla ordynatora oddziału- specjalisty medycyny ratunkowej, dla pielęgniarek i ratowników medycznych, sekretarek medycznych oraz dla lekarzy specjalistów (radiolog, neurolog, okulista chirurg).

5. Opis barier na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu

W NZOZ „Szpital w Puszczykowie” Sp. z o. o. nie wystąpiły żadne bariery oraz ograniczenia w czasie aplikowania o dofinansowanie. Przygotowanie dokumentacji nie stanowiło problemu dla beneficjenta, ze względu na zatrudnienie firmy doradczej w celu przygotowania wniosku. Również organizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego nie stanowiła trudności, ponieważ musiała być zgodna z rozporządzeniami. Żaden z działów szpitala zaangażowanych w projekt (administracyjny, księgowość, techniczny) nie zgłaszał większych trudności dotyczące procedury aplikacyjnej, wymogów prawnych oraz ograniczeń związanych z kontraktami.

6. Opis trudności na etapie realizacji projektu

Utworzenie oddziału i zakup sprzętu był związany ze zwiększeniem zatrudnienia – miało powstać 25 nowych etatów, jednak Szpitalowi nie udało się osiągnąć w terminie wskaźnika rezultatu. Ze względu na formę zatrudnienia szpital nie mógł ująć wszystkich osób zatrudnionych w wyniku utworzenia Oddziału Ratunkowego, ponieważ nie były to etaty, tylko w przypadku lekarzy, najczęściej umowy cywilno-prawne. Problem wynikał z tego, że bardzo trudno znaleźć lekarza, który chciałby zatrudnić się na etat, lekarze w tej chwili preferują zatrudnienie w oparciu o umowy cywilno prawne. Nie przewidziano tej sytuacji w czasie pisania projektu. Beneficjent występował do Instytucji Wdrażającej o zmianę powyższego wskaźnika i otrzymał zgodę. Był to największy problem Szpitala przy realizacji niniejszego projektu.

W kwestiach finansowych oraz merytorycznych beneficjent nie identyfikuje istotnych trudności. Projekt rozliczany był przez Szpital we własnym zakresie, bez większych problemów. Bardzo pomocna przy rozwiązywaniu wątpliwości była Instytucja Wdrażająca, z którą współpraca przebiegała sprawnie i bezproblemowo.

7. Efektywność wydatkowania środków w ramach projektu

Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym udostępnionym przez Instytucję Wdrażającą (stan na dzień 27.09.2011 r.) łączna wartość wydatków w projekcie wynosi: 6 553 510,81, z czego poszczególne koszty stanowią:

- koszty inwestycji, w tym rozbudowy obiektu infrastruktury i zakupu sprzętu/aparatury medycznej - 6 425 100,61 zł
- koszty przygotowania i zarządzania projektem, w tym studia i analizy inwestycyjne, dokumentacja projektowa oraz nadzór autorski i inwestorski - 110 110,20 zł
- koszty promocji, w tym zakup tablic informacyjnych – 18 300,00 zł.

Relacja wydatków związanych z przygotowaniem, zarządzaniem oraz promocją projektu w relacji do łącznej wartości projektu wynosi 2%.

Na promocję projektu Szpital początkowo przyjął kwotę 18 300,00 zł brutto. Po przygotowaniu wszystkich działań promocyjnych okazało się, że na samą promocję (ogłoszeniami w gazecie, naklejki, tablice informacyjne) beneficjent przeznaczył niecałe 4 000 zł.

Koszt przygotowania wniosku wyniósł 20 000,00 zł. Był on kosztem niekwalifikowanym, ze względu na niespełnienie wymogu otrzymania trzech porównywalnych ofert w postępowaniu przetargowym (wynikało to z niewiedzy szpitala w momencie pisania wniosku). Obecnie, po zmianie zarządu szpitala, zmieniała się organizacja placówki pod tym względem. Ponadto wg Beneficjenta teraz informacje na temat uzyskania dofinansowania są bardziej dostępne. W momencie pisania wniosku trudniej było dowiedzieć się na jakich zasadach funkcjonuje programowanie.

Zarządzanie projektem Beneficjent prowadził we własnym zakresie, nie stanowi to dodatkowej kwoty. Pozostałe wydatki są to wydatki inwestycyjne - zakup sprzętu, budowa infrastruktury.

W czasie trwania projektu nastąpiły modyfikacje budżetu projektu, nie został on w całości zrealizowany zgodnie z założeniami. Zmianie uległy wydatki na promocję projektu, poza tym beneficjent zakładał wyższe koszty kwalifikowane, podczas gdy nie wszystkie zostały jako takie

uznane, m.in. założono budowę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z drogą dojazdową i z parkingiem. Parking został uznany za koszt niekwalifikowany, droga została uznana, ponieważ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. 07.55 .365) mówi, że Szpitalny Oddział Ratunkowy musi mieć swoją drogę dojazdową.

