Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

Badanie ewaluacyjne pn.
Podsumowanie efektów wdrażania projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

eu consult

Raport końcowy

Badanie ewaluacyjne finansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Spójności oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

Zamawiający:
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
www.mz.gov.pl

Wykonawca:
EU-CONSULT Sp. z o.o.
ul. Wały Piastowskie 1
80-855 Gdańsk
www.eu-consult.pl

Zespół autorski:
Krzysztof Gutta
Dr Tomasz Holecki
Dr Martyna Wronka
Piotr Gozdek
Joanna Czerepko

Spis treści

Streszczenie 4
Summary 9
1. Wprowadzenie 14
2. Zastosowana metodologia badawcza 18
3. Opis wyników badania 22
4. Wnioski i rekomendacje 99
Załączniki: 101
1) Case Study 101
2) Lista zrealizowanych projektów Priorytetu XII PO IiŚ 2007-2013 157
3) Spis rysunków i tabel 184

Streszczenie

Głównym celem badania ewaluacyjnego była sektorowa ocena Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 (*Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia*[1]) w kontekście stopnia osiągania zakładanych celów Priorytetu ze szczególnym uwzględnieniem kryterium użyteczności oraz oszacowanie przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. Priorytet XII PO IiŚ złożony jest z dwóch działań: Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego oraz Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w ramach których zrealizowano 356 projektów, na które przeznaczono łącznie ponad 2 211 mln złotych, z czego ponad 1 728 mln złotych stanowiło dofinansowanie UE.

Zastosowana metodologia badawcza uwzględniała analizę danych zastanych, ankietę internetową (CAWI) z przedstawicielami beneficjentów, studium przypadku przeprowadzone u wybranych realizatorów projektów (uwzględniające m.in. indywidualne wywiady pogłębione z przedstawicielami podmiotów, które realizowały projekty), obserwacje nieuczestniczące u części beneficjentów oraz panel ekspertów ze specjalistami z zakresu ochrony zdrowia. Badaniem objęto zarówno wskaźniki rezultatu, jak i wskaźniki kontekstowe, wytypowane w ramach ewaluacji oraz w ramach badania „*Analiza efektów wsparcia – identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ*", zrealizowanego w 2013 roku, którego kontynuacją jest niniejszy dokument.

W ramach zakończonych 356 projektów wybudowano bądź zmodernizowano 76 lądowisk, przebudowano 102 instytucje ochrony zdrowia, doposażono 181 placówek medycznych, a 128 z nich zaopatrzono łącznie w 322 karetki. Dzięki inwestycjom wyraźnie zmniejszył się średni wiek wykorzystywanego sprzętu, zaś nowa aparatura jest intensywnie wykorzystywana. Stwierdzono, że zrealizowane projekty są adekwatne do potrzeb w ochronie zdrowia, a wdrożone inwestycje spełniły oczekiwania beneficjentów.

Przeprowadzona ewaluacja wykazała, że projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ 2007-2013 cechowały się wysoką użytecznością, skutecznością i trwałością. Zaobserwowano pozytywny wpływ inwestycji zrealizowanych w ramach Działania 12.1 i Działania 12.2 na wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, obniżenie poziomu śmiertelności pacjentów, ograniczenie skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zwiększenie liczby udzielanych specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

[1] Priorytet XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 był realizowany w ramach poprzedniej perspektywy finansowej, w perspektywie finansowej 2014-2020 został zastąpiony przez Priorytet IX Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (*Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia*).

O skuteczności i trwałości zrealizowanych projektów świadczy przede wszystkim to, że przyczyniły się do poszerzenia możliwości placówek medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia, zarówno jeżeli chodzi o dostępność świadczeń zdrowotnych, jak i ich jakość. Zakup karetek oraz budowa i modernizacja lądowisk przyczyniły się do skrócenia czasu od momentu przyjęcia zgłoszenia do udzielenia pierwszej pomocy medycznej i hospitalizacji. Nowa aparatura jest intensywnie wykorzystywana przez beneficjentów. O trwałości projektów świadczy fakt, że zakupiony sprzęt i wybudowana/zmodernizowana infrastruktura będą wykorzystywane także po zakończeniu okresu trwałości projektów – w przypadku lądowisk okres użytkowania może przekroczyć 20 lat.

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że nie wszyscy beneficjenci Działań 12.1 i 12.2 Priorytetu XII PO IiŚ osiągnęli założone w ramach projektów wskaźniki rezultatu. Stwierdzono trudności w realizacji wskaźników „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" oraz „Przewidywane liczba bezpośrednio utworzonych miejsc pracy". Zgodnie z danymi z KSI pierwszy z nich nie został osiągnięty przez 31 spośród 80 beneficjentów (39%), u których został on uwzględniony we wniosku o dofinansowanie. Trudności w zrealizowaniu tego wskaźnika związane były z niższymi od zakładanych kontraktami z NFZ, które nie pozwoliły na zrealizowanie zakładanej liczby badań.

6 spośród 50 beneficjentów (12%), którzy uwzględnili ten wskaźnik we wniosku o dofinansowanie, nie zwiększyło zatrudnienia o zakładaną liczbę etatów. Ograniczenia dotyczące rekrutacji związane były z przyjęciem mniejszej od założonej liczby pacjentów oraz zmianami w polityce zatrudnienia (np. związanymi ze zmianą formy własności podmiotu)

Analiza danych zastanych wykazała, że wszystkie wskaźniki rezultatu na poziomie ogólnokrajowym zostały osiągnięte. Bardzo duży wpływ na osiągnięcie większości z nich miała realizacja założeń poszczególnych projektów.:

- wymiana starych karetek na nowe, zwiększenie liczby wykorzystywanych ambulansów oraz budowa lądowisk wpływa pozytywnie na wartość wskaźnika mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego zarówno w przypadku miast powyżej 10 000 mieszkańców, jak i mniejszych miejscowości;
- na skutek zrealizowanych zakupów zmniejszył się średni wiek aparatur radiologicznej oraz możliwa była realizacja większej liczby specjalistycznych badań medycznych;
- dzięki realizacji projektów utworzono blisko 500 nowych miejsc pracy (w przeliczeniu na pełne etaty);
- tworzenie Centrów Urazowych przyczyniło do zwiększenia liczby osób leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych – osoby, których stan życia lub zdrowia jest zagrożony na skutek nagłego zdarzenia, otrzymują pomoc w utworzonych w ramach projektów wyspecjalizowanych podmiotach.

Wpływ realizacji projektów na liczbę osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej, oraz na liczbę mieszkańców, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia był stosunkowo niewielki. Jest to związane z faktem, że placówka medyczna nie ma wpływu na liczbę osób mieszkańców, którzy muszą z takiej pomocy skorzystać.

Osiągnięte wartości wskaźników były dużo lepsze od wartości zaplanowanych – jest to zjawisko bardzo pozytywne, świadczące o znacznej poprawie w polskiej służbie zdrowia. Należy jednak zwróci uwagę, że realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ nie była jedynym czynnikiem wpływającym na wartości analizowanych wskaźników – wpływ na nie miały także inwestycje dokonywane przez inne placówki zdrowia, jak również rezygnacja z dokonywania zakupów na skutek braków funduszy. Zaobserwowano, że od 2009 wzrasta wartość mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia – jest to związane z faktem, że znaczna część jednostek służby zdrowia nie dokonuje regularnej wymiany taboru i wykorzystuje mocno wyeksploatowane karetki, cechujące się większą awaryjnością oraz nieposiadające nowoczesnych systemów nawigacyjnych, przez co wydłuża się czas dotarcia do pacjenta.

Zdecydowana większość beneficjentów Działania 12.1 i Działania 12.2 PO IiŚ realizowała w latach 2007-2015 więcej niż jeden projekt. Efekt synergii osiągano najczęściej poprzez realizację projektów podwyższających poziom opieki medycznej na różnych etapach leczenia – dzięki temu, że pacjenci mieli zagwarantowaną skuteczną pomoc ze strony zespołu ratunkowego, sprawny transport do jednostki służby zdrowia, szybką i skuteczną diagnozę, zoptymalizowane leczenie oraz rehabilitację, hospitalizacja ulegała skróceniu, a wyniki leczenia były lepsze.

Inwestycje przyczyniły się przede wszystkim do poprawy stanu infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia podmiotów leczniczych. Miały one wpływ przede wszystkim na dostosowanie poziomu infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem, dostosowanie poziomu infrastruktury do wymogów prawa, poprawę wyglądu infrastruktury, poprawę jakości wyposażenia dla pacjentów, poprawę jakości wyposażenia systemu zarządzania, poprawę jakości wyposażenia sal operacyjnych.

Realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ miała również silny wpływ na:

- zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce;
- skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala;
- skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie diagnozy;
- zwiększenia liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi;
- zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych;
- zwiększenie dostępności do zabiegów ratujących życie;
- podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych;
- podniesienie jakości zabiegów ratujących życie;
- podniesienie skuteczności udzielania świadczeń medycznych;
- podniesienie skuteczności zabiegów ratujących życie.

Inwestycje z zakresu informatyki usprawniały realizację procedur medycznych, gdyż dzięki nim lekarze z różnych oddziałów dysponują natychmiastowym dostępem do wszystkich wyników badań pacjentów. Realizacja wielu projektów przyczyniała się również do ujednolicenia struktury podmiotów medycznych.

W trakcie badania zidentyfikowano najważniejsze korzyści wynikające z realizacji projektów. Zaliczono do nich:

- poprawienie jakości opieki nad pacjentami; w tym nad osobami w stanie zagrożenia życia;
- usprawnienie procesów diagnostycznych i terapeutycznych;
- zwiększenie zakresu świadczeń medycznych;
- obniżenie poziomu śmiertelności;
- usprawnienie transportu osób, których stan życia i zdrowia jest zagrożony;
- skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala;
- skrócenie czasu potrzebnego na rehabilitację osób hospitalizowanych, przyspieszenie ich powrotu do pracy;
- zredukowanie kosztów;
- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów;
- poprawę komfortu i satysfakcji pacjentów i pracowników;
- zapewnienie kompleksowego leczenia w jednej placówce;
- usprawnienie pracy lekarzy i pozostałego personelu medycznego;
- poprawę wizerunku placówek medycznych.

Przeprowadzona ewaluacja wykazała, że realizacja projektów dała długofalowe efekty, do których zaliczyć można:

- poprawę komfortu i bezpieczeństwa pacjentów;
- zachowywanie zasady złotej godziny;
- podwyższenie dostępności i jakości świadczonych usług diagnostycznych i terapeutycznych;
- zwiększenie liczby „zdrowych lat życia i pracy" i związany z tym wzrost PKB;
- zmniejszenie śmiertelności;
- poprawę wizerunku placówek służby zdrowia, zwiększenie zaufania społeczeństwa do nich.

Po przeprowadzeniu analizy Wykonawca zaproponował, aby w przypadku ewaluacji projektów realizowanych w ramach Priorytetu IX PO IiŚ 2014-2020 wykorzystywać dwa dodatkowe wskaźniki kontekstowe:

- średnia wartość ostatniego decyla czasów dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca, która dostarczyłaby informacji o tym, ile wynoszą najdłuższe czasy oczekiwania na pomoc medyczną;
- liczba zakażeń, do których doszło podczas pobytu w placówce medycznej w przeliczeniu na 1000 pacjentów.

Zaobserwowano pozytywne zmiany, jeżeli chodzi o większość wskaźników kontekstowych[2] – wydłużyło się przeciętne dalsze trwanie życia, obniżył się poziom śmiertelności, skrócił się średni czas hospitalizacji, spadł poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych i obniżył się poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych. Stwierdzono, że realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przełożyła się na poprawę wartości tych wskaźników.

Pozytywnie oceniono efektywność wykorzystania przez beneficjentów środków finansowych – ponad 95% środków zostało przeznaczonych na wydatki inwestycyjne. Koszty związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektów stanowiły niewielką pozycję w budżecie projektów. Fakt ten nie wpłynął jednak na sprawność realizację inwestycji, w tym również na prawidłowość realizacji procesu zamówień publicznych.

Na podstawie przeprowadzonego badania sporządzono wnioski i rekomendacje:

- warto poszerzyć listę wskaźników kontekstowych wykorzystywanych do ewaluacji projektów realizowanych w ramach Priorytetu IX PO IiŚ 2014-2020 o dwa zaproponowane w niniejszym raporcie;
- zaleca się intensywne promowanie możliwości realizacji projektów w ramach Priorytetu IX PO IiŚ 2014-2020 w placówkach medycznych zlokalizowanych w województwach, w których w ramach w perspektywy finansowej 2007-2013 zrealizowano niewiele projektów (świętokrzyskim, lubuskim, opolskim i warmińsko-mazurskim);
- sugeruje się, aby zmniejszyć ograniczenia dotyczące wykorzystania zakupionego w ramach projektów sprzętu, tak aby mógł on być wykorzystywany na oddziałach innych nić docelowy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia;
- należy realizować większą liczbę projektów ukierunkowanych na geriatrię oraz psychiatrię.

[2] Wskaźniki kontekstowe to wskaźniki inne niż wskaźniki produktu i rezultatu przyjęte dla Priorytetu XII PO IiŚ w dokumentach programowych, których analiza służy pogłębieniu oceny oddziaływania projektów.

Summary

The main objective to the study was to evaluate Priority XII of Operational Programme *Infrastructure and Environment* (*Health security and improvement of healthcare system efficiency*[3]) in the context of attainment of priority goals. The main focus was on a general interest criterion and estimation of the expected long-term project effects. Under Priority XII the following Measures are being implemented: Measure 12.1 *The development of the medical emergency system* and Measure 12.2 *Investments in supra-regional healthcare infrastructure* in which there were 356 completed projects (which received 2 211 million zlotys of which 1 728 million was from UE).

The methodology of the study consisted of desk research, Computer-Assisted Web Interview with representatives of beneficiaries, case studies of selected implementers of project (which included individual in-depth interview), non-participating observations and health expert panel. This study included result and context indicators, which were selected by the evaluation and study *Analysis of the support effects - identification and evaluation of results of implementation of projects under Priority XII,* which was completed in 2013. The document below is the continuation od mentioned study.

In the framework of 356 completed projects 76 landings were built or modernized, 102 health institutions were rebuilt, 181 medical facilities were retrofitted (128 of them were provided with 322 ambulances). The average age of equipment used decreased thanks to investments. New equipment is willingly used. It was found that completed projects are relevant to the needs in health care and expectations of the beneficiaries.

Evaluation showed that the **projects under Priority XII OP I & E were characterized by high usability, efficiency and durability. There was a positive impact of investments made within the framework of Measure 12.1 and Measure 12.2** in the fields of maintaining good health, reduction in the mortality rate of patients, reduction of the impact of complications caused by accidents and growth of the number of specialized and highly specialized health services.

Extension of capacity of medical facilities in the diagnosis and treatment shows the effectiveness and sustainability of completed projects. Purchase of ambulances and the construction and modernization of landing sites contributed to shorten the time from the moment of acceptance of the declaration to provide medical first aid and hospitalization. New equipment and built/modernized infrastructure will be used after completion of the project - landings can be used for over 20 years.

Based on the analysis, it was found that not all beneficiaries of Measure 12.1 and Measure 12.2 under Priority XII OP I & E reached founded projects result

[3] Priority XII of Operational Programme Infrastructure and Environment 2007-2013 was carried out under the previous financial perspective, in the 2014-2020 financial perspective it has been replaced by Priority IX of the Operational Programme Infrastructure and Environment 2014-2020 (Strengthening strategic health infrastructure).

indicators. Difficulties were found in implementing the indicators *Potential number of specialist medical examinations which will be perform with purchased equipment* and *The anticipated number of direct jobs created.* According to data from the KSI first of them was not achieved by 31 of the 80 beneficiaries (39%). Difficulties associated with the indicator were associated with lower than expected contracts with National Health Fund.

6 out of 50 beneficiaries (12%), did not increase number of workplaces. This is due to taking less than a predetermined number of patients and changes in employment policy (for example associated with the change of the form of ownership).

Desk research showed that all result indicators at the national level have been achieved. A very large impact on the achievement of most of them was the implementation of principles of individual projects:

- replacement of old ambulances, increase of ambulance number and construction of landings has a positive effect on the value of the indicator the median time to reach the scene of the medical team from the moment of acceptance by the medical dispatcher in cities over 10 000 inhabitants, as well as smaller towns;
- as a result of completed purchases the average age of radiological equipment was lowered and more specialist medical research were made;
- nearly 500 full time-jobs were created;
- the number of people treated within a month in highly specialized hospitals increased thanks to creating trauma centers – people whose state of life or health is threatened as a result of a sudden event, receive help in specialized facilities created under the projects.

Impact on the number of people treated per year in health care facilities, and the number of residents who received health care benefits in the scene of accident was relatively small. This is related to the fact that the medical facility has no effect on the number of residents who must benefit from such aid.

Achieved values of the indicators were much better than planned - this is a very positive phenomenon, indicating a significant improvement in the Polish health service. However, he implementation of projects under Priority XII OP I & E was not the only factor affecting the value of the analyzed indicators - investments made by other health facility, as well as the resignation of purchasing also had an impact. It was observed that since 2009 the value of the median time to reach the scene increases – this is due to the fact that a significant portion of health care units do not replace car fleet regularly and uses heavily worn ambulances.

The vast majority of beneficiaries of Measure 12.1 and Measure 12.2 under Priority XII OP I & E implemented in 2007-2015 more than one project. The synergy is usually achieved through the implementation of projects which increase the level of medical care at various stages of treatment - patients had guaranteed the effective assistance of the rescue team, efficient transport to the health care unit,

rapid and effective diagnosis, optimized treatment and rehabilitation, hospitalization was shortened, and treatment outcomes were better.

Investments contributed mainly to the improvement of technical infrastructure and the quality of medical equipment in health facilities. They had an impact on adjusting the level of infrastructure to higher standards of patient care, adjusting the level of infrastructure to the requirements of law, improving the appearance of the infrastructure, improving the quality of equipment for patients, improving the quality of the equipment management system, and improving the quality of operating room.

Implementation of projects under Priority XII OP I & E also had a strong influence on:

- increasing the scope/number of medical procedures offered in the facility;
- shortening the waiting time for the patient's admission to hospital;
- shortening the waiting time for diagnosis;
- increasing the number of patients for highly specialized medical procedures;
- increasing the availability of medical services;
- increasing the availability of life-saving treatments;
- improving the quality of medical services provided;
- improving the quality of life-saving treatments;
- improving the effectiveness of the provision of medical services;
- improving the effectiveness of life-saving treatments.

Investments in informational technology improved implementation of medical procedures, because doctors from different departments have immediate access to all patients' test results. Implementation of many projects also contributed to standardize the structure of hospitals and medical facilities.

The most important benefits of the project are:

- improving the quality of patient care (including that of the people in life-threatening condition);
- improving diagnostic and therapeutic processes;
- increasing the range of medical services;
- reduce the mortality rate;
- improve the transport of persons whose state of life and health is in danger;
- shortening the waiting time for admission to hospital;
- shortening the time required for the rehabilitation of hospitalized people, speeding up their return to work;
- reducing costs;
- increasing patient safety;
- improving the comfort and satisfaction of patients and staff;
- providing comprehensive treatment in one facility;
- improving the work of doctors and other medical staff;

- improving the image of medical institutions.

The evaluation showed that the implementation of projects gave the long-term effects:

- improving the comfort and safety of patients;
- observance of the principle of the *golden hour*
- increasing the availability and quality of provided diagnostic and therapeutic services;
- increasing the number of *healthy years of life and work* and the related rise in GDP;
- reduction in mortality;
- improving the image of health care, increasing public confidence in medical staff.

After analysis Contractor proposed that two additional context indicators should be use in the case of evaluation of projects under the Priority IX IE OP, 2014-2020:

- average value of the last decile of the times needed to arrive at the scene for the emergency medical team from the moment of acceptance by the medical dispatcher in the scale of each month, which would provide information about how much are the longest waiting times for medical treatment;
- the number of infections, which occurred during a stay in a medical facility, based on 1000 patients.

There was a positive change when it comes to most of the contextual indicators[4] – the average life expectancy was lengthened, mortality rates was lowered, average length of hospital stay was shortened, mortality before or during the conduct of rescue was decreased. It was found that the implementation of projects under Priority XII OP I & E resulted in the improvement of these indicators.

Effectiveness of the use of funds by beneficiaries was positively rated - more than 95% of funds were allocated for capital expenditure. Costs associated with the preparation, management and promotion of projects accounted for a small part in projects' budgets. This fact does not, however, influence the efficiency of investments, including the correctness of the process of public procurement.

Findings and recommendations were prepared based on research:

- list of context indicators used for the evaluation of projects under the Priority IX & E OP 2014-2020 should be expanded for the two proposed in this report;
- it is recommended to intensive promotion of the projects under Priority IX of IE OP 2014-2020 in medical facilities located in the provinces, where in the 2007-2013 only few projects were completed (świętokrzyskie, lubuskie, opolskie, warmińsko-mazurskie);

[4] Context indicators are indicators other than the product and result indicators adopted for Priority XII of IE OP in the programming documents. Analysis of them is deepening impact assessment of projects.

- It is suggested to reduce the restrictions on the use of the equipment purchased under the projects, so that it can be used on other wards when there is a risk of losing life or health;
- more projects focused on geriatrics and psychiatry should be implemented

1. Wprowadzenie

1.1. Cel główny i cele szczegółowe

Z sondażu przeprowadzonego przez CBOS w 2016 roku wynika, że 74% Polaków jest niezadowolonych z funkcjonowania służby zdrowia[5]. Problemy związane są m.in. z niską dostępnością usług specjalistycznych, niedoposażeniem jednostek służby zdrowia w nowoczesnym sprzęt i aparaturę, zbyt małą liczbą miejsc na oddziałach szpitalnych, złym stanem infrastruktury oraz niskim komfortem zarówno pacjentów, jak i ich rodzin oraz pracowników.

Głównym celem Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 była poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu środowiska, zdrowia, zachowaniu tożsamości kulturowej i rozwijaniu spójności terytorialnej. Głównym celem Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe to obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. W odpowiedzi na te wyzwania zaprogramowano Działania w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: Działanie 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego* oraz Działanie 12.2 *Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym*. Dzięki wdrożeniu obu działań, zrealizowano łącznie 356 projektów, na które przeznaczono łącznie ponad 2 211 mln złotych, z czego ponad 1 728 mln złotych stanowiło dofinansowanie UE. Lista projektów zawierająca ich podstawową charakterystykę przedstawiona została w Załączniku 2.

Głównym celem niniejszego badania ewaluacyjnego była sektorowa ocena Priorytetu XII PO IiŚ, w kontekście stopnia osiągania zakładanych celów Priorytetu ze szczególnym uwzględnieniem kryterium użyteczności oraz szacowanie przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. Poniżej zaprezentowano cele szczegółowe badania i przyporządkowane do nich pytania ewaluacyjne:

Tabela 1. Prezentacja celów szczegółowych badania i przyporządkowanych do nich pytań ewaluacyjnych

Cele szczegółowe	Pytanie ewaluacyjne
Cel szczegółowy 1: ocena stopnia osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych Priorytetu XII PO IIŚ	a) W jakim stopniu projekty realizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb w zakresie objętym celami Priorytetu XII?
Cel szczegółowy 2: identyfikacja łącznej liczby zakupionych w ramach projektów ambulansów,	a) Jakie są rzeczowe efekty realizacji projektów współfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ? Jaka jest łączna liczba zakupionych w ramach projektów

[5] CBOS: 74 procent Polaków jest niezadowolonych z opieki zdrowotnej, http://www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/cbos-74-proc-polakow-niezadowolonych-z-opieki-zdrowotnej,24510.html, dostęp 29.09.2016

sprzętu medycznego, wybudowanych /przebudowanych/ rozbudowanych/wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, w zależności od przedmiotu i celu projektów oraz informacja dodatkowa dotycząca średniego wieku sprzętu/aparatury	ambulansów, sprzętu/aparatury medycznej (z uwzględnieniem podziału na rodzaj zakupionego sprzętu/aparatury medycznej), wybudowanych / przebudowanych / rozbudowanych / wyremontowanych obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, etc? b) Jakie jest terytorialne rozmieszczenie zakupionego sprzętu/aparatury medycznej (wg rodzaju i wartości)? c) Jaki jest średni wiek danego rodzaju sprzętu/aparatury medycznej, uwzględniając dotychczasowe zakupy w ramach PO IiŚ? O ile lat zmniejszy/ył się średni wiek sprzętu/aparatury medycznej danego rodzaju w wyniku zakupów dokonanych w ramach PO IiŚ? d) W jakim stopniu wykorzystywany jest zakupiony w ramach PO IiŚ sprzęt/aparatura medyczna? e) Czy zwiększył się zasięg terytorialny świadczonych usług?/Jakie jest regionalne i ponadregionalne oddziaływanie projektów? f) Czy zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia? (poziom lokalny/regionalny/ponadregionalny) Czy to oddziaływanie jest zgodne z oczekiwaniami beneficjenta?
Cel szczegółowy 3: ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu:	a) Jaki jest stopień osiągnięcia przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu (w momencie złożenia wniosku o płatność końcową)? b) Czy, a jeśli tak, to które z zaplanowanych wskaźników rezultatu nie zostały osiągnięte przez beneficjentów? Jakie są tego przyczyny? c) Czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty przyczyniły/przyczynią się do realizacji wskaźnika: utworzone miejsca pracy określone dla całego programu w PO IiŚ? d) Czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty wspierają inne niż umowa o pracę formy zatrudnienia (np. zatrudnienie w ramach tzw. kontraktu lekarskiego, innych umów cywilno - prawnych)?
Cel szczegółowy 4: ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym	a) Jaki jest stopień osiągnięcia zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym? b) Jak stopień osiągniecia wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym? c) W jakim stopniu zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu? d) Czy w okresie 2007-2015 beneficjenci realizowali inne projekty (w szczególności współfinansowane z funduszy UE)? Czy były one komplementarne wobec projektów wspieranych w ramach Priorytetu XII POIS w zakresie celów osi i programu? Czy zaobserwowano efekt synergii tych projektów w kontekście celów Priorytetu i Programu?
Cel szczegółowy 5: identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych (tzn. nie zakładanych w dokumentach programowych) bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII	a) Czy, a jeśli tak, to jaki jest wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na: I. zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia; II. skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, wykonanie diagnozy/zabiegu;

PO IiŚ	III. zwiększenie liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi; IV. zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów wsparcia; V. zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie; VI. podniesienie jakości usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie; VII. zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych; VIII. zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia. b) W jakim stopniu projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do poprawy stanu infrastruktury technicznej/jakości wyposażenia podmiotów leczniczych? (opis stanu infrastruktury beneficjentów przed uzyskaniem wsparcia i po zrealizowaniu inwestycji oraz dokonanie analizy wpływu interwencji na ogólną sytuację ochrony zdrowia w Polsce w oparciu o dostępne raporty, opracowania, dane statystyczne, itd.), w tym m.in. w raporcie ewaluacyjnym *„Analiza efektów wsparcia – identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ”*. c) Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych projektów? d) Na ile efekty interwencji są użyteczne w kontekście wyzwań społeczno-demograficznych w obszarze zdrowia? W jaki sposób interwencja w ramach Priorytetu XII POIiŚ przyczynia się do poprawy sytuacji w sektorze zdrowia?
Cel szczegółowy 6: identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ	a) Czy, a jeśli tak, to jakie można wskazać długofalowe efekty realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ? b) Czy realizowane projekty mają rzeczywisty wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym?
Cel szczegółowy 7: wytypowanie dodatkowych tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007 – 2015 (zadaniem Wykonawcy będzie wytypowanie odpowiednich wskaźników wraz z określeniem źródła danych i sposobu pomiaru, przeanalizowanie zmiany wartości tych wskaźników na przestrzeni lat 2007 – 2015 oraz wskazanie czynników wpływających na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych)	a) Jakie wskaźniki kontekstowe (tj. inne, niż wskaźniki produktu i rezultatu przyjęte dla Priorytetu XII PO IiŚ w dokumentach programowych) można wykorzystać do monitorowania oraz pomiaru efektów interwencji w ramach Priorytetu XII PO IiŚ? b) Jak zmieniała się wartość poszczególnych wskaźników kontekstowych w latach 2007 – 2015? c) Jakie czynniki - poza interwencją w ramach Priorytetu XII PO IiŚ - mają wpływ na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych? (wraz z podaniem dokumentów/danych źródłowych stanowiących podstawę wnioskowania), d) jak POIiŚ 2007-2013 (tj. działania XII Priorytetu) wpłynęły na ich wartości.
Cel szczegółowy 8: 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)	a) 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?

Źródło: opracowanie własne na podstawie Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia

1.2. Kryteria ewaluacyjne

Podczas przeprowadzania badania Wykonawca uwzględnił następujące kryteria ewaluacyjne:

- **skuteczność** – w ramach niniejszego badania kryterium to umożliwiło ocenę, w jakim stopniu - dzięki realizacji projektów - osiągnięto zaplanowane rezultaty. W tym aspekcie zostanie dokonane porównanie bezpośrednich efektów realizacji projektów oraz poziomu osiągania docelowych wartości wskaźników rezultatu;
- **użyteczność** – w ramach niniejszego badania kryterium to umożliwiło ocenę, w jakim stopniu projekty realizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb w zakresie objętym celami Priorytetu XII, w tym w szczególności poprawy stanu infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej wraz z identyfikacją także ewentualnych nieplanowanych na etapie programowania efektów realizacji interwencji;
- **trwałość** – w ramach niniejszego badania kryterium to umożliwiło ocenę, w jakim stopniu efekty będą utrzymywać się po zakończeniu interwencji. W tym aspekcie w ramach badania zostanie dokonana identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach XII Priorytetu PO IiŚ.

2. Zastosowana metodologia badawcza

W ramach badania ewaluacyjnego Wykonawca wykorzystał następujące metody i techniki badawcze: analiza danych zastanych, wspomagany komputerowo wywiad internetowy (CAWI), studia przypadków (Case Study), obserwacja nieuczestnicząca, a także panel ekspertów.

Analizą danych zastanych zostały objęte w badaniu następujące dane i dokumenty:

1. dokumenty programowe, w tym m. in. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007-2013, Szczegółowy Opis Priorytetów PO IiŚ 2007-2013 (https://pois.nfosigw.gov.pl/dokumenty-i-wytyczne/dokumenty-programowe/);
2. wyciąg z systemu KSI SIMIK 07-13 sporządzony na podstawie wniosków o płatność końcową zawierający informacje w zakresie wartości wskaźnika pn. potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, który został przekazany przez Zamawiającego (dane przekazane przez Zamawiającego);
3. wyciąg z systemu KSI SIMIK 07-13 sporządzony na podstawie wniosków o płatność końcową zawierający informacje w zakresie wartości wskaźników dotyczących utworzonych miejsc pracy, który został przekazany przez Zamawiającego (dane przekazane przez Zamawiającego);;
4. dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) dotyczące liczby osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW, średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych (https://www.csioz.gov.pl/statystyka/biuletyn-statystyczny/);
5. Mały Rocznik Statystyczny Polski (GUS) – dane dotyczące liczby osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW, liczby osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start);
6. raport końcowy z badania ewaluacyjnego pn. *„Analiza efektów wsparcia – identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ”* (w tym wskaźniki kontekstowe wytypowane w ramach tego badania) (http://www.archiwum.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Documents/4_104.pdf);
7. rejestry jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, prowadzone przez wojewodów;
8. Dokumenty niezbędne do wytypowania tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ, przeprowadzenia analizy zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2015 oraz wskazania czynników mających wpływ na wartości tych wskaźników, w tym. m.in.
   - dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
   - dane Głównego Urzędu Statystycznego,
   - dane Eurostatu,

- raporty World Health Satistics, publikowane przez Światową Organizację Zdrowia,
- raporty ECHIM.

9. pozostałe dane, które zostały przekazane przez Zamawiającego, zgodnie z Rozdziałem II i IV SOPZ – dane dotyczące potencjalnej liczby osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW za lata 2012-2014 (dane ogółem), dane dotyczące ogólnej liczby osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia za lata 2012-2014 (dane ogółem), dane dotyczące median czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca za lata 2012-2014 (dane ogółem), dane dotyczące średniego wieku stacjonarnej aparatury radiologicznej występującego u beneficjentów Działania 12.2. za lata 2013-2014, dane dotyczące średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w poszczególnych szpitalach wysokospecjalistycznych za lata 2012-2014 (dane ogółem)

Analiza desk research objęła następujące wskaźniki rezultatu Priorytetu XII PO IiŚ:

1) liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2.);
2) liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1.);
3) mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1.);
4) średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2.);
5) średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[6] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2.);
6) potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2.);
7) liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC), tj. nowe miejsca pracy utworzone bezpośrednio w trakcie realizacji projektu i finansowane ze środków programu (od momentu jego rozpoczęcia do chwili złożenia wniosku beneficjenta o płatność końcową) oraz przewidywana całkowita liczba utworzonych nowych etatów (EPC), tj. miejsca pracy utworzone bezpośrednio w efekcie realizacji projektu (do roku od momentu złożenia wniosku beneficjenta o płatność końcową (Działanie 12.1. i 12.2.).

[6] Dotyczy podmiotów leczniczych prowadzonych przez instytuty badawcze oraz utworzonych przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Analiza desk research objęła również wskaźniki kontekstowe wytypowane w ramach badania *„Analiza efektów wsparcia – identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ"*:

1) poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych;
2) średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych;
3) poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych;
4) poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych;
5) średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach;
6) poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców;
7) poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców;
8) przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na mężczyzn i kobiety, w wieku 0 i 65 lat.

Technika badawcza CAWI została wykorzystana do zgromadzenia opinii i danych od beneficjentów, w tym przede wszystkim informacji ilościowych, które można poddać analizie statystycznej. Populację badaną stanowią podmioty lecznicze, które uzyskały wsparcie ze środków Priorytetu XII PO IiŚ (beneficjenci wsparcia) i zakończyły realizację projektu. Do populacji badanej należało 356 projektów (wg stanu na dzień 19 maja 2016 r.). Wykonawca zrealizował efektywnie 295 ankiet.

Metoda badawcza Case Study została wykorzystana do szczegółowego przeanalizowania i przedstawienia efektów realizacji wybranych projektów. W ramach opracowywania studium przypadku Wykonawca przeprowadził pogłębione wywiady indywidualne (IDI) oraz poddał analizie następujące źródła danych:

- wyciągi z KSI sporządzone na podstawie wniosków o płatność końcową złożonych przez beneficjentów w ramach zakończonych projektów,
- dane i informacje pozyskane od beneficjentów w trakcie indywidualnych wywiadów pogłębionych (w ramach każdego Case Study został przeprowadzony pogłębiony wywiad indywidualny - IDI - z kierownikiem projektu i/lub osobą/osobami przez niego wyznaczoną/wyznaczonymi;
- dane i informacje przekazane przez beneficjentów w formie pisemnej (np. przesłane e-mailem);
- informacje ze stron internetowych beneficjentów.

Populację badaną stanowiły podmioty lecznicze, które uzyskały wsparcie ze środków Priorytetu XII PO IiŚ (beneficjenci wsparcia) i zakończyły realizację projektu. Wykonawca objął badaniem Case Study 20 beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ, dobranych proporcjonalnie w ramach wszystkich ogłoszonych konkursów ze względu na skuteczność działań projektowych. Projekty te wyszczególniono kolorystycznie w Załączniku 2. Do raportu.

Obserwacja nieuczestnicząca polegała na przeprowadzeniu wizytacji u wybranych beneficjentów, służącej zgromadzeniu informacji na temat tego, w jaki sposób realizacja projektu wpłynęła na funkcjonowanie placówki medycznej oraz stan jej

infrastruktury. Obserwacja została przeprowadzona wśród 20 beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ, którzy zostali studiami przypadku.

Panel ekspertów posłużył do podsumowania wyników badania. W panelu wzięło udział 3 ekspertów posiadających dorobek naukowy i doświadczenie w zakresie zdrowia publicznego. W panelu ekspertów wzięły udział osoby nienależące do zespołu badawczego.

3. Opis wyników badania

3.1. Cel szczegółowy 1: ocena stopnia osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych Priorytetu XII PO IiŚ

a) W jakim stopniu projekty realizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb w zakresie objętym celami Priorytetu XII?

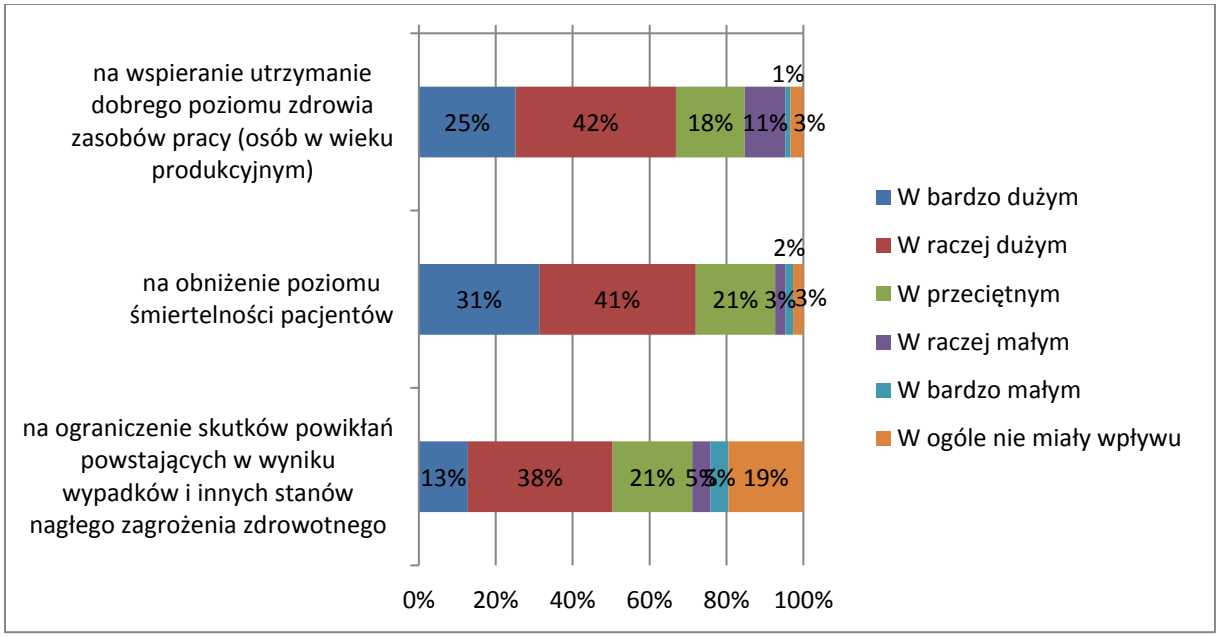
Głównym celem Priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia) jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe to obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Ankietowani bardzo pozytywnie wypowiedzieli się na temat wpływu zrealizowanych inwestycji na wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym. Jedynie 3% respondentów wskazało, że w ogóle nie zaobserwowało takiego oddziaływania. Aż 82% uczestników badania oceniło ten wpływ jako duży (w tym 36% jako bardzo duży, a 46% jako duży)

Respondenci zaobserwowali również bardzo duży wpływ inwestycji na obniżenie poziomu śmiertelności pacjentów – podobnie jak w przypadku poprzedniego pytania, jedynie 3% ankietowanych wskazało odpowiedź, że działania w ramach projektu w ogóle nie przyczyniły się do obniżenia wartości tego wskaźnika. Około 2/3 uczestników badania uważa, że realizacja projektu w dużym stopniu wpłynęła na obniżenie poziomu śmiertelności pacjentów, w tym 25% zaznaczyło odpowiedź „w bardzo dużym", a 42% „w raczej dużym".

Zrealizowane inwestycje miały zdecydowany wpływ na ograniczenie skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zdaniem 97% respondentów badania CAWI takie oddziaływanie zaistniało, a jedynie 5% z nich uważa, że było ono bardzo małe lub raczej małe. O znacznym wpływie realizacji projektów na ograniczenie skutków powikłań świadczy fakt, że 72% ankietowanych jest zdania, że był on bardzo duży lub raczej duży.

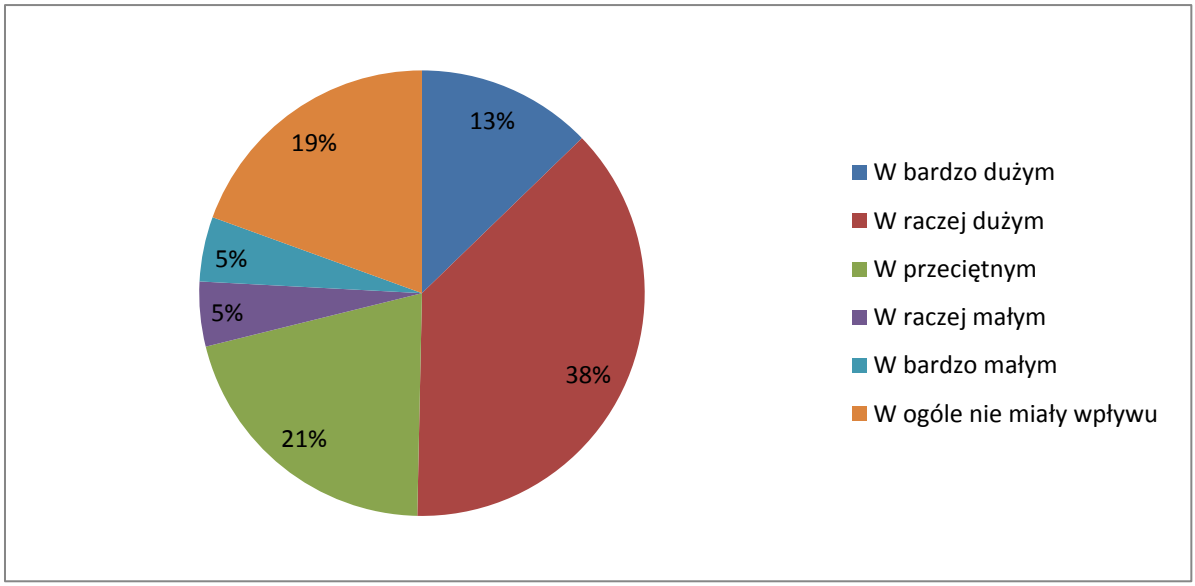
Rysunek 1. W jakim stopniu zrealizowane inwestycje miały wpływ na następujące aspekty?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Oddziaływanie Priorytetu XII PO IiŚ na wzrost liczby udzielonych specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych było nieco mniejsze – 19% ankietowanych wskazało, że realizacja inwestycji nie przyczyniła się do zwiększenia liczby świadczeń tego charakteru udzielanych w ich placówkach. Z drugiej jednak strony ponad 50% respondentów jest zdania, że dzięki realizacji projektu nastąpił bardzo duży lub raczej duży wzrost w tym zakresie, co oznacza, że realizacja projektów w znacznym stopniu przyczyniła się do wzrostu dostępności tego typu świadczeń.

Rysunek 2. W jakim stopniu w wyniku realizacji projektu zwiększyła się liczba udzielanych specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Uczestnicy badania IDI potwierdzili, iż **projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do realizacji celów tego Programu**. Przedstawili oni liczne dowody świadczące o pozytywnym oddziaływaniu inwestycji na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, np.:

- uruchomienie lądowiska znacznie skraca czas, jaki mija od zgłoszenia wypadku do przetransportowania chorego do szpitala;
- wykonywanie mammografii pozwala na wczesne wykrycie raka piersi oraz rozpoczęcie leczenia, zanim nowotwór się rozwinie;
- zakupiony sprzęt pozwala na powiększenie zakresu wykonywanych diagnoz;
- im szybciej zostaje postawiona diagnoza, tym szybciej można przystąpić do działań pozwalających na powrót do dobrego stanu zdrowia;
- nowe karetki rzadziej ulegają awariom, pozwalają na zapewnienie pacjentom wyższego komfortu;
- doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w wysokiej jakości sprzęt gwarantuje podjęcie szybkich działań w stanie zagrożenia życia oraz zdrowia;
- poprawa jakości opieki medycznej przekłada się na zmniejszenie absencji chorobowej oraz zmniejszenie liczby osób przechodzących na renty.

Jeden z respondentów odpowiedzialnych za realizację projektu dotyczącego zdrowia dzieci miał wątpliwości, czy zrealizowane inwestycje przekładają się na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób dorosłych, ale doszedł do wniosku, że gdyby nie one, na skutek zaniedbań dotyczących leczenia w dzieciństwie młodzi pacjenci w przyszłości mogliby mieć kłopoty ze zdrowiem, czyli można mówić o takim oddziaływaniu.

Uczestnicy badania wskazali, że oddziaływanie projektów na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym jest bardzo widoczne, między innymi ze względu na to, że:

- budowa lądowiska dla śmigłowców sprawia, że znacznie częściej udaje się zachować tzw. „zasadę złotej godziny" – podjąć działania służące ratowaniu życia i zdrowia w ciągu nie więcej niż 60 minut od zajścia niebezpiecznego zdarzenia.
- zakupiony sprzęt pozwala na bardzo precyzyjne rozpoznanie oraz określenia stopnia zaawansowania choroby, co przekłada się na lepszy dobór metody leczenia i jego wyniki;
- zwiększenie liczby i/lub jakości dostępnego sprzętu medycznego pozwala na szybszą i/lub skuteczniejszą reakcję;
- znacznie spadło ryzyko wystąpienia awarii karetki jadącej do pacjenta lub z pacjentem – nowe pojazdy są dużo mniej zawodne niż sprzęt eksploatowany od ponad 20 lat;
- obniżyła się mediana czasu potrzebnego na dotarcie do pacjenta;
- wykorzystywanie wysokospecjalistycznego sprzętu poprawia rokowania u pacjentów w bardzo poważnym stanie.

Jeden z respondentów wskazał, że reprezentowana przez niego jednostka jest szpitalem jednoprofilowym – ortopedycznym, w związku z czym nie ma do czynienia z pacjentami,

których życie jest zagrożone. Dodał jednak, że przeprowadzane operacje pozwalają pacjentom na odzyskanie mobilności oraz że można spodziewać się, że osoba przykuta do łóżka będzie żyła krócej niż ktoś, komu specjalistyczna pomoc pozwoliła na powrót do aktywności ruchowej.

Respondenci zostali poproszeni o zastanowienie się nad tym, czy zrealizowane projekty przyczyniają się do obniżenia poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zdecydowana z nich stwierdziła, że tak. Swoje zdanie argumentowali m.in. następująco:

- gdy dojdzie do wypadku lub innego stanu zagrożenia życia kluczowe jest jak najszybsze dotarcie do pacjenta – w związku z tym bardzo istotne jest, aby posiadać lądowisko oraz nowe, sprawne karetki;
- wykorzystanie zakupionego sprzętu pozwala na szybkie przeprowadzenie diagnostyki w szerokim zakresie – dzięki temu możliwe jest sprawne zidentyfikowanie problemu i udzielenie wsparcia medycznego;
- realizacja projektu przyczyniła się do wzrostu wyleczalności, np. w przypadku chorób hematologicznych;
- zapewnienie kompleksowego podejścia do chorych po urazach zmniejsza ryzyko powstania powikłań i zakażeń, co przekłada się na obniżenie śmiertelności oraz skrócenie okresu hospitalizacji;
- bardzo dużą rolę w przypadku pacjentów, których życie jest zagrożone odgrywają aparaty do podtrzymywania krążenia. Często są one niezbędne podczas operacji. Wsparcie ze środków UE pozwoliło na ich zakup, dzięki czemu obniżyła się śmiertelność.

Respondenci, którzy udzieli odpowiedzi negatywnej wskazywali, że reprezentowani przez nich beneficjenci nie zajmują się osobami znajdującymi się w stanie zagrożenia życia.

Większość uczestników badania IDI dostrzega wpływ zrealizowanego projektu na zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Aby uzasadnić swoje opinie przedstawiciele beneficjentów posługiwali się następującymi argumentami:

- zapewnienie transportu lotniczego pozwala na szybkie przemieszczenie pacjenta do szpitala, gdzie zostają mu udzielone świadczenia zdrowotne;
- dzięki zmodernizowaniu sal operacyjnych udało się poprawić jakość oferowanych usług, co sprawiło, że pacjenci znacznie częściej zgłaszają się do beneficjenta po pomoc – u jednego z beneficjentów liczba osób zgłaszających się na izbę przyjęć ostrego dyżuru wzrosła o 400%;
- zakupiony sprzęt pozwala na wykonywanie specjalistycznych i wysokospecjalistycznych badań, których realizacja nie była wcześniej możliwa;
- dzięki zwiększeniu liczby sal operacyjnych pacjenci krócej czekają na operację, rzadziej zachodzi konieczność pracy w godzinach nocnych;

- nowoczesne wyposażenie jest skuteczniejsze od starych modeli, cechuje się większą czułością, rzadziej dochodzi do błędnego postawienia diagnozy.