Fot. 47 Droga dojazdowa z podjazdem dla pojazdów służb medycznych, w tle – parking



Źródło: materiały własne CASE–Doradcy

W momencie oceny wniosku za koszt niekwalifikowany została też uznana część wyposażenia meblowego, gospodarczego oraz sprzętu komputerowego i urządzeń biurowych. Niekwalifikowany był również koszt wykonania chodnika oraz nadzór inwestorski.

Część kwot zmieniła się, ponieważ w momencie składania wniosku część przetargów była szacunkowa, dopiero przy podpisywaniu umowy znane były już dokładne sumy.

8. Opis dodatkowych inwestycji realizowanych przez placówkę niefinansowanych z PO liś

Poza przedmiotowym projektem beneficjent realizował następujące inwestycje:

Projekt „Zakup sprzętu medycznego dla NZOZ Szpital w Puszczykowie celem podniesienia standardu świadczonych usług medycznych”. Inwestycja została dofinansowana ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach: Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007 – 2013, Oś priorytetowa V Infrastruktura dla kapitału ludzkiego, na Działanie 5.3 „Poprawa warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie”. Wartość projektu to 2 939 463,92 zł. W wyniku realizacji projektu Szpital zakupił następujący sprzęt i aparaturę medyczną: tomograf komputerowy spiralny 16 – rzędowy, aparat RTG typu ramię C z przystawką do badań naczyniowych, aparat ultrasonograficzny, aparat do znieczulenia ogólnego, stół operacyjny

urologiczny Projekt jest komplementarny z projektem utworzenia Oddziału Ratunkowego. Zakupiony sprzęt ma korzystny wpływ na funkcjonowanie szpitala, poprawia jakość świadczonych usług oraz skraca czas oczekiwania na badania diagnostyczne i hospitalizację.

Ponadto Szpital wykonał ze środków własnych modernizację Oddziału Chirurgii Ogólnej i Neurochirurgii, przebudowę i wyposażenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej, utworzenie i wyposażenie Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych; zmodernizowano Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Obecnie wymieniane są windy w szpitalu oraz tworzona kostnica z wyposażeniem. Trwają też negocjacje przed podpisaniem umowy na wykonanie termomodernizacji szpitala, przedsięwzięcie ma być dofinansowane w formie pożyczki z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, rozpocznie się w przyszłym roku.

Powyższe inwestycje są komplementarne z projektem finansowanym z PO IiŚ. Jeżeli działa w szpitalu Oddział Ratunkowy, musi istnieć Zakład Diagnostyki Obrazowej, musi być Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Modernizacja i wyposażenie tych oddziałów była konieczna ze względu na istnienie SOR.

9. Zapotrzebowanie placówki na inwestycje w przyszłości

Dla NZOZ „Szpital w Puszczykowie” Sp. z o. o. najbardziej istotne w kolejnym okresie programowania będą w dalszym ciągu inwestycje z zakresu przebudowy, remontów i wyposażenia obiektów infrastruktury ochrony zdrowia. Ze strony beneficjenta innowacyjność jest ważna zarówno w momencie zakupu sprzętu, który musi być nowoczesny i innowacyjny, jak i modernizacji oddziałów, które są modernizowane w taki sposób, żeby były jak najbardziej innowacyjne. Charakter proekologiczny ma np. inwestycja termomodernizacji, gdzie otrzymujemy typowo ekologiczny skutek- mniejsze spalanie i bardziej korzystny efekt ekologiczny - poprawienie efektywności energetycznej budynku. Włączenie społeczne ze strony NZOZ „Szpital w Puszczykowie” opiera się przede wszystkim na równym dostępie wszystkich osób do świadczeń medycznych, pacjenci są przyjmowani na oddziały bez względu na rasę, płeć, wyznanie. Szpital wszystkich traktuje równo. Przy obecnej sytuacji na rynku pracy trudno powiedzieć czy modernizacja któregoś oddziału będzie wiązała się z zatrudnieniem nowych osób.

10. Propozycje zmian w procedurach wsparcia udzielanych placówkom

Proponowane przez Beneficjenta zmiany w zasadach udzielania wsparcia jednostkom ochrony zdrowia w kolejnym okresie programowania obejmują zmiany w procedurach aplikacyjnych: procedura powinna być w miarę możliwości uproszczona, np. załączniki w formie oświadczeń, które sprawdzane byłyby w szpitalu przez pracowników Instytucji Pośredniczącej. Ponadto postulowane jest skrócenie czasu oczekiwania od dnia ogłoszenia listy rankingowej do podpisania umowy oraz rozliczeń.

Zakres udzielanego wsparcia jest odpowiedni dla NZOZ „Szpital w Puszczykowie”.