Po zapoznaniu się z wypowiedziami uczestników badań CAWI, IDI oraz panelu ekspertów stwierdzono, że zrealizowane projekty miały pozytywne wpływ na wspieranie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziomu śmiertelności i skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Świadczą o tym następujące fakty:

- wspieranie infrastruktury, w tym wykorzystywanej przez ratownictwo medyczne i Szpitalne Oddziały Ratunkowe, jest jednym z elementów pozwalających na powrót do zdrowia osób w wieku produkcyjnym;
- szybkie docieranie do pacjentów ma bardzo duże znacznie zwłaszcza w sytuacji zdarzeń niespodziewanych oraz osób cierpiących na przewlekłe choroby, w przypadku których niezbędna jest nagła interwencja – np. pacjentów kardiologii zawałowej
- wspieranie bloków operacyjnych oraz pracownic diagnostycznych poprzez zakup odpowiedniego wyposażenia wspomaga lekarzy w szybkim stawianiu prawidłowych diagnoz i podejmowaniu odpowiednich interwencji;
- zaspokojenie potrzeb mieszkańców w zakresie opieki zdrowotnej przekłada się na zmniejszenie ich poziomu niezadowolenia z jakości świadczonych usług zdrowotnych , który w wielu przypadkach jest okazywany pracownikom służby zdrowia;
- zwiększyło się bezpieczeństwo pacjentów i zmniejszyła się liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych, dzięki czemu spadła liczba powikłań

Jako przykład inwestycji o wysokiej skuteczności członkowie panelu ekspertów wskazali projekt realizowany przez szpital wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, który miał na celu podniesienie dostępności do SOR poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców[7]. Utwardzenie terenu, montaż oświetlenia i wiatrowskazu oraz innych urządzeń pozwala na startowanie i lądowanie nawet w trudnych warunkach atmosferycznych. Teren lądowiska został odgrodzony i jest stale monitorowany, a dzięki odpowiedniej lokalizacji (w tylnej części szpitala) można podjąć szybką reakcję po tym, jak już pacjent zostanie przetransportowany do placówki medycznej. Realizacja tego projektu umożliwiła udzielanie pomocy osobom potrzebującym niezależnie od pory dnia i warunków atmosferycznych, co ma szczególne znacznie m.in. w przypadku osób, które uległy poparzeniom oraz urazom wielonarządowym, czyli bardzo trudnych przypadków, wymagających szybkiego przetransportowania do placówki medycznej wyposażonej w odpowiedni sprzęt.

Kolejną kwestią poruszoną podczas panelu ekspertów było zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

[7] Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II – Podniesienie dostępności do SOR Szpitala w Bełchatowie poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców

Uczestnicy badania zwrócili uwagę, że na dostępność tę wpływają nie tylko zakupy odpowiedniego sprzętu medycznego, lecz również inwestycje infrastrukturalne (np. budowa nowych bloków operacyjnych, remonty istniejących bloków operacyjnych, zwiększanie liczby sal operacyjnych). Eksperci wskazali jako przykład dobrej praktyki projekt zrealizowany przez dziecięcy szpital kliniczny w Lublinie[8], którego celem była oprawa efektywności świadczonych usług oraz dostosowania jakości ochrony zdrowia do standardów UE. Za najważniejszy efekt realizacji inwestycji zostało uznane zwiększenie liczby pacjentów, jacy mogą w danym okresie skorzystać z usług placówki medycznej. Wzrost liczby przyjmowanych pacjentów związany jest z zakupem dodatkowego sprzętu, pozwalającego na realizowanie większej liczby specjalistycznych badań medycznych. Dodatkowo, w związku z tym, że nabyto wysokiej jakości aparaturę, wzrosły skuteczność diagnostyki i niezawodność sprzętu, zwiększyło się bezpieczeństwo mieszkańców województwa i turystów, zmniejszyły się różnice w dostępie do świadczeń medycznych, skrócił się czas oczekiwania na świadczenia medyczne, spadły koszty eksploatacyjne. Inwestycja przyniosła pozytywne efekty nie tylko dla pacjentów, lecz także dla pracowników szpitala. Wprowadzenie nowego sprzętu wiąże się z podwyższeniem standardów pracy oraz podniesieniem poziomu kwalifikacji osób odpowiedzialnych za jego obsługę. Dzięki temu personel medyczny zyskuje na atrakcyjności na rynku pracy.

Innym przykładem dobrej praktyki jest projekt zrealizowany przez Centrum Onkologii imienia Marii Skłodowskiej-Curie, oddział w Gliwicach[9]. W inwestycji tej umiejętnie połączono zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych (poprzez zakup rezonansu magnetycznego, pozwalającego na wykonywanie badań od rana do godzin wieczornych) z poprawą komfortu dla pacjentów (uruchomienie dwóch poczekalni klimatyzowanych z łazienką, pokoju przygotowawczego, w którym chorzy mogą odpoczywać na łóżkach, zapewnienie wózków ferromagnetycznych) oraz polepszeniem warunków pracy personelu (uruchomienie pracowni, pozwalającej na nadzorowanie badań, utworzenie łazienki dla personelu).

Do efektów realizacji projektów zaliczono: zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia, usprawnienie funkcjonowania oddziałów, poprawienie jakości i kompleksowości świadczeń, przyspieszenie szybkości stawiania diagnoz, poprawę satysfakcji pacjentów, polepszenie warunków pracy dla personelu, poprawę wizerunku placówek medycznych.

---

[8] Dziecięcy Szpital Kliniczny imienia profesora Antoniego Gębali - projekt„Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie."

[9] Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach – projekt „Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez zakup nowego aparatu rezonansu magnetycznego dla Centrum Onkologii Oddział w Gliwicach"

Należy jednak wziąć pod uwagę że na dostępność specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych wpływa nie tylko wyposażenie placówki w odpowiedni sprzęt, lecz także wysokość kontraktu z NFZ – zdarza się, że jest ona niższa od maksymalnej liczby badań, jakie można byłoby zrealizować przy wykorzystaniu nowej aparatury.

Istotna jest również kwestia ograniczeń w wykorzystaniu sprzętu zakupionego ze środków UE – w okresie 5 lat od zakupienia sprzętu może on być wykorzystywany wyłącznie dla celów publicznych, niezarobkowych, mogą być na nim wykonywane wyłącznie świadczenia medyczne kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ograniczenie to wpływa na zachowanie równego dostępu do usług medycznych i realizację zasady sprawiedliwości społecznej w działaniu podmiotów leczniczych.

Podsumowanie:

Projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ zdecydowanie przyczyniły się do zaspokojenia potrzeb w zakresie objętym celami Priorytetu XII. Na podstawie przeprowadzonych badań i analizy członkowie zespołu badawczego stwierdzili, że inwestycje miały silny pozytywny wpływ na:

- wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy;
- obniżenie poziomu śmiertelności pacjentów;
- ograniczenie skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- się zwiększenie liczby udzielanych specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Potrzeby zostały zaspokojone m.in. poprzez:

- skrócenie czasu mijającego od poinformowania pogotowia o stanie zagrożenia życia lub zdrowia do przetransportowania pacjenta do placówki medycznej (zachowanie zasady „złotej godziny”);
- zakupienie nowoczesnego sprzętu, pozwalającego na stawianie trafniejszych diagnoz;
- zwiększenie liczby wykorzystywanego sprzętu i tym samym skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę i zabiegi medyczne;
- powiększenie asortymentu wykorzystanej aparatury, co zwiększyło zakres wykonywanych diagnoz;
- doposażenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w wysokiej jakości sprzęt, pozwalający na szybkie podjęcie skutecznych działań w stanach zagrożenia życia lub zdrowia;
- skrócenie czasu hospitalizacji;
- zwiększenie prawdopodobieństwa, że pacjent będzie mógł po zakończeniu leczenia powrócić do aktywności zawodowej;
- obniżenie ryzyka występowania powikłań i zakażeń;
- zwiększenie wyleczalności niektórych chorób.

Zaspokojenie potrzeb mieszkańców w zakresie opieki zdrowotnej przekłada się na zmniejszenie ich poziomu niezadowolenia z jakości świadczonych usług zdrowotnych , który w wielu przypadkach jest okazywany pracownikom służby zdrowia.

3.2. Cel szczegółowy 2: 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/aparatury

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

Na podstawie analizy danych KSK stwierdzono, że realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniła się do zaopatrzenia placówek służby zdrowia w sprzęt medyczny oraz rozbudowania infrastruktury. W tabeli 2. zaprezentowano wybrane rodzaje inwestycji i zakupów zrealizowane w ramach projektów. Na realizację 356 projektów przeznaczono 2211,34 mln PLN, z czego 1728,38 mln stanowiło dofinansowanie UE. Dokonano budowy lub modernizacji 76 lądowisk, przebudowano (w tym wyremontowano) 102 instytucje ochrony zdrowia, zaś 181 doposażono w aparaturę i sprzęt.

W ramach zrealizowanych projektów zakupiono m.in. 322 karetki[10], 156 aparatów RTG, 33 tomografy komputerowe i 12 rezonansów magnetycznych. Dofinansowanie pozwalało również na zakup sprzętu, w przypadku którego koszt pojedynczej sztuki jest dużo niższy – np. pomp infuzyjnych (zakupiono 1924), defibrylatorów (352), pulsoksymetrów (209) i łożek szpitalnych (690). Do istotnych zakupów zaliczyć należy także zakupów mammografów, pozwalających na wczesne wykrywanie raka piersi (5) oraz inkubatorów niemowlęcych, zwiększających przeżywalność noworodków (144).

Tabela 2. Inwestycje i zakupy zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ (wybrane pozycje)

Liczba zrealizowanych projektów	356
Wartości ogółem [mln PLN]	2211,34
Wydatki kwalifikowalne [mln PLN]	2037,58
Dofinansowanie UE [mln PLN]	1728,38
Liczba wybudowanych/zmodernizowanych lądowisk	76

[10] Nie uwzględniono zakupów zrealizowanych w ramach w umów o dofinansowanie, które zostały rozwiązane i w przypadku których nastąpił częściowy zwrot dofinansowania (13 ambulansów).

Liczba przebudowanych instytucji ochrony zdrowia	102
Liczba doposażonych instytucji ochrony zdrowia	181
Zakupiony sprzęt (sztuki)	
Karetki	322
Aparaty RTG	156
Tomograf komputerowy	33
Rezonans magnetyczny	12
Respiratory	567
gammakamera	4
EKG	97
Pompa infuzyjna	1924
Mammograf	5
Inkubator niemowlęcy	144
Defibrylator	352
Aparat EEG	15
Spirometr	8
Aparat do gazometrii	4
Aparat KTG	13
Pulsoksymetr	209
Łóżka szpitalne	690
Łóżka IT	267

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego

b) Jakie jest terytorialne rozmieszczenie zakupionego sprzętu/aparatury medycznej (wg rodzaju i wartości)?

W tabeli 3. zaprezentowano wartość wydatków na projekty, liczbę wybudowanych, przebudowanych i doposażonych instytucji zdrowia oraz projektów, w ramach których zakupiono karetki w podziale na poszczególne województwa. **Jak można zauważyć na rysunku 3., najwięcej projektów zrealizowano w województwie mazowieckim (48), w przypadku tego regionu największa była również wartość wydatków ogółem (683,68 mln PLN – rysunek 4.).** Na drugim miejscu pod względem wydatków znalazło się województwo dolnośląskie (215,21 mln PLN), zaś na trzecim śląskie (209,3 mln PLN). W przypadku 7 województw wydatki przekroczyły 100 mln PLN, w 5 wyniosły pomiędzy 50 mln PLN a 100 PLN, zaś w pozostałych 4 nie przekroczyły 50 mln PLN.

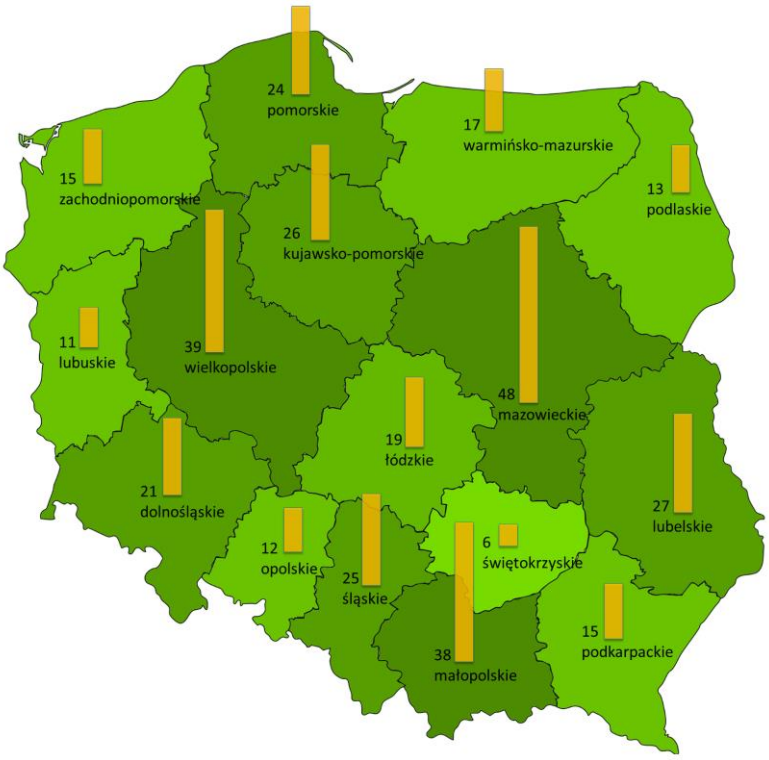
Najmniejsze wydatki na realizację projektów poniesiono w województwach:

- **świętokrzyskim – 20,19 mln PLN (6 projektów);**
- **lubuskim – 31,86 mln PLN (11 projektów);**
- **opolskim – 34,32 mln PLN (12 projektów);**
- **warmińsko-mazurskim – 49,02 mln PLN (17 projektów).**

Bardzo wyraźne są dysproporcje pomiędzy wydatkami w poszczególnych województwach – na projekty w ramach Działań 12.1 i 12.2 PO IiŚ w województwie

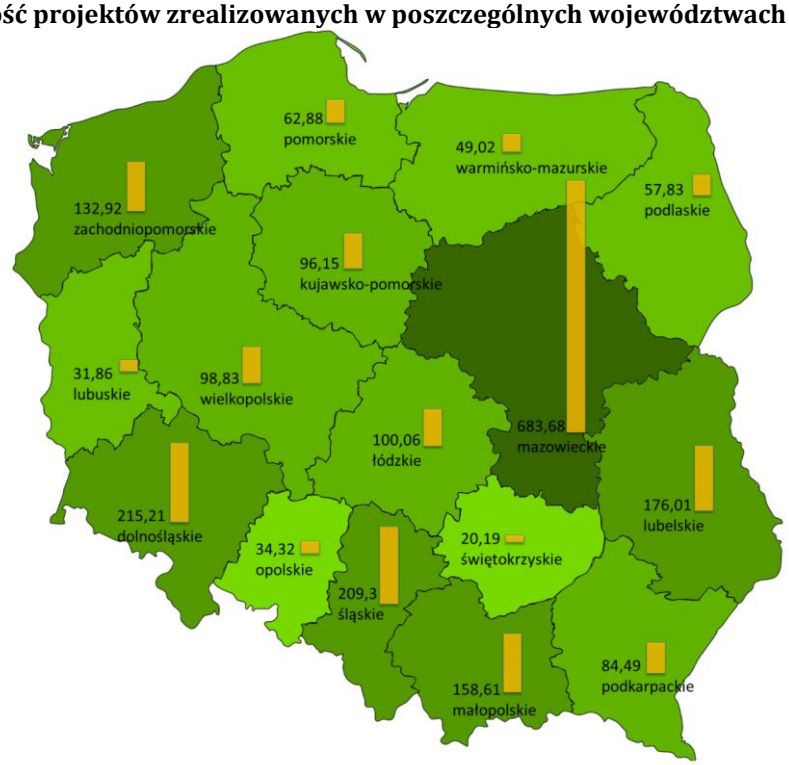
mazowieckim przeznaczono blisko 34 razy więcej niż w województwie świętokrzyskim, w którym wydatki na ten cel były najniższe.

Rysunek 3. Liczba projektów zrealizowanych w poszczególnych województwach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI

Rysunek 4. Wartość projektów zrealizowanych w poszczególnych województwach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI

Najwięcej projektów dotyczyło doposażenia placówek zdrowia (181 spośród 356[11]). W ramach 128 zakupiono co najmniej jeden ambulans, w ramach 102 przebudowano instytucje służby zdrowia, zaś 76 uwzględniało budowę lub modernizację lądowisk.

Największą liczbę projektów związaną z lądowiskami zrealizowano w województwie małopolskim (13). Powyżej 5 projektów tego rodzaju zrealizowano w województwach: wielkopolskim (10), mazowieckim (8) i dolnośląskim (7). W województwie mazowieckim przebudowano największą liczbę instytucji ochrony zdrowia (20). Co najmniej 10 inwestycji tego typu zrealizowano również w województwach: małopolskim (11), lubelskim (11) i dolnośląskim (10). Województwo mazowieckie znalazło się w zestawieniu na pierwszym miejscu również jeżeli chodzi o liczbę doposażonych instytucji (33). Co najmniej 10 placówek służby zdrowia doposażono także w województwach: małopolskim (21), lubelskim (17), wielkopolskim (17), dolnośląskim (14), łódzkim (12), śląskim (12) i podlaskim (10). W pięciu województwach zrealizowano co najmniej 10 projektów uwzględniających zakup karetki/karetek – najwięcej w województwie wielkopolskim (17), a następnie wielkopolskim i kujawsko-pomorskim (po 13), pomorskim (11) i śląskim (10). Wyraźnie najmniejszą liczbę projektów zrealizowano w województwie świętokrzyskim – tylko 6, w tym 3 dotyczące budowy lotnisk, 1 związany z przebudową, 1 związany z doposażeniem placówki medycznej i 3, w ramach których zakupiono karetki.

Ze względu na to, że w województwie mazowieckim zrealizowano największą liczbę projektów i przeznaczono na nie największe środki, znalazł się on na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o liczbę zakupionych sztuk w przypadku wielu rodzajów aparatury medycznej, m.in. aparaty RTG (35), tomografy komputerowe (6), rezonanse magnetyczne (3) i respiratory (tabela 4.). Najwięcej karetek zakupiono w województwie śląskim (42), na drugim miejscu pod tym względem znalazło się województwo lubelskie (31), zaś na trzecim wielkopolskie (30). Największą liczbę łóżek zakupiono w województwie lubelskim (170 szpitalnych i 62 IT), zachodniopomorskim (136 szpitalnych i 8 IT oraz mazowieckim (97 szpitalnych i 44 IT).

[11] Jeden projekt mógł uwzględniać różne działania (np. doposażenie i wyposażenie).

Tabela 3. Wartość wydatków na projekty, liczba wybudowanych/zmodernizowanych lądowisk, przebudowanych i doposażonych instytucji zdrowia oraz projektów, w ramach których zakupiono karetki w podziale na poszczególne województwa

Województwo	Liczba zrealizowanych projektów	Wartości ogółem [mln PLN]	Wydatki kwalifikowalne [mln PLN]	Dofinansowanie UE [mln PLN]	Liczba wybudowanych/ zmodernizowanych lądowisk	Liczba przebudowanych instytucji ochrony zdrowia	Liczba doposażonych instytucji ochrony zdrowia	Liczba projektów, w ramach których zakupiono karetki
Woj. dolnośląskie	21	215,21	195,79	165,53	7	10	14	6
Woj. kujawsko-pomorskie	26	96,15	89,68	76,23	3	3	9	13
Woj. lubelskie	27	176,01	170,69	145,09	3	11	17	9
Woj. lubuskie	11	31,86	25,53	21,70	3	2	4	6
Woj. łódzkie	19	100,06	99,63	84,69	3	6	12	5
Woj. małopolskie	38	158,61	144,69	122,99	13	11	21	10
Woj. mazowieckie	48	683,68	630,92	534,53	8	20	33	6
Woj. opolskie	12	34,32	31,70	26,94	3	3	5	4
Woj. podkarpackie	15	84,49	70,00	59,50	4	5	6	8
Woj. podlaskie	13	57,83	57,22	48,23	3	4	10	3
Woj. pomorskie	24	62,88	58,52	49,74	5	5	8	13
Woj. śląskie	25	209,30	192,96	164,02	3	5	12	11
Woj. świętokrzyskie	6	20,19	19,56	16,61	3	1	1	3
Woj. warmińsko-mazurskie	17	49,02	45,24	38,45	2	2	7	9
Woj. wielkopolskie	39	98,83	90,62	76,52	10	9	16	17
Woj. zachodniopomorskie	15	132,92	114,84	97,61	3	5	6	5
Razem	**356**	**2211,34**	**2037,58**	**1728,38**	**76**	**102**	**181**	**128**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego

Tabela 4. Wybrane rodzaje sprzętu zakupione w ramach projektów w podziale na województwa (w sztukach)

	Karetki	Aparaty RTG	Tomograf komputerowy	Rezonans magnetyczny	Respiratory	gamma kamera	EKG	Pompa infuzyjna	Mammograf	Inkubator niemowlęcy	Defibrylator	Aparat EEG	Spirometr	Aparat do gazometrii	Aparat KTG	Pulsoksymetr	Łóżka szpitalne	Łóżka IT
Woj. dolnośląskie	29	11	4	0	26	0	7	69	0	0	20	0	2	0	1	4	15	12
Woj. kujawsko-pomorskie	23	7	1	2	39	0	5	289	0	0	19	11	1	0	2	6	12	43
Woj. lubelskie	31	17	1	1	71	0	7	81	1	1	38	0	2	0	5	5	170	62
Woj. lubuskie	10	4	0	0	9	0	3	5	0	0	13	0	0	0	0	0	8	
Woj. łódzkie	9	11	4	3	56	0	10	208	0	61	9	1	1	0	0	44	88	1
Woj. małopolskie	19	14	2	0	65	0	3	219	0	0	26	0	0	0	1	57	72	55
Woj. mazowieckie	27	35	6	3	87	2	24	494	3	16	74	3	1	1	1	38	97	44
Woj. opolskie	11	2	0	0	9	0		5	0	0	6	0	0	0	0	2	9	3
Woj. podkarpackie	11	8	2	0	15	0	10	43	0	0	10	0	0	0	1	1	9	4
Woj. podlaskie	11	6	2	0	17	0	3	54	0	0	6	0	0	0	0	1	35	6
Woj. pomorskie	21	4	1	1	36	0	10	31	0	0	21	0	0	0	0	3	7	2
Woj. śląskie	42	10	3	2	43	2	5	187	0	0	27	0	1	1	0	2	12	11
Woj. świętokrzyskie	17	1	2	0	18	0		9	0	0	15	0	0	0	0	7	0	0
Woj. warmińsko-mazurskie	12	8	1	0	19	0	7	166	0	2	12	0	0	1	2	1	5	8
Woj. wielkopolskie	30	10	2	0	47	0	1	41	0	0	24	0	0	1	0	38	15	8
Woj. zachodniopomorskie	19	8	2	0	10	0	2	23	1	64	32	0	0	0	0	0	136	8
Razem	322	156	33	12	567	4	97	1924	5	144	352	15	8	4	13	209	690	267

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego

c) Jaki jest średni wiek danego rodzaju sprzętu/aparatury medycznej, uwzględniając dotychczasowe zakupy w ramach PO IiŚ? O ile lat zmniejszy/ył się średni wiek sprzętu/aparatury medycznej danego rodzaju w wyniku zakupów dokonanych w ramach PO IiŚ?

W tabeli 5. zaprezentowano wiek poszczególnych rodzajów sprzętu/aparatury medycznej, wykorzystywanych przez beneficjentów, uwzględniając dotychczasowe zakupy w ramach PO IiŚ oraz o ile lat zmniejszył się średni wiek sprzętu/aparatury medycznej w wyniku zakupów dokonanych w ramach PO IiŚ. Jak można zauważyć, realizacja projektów miała istotny wpływ na pomniejszenie średniego wieku wykorzystywanego sprzętu, zwłaszcza jeżeli chodzi o stoły operacyjne, aparaty do znieczulenia ogólnego, aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej oraz rezonanse magnetyczne.

Tabela 5. Średni wiek sprzętu/aparatury medycznej u beneficjentów oraz wpływ zakupów w ramach projektów na pomniejszenie średniego wieku sprzętu/aparatury medycznej

Rodzaj sprzętu/aparatury medycznej	**Rzeczywisty średni wiek sprzętu/aparatury medyczne w 2016 roku (w latach)**	**Hipotetyczny średni wiek sprzętu/aparatury medycznej w 2016 roku w sytuacji, gdyby nie zrealizowano projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ 2007-2013 (w latach)**	**Obniżenie średniego wieku sprzętu/aparatury medycznej na skutek realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ 2007-2013 dla roku 2016 (w latach)**
Ambulanse	6,11	9,4	3,29
Aparaty USG, w tym:	6,85	9,23	2,38
- kardiologiczne (w tym echokardiograf)	6,52	8,46	1,94
- pozostałe	6,58	9,24	2,66
Aparaty RTG, w tym:	7,84	10,43	2,59
- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	6,66	10,24	3,58
- aparaty RTG z torem wizyjnym	7,72	10,86	3,14
- pozostałe	7,65	9,53	1,88
Tomograf komputerowy	5,61	8,88	3,27
Rezonans magnetyczny	5,15	8,86	3,71
Respiratory	7,32	10,6	3,28
Aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntograf	4,46	8,28	3,82
EKG ogółem: - w tym Holter	7,48	10,58	3,10
Pompa infuzyjna	7,20	9,99	2,79

Mammograf	7,05	8,48	1,43
Inkubator niemowlęcy	5,61	7,94	2,33
Defibrylator	6,86	10,01	3,15
Aparat EEG	8,41	11,41	3,00
Spirometr	6,83	9,2	2,37
Aparat do gazometrii	6,08	7,01	0,93
Aparat KTG	7,98	9,83	1,85
Pulsoksymetr	7,06	10,42	3,36
Detektory	5,85	6,99	1,14
Negatoskop	12,41	14,86	2,45
Kardiostymulator	11,34	12,94	1,60
Resektoskop	11,17	12,31	1,14
Endoskop/aparatura endoskopowa, w tym:	6,63	8,31	1,68
- gastroskop	5,88	8,28	2,40
- kolonoskop	5,76	7,84	2,08
- bronchoskop	8,90	11,11	2,21
- wideobronchoskop	5,25	7,12	1,87
- bronchofiberoskop	7,44	10,63	3,19
- laparoskop	7,47	9,25	1,78
- laryngoskop	7,25	9,11	1,86
Aparat EMG	6,61	7,28	0,67
Analizator biochemiczny wieloparametrowy	5,38	6,63	1,25
Aparat do znieczulenia ogólnego	7,58	11,72	4,14
Stoły operacyjne	8,83	13,05	4,22
Urządzenie angiograficzne	4,89	6,02	1,13
Aparatura laboratoryjna	8,05	10,05	2,00
Specjalistyczny sprzęt ratunkowy	6,03	9,49	3,46
Łóżka szpitalne	7,55	10,42	2,87
Łóżka IT	4,32	5,6	1,28

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Dzięki realizacji obserwacji nieuczestniczących uzyskano informacje na temat stanu sprzętu zakupionego ze środków unijnych – znajduje się on w bardzo dobrym stanie, jest zadbany, jest wykorzystywany bądź znajduje się w stanie gotowości do natychmiastowego wykorzystania.

d) W jakim stopniu wykorzystywany jest zakupiony w ramach PO IiŚ sprzęt/aparatura medyczna?

Zgodnie z danymi z badania CAWI, sprzęt oraz aparatura zakupione w ramach PO IiŚ wykorzystywane są w 87%.

Wyniki badania ankietowego zostały potwierdzone za pomocą indywidualnych wywiadów pogłębionych. Zdecydowana większość respondentów wskazała, że zakupione sprzęt oraz aparatura wykorzystywane są w 100%, czyli nieustannie. Sytuacje, kiedy wyposażenie wykorzystywane było w mniejszym zakresie, związane były z reguły z ograniczeniami wynikającymi z umów podpisanych z NFZ (np. karetka pracuje od 7:00 do 23:00). W jednym przypadku nie wykorzystywano inwestycji w 100% ze względu na braki personalne, zaś w innym ze względu na to, że jedna z zakupionych karetek uległa wypadkowi i stwierdzono szkodę całkowitą – pojazd nie nadawał się do dalszego użytku.

Uczestnicy panelu ekspertów są zdania, że zakupiony sprzęt przyczynił się do poprawy funkcjonowania placówek służby zdrowia – dostarczają one większą liczbę usług szerszemu gronu pacjentów, co przekłada się na lepsze funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Na podstawie przeprowadzonych badań zidentyfikowano bariery w wykorzystaniu w pełni zakupionego sprzętu. Należą do nich:

- zbyt małe kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, uniemożliwiające wykorzystanie w pełni inwestycji, np. ograniczające godziny funkcjonowania karetek;
- nieodpowiednia wycena procedur;
- braki kadrowe związane ze składaniem wypowiedzeń przez pracowników oraz zbyt niskimi zarobkami lekarzy-rezydentów, utrudniającymi przyciąganiem nowych pracowników ;
- przypisanie sprzętu do danego oddziału, np. SOR, uniemożliwiające wykorzystanie go na innych oddziałach nawet w sytuacji ratowania życia.

W celu wyeliminowania wskazanych barier zaleca się:

- zwiększenie kontraktów z NFZ;
- **umożliwienie zawierania we wnioskach i umowach o dofinansowanie zapisów, że sprzęt może być wykorzystywany na innych oddziałach w sytuacji zagrożenia życia bądź gdy nie jest wykorzystywany na oddziale, dla którego go zakupiono.**

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

Zdaniem 20% ankietowanych na skutek realizacji projektu zwiększył się zasięg terytorialny świadczonych usług. Może zdawać się, że to wartość dość niewielka, jednak należy zauważyć, że istotną część uczestników badania stanowiły

podmioty, które przed realizacją projektu obejmowały swoim zasięgiem całe województwo lub jeszcze większy obszar.

Zdania respondentów badania IDI na temat tego, czy projekt wpłynął na zwiększenie zasięgu terytorialnego świadczonych usług były podzielone. Część z nich wskazała, że zasięg terytorialny nie zmienił się ponieważ jest uzależniony od kontraktów z NFZ bądź od Wojewódzkich Planów Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Inni przedstawiciele beneficjentów wskazali na to, że dzięki zrealizowanej inwestycji usługi reprezentowanego podmiotu służą ludności z większego obszaru, co potwierdzili następującymi przykładami:

- dzięki budowie lądowiska możliwe jest przetransportowanie pacjenta do oraz ze znacznie dalej położonych ośrodków, nawet takich, które mieszczą się poza granicami Polski;
- do placówek zaopatrzonych w nowszy sprzęt zaczęli zgłaszać się pacjenci z większego nich dotychczas obszaru;
- zakup nowych rodzajów sprzętu pozwoli na poszerzenie zakresu usług, co pozwoliło na pozyskanie pacjentów, którzy przed realizacją projektu nie mogli liczyć na pomoc w danej placówce.

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

Udzielenie odpowiedzi na to pytanie sprawiło Wykonawcy trudności ze względu na ograniczony dostęp do danych statystycznych dotyczących działalności bieżącej szpitali, który pozwoliłby na jednoznaczne stwierdzenie, czy realizowały działania zgodne z potrzebami w zakresie ochrony zdrowia. W związku z tym odpowiedź na to pytania została oparta na wypowiedziach uczestników ankiety internetowej oraz indywidualnych wywiadów pogłębionych.

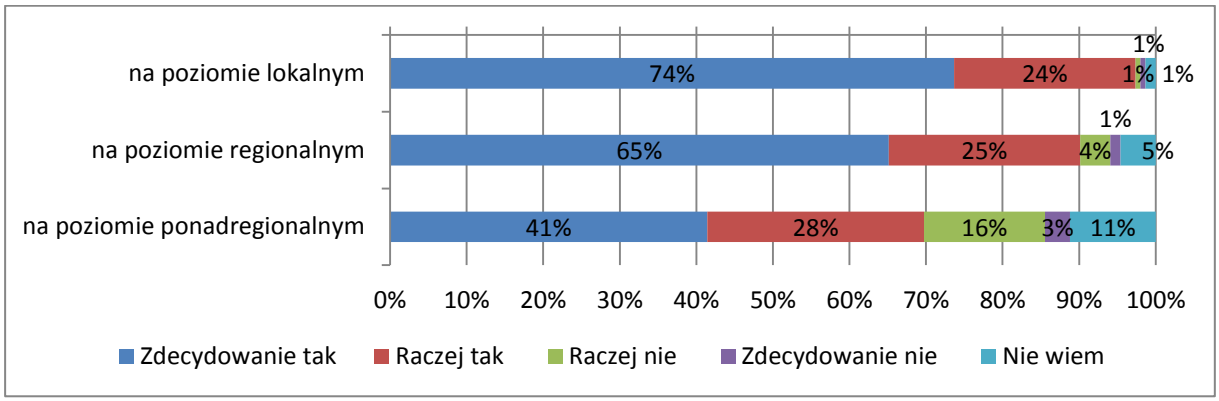
Aż 98% ankietowanych wskazało, że zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym , w tym blisko trzech na czterech uczestników badania wskazało opcję „zdecydowanie tak".

Nieco mniejszy, lecz w dalszym ciągu bardzo duży odsetek respondentów wskazał, że zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie regionalnym – takiego zdania było 90% ankietowanych, blisko 2/3 uczestników badania wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak". Jedna na dwadzieścia osób była przeciwnego zdania, pozostałe 5% nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

O fakcie, że realizowane projekty były adekwatne do potrzeb nie tylko na poziomie lokalnym i regionalnym świadczy fakt, że 79% uczestników badania uważa, że zrealizowane w ramach projektu inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie ponadregionalnym (41% zaznaczyło „zdecydowanie tak", zaś 28% „raczej tak"). Odpowiedzi przeczące zostały wybrane przez 19% ankietowanych. Jak wspomniano wcześniej, ze względu na ograniczenia wynikające

z podpisanych umów w większości przypadków karetki obsługują pacjentów na poziomie lokalnym (np. wyłącznie z terenu danego powiatu), w związku z czym przy realizacji inwestycji beneficjenci nie brali pod uwagę możliwości zaspokojenia potrzeb zgłaszanych przez mieszkańców całego województwa lub większego obszaru.

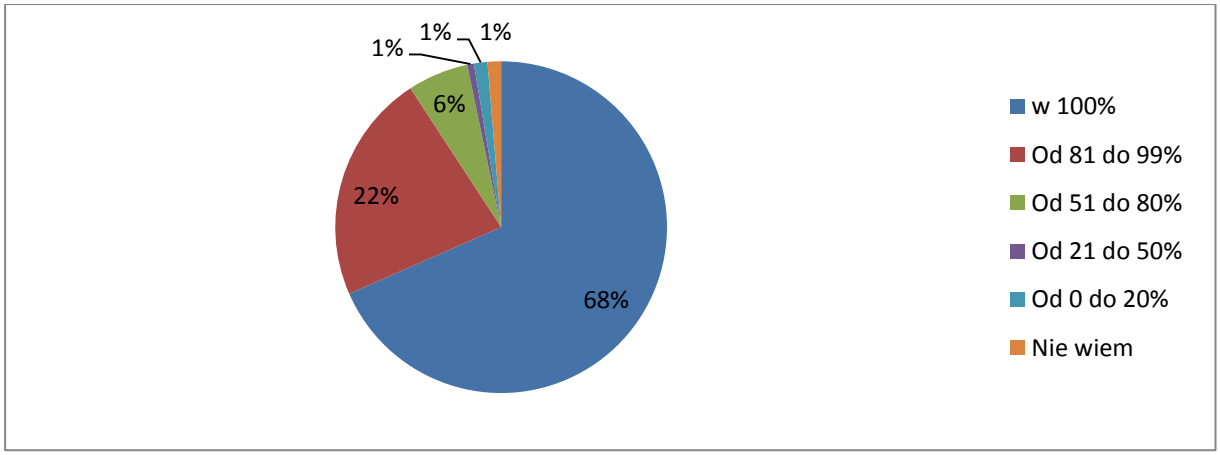
Rysunek 5. Czy zrealizowane w ramach projektu inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na danym poziomie?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Nieco ponad 2/3 ankietowanych jest zdania, że inwestycje w pełni spełniły ich oczekiwania, 22% wybrało odpowiedź „od 81 do 99%", 6% „od 51% do 80%". Jedynie w przypadku 2% respondentów realizacja projektu spełniła oczekiwania w nie więcej niż połowie.

Rysunek 6. W jakim stopniu inwestycje zrealizowane w ramach projektu spełniły Państwa oczekiwania?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Pozytywne odpowiedzi uczestników badania CAWI na temat adekwatności inwestycji do potrzeb w zakresie zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym oraz ponadregionalnym zostały potwierdzone przez uczestników indywidualnych wywiadów pogłębionych. Wskazali oni, że zrealizowane projekty są adekwatne do potrzeb mieszkańców m.in. ze względu na to, że:

- wybudowane lądowisko spełnia wszystkie wymagania prawne i jest wykorzystywane do świadczenia wysokiej jakości usługi wszystkim poszkodowanym, w tym licznie odwiedzającym region turystom;
- można zaobserwować duży popyt na oferowane przez placówkę medyczną usługi, a jej zlokalizowanie w centrum Polski ułatwia dotarcie do niej;
- skuteczność leczenia chorób nowotworowych jest w dużym stopniu uzależniona od tego, jak szybko uda się postawić diagnozę, a nowoczesny sprzęt zakupiony w ramach projektu przyspiesza realizację procedur medycznych;
- budowa lądowiska skróciła czas transportu pacjentów, których życie jest zagrożone (np. z ostrym zawałem) nawet o 75%;
- doposażenie oddziałów SOR w sprzęt, którego wcześniej nie posiadały, przyczynia się do zmniejszenia śmiertelności pacjentów;
- dzięki inwestycjom oferowane są usługi, które wcześniej nie były dostępne na poziomie lokalnym, dzięki czemu pacjenci nie muszą być transportowani do odległych miast.

Za najważniejsze działania zrealizowane w ramach projektów uczestnicy badania IDI uznali:

- zakup nowoczesnej, wcześniej niedostępnej aparatury służącej ratowaniu życia;
- wymianę starych karetek na nowe, w pełni doposażone pojazdy;
- wymianę starego sprzętu na nowsze modele;
- poprawę warunków higieniczno-sanitarnych.

Niektórzy z respondentów mieli problem ze wskazaniem, które działania były najważniejsze gdyż, ich zdaniem, wszystkie były równie istotne i miały bardzo duże znaczenie dla ich placówek.

Na podstawie odpowiedzi uczestników badania IDI stwierdzono, że zrealizowane projekty spełniły oczekiwania beneficjentów w związku z tym, że:

- poszerzyły możliwości podmiotów medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia;
- pozwoliły na spełnienie wymogów dotyczących liczby posiadanego sprzętu, co pozwoliło na utrzymanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- nastąpiła znaczna poprawa komfortu pacjentów i personelu medycznego;
- spadły koszty (np. w związku z tym, że nie ma już potrzeby drukowania zdjęć, są one dostępne w systemie komputerowym.

O zadowoleniu beneficjentów z przeprowadzonych inwestycji świadczą wypowiedzi uczestników badania IDI:

- *Tak, spełniła. Sale operacyjne są w jednym miejscu, jest 11 sal operacyjnych, wszystko jest razem, tam jest duży ruch. Dla nas anestezjologów, to jest wygodne. Anestezjolog, jest jak kapitan statku, wszystko widzi. Nie musi chodzić nigdzie.*
- *Myślę, że tak, spełniła. Cały czas myślimy o podnoszeniu jakości świadczonych usług.*

Myślimy o tym, żeby ten sprzęt był nowoczesny, bo jest po prostu lepszy. Ma więcej opcji, możemy go zastosować w przypadku różnych schorzeń i w różnych sytuacjach.

- *Realizacja projektu spełniła oczekiwania Szpitala, ponieważ Zakład zrealizował w pełni cele projektu, dla których był on napisany angażując przy tym minimalne środki finansowe ze swojej strony.*

Jeden z respondentów zauważył, że gdyby w pełni wykorzystano możliwości oferowane przez Program, możliwa byłaby realizacja nieco lepszego projektu. Początkowo zakładano wykorzystanie jedynie funduszy własnych, w związku z czym skala inwestycji była relatywnie mała. Gdy pojawiła się możliwość sięgnięcia po środki unijne, nie zwiększono skali projektu, nie wykorzystano maksymalnej kwoty dofinansowania. Inne z uczestników badania wskazał, że nie rozwiązano wszystkich problemów, z jakimi boryka się szpital – w dalszym ciągu istnieje potrzeba dostosowania infrastruktury technicznej oraz sprzętu i aparatury do potrzeb pacjentów i szpitala, brak środków na kolejne inwestycje uniemożliwia pełne wykorzystanie potencjału placówki medycznej.

Podsumowanie:

Rzeczowym efektem realizacji projektów współfinansowanych ze środków Priorytetu XII PO IiŚ jest zaopatrzenie placówek służby zdrowia w niezbędne do funkcjonowania aparaturę i wyposażenie. Można tutaj wyodrębnić następujące efekty pozytywne:

- zwiększenie liczby wykorzystywanych ambulansów, pozwalające na szybsze docieranie do pacjentów;
- zastąpienie starych karetek nowymi, lepiej wyposażonymi, zmniejszające ryzyko wystąpienia awarii oraz zwiększające skuteczność procedur ratunkowych;
- zastąpienie starych modeli wykorzystywanej aparatury nowymi egzemplarzami, zwiększające jakość oferowanych usług, na przykład zwiększenie jakości diagnoz. W wielu przypadkach nowy sprzęt działa szybciej, jest prostszy w obsłudze, oferuje szersze możliwości i cechuje się mniejszą kosztochłonnością (np. zużywa mniej energii elektrycznej);
- zwiększenie liczby sztuk dotychczas wykorzystywanych typów aparatury, pozwalające na wykonanie w tym samym czasie większej liczby badań i zabiegów;
- zakupienie dotychczas nieposiadanej aparatury, pozwalające na zwiększenie zakresu wykonywanych usług;
- zakupienie wyposażenia poprawiającego komfort pracy pacjentów (np. większych szafek znajdujących się na salach dla chorych);
- zakupienie wyposażenia poprawiającego komfort pracy pracowników służby zdrowia (np. wygodniejszych krzeseł i biurek).

Nie zawsze możliwe było pełne wykorzystanie możliwości sprzętu – ograniczenia wynikały z braku personelu, zbyt małych kontraktów z NFZ oraz nieodpowiedniej wyceny procedur. Zakupiony dla danego oddziału sprzęt nie może być wykorzystywany

na innych oddziałach. **Wykonawca sugeruje, aby wprowadzić zapisy umożliwiające wykorzystywanie sprzętu na oddziałach, do których nie jest on przyporządkowany przynajmniej w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.**

Analizując rozkład przestrzenny zrealizowanych projektów, inwestycji infrastrukturalnych i zakupów sprzętu, można dostrzec wyraźną dominację województwa mazowieckiego. Jest to związane z faktem, że w województwie tym znajduje się wiele kluczowych dla Polski podmiotów, na przykład Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego, do którego kierowani są pacjenci z całego kraju. Zdaniem Wykonawcy rozkład realizacji projektów powinien być bardziej równomierny – być może należałoby brać tutaj pod uwagę liczbę mieszkańców – w tej sposób w dużych województwach w dalszym ciągu realizowano by więcej projektów, ale zróżnicowanie między województwami byłoby znacznie mniejsze.

Wiele spośród doposażonych instytucji ochrony zdrowia znajduje się również w województwach dolnośląskim, śląskim, lubelskim, małopolskim i wielkopolskim. Można zidentyfikować województwa, w których zrealizowane inwestycje były stosunkowo niewielkie – warmińsko-mazurskie, opolskie, lubuskie i świętokrzyskie. W przypadku ostatniego wymienionego regionu wartość wydatków na realizację projektów wyniosła nieco więcej niż 20 mln – ponad 10 razy mniej niż w znajdujących się na drugim miejscu województwie dolnośląskim i blisko 34 razy mniej niż w znajdującym się na czele rankingu województwie mazowieckim.

W przypadku realizacji projektów w przyszłości należy zadbać o to, żeby rozkład realizacji projektów i wydatków był bardziej równomierny, uzależniony przede wszystkim od liczby mieszkańców danego województwa, w innym przypadku mogą pojawić się silne dysproporcje w dostępie do opieki medycznej.

Analizowane projekty miały znaczny wpływ na zmniejszenie średniego wieku sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych przez beneficjentów, szczególnie jeżeli chodzi o stoły operacyjne, aparaty do znieczulenia ogólnego, aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej oraz rezonanse magnetyczne. Pomimo tego zidentyfikowano w badaniu takie rodzaje wyposażenia, w przypadku których średni wiek przekracza 10 lat – negatoskopy, kardiostymulatory i resektoskopy. W związku z tym wskazane są dalsze działania mające na celu zaopatrywanie placówek służby zdrowia w nowoczesny sprzęt.

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że sprzęt zakupiony w ramach PO IiŚ jest wykorzystywany niemal do granicy możliwości – znaczna część nabytej aparatury służy pacjentom przez 24 godziny na dobę . Świadczy to o tym, że w ramach projektu zakupiono sprzęt, który był niezbędny do świadczenia potrzebnym pacjentem usług.

Fakt, że pomimo zwiększenia liczby sprzętu znajdującego się w dyspozycji placówek medycznych jest on wykorzystywany w niemal 100% świadczy o wysokim

zapotrzebowaniu na aparaturę i konieczności dalszego zaopatrywania jednostek służby zdrowia w wyposażenie.

W celu zwiększenia wykorzystania sprzętu niezbędne jest umożliwienie placówkom służby zdrowia zawieranie wyższych kontraktów z NFZ. Można spodziewać się, że wykorzystanie sprzętu i aparatury będzie wzrastać, gdy do dobrze zaopatrzonych podmiotów kierowanych jest więcej pacjentów.

Realizacja projektów przyczyniła się do zwiększenia zasięgu działalności części beneficjentów. Jest to związane z kilkoma czynnikami:

- doposażenie placówek medycznych w wysokospecjalistyczny sprzęt sprawiło, że kierowani są do nich pacjenci z większego niż do tej pory obszaru ze względu na to, że beneficjenci oferują świadczenia wyższej jakości. Szczególnie widoczne jest to w przypadku Centrum Urazowych, które oferują wysokiej klasy pomoc osobom poszkodowanych w wypadkach i innych zdarzeniach nagłych, które w przypadku braku Centrum Urazowego zostałyby przetransportowane do mniej wyspecjalizowanych w zakresie tego rodzaju wsparcia jednostek służby zdrowia;
- budowa i modernizacja lądowisk sprawiła, że beneficjenci są w stanie zapewnić szybki transport pacjentom z większego niż wcześniej obszaru.

Ograniczony wpływ projektów na zasięg terytorialny świadczonych usług związany jest z tym, że znaczna część beneficjentów już przed wdrożeniem projektu świadczyła usługi pacjentom z obszaru całego województwa, a nawet kraju, jak również z ograniczeniami wynikającymi z kontraktów z NFZ oraz Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Ratownictwa Medycznego.

Na podstawie przeprowadzonej analizy Wykonawca stwierdził, że inwestycje zrealizowane w ramach Działania 12.1 i Działania 12.2 PO IiŚ były adekwatne do potrzeb w zakresie zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym.

O dostosowaniu inwestycji do potrzeb świadczy m.in. to, że:

- widoczny jest wysoki popyt na oferowane przez placówki medyczne usługi;
- wzrosła skuteczność leczenia chorób nowotworowych, będących każdego roku przyczyną śmierci wielu Polaków;
- na skutek zwiększenia szybkości transportu oraz lepszego zaopatrzenia Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych zmniejszyła się śmiertelność pacjentów;
- dzięki zwiększeniu zakresu oferowanych usług nie ma potrzeby transportowania pacjentów do odległych szpitali.

Realizacja inwestycji spełniła oczekiwania beneficjentów. Powiodła się realizacja założeń projektów, placówki medyczne dysponują większymi możliwościami w zakresie diagnostyki i leczenia, poprawił się komfort zarówno pacjentów, jak i pracowników, wzrosło bezpieczeństwo pacjentów, a w niektórych przypadkach

spadły koszty prowadzenia działalności.

Należy zwrócić uwagę, że gdyby nie realizacja projektów w ramach PO IiŚ, część beneficjentów mogłaby mieć trudności z pozyskaniem kontraktów z NFZ, gdyż nie spełniali wymogów (np. dotyczących liczby posiadanego sprzętu).

3.3. Cel szczegółowy 3: ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu

a) Jaki jest stopień osiągnięcia przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu (w momencie złożenia wniosku o płatność końcową)

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że nie została osiągnięta wartość wskaźnika „Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów" – poziom realizacji wyniósł 94% (zostało to omówiono w podpunkcie *c)* tego rozdziału) zaś **w przypadku wskaźnika „Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów"** poziom realizacji wyniósł 116% (zrealizowano 1 513 094 badania przy założonych 1 303 068), ale **nie wszyscy beneficjenci osiągnęli zakładaną wartość wskaźnika**, co opisano szerzej w podpunkcie *b)* niniejszego rozdziału.

b) Czy, a jeśli tak, to które z zaplanowanych wskaźników rezultatu nie zostały osiągnięte przez beneficjentów? Jakie są tego przyczyny?

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że nie wszyscy Beneficjenci osiągnęli założone we wnioskach o dofinansowanie wartości wskaźników „Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów" oraz „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem". Pierwszy z tych wskaźników omówiono w podpunkcie *„Czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty przyczyniły/przyczynią się do realizacji wskaźnika: utworzone miejsca pracy określone dla całego programu w PO IiŚ", znajdującym się w dalszej części niniejszego podrozdziału.*

Wskaźnik „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" nie został osiągnięty przez 31 spośród 80 beneficjentów (39%), u których został on uwzględniony we wniosku o dofinansowanie. 19 z nich zrealizowało mniej niż 50% założonych specjalistycznych badań medycznych przy wykorzystaniu nowej aparatury, w tym 12 w ogóle nie rozpoczęło jeszcze wykorzystywania zakupionego wyposażenia. Z drugiej strony, 36 beneficjentów przekroczyło docelową wartość wskaźnika – na pierwszy miejscu pod tym względem znalazł się projekt „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie", zrealizowany przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, w przypadku którego poziom realizacji wskaźnika osiągnął 790,09% wartości docelowej.

Trudności w zrealizowaniu tego wskaźnika związane były przede wszystkim z niższymi od zakładanych kontraktami z NFZ, które nie pozwoliły na zrealizowanie zakładanej liczby badań. Do innych czynników utrudniających osiąganie założonych wartości wskaźników zaliczyć można:

- konieczność dostosowania się do procedur i regulacji prawnych, związanych m.in. z zamówieniami publicznymi, wyłanianiem dostawców poszczególnych sprzętów, koniecznością wypełniania rozbudowanej dokumentacji. Wszystkie te czynności utrudniają realizację projektów, osiąganie wskaźników, wydatkowanie środków i rozliczanie się z nich. Przygotowanie projektu i przystąpienie do procedury realizacji oraz rozliczanie sprawozdawczości stanowi wielkie wyzwanie i wysiłek dla placówki medycznej;
- Deklaracja 5-letniego utrzymania trwałości projektu jest bardzo zobowiązująca, często prowadzi do blokowania innych przedsięwzięć, jakie mogłaby zrealizować dana placówka medyczna – projekty, których realizację rozpoczęto wcześniej mogą stanowić barierę dla osiągnięcia wskaźników w przypadku kolejnych inwestycji.

c) *Czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty przyczyniły/przyczynią się do realizacji wskaźnika: utworzone miejsca pracy określone dla całego programu w PO IiŚ?*

Zgodnie z danymi pochodzącymi z KSI utworzenie miejsc pracy przy zatrudnieniu na umowę o pracę zostało założone w przypadku 50 projektów, czyli 14% spośród zrealizowanych inwestycji. Zaplanowano, że powstanie 531 nowych etatów. Nie wszystkim beneficjentom udało się osiągnąć zaplanowaną wartość tego wskaźnika – w przypadku 6 projektów utworzono mniejszą niż planowana liczbę etatów. Podczas realizacji 9 projektów przekroczono wartość docelową wskaźnika, zaś w pozostałych 35 zwiększono zatrudnienie zgodnie z założeniami. Dzięki realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ powstało 498,27 etatu – założenia zrealizowano w 94%. Przeciętnie realizacja projektu związana była z utworzeniem 1,4 etatu.

Niewielka wartość tego wskaźnika jest związana z faktem, że wielu z inwestycji dotyczyło modernizacji pomieszczeń bądź wymiany sprzętu na nowszy (np. zakup nowych karetek), w związku z czym nie pojawiła się potrzeba zatrudnienia dodatkowego personelu – osoby odpowiedzialne za obsługę starego wyposażenia zaczęły wykorzystywać nowoczesny ekwipunek.

Żaden z respondentów nie wskazał, żeby w wyniku realizacji projektu doszło do likwidacji choć części etatu – ani razu nie doszło do takiej sytuacji ani w okresie realizacji projektu, ani w okresie 12 miesięcy od zakończenia realizacji.

Jako przyczyny nieosiągnięcia założonej liczby etatów wskazano:

- utrzymanie się liczby pacjentów na stabilnym poziomie – w założeniach projektu przyjęto, że wzrost potrzeb pacjentów przełoży się na wzrost wartości kontraktu z NFZ. Okazało się jednak, że liczba realizowanych badań nie uległa znacznemu

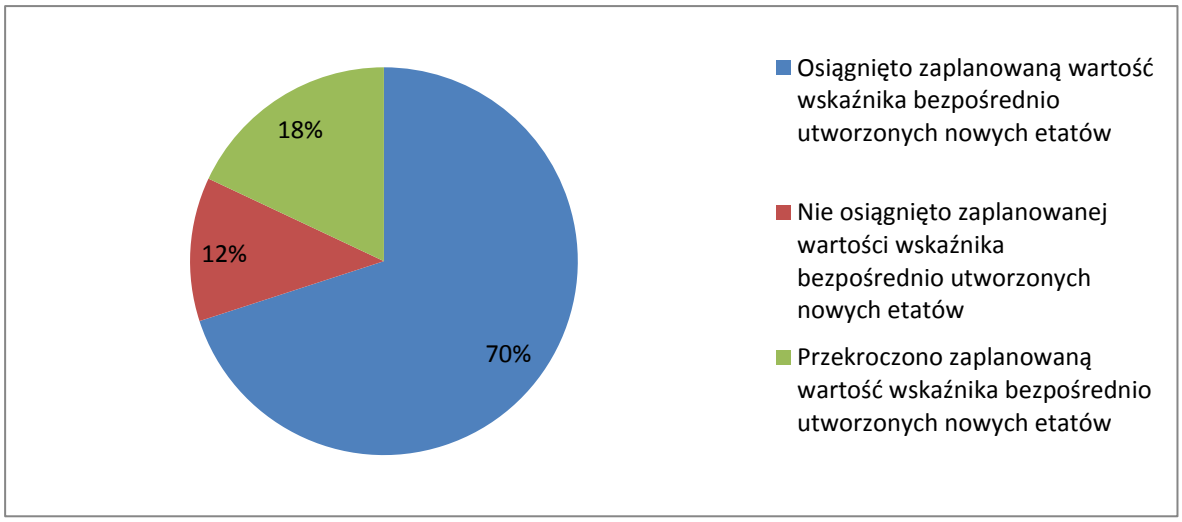
wzrostowi, w związku z czym podjęto decyzję o zatrudnieniu mniejszej od planowanej liczby osób;

- przekształcenie się podmiotu w spółkę w okresie od złożenia wniosku do podpisania umowy o dofinansowanie i wiążące się z tym zmiany w polityce zatrudnienia.

Przekroczenie wskaźnika liczby utworzonych etatów związane było z:

- koniecznością obsadzenia nowych ambulansów w większym niż założona we wniosku o dofinansowanie wymiarze (wydłużono godziny pracy załóg ambulansów);
- wymaganiami ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia;
- zaobserwowaną potrzebą.

Rysunek 7. Realizacja wskaźnika „przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów"



Źródło: opracowanie własne na podstawie KSI

Uczestnicy panelu ekspertów zwrócili uwagę, że powstawanie nowych pracowni oraz zwiększenie liczby wykorzystywanego sprzętu przełożyło się na wzrost zatrudnienia w szpitalach – co prawda nie był on bardzo duży, ale i tak należy ocenić pozytywnie ten aspekt realizacji projektów. Istotna w tym względzie jest kwestia poprawy wizerunku beneficjentów na skutek przeprowadzonych inwestycji – **można spodziewać się, że placówki służby zdrowia wyposażone w nowoczesny sprzęt, które są oceniane pozytywnie przez pacjentów, w przyszłych latach zajmą wysokie pozycje w rankingu tworzonym przez NFZ i otrzymają wysokie kontrakty, w związku z czym będą zmuszone do podniesienia poziomu zatrudnienia**. Poprawa warunków pracy (np. zapewnienie odpowiedniej jakości szatni, toalet, pokojów socjalnych, klimatyzacji) pozwoli na przyciąganie wysokiej klasy specjalistów w przypadku, kiedy pojawi się potrzeba pozyskania nowego pracownika.

d) Czy, a jeżeli tak, to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty wspierają inne niż umowa o pracę formy zatrudnienia (np. zatrudnienie w ramach tzw. kontraktu lekarskiego, innych umów cywilno - prawnych)?

Z przeprowadzonych badań wynika, że **projekty zrealizowane w ramach** XII Priorytetu PO IiŚ **wspierają w niewielkim stopniu formy zatrudnienia inne niż umowa o pracę.** Wykonawca obliczył średnią z odpowiedzi respondentów, którzy wcześniej wskazali, że realizacja projektu przyczyniła się do tworzenia lub likwidacji miejsc pracy **– przeciętnie realizacja projektu wiązała się ze zwiększeniem zatrudnienia na umowę zlecenie o równowartość 0,23 etatu oraz zwiększeniem zatrudnienia za pośrednictwem kontraktu lekarskiego o 1,72 etatu.** Zgodnie z odpowiedziami ankietowanych projekty w ogóle nie uwzględniały zatrudnienia na umowę o dzieło, zapewne ze względu na to, że jest to nieatrakcyjna dla pracownika forma zatrudnienia, a jej stosowanie utrudnia pozyskanie wykwalifikowanego personelu.

Podsumowanie:

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że nie została osiągnięta wartość wskaźnika „Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów" (osiągnięto 94% docelowej wartości wskaźnika), zaś **w przypadku wskaźnika „Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów"** poziom realizacji wyniósł 116% (**nie wszyscy beneficjenci osiągnęli zakładaną wartość wskaźnika**.

Wskaźnik „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" nie został osiągnięty przez 31 spośród 80 beneficjentów (39%),

Wykonawca zidentyfikował trzy główne trudności i ograniczenia związane z realizacją projektów.

Najważniejszym ograniczeniem była niższa od zakładanej wartości kontraktów z NFZ, niepozwalająca na zrealizowanie zakładanej liczby badań . Realizacja mniejszej liczby badań związana jest z mniejszym zapotrzebowaniem na pracowników, w związku z czym nie powstaje przewidywana liczba nowych etatów.

Pozostałe dwie bariery to:

- konieczność dostosowania się do procedur i regulacji prawnych, wypełniania rozbudowanej dokumentacji;
- deklarację 5-letniego okresu utrzymania trwałości projektu, ograniczającą w niektórych przypadkach możliwość realizacji innych przedsięwzięć.

Na podstawie przeprowadzonej analizy członkowie zespołu badawczego stwierdzili, że **realizacja projektów w ramach Działania 12.1 i 12.2 miała ograniczony wpływ na powstawanie nowych miejsc pracy** – przewidywana całkowita liczba

bezpośrednio utworzonych miejsc praca w 2015 roku wyniosła 498,3, co daje średnio 1,4 etatu na projekt.

Warto zauważyć, że zwiększenie liczby sprzętu wykorzystywanego przez placówki medyczne prawdopodobnie przełoży się w przyszłości na otrzymanie wyższych kontraktów z NFZ, co wymusi zwiększenie zatrudnienia.

Istotną kwestią jest również wpływ realizacji projektów na możliwość przyciągania wykwalifikowanych kadr – placówka służby zdrowia, która inwestuje w sprzęt i infrastrukturę (zarówno związane ze świadczonymi usługami, jak i komfortem personelu) zyskuje na prestiżu, dzięki czemu jest w stanie przyciągnąć fachowców.

Projekty zrealizowane w ramach Działania 12.1 i Działania 12.2 PO IiŚ w niewielkim stopniu wspierały formy zatrudnienie inne niż umowa o pracę. Beneficjenci, u których na skutek realizacji projektów doszło do zmian w liczebności personelu, średnio doszło do zwiększenia zatrudnienia na umowę zlecenie o 0,23 etatu oraz wzrostu liczby podpisanych kontraktów lekarskich o 1,72 etatu. Realizacja projektów nie miała wpływu na zmiany w zatrudnieniu na umowę o dzieło.

Niewielki wpływ realizacji projektów na zatrudnienie na umowy cywilnoprawne jest związany z tym, że nie są one atrakcyjne dla potencjalnych pracowników. W związku z trudnościami w rekrutacji placówki służby zdrowia wolą oferować najbardziej atrakcyjną z punktu widzenia pracownika umowę o pracę. Istotne jest także to, że formy zatrudnienia inne niż umowa o pracę nie są uwzględniane we wskaźniku zatrudnienia – beneficjent, który założył we wniosku wzrost zatrudnienia, musi korzystać z umowy o pracę, aby osiągnąć założoną wartość wskaźnika.

3.4. Cel szczegółowy 4: ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym

a) Jaki jest stopień osiągnięcia zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym?

W tabeli 6. zaprezentowano stopień osiągnięcia zaplanowany w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym.

Tabela 6. Wskaźniki rezultatu – stopień realizacji w poszczególnych latach oraz wartości docelowe

Wskaźnik	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Wartość docelowa	Stopień realizacji wskaźnika
Liczba osób leczonych, w ciągu roku, w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (tys. osób)	1711,6	1857,9	2022,3	1761,7	1756,8	1656,0	1673,8	1530,9	Bd.	1460,3	105%
Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców)	77,6	78,4	76,9	75,1	74,7	74,1	78,0	80,9	82,23	73,4	110%
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca- w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców	6,18	6	5,58	6	6,0	5,9	6,4	6,9	Bd.	8	116%
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców	13,92	12,94	13	13	13,0	13,0	13,1	13.,19	Bd.	15	114%
Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej	8,79	8,27	8,43	7,95	7,0	8,0	7,5	7,5	Bd.	10	133%
Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych	110,05	120,18	168,53	146,81	146,4	138,0	139,5	127,6	Bd.	89,6	142%
Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem	0	0	0	0	262865	159693,0	280378,0	968781,0	968781,0	Nie określono	Nie dotyczy
Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy	0,0	0,0	5,0	5,0	5,0	46,0	131,6	483,8	498,3	Nie określono	Nie dotyczy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego

Jak można zauważyć w powyższej tabeli, wartości docelowe wskaźników zostały osiągnięte już w roku 2012. Wartości osiągnięte w latach 2014 i 2015 wyraźnie przekroczyły wartości docelowe – świadczy to o dużym sukcesie projektów, które wyraźnie przyczyniły się do poprawy sytuacji w polskiej służbie zdrowia mierzonej wskaźnikami rezultatu.

- liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji – wartość wskaźnika przekroczyła wartość docelową o 4,8%;
- liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) – wartość wskaźnika przekroczyła wartość docelową o 12%;
- mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca. - w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców – wartość wskaźnika przekroczyła wartość docelową o 16% (ze względu na to, że w przypadku tego wskaźnika zjawiskiem pozytywnym jest spadek jego wartości, poziom jego realizacji obliczono jako stosunek wartości docelowej do wartości osiągniętej);
- mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – wartość wskaźnika przekroczyła wartość docelową o 16% (ze względu na to, że w przypadku tego wskaźnika zjawiskiem pozytywnym jest spadek jego wartości, poziom jego realizacji obliczono jako stosunek wartości docelowej do wartości osiągniętej);
- średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej – wartość wskaźnika przekroczyła wartość docelową o 33% (ze względu na to, że w przypadku tego wskaźnika zjawiskiem pozytywnym jest spadek jego wartości, poziom jego realizacji obliczono jako stosunek wartości docelowej do wartości osiągniętej)
- średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych – wartość wskaźnika przekroczyła wartość docelową o 42,1%.

Należy jednak zwrócić uwagę, że pomimo realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wydłużeniu uległa mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia (w latach 2007-2014 o około 43 sekundy w przypadku miast powyżej 10 000 mieszkańców i około 44 sekundy w przypadku miejscowości poniżej 10 000 mieszkańców), zaś średni wiek aparatury radiologicznej wzrósł w okresie 2011-2014 o 0,5 roku. Jest to związane z faktem, że sprzęt zakupiony w ramach PO IiŚ stanowi jedynie niewielki odsetek sprzętu wykorzystywanego przez polskie placówki służby zdrowia, a znaczna część z nich nie dokonywała tego typu inwestycji ze względu na brak środków, np. wykorzystują one coraz bardziej wyeksploatowane,

niewyposażone w nowoczesny systemy nawigacji i awaryjne ambulanse, przez co czas dotarcia do pacjenta wzrasta.

b) Jak stopień osiągnięcia wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym?

Wszyscy przedstawiciele beneficjentów biorący udział w badaniu CAWI wskazali, że realizowane przez nich projekty osiągnęły wartości docelowe wskaźników rezultatu[12] – dotyczy to zarówno Działania 12.1, jak i 12.2. Oznacza to, że realizacja każdego z projektów przełożyła się pozytywnie na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym.

Zgodnie z odpowiedziami respondentów badania CAWI, którzy reprezentowali beneficjentów realizujących projekty ramach Działania 12.1, w 2015 roku liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) wyniosła 74,3 – o 1,2% więcej, niż wynosi wartość docelowa wskaźnika.

Respondenci badania CAWI wypowiadający się na temat projektów zrealizowanych w rama Działania 12.1 zostali poproszeni o podanie mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego (uwzględniając zarówno docieranie do pacjentów w miastach powyżej 10 000 mieszkańców, jak i do pacjentów, którzy znajdują się w mniejszych miejscowościach). Wykonawca obliczył średnią dla odpowiedzi udzielonych przez respondentów – **przeciętna wartość mediany wyniosła 9,71 minuty. Oznacza to, że osoby, który życie lub zdrowie są zagrożone, bardzo szybko otrzymują pierwszą pomoc, udaje się zachować zasadę „złotej godziny"**. Część respondentów podawała mediany dla miast powyżej 10 000 mieszkańców i mediany dla miejscowości poniżej 10 000 mieszkańców – jako pierwszą z tych wartości najczęściej wskazywano 8 minut, a jako drugą – 13 minut. Potwierdza to wyniki analizy desk research świadczące o tym, że udało się osiągnąć wartość docelową tych wskaźników.

Na podstawie odpowiedzi respondentów badania CAWI reprezentujących beneficjentów Działania 12.2 obliczono również średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej. Wartość tego wskaźnika dla roku 2015 wyniosła 6,82 – oznacza to, że użytkowany sprzęt był znacznie nowszy (aż o 31,8%) niż wynikało to z założeń Programu Operacyjnego, co jest zjawiskiem bardzo pozytywnym, gdyż nowe technologie cechują się większą skutecznością, szybkością oraz efektywnością kosztową.

Respondenci badania CAWI odpowiedzialni za realizację inwestycji w ramach Działania 12.2 zostali również poproszeni o wskazanie, **ile wyniosła w przypadków ich placówek liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostały wykonane zakupionym w ramach projektu sprzętem**. Na podstawie ich odpowiedzi obliczono średnie dla poszczególnych lat, które zaprezentowano w tabeli poniżej. Jak można

[12] Nie dotyczy to wskaźnika utworzonych miejsc pracy, który został poddany osobnej analizie.

zauważyć, **wartość tego wskaźnika wzrasta z roku na rok – pomiędzy rokiem 2012 a 2015 nastąpił wzrost o 99,7%**. Oznacza to, że w kolejnych latach zwiększała się liczba zakupionego sprzętu i był on intensywniej wykorzystywany.

Tabela 7. Średnia liczba specjalistycznych badań medycznych wykonanych sprzętem zakupionym w ramach projektu w placówce służby zdrowia w ciągu roku w poszczególnych latach

Rok	2012	2013	2014	2015
Średnia liczba specjalistycznych badań medycznych wykonanych sprzętem zakupionym w ramach projektu w placówce służby zdrowia w ciągu roku	6681	10491	11167	13342

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=37)

Wykonawca zdecydował się nie szacować wartości wskaźnika: *liczba osób leczonych, w ciągu roku, w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych*, gdyż takie działanie ze względu na dość liczne braki danych narażone jest na wysokie ryzyko popełnienia znacznego błędu przy szacowaniu – w tym przypadku wyniki analizy desk research przedstawiają rezultaty realizacji projektów dużo lepiej.

c) W jakim stopniu zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu?

Należy zwrócić uwagę, że wpływ realizacji projektów na liczbę osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz na liczbę mieszkańców, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia był stosunkowo niewielki. Jest to związane z faktem, że placówka medyczna nie ma wpływu na liczbę osób mieszkańców, którzy muszą z takiej pomocy skorzystać. Z drugiej strony, poprawa dostępności oraz jakości usług wpływa na to, że większa liczba pacjentów zgłasza się/jest kierowana do danej placówki służby zdrowia, aby skorzystać z jej usług. Podmioty, które dysponują lądowiskami, będą nieco częściej udzielać świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia, gdyż będą interweniować w sytuacji, gdy dotarcie do osoby, której stan życia lub zdrowia jest zagrożony, a transport drogowy zająłby zbyt dużo czasu.

Zwiększenie liczby karetek, wymiana karetek na nowe, modernizacja i budowa lądowisk przełożyły się na to, że mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia była znacznie niższa od wartości docelowej.

W przypadku wskaźnika „potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" nie została ustalona wartość docelowa. Na podstawie analizy realizacji wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" stwierdzono, że realizacja projektów miała wpływ zarówno na potencjalną liczbę specjalistycznych badań medycznych, jakie można wykonać, jak i na rzeczywistą liczbę wykonywanych badań – realizowane inwestycje

obejmowały zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury, który, zgodnie z wypowiedziami respondentów, jest intensywnie użytkowany. **Przy wykorzystaniu zakupionego sprzętu zrealizowano ponad 1,5 mln specjalistycznych badań,** a zgodnie z wypowiedziami użytkowników badań CAWI i IDI będzie on wykorzystywany także w przyszłości.

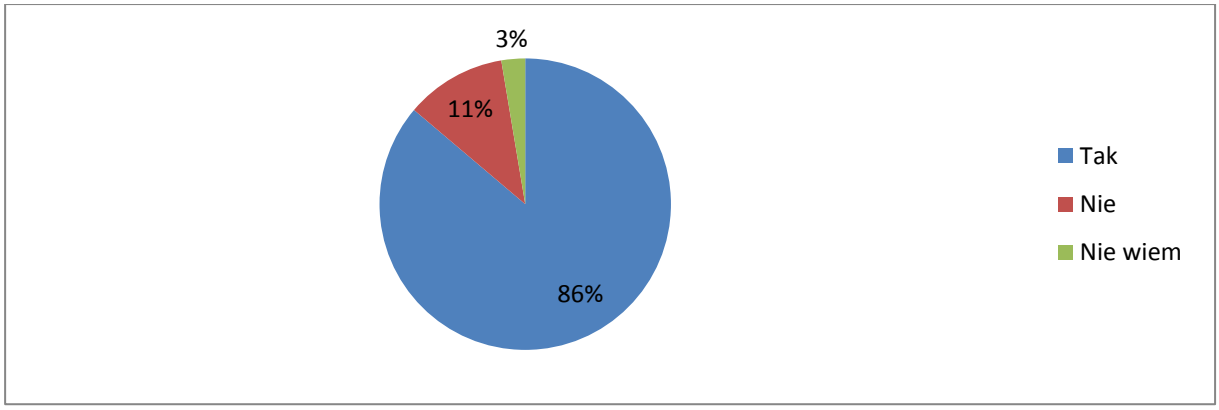
Wpływ realizowanych projektów na tworzenie miejsc pracy został omówiony we wcześniejszej części raportu.

Realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ nie była jedynym czynnikiem wpływającym na wartości analizowanych wskaźników – wpływ na nie miały także inwestycje dokonywane przez inne placówki zdrowia, jak również rezygnacja z dokonywania zakupów na skutek braków funduszy. Placówki służby zdrowia sięgały nie tylko po fundusze pochodzące z PO IiŚ – współfinansowanie projektów możliwe było m.in. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Norweskiego Mechanizmu Finansowego, Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz funduszy krajowych. Placówki, które zdecydowały się na pozyskanie tego typu wsparcia również miały pozytywne wpływ na osiągnięcie założonych wartości wskaźników. Funkcjonują jednak placówki służby zdrowia, które ze zróżnicowanych powodów nie sięgają po dotacje – na przykład ze względu na brak wkładu własnego lub też brak zainteresowania kierownictwa tego typu działaniami. Takie podmioty z reguły bardzo mocno ograniczają zakupy, eksploatują przestarzały sprzęt tak długo, jak to możliwe – w związku z tym pacjenci korzystający z ich usług narażeni są np. na długie oczekiwanie na transport czy też nieprawidłowe postawienie diagnozy ze względu na niską precyzję znajdującego się na wyposażeniu sprzętu.

d) Czy w okresie 2007-2015 beneficjenci realizowali inne projekty (w szczególności współfinansowane z funduszy UE)? Czy były one komplementarne wobec projektów wspieranych w ramach Priorytetu XII POIS w zakresie celów osi i programu? Czy zaobserwowano efekt synergii tych projektów w kontekście celów Priorytetu i Programu?

O dużym zapotrzebowaniu służby zdrowia w Polsce na wsparcie ze środków UE świadczy fakt, że **zdecydowana większość respondentów realizowała w okresie 2007-2015 więcej niż jeden projekt – 86% uczestników badania wskazało tak podczas wypełniania ankiety. Beneficjenci Priorytety XII PO IiŚ średnio realizowali 3,89 projektu, placówka, która wdrożyła najwięcej inwestycji w okresie 2007-2015 zrealizowała 26 projektów (z czego istotną część stanowiły projekty naukowe). Najczęściej zdarzała się realizacja 3 projektów.**

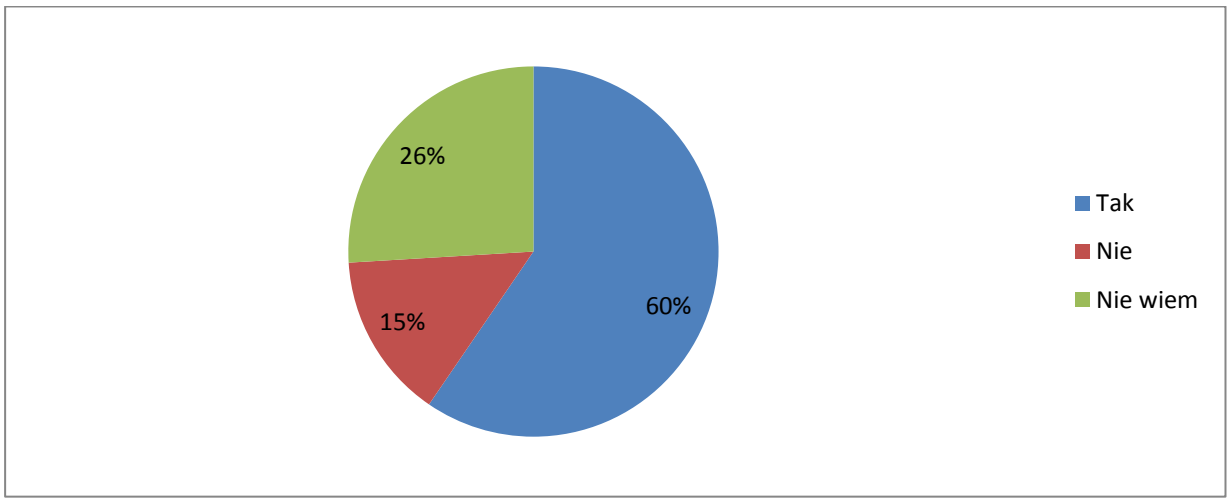
Rysunek 8. Czy w okresie 2007-2015 realizowali Państwo inne projekty finansowane z Funduszy UE?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Sześciu na dziesięciu respondentów reprezentujących instytucje, które realizowały w okresie 2007-2015 więcej niż jeden projekt zaobserwowało, że wdrażane inwestycje wzajemnie na siebie oddziaływały, przeciwnego zdania było 15% ankietowanych, nieco więcej niż ¼ uczestników badania nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Rysunek 9. Czy projekty realizowane przez Państwa wzajemnie na siebie oddziaływały?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=254)

Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez uczestników badań CAWI i IDI sporządzono listę sposobów, w jakie projekty wzajemnie na siebie oddziaływają. Synergia jest osiągana m.in. ze względu na to, że:

- kompleksowa inwestycja była dzielona na kilka podprojektów finansowanych z różnych źródeł;
- transport lotniczy i drogowy stanowią uzupełnienie pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – skrócenie czasu transportu wraz z poprawą komfortu przewożonego pacjenta oraz możliwość skuteczniejszego ratowania życia poprzez wykorzystanie nowego sprzętu dają efekt synergii, przekładający się na zmniejszenie śmiertelności pacjentów, którzy trafiają do beneficjenta w stanie zagrożenie życia;

- realizacja projektów informatycznych pozwala na bieżące przekazywanie pomiędzy oddziałami informacji o pacjentach, zgromadzonych dzięki wykorzystaniu nowoczesnego sprzętu.

O wzajemnym oddziaływaniu projektów świadczą wypowiedzi beneficjentów:

- *W tej perspektywie my zrealizowaliśmy bardzo dużo projektów realizowanych ze środków Unii, wszystkie one w takim globalnym celu polegały, na podniesieniu standardów udzielania świadczeń oraz ich jakości, a w następnej kolejności dostępności do świadczonych przez nas usług. Były z sobą powiązane bezsprzecznie. Cała strategia szpitala wynika z powiązania ze sobą poszczególnych działań. Można powiedzieć, że realizujemy jeden ogólny cel.*
- *Tak, w instytucie realizowanych jest bardzo dużo różnych projektów. Są to projekty naukowo - badawcze z reguły, oraz informatyczne ze środków strukturalnych. Realizacja tych projektów była jak najbardziej komplementarna z tym projektem. Projekty informatyczne polegały na wdrażaniu nowych systemów informatycznych, osieciowanie bezprzewodowe w całej jednostce. Monitorowanie czynności życiowych pacjenta, również urządzenia, które są w klinice, zbierane są dane, monitorowane jest na bieżąco. To wszystko zostało zrealizowane poprzez inne projekty. Wszystko jest ze sobą powiązane, uzupełniające się.*

Nieosiąganie efektu synergii związane było ze znacznym zróżnicowaniem tematycznym realizowanych projektów, zróżnicowaniem grup docelowych oraz realizacją inwestycji w odrębnych komórkach organizacyjnych.

Podsumowanie:

Wszystkie zaplanowane w dokumentach programowych wskaźniki na poziomie ogólnokrajowym zostało zrealizowane.

Jednym z kluczowych czynników wpływających na osiągnięcie wartości wskaźników na poziomie ogólnokrajowych jest ich osiągnięcie w przypadku poszczególnych projektów. W przypadku Działań 12.1 i 12.2 PO IiŚ we wszystkich zrealizowanych projektach osiągnięto wartości docelowe wskaźników – przyczyniło się to do tego, że zrealizowane na poziomie ogólnokrajowych wartości wskaźników były znacznie lepsze od założonych.

Z odpowiedzi udzielonych w badaniu CAWI wynika, że na skutek realizacji projektów znacznie zwiększyła się liczba specjalistycznych badań – liczba tego typu badań realizowanych za pomocą sprzętu zakupionego w ramach PO IiŚ wzrosła pomiędzy rokiem 2012 a 2015 o blisko 100%.

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych zastanych oraz wypowiedzi respondentów stwierdzono, że wpływ zrealizowanych projektów na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wartości wskaźników był z całą pewnością bardzo znaczny.

Zrealizowane projekty miały szczególnie duży wpływ na średnią liczbę pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach specjalistycznych, średni wiek aparatury radiologicznej oraz medianę czasu dotarcia na miejsca zdarzenia zespołu ratowniczego od chwili przyjęcia zgłoszenia.

Zdecydowana większość beneficjentów realizowała w okresie 2007-2015 więcej niż 1 projekt. Z przeprowadzonej przez Wykonawcę analizy wynika, że pozostałe projekty w dużej mierze były komplementarne z inwestycjami w ramach Działań 12.1 i 12.2 PO IiŚ.

Efekt synergii uwidaczniał się przede wszystkim w tym, że:

- inwestycje w infrastrukturę obniżyły koszty użytkowania urządzeń medycznych;
- pacjenci są przenoszeni z oddziału na oddział, a na różnych oddziałach są diagnozowani i leczeni za pomocą sprzętu zakupionego w ramach różnych projektów;
- realizacja projektów ujednoliciła strukturę jednostki, poprawiła komunikację i współpracę pomiędzy oddziałami.

Brak synergii związany był z tym, że projekty były zróżnicowane tematycznie, realizowane na różnych oddziałach, a czasami w różnych placówkach.

Fakt realizacji przez większość beneficjentów więcej niż jednego projektu świadczy o bardzo dużym zapotrzebowaniu polskiej służby zdrowia na wsparcie finansowe – realizacja jednego projektu nie pozwoliła na zaspokojenie potrzeb, zdarzało się, że dana placówka była remontowana z kilku źródeł.

3.5. Cel szczegółowy 5: identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych (tzn. nie zakładanych w dokumentach programowych) bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

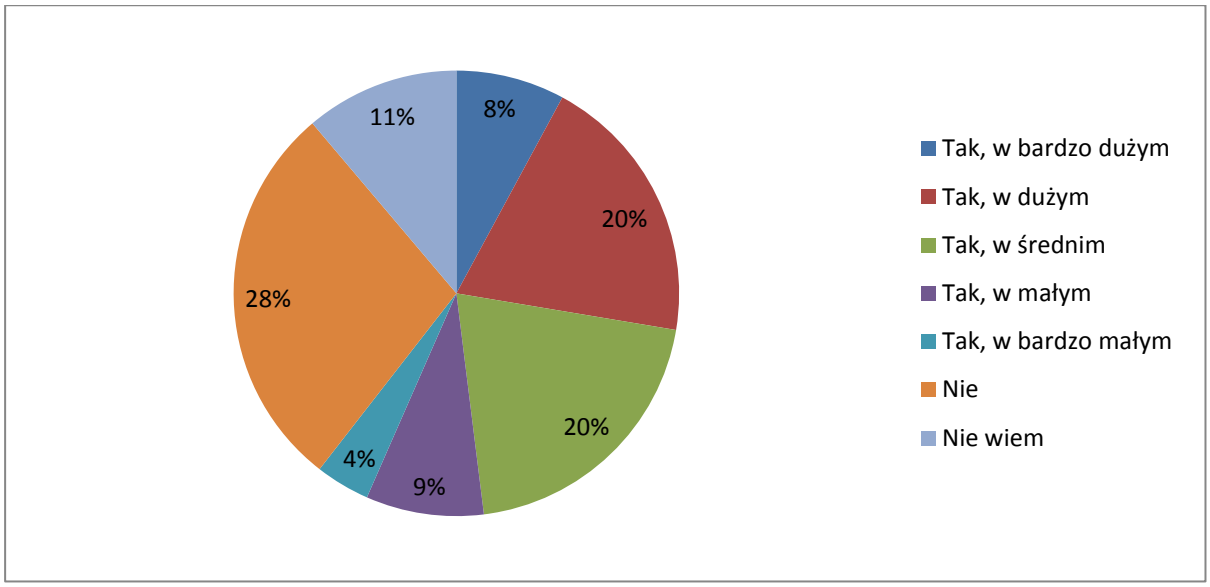
a) Czy, a jeśli tak, to jaki jest wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na:

I. zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ zwiększeniu uległy zakres i liczba procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia. Świadczą o tym wyniki ankiety internetowej. Trochę więcej niż jedna czwarta uczestników badania CAWI wskazała, że zrealizowany projekt nie przyczynił się do zwiększenia zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce (28%). **Odpowiedź ta była zaznaczana przede wszystkim przez ankietowanych reprezentujących instytucje, które w ramach projektu wybudowały lądowiska bądź zakupiły karetki – czyli nastawiły się na usprawnienie transportu pacjentów, a nie procesów diagnozy i leczenia.**

Blisko połowa ankietowanych wskazała, że projekt przyczynił się do zwiększenia zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce co najmniej w średnim stopniu (48%).

Rysunek 10. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Odpowiedzi uczestników badania IDI potwierdziły wyniki badania ilościowego:

- *Zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej (...) umożliwił świadczenie usług medycznych na wyższym poziomie i zastosowanie bardziej innowacyjnych i skutecznych procedur medycznych. Poza tym wymusił na organizacji dostosowanie infrastruktury energetycznej do nowoczesnych standardów.*
- *Niektórych badań w SOR nie można było wykonywać, wiec uważam, że zakup sprzętu dla SOR wpłynął na zwiększenie dostępności usług. Niektóre urządzenia były przestarzałe, czasami musieliśmy z innych oddziałów jeśli była taka konieczność, natomiast dzięki zakupom w ramach tego projektu bardzo dużo sprzętu uzyskaliśmy i wpłynęło to na zwiększenie jakości i dostępności badań.*

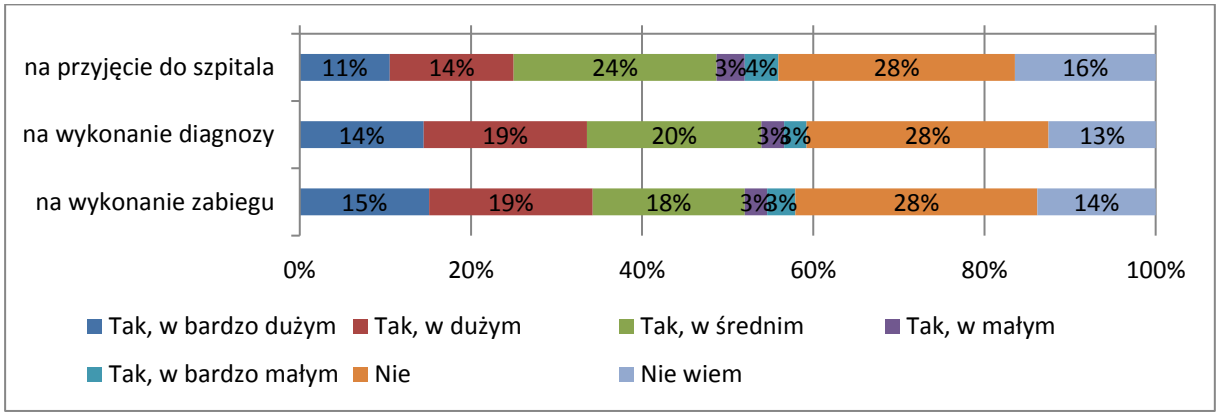
II. *skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, wykonanie diagnozy/zabiegu*

Zgodnie z wynikami przeprowadzonego badania CAWI realizacja projektów przyczyniła się do skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala – blisko połowa ankietowanych (48%) wskazała, że dostrzega taki wpływ o co najmniej średnim nasileniu, zaś 28% respondentów zaznaczyło, że nie dostrzega takiego wpływu.

Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na wykonanie diagnozy i zabiegu były do rozkładu odpowiedzi na poprzednie pytanie. Jest to związane z faktem, że wykonanie diagnozy z reguły następuje dość szybko po przyjęciu do szpitala. Trochę więcej niż połowa respondentów jest zdania,

że dzięki inwestycji czas oczekiwania na diagnozę/zabieg uległ skróceniu w stopniu średnim, dużym bądź bardzo dużym, natomiast 28% nie widzi takiej zależności.

Rysunek 11. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do skrócenia czasu oczekiwania?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Również uczestnicy badania IDI uznali, że dzięki inwestycjom skróceniu uległ czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie do szpitala i wykonania diagnozy czy zabiegu:

- *Dzięki funkcjonowaniu Centrum Urazowego możliwe jest przeprowadzenie badań w jak najkrótszym okresie od zdarzenia, co umożliwia postawienie wczesnej diagnozy i szybkie podjęcie decyzji odnośnie ratowania zdrowia i życia.*
- *Doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w wybrany sprzęt gwarantuje podjęcie szybkich działań w stanie zagrożenia życia oraz zdrowia min. osób w wieku produkcyjnym a także wykonanie zabiegów medycznych bez zbędnej zwłoki, skracając tym samym czas powrotu chorego do zdrowia. Ma to ścisły związek z szybkim podjęciem przez niego czynności zawodowych.*

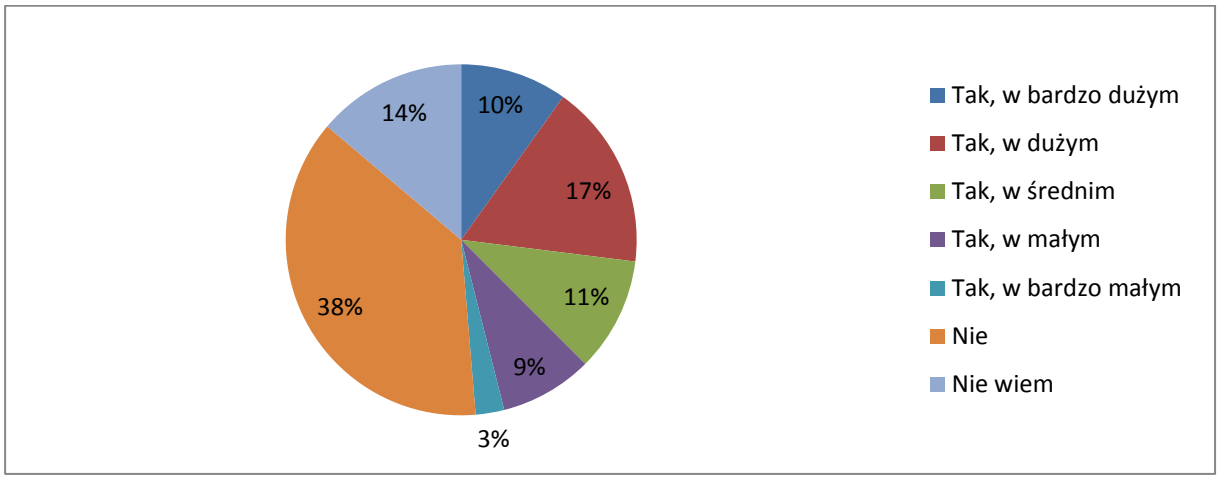
III. zwiększenie liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi

Przeprowadzona analiza wykazała, że dzięki inwestycjom wzrosła liczba pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi. Świadczą o tym zarówno wyniki badania ankietowego, jak i odpowiedzi uczestników badania jakościowego.

Nieco mniej niż połowa respondentów badania CAWI zaznaczyła, że realizacja projektu pozwoliła na zwiększenie liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi. Jak wspomniano wcześniej, efektem części projektów miało być usprawnienie transportu pacjenta, nie zaś zwiększenie liczby realizowanych procedur. Również wymiana sprzętu na nowy nie zawsze wpływa na ten wskaźnik – nowoczesne wyposażenie może posłużyć do postawienia takiej samej liczby diagnoz w skali miesiąca, co poprzedni ekwipunek, ale będą one znacznie dokładniejsze. Należy również wziąć pod uwagę, że liczba realizowanych za pomocą zakupionego ze środków UE sprzętu jest uzależniona od wartości kontraktów z NFZ – jeżeli nie uległa ona wzrostowi, to placówka służby

zdrowia nie mogła realizować większej niż uprzednio liczby procedur. Można przypuszczać, że wskazane czynniki miały decydujący wpływ na to, że w przypadku 38% beneficjentów nie zaobserwowano zwiększenia liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi.

Rysunek 12. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

W trakcie badania IDI beneficjenci podkreślali, że dzięki realizacji projektu reprezentowany przez nich podmiot świadczy wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne większej liczbie pacjentów:

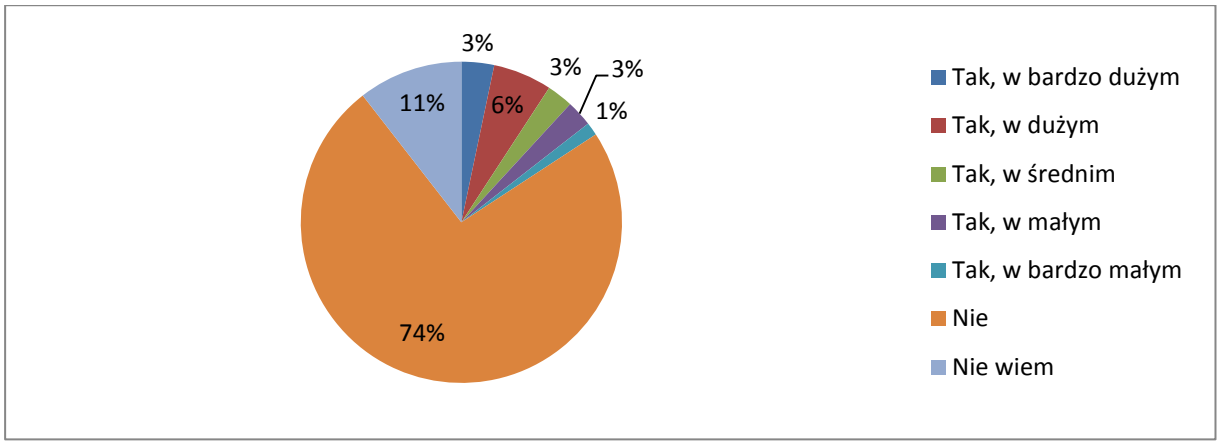
- *Tak uważam, moim zdaniem tak, wpływa na zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego, dlatego że umożliwia on wykonanie takich zaawansowanych badań jak spektroskopia, EMR, jak mapowanie mózgu mapowanie dróg istoty białej, wykonywanie zaawansowanych badań prostaty, piersi, wątroby.*
- *Zakupiony sprzęt a przede wszystkim tomograf komputerowy, pozwala na uzyskiwanie szybkiego i szerokiego spectrum wyniku badania pacjenta i w konsekwencji poprawę dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.*
- *Na pewno im mamy więcej aparatury, która jest niezbędna do wykonywania wysoko specjalistycznych świadczeń, tym więcej możemy wykonać zabiegów i lepsza jest dostępność.*

IV. zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów wsparcia

Blisko ¾ uczestników badania CAWI wskazało, że realizacja projektu nie przyczyniła się do zwiększenia bazy łóżkowej placówki objętej badaniem. Przeciwnego zdania było 16% ankietowanych, w tym 9% uważa, że wpływ inwestycji na zwiększenie liczby pacjentów możliwych do przyjęcia na oddział dzienny był bardzo duży lub raczej duży. Zdecydowana większość realizowanych projektów dotyczyła zaopatrzenia beneficjenta w nowy sprzęt, niewielki odsetek uwzględniał budowę

nowych oddziałów bądź rozbudowę istniejących, w związku z tym ich wpływ na bazę łóżkową był ograniczony. Na podstawie analizy danych dotyczących wydatków założonych we wnioskach o dofinansowanie stwierdzono, że największe zwiększenie bazy łóżkowej nastąpiło w przypadku projektów dotyczących tworzenia Centrów Urazowych – wniosek ten potwierdzają zrealizowane obserwacje nieuczestniczące, podczas których zauważono znaczną liczbę nowych łóżek – zarówno standardowych, jak i specjalistycznych.

Rysunek 13. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia bazy łóżkowej placówki objętej badaniem?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

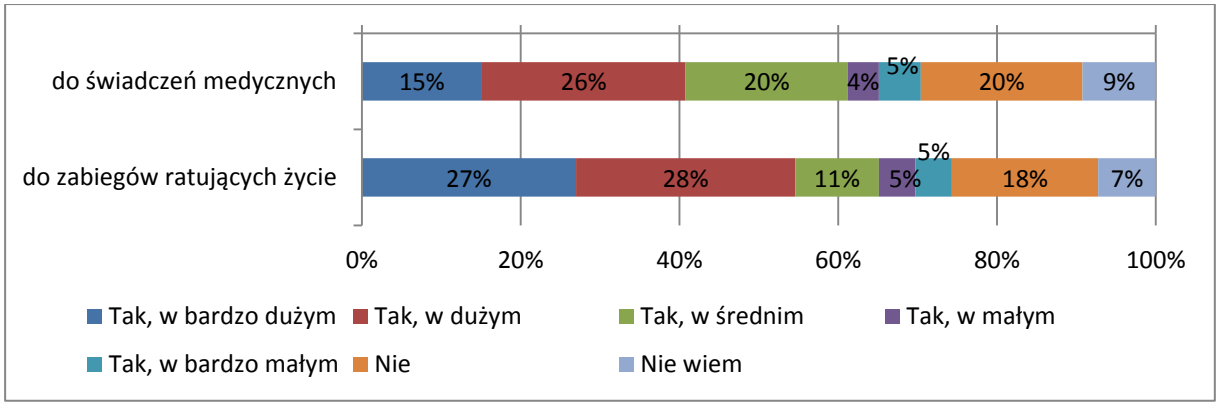
V. zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań stwierdzono, że dzięki inwestycjom w ramach Priorytetu XII PO IiŚ nastąpiło istotne zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie.

Jedynie co piąta osoba wypełniająca ankietę CAWI wskazała, że zrealizowany projekt nie przyczynił się do zwiększenia dostępności do świadczeń medycznych, przeciwnego zdania było 71% ankietowanych, 9% miało trudności z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie. O znacznym wpływie inwestycji na poprawę dostępności do świadczeń medycznych świadczy fakt, że 15% badanych określiło jej oddziaływanie na ten aspekt jako bardzo duży zaś 26% jako duży.

Trzech na czterech ankietowanych wskazało, że dostrzega wpływ zrealizowanego projektu na zwiększenie dostępności do zabiegów ratujących życie 55% uznało, że był on duży lub bardzo duży. Tylko 18% uczestników badania zaznaczyło, że inwestycja nie przełożyła się na zwiększenie dostępności do zabiegów ratujących życie.

Rysunek 14. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia dostępności?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Uczestnicy badania IDI potwierdzają wyniki ankiety internetowej, o czym świadczą ich następujące wypowiedzi:

- *Zrealizowany projekt zdecydowanie przyczynia się do obniżenia śmiertelności osób w wieku produkcyjnym znacznie zwiększając dostępność dla nich Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jak i pozostałej struktury i kadry Szpitala.*
- *Niektórych badań w SOR nie można było wykonywać, wiec uważam, że zakup sprzętu dla SOR wpłynął na zwiększenie dostępności usług. Niektóre urządzenia były przestarzałe, czasami musieliśmy z innych oddziałów jeśli była taka konieczność, natomiast dzięki zakupom w ramach tego projektu bardzo dużo sprzętu uzyskaliśmy i wpłynęło to na zwiększenie jakości i dostępności badań.*
- *(..) dzięki szybkiemu transportowi zapewniamy każdemu poszkodowanemu dostępność do wysokospecjalistycznych świadczeń, czyli np. poparzeń, czy do ośrodków, gdzie leczą bardzo skomplikowane urazy wielonarządowe. Zapewniamy tą dostępność każdemu poszkodowanemu, w momencie kiedy nie byłoby lądowiska, ograniczalibyśmy się do transportu karetką więc ta dostępność w naturalny sposób byłaby ograniczona.*

VI. *podniesienie jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie*

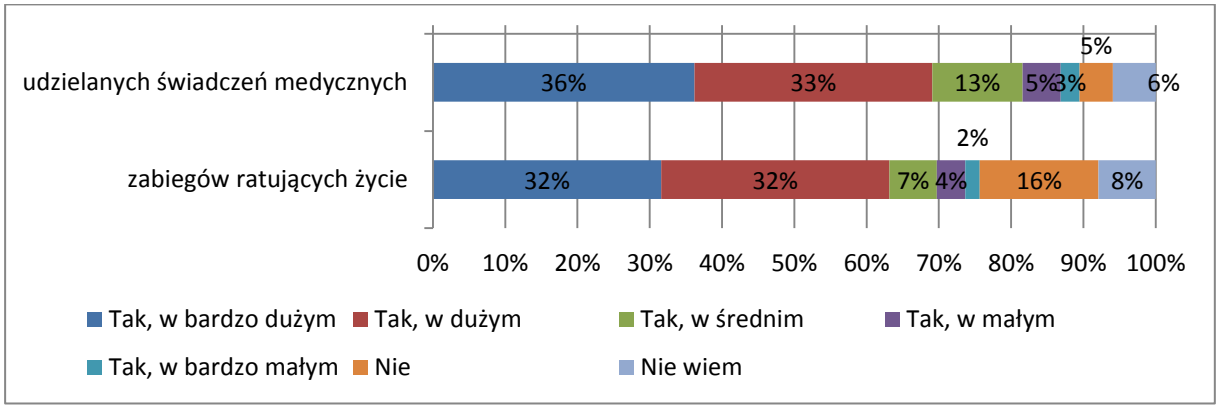
Analiza wyników badań CAWI i IDI wykazała, że realizacja projektów doprowadziła do podniesienia jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie.

Zdecydowana większość respondentów ankiety internetowej (91%) jest zdania, że realizowany projekt przyczynił się do podniesienia jakości udzielanych świadczeń medycznych, w tym 36% uznało, że wpływ ten był bardzo duży, a 33% zaznaczyło odpowiedź „duży". Przeciwnego zdania było jedynie 5% ankietowanych, 6% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Z odpowiedzi respondentów badania CAWI wynika, że realizacja projektów miała wpływ na podniesienie jakości zabiegów ratujących życie – taką opinię wyraziło 76% uczestników badania, prawie 2/3 zaznaczyło, że oddziaływanie to było bardzo

duże lub duże. Odpowiedź przeczącą wybrało 16% ankietowanych, 8% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Rysunek 15. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do podniesienia jakości?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

O poprawie jakości usług świadczy m.in. następujące fakty:

- przystosowanie lądowiska do lotów w trudnych warunkach oraz w nocy pozwoliło na zapewnienie kompleksowego funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego – możliwe jest korzystanie z transportu powietrznego niezależnie od pogody i pory dnia;
- na skutek doposażenia sal zwiększył się komfort pacjentów;
- dzięki wykorzystaniu zakupionego sprzętu pacjenci są skuteczniej diagnozowani;
-
- możliwy jest natychmiastowy dostęp do wyników badań pacjenta, nawet takich, które przeprowadzono kilka lat wcześniej;
- na miejscu wykonywane są zabiegu, które wcześniej wymagały przetransportowania pacjenta do innej placówki medycznej;
- zmniejszyła się śmiertelność i liczba przypadków trwałego inwalidztwa.

Podniesienie jakości usług zostało zaobserwowane przez uczestników badania IDI:

- *Oczywiście, że projekt wpłynął na jakość świadczonych usług. W momencie kiedy dysponujemy nowoczesną aparaturą w pełni dostosowaną do wymogów prawnych, do norm jakości i to bezpośrednio przekłada się na szybkość, na rodzaj podejmowanych działań, to oczywistym jest, że podnosi się jakość. Więc bezsprzecznie. I w jakim stopniu, w bardzo istotnym.*
- *Nowoczesny sprzęt, łatwy w obsłudze z instrukcją w jeżyku polskim. Taki, z którym każdy pracownik sobie poradzi, gdy by był problem z jego ustawieniem i sam fakt, że jest w gotowości dostępny. To podnosi jakość świadczonych usług i nie czekamy na udzielenie pomocy.*
- *Nowy sprzęt, nowy tabor samochodowy rzadziej ulega awariom, jest lepszy komfort transportowania.*

VII. zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych

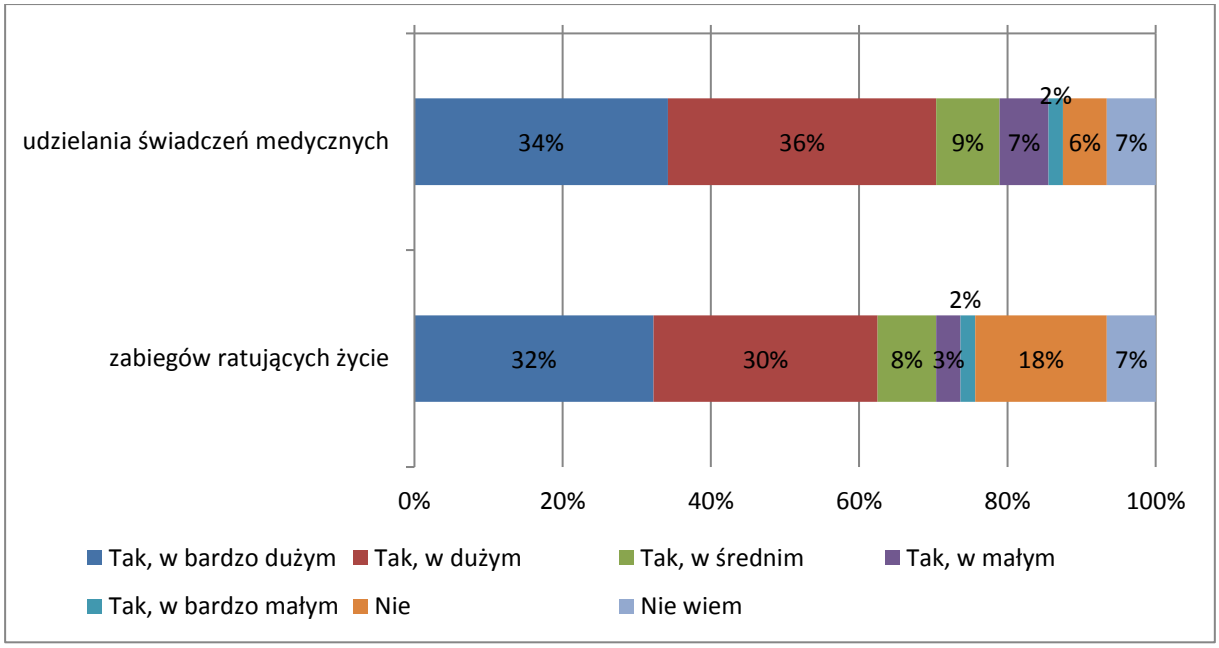
Skuteczność udzielania świadczeń medycznych jest bardzo istotnym wskaźnikiem – świadczy ona o tym, że podejmowane działania przyczyniają się do właściwego zdiagnozowania i/lub poprawy sytuacji zdrowotnej pacjentów. W związku z tym pozytywnie należy ocenić fakt, że realizacja projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej przełożyła się na podniesienie skuteczności udzielania świadczeń medycznych – takiego zdania było 87% uczestników badania CAWI. Siedmiu na dziesięciu ankietowanych wskazało, że wpływ ten można określić jak bardzo duży lub duży.

Wpływ projektów na podniesienie skuteczności zabiegów ratujących życie był nieco mniejszy niż ich wpływ na podniesienie skuteczności udzielania świadczeń medycznych, ale i tak oddziaływanie to było bardzo znaczne – ¾ ankietowanych zaobserwowało taką zależność, w tym 32% jest zdania, że wpływ ten był bardzo duży, a 30%, że duży.

Odpowiedzi respondentów mogą zdawać się zbyt optymistyczne. Należy jednak zwrócić uwagę, że realizowane projekty uwzględniały realizację działań zwiększających skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych:

- w przypadku wypadków i innych zdarzeń wywołujących zagrożenie zdrowia lub życie kluczowe jest jak najszybsze udzielenie pomocy – w takiej sytuacji do czynników wpływających na skuteczność zaliczają się szybkość udzielenia pierwszej pomocy oraz postawienia diagnozy i przystąpienia do realizacji procedur medycznych;
- w przypadku diagnostyki kluczowe jest szybkie przeprowadzenie badania oraz wykorzystanie do jego realizacji nowoczesnego, dokładnego sprzętu;
- w przypadku leczenia bardzo dużą rolę odgrywa zastosowana aparatura – nowszy sprzęt z reguły pozwala na osiąganie korzystniejszych rezultatów leczenia, a dodatkowo w mniejszym stopniu obciążą organizm pacjenta;
- poprawa komfortu przyczynia się do poprawy samopoczucia pacjentów – pozytywne nastawienie przyczynia się do osiągania lepszych rezultatów leczenia
- zwiększenie komfortu pracy lekarzy i pozostałego personelu medycznego zmniejsza ryzyko popełnienia błędu, np. w wyniku stresu czy przemęczenia.

Rysunek 16. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do podniesienia skuteczności?

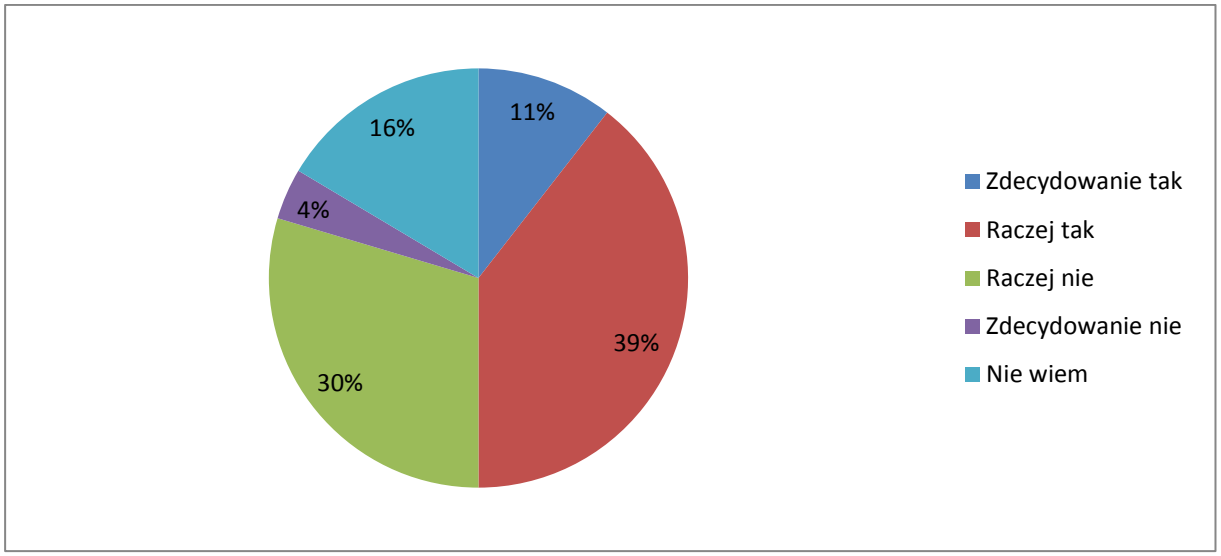


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

VIII. zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia

W oparciu o wyniki badania CAWI można powiedzieć, że projekty wpływają w widoczny sposób na zwiększenie efektywności zarządzania placówkami medycznymi. Połowa ankietowanych wyraziła opinię, że realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia efektywności zarządzania placówką, przeciwnego zdania było 34% respondentów, zaś 16% nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

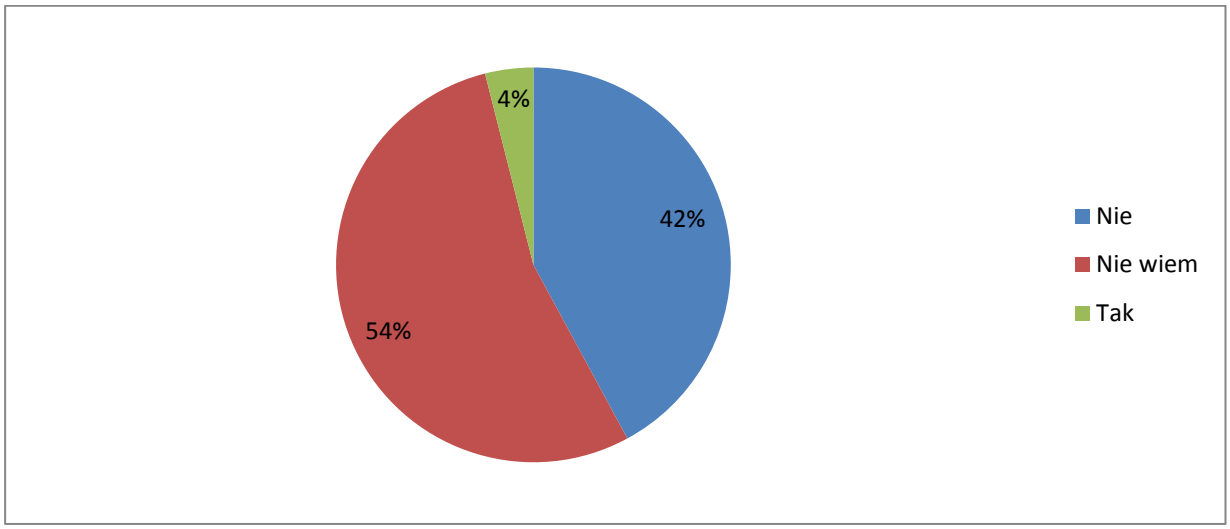
Rysunek 17. Czy zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia efektywności zarządzania placówką?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Z odpowiedzi udzielonych przez respondentów wynika, że realizacja projektów miała niewielki wpływ na zmniejszenie kosztochłonności realizowanych procedur – odpowiedzi twierdzącej udzieliło 4% ankietowanych, zaś 42% wskazało, że inwestycja nie przełożyła się na zmniejszenie kosztów realizacji procedur medycznych.

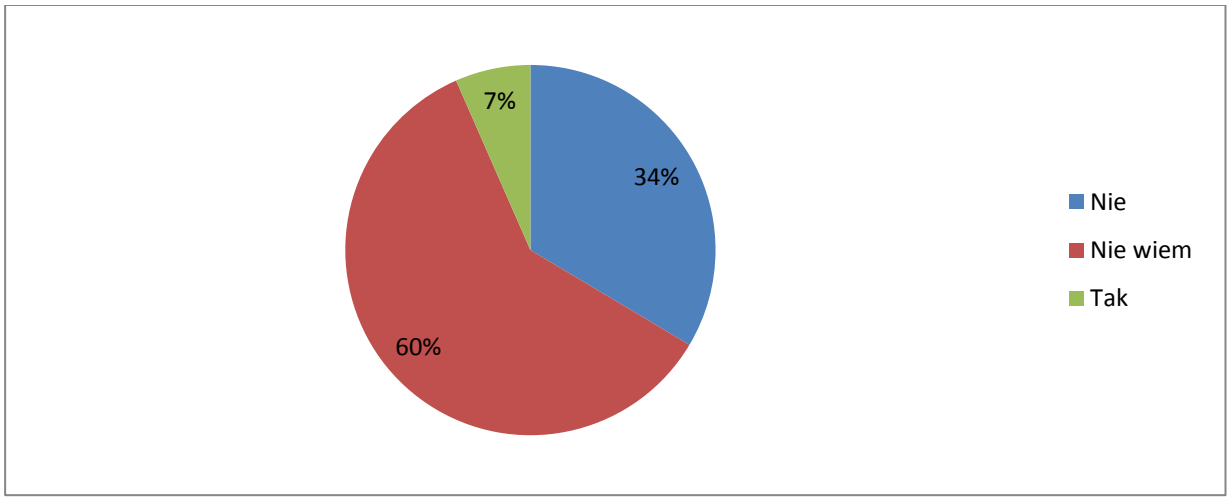
Rysunek 18. Czy w wyniku realizacji projektu zmniejszyła się kosztochłonność procedur?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Jedynie 7% ankietowanych wyraziło opinię, że w wyniku realizacji projektu wzrosła rentowność placówki (rozumiana jako relacja zysku netto do sumy przychodów), zaś odpowiedzi przeczącej na to pytanie udzieliła nieco więcej niż 1/3 respondentów. Oznacza to, że wpływ inwestycji na rentowność beneficjentów był niewielki. Należy jednak wziąć pod uwagę, że w okresie 5 lat po zakończeniu realizacji projektu zakupiony sprzęt nie może być wykorzystywany w celach komercyjnych, a jedynie do realizacji procedur wynikających z kontraktów z NFZ. W związku z tym można spodziewać się, że realizacja projektów w przyszłości przełoży się na poprawę rentowności placówek medycznych.

Rysunek 19. Czy w wyniku realizacji projektu wzrosła rentowność placówki?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Uczestnicy panelu ekspertów są zdania, że skrócił się czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala i wykonanie diagnozy/zabiegu, zwiększyła się baza usługowa, poprawiła się dostępność usług, podniesiono jakość usług medycznych, poprawiły się wskaźniki skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych i zwiększyła się efektywność systemu ochrony zdrowia. Jeden z uczestników badania podkreślił, że należy zwrócić uwagę nie tylko na aspekty medyczny realizowanych projektów (większa dostępność społeczeństwa do świadczeń medycznych na wysokim poziomie), lecz również na aspekt ekonomiczny. Koszty poniesione na realizację inwestycji zwrócą się, gdyż wzrosną wartości kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z tym beneficjenci nie będą w przyszłości odczuwać kosztów finansowych poniesionych na realizację inwestycji. Dodatkową korzyścią jest wzrost zatrudnienia w placówkach medycznych, zarówno na SOR-ach, jak i pozostałych oddziałach. Respondenci docenili również fakt łączenia działań miękkich (poprawa komfortu pacjentów oraz ich rodzin i personelu) z inwestycjami w aparaturę i infrastrukturę). Eksperci zwrócili uwagę, że pacjenci okazują swoje niezadowolenie z powodu złego stanu infrastruktury i braku nowoczesnego sprzętu, mają o to pretensje do personelu placówki medycznej – a realizacja takich projektów jak analizowane przyczynia się do zmniejszania tego problemu, gdyż personel medyczny może dzięki nim lepiej realizować swoje obowiązki.

Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz Wykonawca stwierdza, że zrealizowane projekty miały znaczny wpływ na:

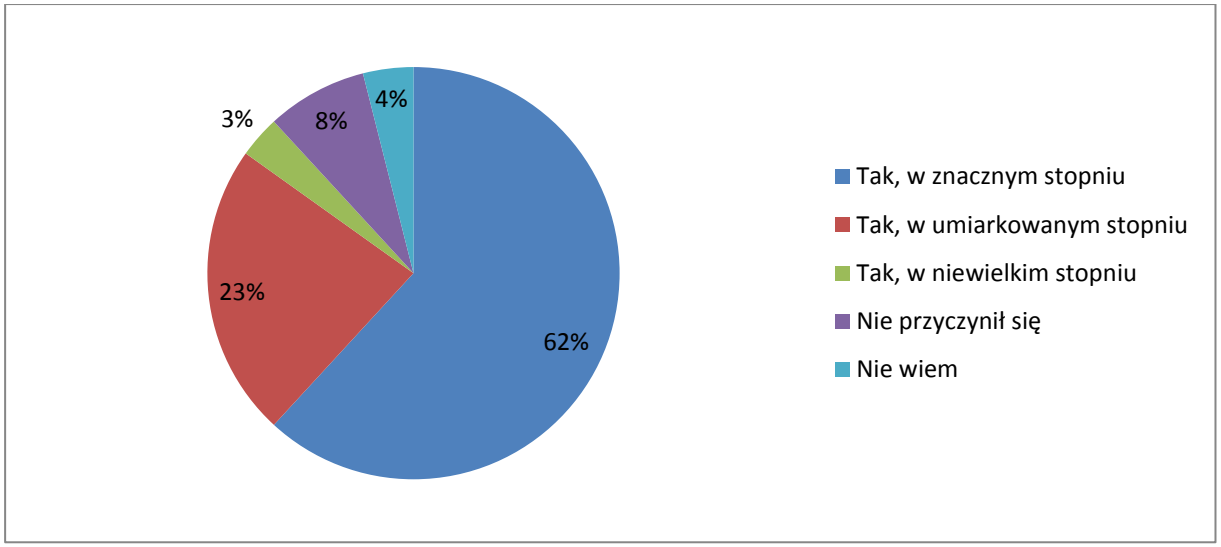
- zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce;
- skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala;
- skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie diagnozy;
- zwiększenia liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi;
- zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych;
- zwiększenie dostępności do zabiegów ratujących życie;
- podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych;
- podniesienie jakości zabiegów ratujących życie;
- podniesienie skuteczności udzielania świadczeń medycznych;
- podniesienie skuteczności zabiegów ratujących życie.

Słabsze oddziaływanie odnotowano wyłącznie odnośnie do kwestii zwiększenia bazy łóżkowej, co związane jest z założeniami zrealizowanych inwestycji.

b) W jakim stopniu projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do poprawy stanu infrastruktury technicznej/jakości wyposażenia podmiotów leczniczych?

Blisko 90% ankietowanych zaobserwowało poprawę stanu infrastruktury technicznej na skutek realizacji projektu, w tym 62% uznało, że było ona znaczne, a 23% że umiarkowane. Jedynie 8% respondentów było zdania, że inwestycja nie wpłynęła na stan infrastruktury technicznej reprezentowanego przez nich podmiotu.

Rysunek 20. Czy zrealizowany przez Państwa projekt przyczynił się do poprawy stanu infrastruktury technicznej Państwa placówki?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

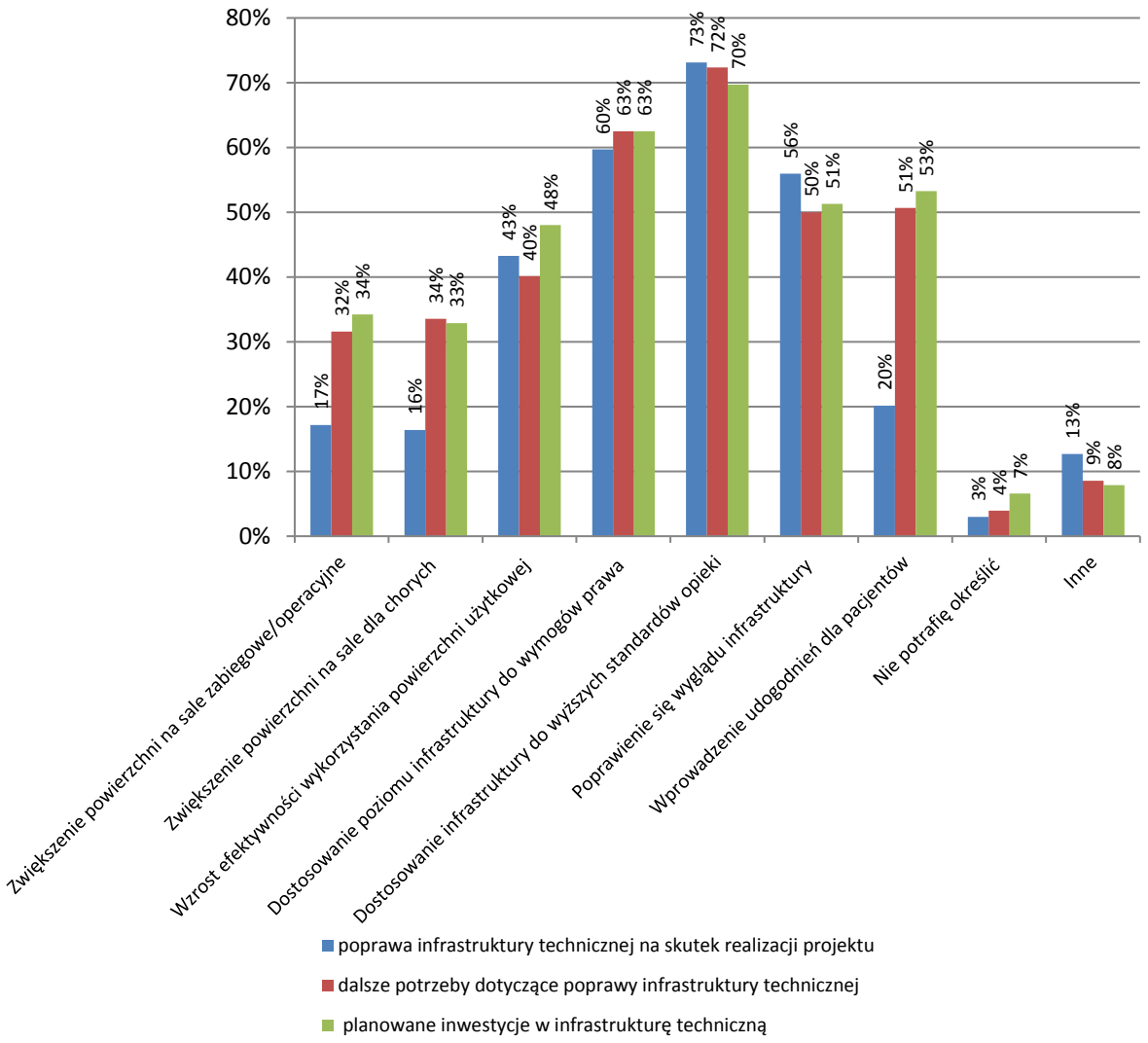
Respondenci, którzy zaznaczyli, że dzięki realizacji projektu w reprezentowanych przez nich placówkach nastąpiła poprawa stanu infrastruktury zostali poproszeni o wskazanie, co poprawiło się w infrastrukturze technicznej ich placówek. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią było „dostosowaliśmy poziom infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem" (73%). Wykorzystanie środków pozwoliło również na dostosowanie poziomu infrastruktury do wymogów prawa (60%) oraz poprawienie wyglądu infrastruktury (56%). Dość często wskazywano również, że poprawiono efektywność wykorzystania istniejące powierzchni użytkowej (43%). Pozostałe odpowiedzi zostały wskazane przez nie więcej niż co piątego respondenta – 20% uczestników badania zaznaczyło, że wprowadzono wiele udogodnień dla pacjentów, 17%, że powiększono powierzchnię na sale zabiegowe i operacyjne, a 16%, że zwiększono powierzchnie na sale dla chorych.

Uczestnicy badania zostali poproszeni o określenie, czy dostrzegają dalsze potrzeby dotyczące poprawy infrastruktury technicznej placówki. Z odpowiedzi respondentów wynika, że konieczna będzie realizacja kolejnych inwestycji w tym zakresie. Najczęściej wskazywano na konieczność dostosowania poziomu infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem (72%). Co najmniej połowa ankietowanych zaznaczyła również odpowiedzi „konieczność dostosowania poziomu infrastruktury do wymogów prawa"(63%), „konieczność wprowadzenia udogodnień dla pacjentów (51%) oraz „konieczność poprawienia wyglądu infrastruktury" (50%). Nieco rzadziej, ale w dalszym ciągu dość często, przedstawiciele beneficjentów wskazywali na konieczność poprawienia efektywności wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej, (40%), zwiększenia powierzchni na sale dla chorych (34%) oraz konieczność zwiększenia powierzchni na sale zabiegowe/operacyjne (32%).

Z odpowiedzi na pytanie „Czy planują Państwo inwestycje w infrastrukturę techniczną Państwa placówki?" wynika, że beneficjenci mają zamiar zaspokoić potrzeby

zidentyfikowane w poprzednim punkcie badania – rozkłady odpowiedzi w przypadku obydwu pytań były bardzo zbliżone. **Najczęściej wskazywano, że w planach jest realizacji inwestycji w zakresie dostosowania poziomu infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem (70%).** Co najmniej połowa uczestników badania zaznaczyła również odpowiedzi „dostosowanie poziomu infrastruktury do wymogów prawa" (63%), „wprowadzenie udogodnień dla pacjentów" (53%) i „poprawienie wyglądu infrastruktury (51%). Pozostałe opcje były wskazywane nieco rzadziej, ale i tak wybrało je ponad trzech na dziesięciu respondentów – 48% uczestników badania CAWI planuje poprawienie efektywności wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej, 34% zwiększenie powierzchni na sale zabiegowe/operacyjne, a 33% - zwiększenie powierzchni na sale dla chorych.

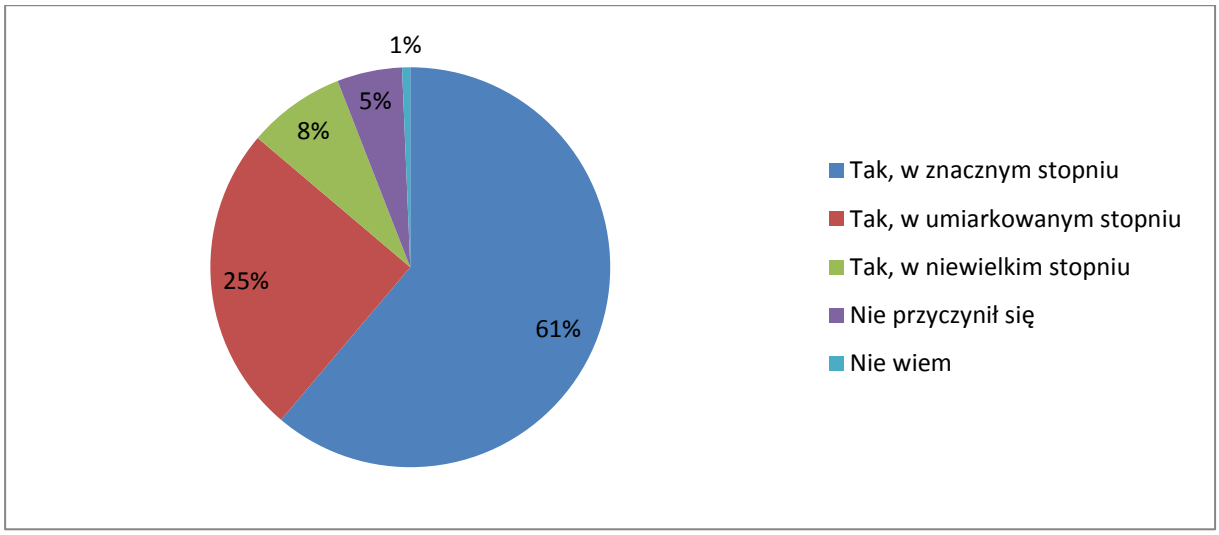
Rysunek 21. Analiza infrastruktury technicznej beneficjentów w infrastrukturę techniczną Państwa placówki?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=260 dla punktu „poprawa infrastruktury technicznej na skutek realizacji projektu i n=295 dla pozostałych punktów)

Jedynie 5% ankietowanych wskazało, że zrealizowane projekty nie przyczyniły się do poprawy stanu jakości wyposażenia ich placówek, 94% jest zdania, że sytuacja reprezentowanych przez nich podmiotów w tym zakresie poprawiła się, w tym 61% uważa, że w znacznym stopniu, a jeden na czterech respondentów, że w umiarkowanym stopniu. Odpowiedzi uczestników badania świadczą o tym, że inwestycje miały bardzo istotny wpływ na zaopatrzenie placówek medycznych w wyższej jakości aparaturę i sprzęt.

Rysunek 22. Czy zrealizowany przez Państwa projekt przyczynił się do poprawy stanu jakości wyposażenia Państwa placówki?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

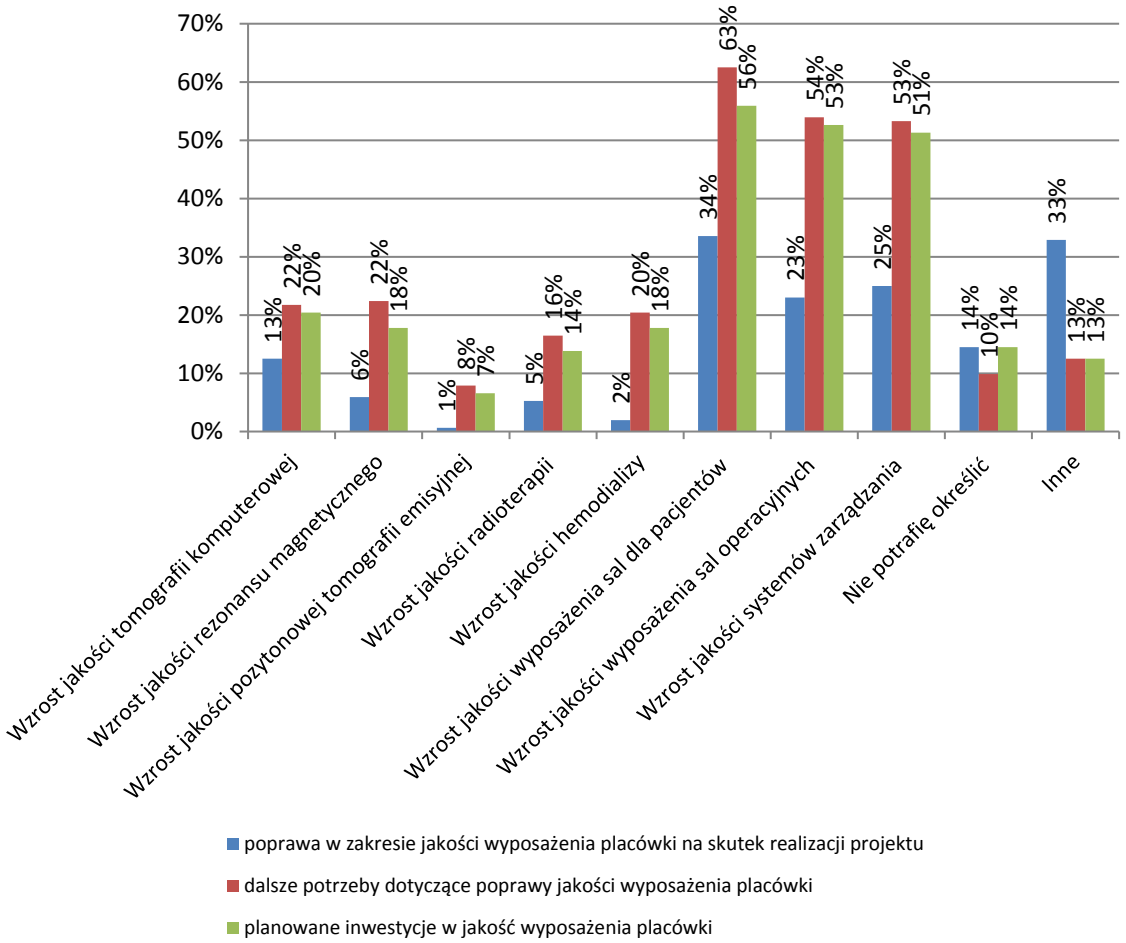
Uczestnicy badania CAWI zostali poproszeni o wskazanie, co poprawiło się w zakresie jakości wyposażenie ich placówek. **Najczęściej zaznaczano, że poprawiła się jakość wyposażenie sal dla pacjentów (34%).** Dość często wybierano również odpowiedzi „poprawiła się jakość wyposażenia systemów zarządzania oddziałów/całego szpitala" (25%), „poprawiła się jakość wyposażenia sal operacyjnych" (23%) oraz „poprawiła się jakość tomografii komputerowej" (13%). Mniej niż 10% uczestników badania wskazało na poprawienie się jakości rezonansu magnetycznego (6%), radioterapii (5%), hemodializy (2%) oraz pozytonowej tomografii emisyjnej (1%). Wśród odpowiedzi „inne" znalazły się m.in. zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu transportu (zarówno drogowego, jak i lotniczego), lepsze wyposażenie ambulansów ratowniczych oraz zwiększenie jakości cystometrii, neuronawigacji, kardiotokografii.

Można zauważyć, że zidentyfikowane braki w zakresie wyposażenia dotyczą tych samych obszarów, w których na skutek realizacji projektów nastąpiła poprawa – oznacza to, że realizacja projektów nie zaspokoiła wszystkich potrzeb beneficjentów w tym zakresie. Największy odsetek respondentów dostrzega konieczność poprawienia jakości wyposażenia sal dla pacjentów (63%). Nieco ponad połowa ankietowanych wskazała na konieczność poprawienia jakości wyposażenia sal operacyjnych (54%) oraz konieczność poprawienia jakości wyposażenia systemów zarządzania oddziałów/całego szpitala (53%). Pozostałe odpowiedzi zostały zaznaczone przez mniej niż ¼

uczestników badania CAWI – po 22% ankietowanych wskazało na konieczność poprawienia jakości tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, 20% na konieczność poprawienia jakości hemodializy, 16% - radioterapii, zaś 8% na konieczność poprawienia jakości pozytonowej tomografii emisyjnej. Wśród odpowiedzi „inne" znalazły się potrzeba odnowy taboru samochodowego oraz doposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę.

Uczestnicy badania zostali poproszeni o wskazanie, czy reprezentowane przez nich placówki planuję inwestycje w jakość wyposażenia. Podobnie jak w przypadku pytania o planowane inwestycje w zakresie infrastruktury technicznej, z udzielonych odpowiedzi wynika, że beneficjenci mają zamiar zaspokoić zidentyfikowane potrzeby. Ponad połowa respondentów zaznaczyła w ankiecie, że plany dotyczą poprawienia jakości wyposażenia sal dla pacjentów (56%), poprawienia jakości wyposażenia sal operacyjnych (53%) oraz poprawienia jakości wyposażenia systemów zarządzania oddziałów/całego szpitala (51%). Pozostałe odpowiedzi zostały wybrane przez nie więcej niż jednego na pięciu ankietowanych – 20% z nich zaznaczyło odpowiedź „poprawienie jakości tomografii komputerowej", po 18% wskazało na poprawienie jakości rezonansu magnetycznego oraz poprawienie jakości hemodializy, 14% na poprawienie jakości pozytonowej tomografii emisyjnej, zaś 7% na poprawienie jakości pozytonowej tomografii emisyjnej. Wśród odpowiedzi „inne" znalazły się plany dotyczące odnowy taboru samochodowego oraz doposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę.

Rysunek 23. Analiza jakości wyposażenia beneficjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=277 dla punktu „poprawa w zakresie jakości wyposażenia placówki na skutek realizacji projektu" i n=295 dla pozostałych punktów)

Pierwszym aspektem, na który zwrócili uwagę uczestnicy panelu ekspertów, analizując wpływ modernizacji oraz rozbudowy obiektów infrastruktury ochrony zdrowia na poprawę funkcjonowania opieki medycznej jest fakt, że **jednostki służby zdrowia muszą spełniać wymagania prawne, żeby móc uczestniczyć w konkursach na świadczenie usług medycznych ze środków publicznych** – realizacja projektów pozwoliła niektórym placówkom na dostosowanie standardów świadczenia usług do wymogów prawnych. Warunki kontaktów z NFZ zostały określone przez respondentów jako „dość rygorystyczne" – do uzyskania kontraktu niezbędne jest posiadanie zarówno wysokiej jakości sprzętu, jak i personelu o odpowiednich kwalifikacjach. **Wsparcie finansowe inwestycji pozwoliło beneficjentom na poprawę tych elementów, a tym samym na funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia.** Jako przykład bardzo skutecznej inwestycji infrastrukturalnej wskazano projekt zrealizowany przez Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"[13].

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

Dzięki wykorzystaniu środków UE doprowadzono stare budynki do stanu spełniającego obowiązujące wymogi prawne. Miało to znaczny wpływ na poprawę komfortu zarówno personelu, jaki i pacjentów oraz ich rodzin. Beneficjent m.in.: poprawił warunki temperaturowe, uruchomił klimatyzację, dostosował przestrzenie do potrzeb osób niepełnosprawnych, ułatwił opiekunom kontakt z dziećmi. Nowy, oddzielny budynek pozwala na kompleksowe leczenie młodych pacjentów oraz umożliwia rodzicom przebywanie z dziećmi. Zapewniono odpowiedni dostęp do toalet, utworzony parking ułatwia odwiedzanie bliskich.

Eksperci pozytywnie ocenili fakt, że jedną z głównych grup stanowiących beneficjentów XII Priorytetu PO IiŚ są szpitale powiatowe, czyli jednostki służby ochrony zdrowia, które mają do czynieni z pacjentem bezpośrednio do wypadku. Inwestycje w infrastrukturę lądowisk pozwalają na zapewnienie szybkiej pomocy w sytuacji zagrożenia życia, zachowanie zasady „złotej godziny". Logika wydatkowania pieniędzy została uznana za słuszną, gdyż dofinansowanie otrzymały jednostki służby zdrowia najbardziej istotne z punktu widzenia systemu.

c) Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych projektów?

Uczestnicy badań CAWI i IDI do najważniejszych korzyści wynikających z realizacji projektów zaliczyli między innymi następujące aspekty:

- Poprawienie szybkości, jakości i dostępności procesów diagnostyczno-terapeutycznych; dzięki doposażeniu placówki w nowoczesny sprzęt
- obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- spełnianie zasady „złotej godziny" poprzez zapewnienie pacjentom dodatkowej drogi (powietrznej) dotarcia do szpitala i wymianę ambulansów na nowe;
- poprawienie stanu infrastruktury szpitalnej;
- polepszenie warunków pracy personelu i podniesienie efektywności jego pracy;
- zwiększenie satysfakcji pacjentów.

Respondenci najczęściej wskazywali na poprawę jakości usług, zaopatrzenie placówki w nowoczesny sprzęt, zwiększenie dostępności usług i skrócenie czasu potrzebnego na przetransportowanie pacjenta.

Większość uczestników badania IDI stwierdziła, że wnioski o dofinansowanie zostały przygotowane bardzo skrupulatnie i uwzględniono w nich wszystkie efekty realizacji projektu. Jedynie nieliczni przedstawiciele beneficjentów przyznali, że są w stanie dostrzec dodatkowe efekty inwestycji, na przykład:

- poprawę wizerunku placówki medycznej;
- skrócenie czasu pobytu w szpitalu – dzięki możliwości przeprowadzenia szczegółowej diagnozy na SOR nie ma potrzeby przyjmowania pacjenta na oddział. Jeżeli nie zostaje stwierdzona potrzeba hospitalizacji, pacjent zostaje odesłany do domu;
- lepsze usystematyzowanie pracy SOR-u;

- zakupienie drobnego sprzętu medycznego z funduszy, które pozostały po rozstrzygnięciu postępowań przetargowych (po uzyskaniu na to zgody).

d) Na ile efekty interwencji są użyteczne w kontekście wyzwań społeczno-demograficznych w obszarze zdrowia? W jaki sposób interwencja w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczynia się do poprawy sytuacji w sektorze zdrowia?

Analizując wyzwania społeczne-demograficzne w obszarze zdrowia, należy uwzględnić przede wszystkim:

- przyczyny zgonów;
- przyczyny pobierania świadczenia rentowego.

Najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce w 2013 roku były choroby układu krążenia (45,8% przyczyn zgonów), nowotwory (25,5%), choroby układu oddechowego (5,9%), przyczyny zewnętrzne, np. wypadki (5,8%) oraz choroby układu trawiennego[14].

Największe wydatki na świadczenia rentowe ponoszone są w związku z chorobami układu krążenia (25,4% ogółu wydatków), zaburzeniami psychicznymi (19,3%), chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (12,9%), chorobami układu nerwowego (9,4%), urazami, zatruciami i innymi konsekwencjami przyczyn zewnętrznych (7,3%) oraz nowotworami (6,7%)[15].

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że inwestycje i zakupy zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ zmniejszają oddziaływanie większości ze zdiagnozowanych czynników, na przykład:

- tworzenie Centrów Urazowych, zakup karetek, budowa lądowisk oraz doposażenie SOR-ów przyczynia się do ograniczania negatywnego wpływu przyczyn zewnętrznych, jest bardzo istotny również w przypadku zagrożeń życia związanych z chorobami, zwłaszcza kardiologicznymi;
- zakup EKG, aparatów USG, KTG, kardiostymulatorów i angiografów jest istotny w przypadku chorób układu krążenia;
- Aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej oraz rezonans magnetyczny są istotne w przypadku nowotworów;
- Aparaty EMG przydają się w diagnostyce chorób układu nerwowego oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. W diagnostyce tych ostatnich dużą rolę odgrywają również aparaty RTG, tomografy komputerowe oraz rezonans magnetyczny;
- Zastosowanie aparatury endoskopowej pozwala na wykrywanie chorób układu trawiennego;

[14] Sytuacja demograficzna Polski, raport 2014-2015, Warszawa 2015, sytuacja_demograficzna_polski_raport_2014_2015.pdf

[15] J. Jabłonowski, Christopher Müller, Długookresowa ocena stabilności polskiego systemu rentowego oraz jego możliwej reformy, Warszawa 2014, http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_-_System_rentowy/$FILE/Raport_SP_System_Rentowy_PL.pdf

- Respiratory są stosowane w przypadku ustania czynności oddechowej, jak również w leczeniu niektórych chorób układu oddechowego (np. zespołu ostrej niewydolności oddechowej).

Projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ nie uwzględniały inwestycji dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych. W przypadku realizacji podobnych projektów w przyszłości należy rozważyć przeznaczenie środków na dofinansowanie działań związanych z tym celem.

Poniżej zaprezentowano inne problemy polskiej służby zdrowia, zidentyfikowane przez Wykonawcę oraz określono, czy realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniła się do ich rozwiązania/złagodzenia.

1. Negatywny wizerunek służby zdrowia

Z komunikatu opublikowanego przez Centrum Badania Opinii Społecznej[16] wynika, że Polacy doceniają kompetencje i zaangażowanie lekarzy, zauważają nowoczesną aparaturę medyczną oraz pozytywnie oceniają dostępność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Nie są jednak zadowoleni z innych aspektów funkcjonowania służby zdrowia, m.in.:

- połowa ankietowanych uważa, że administracja palcówek nie obsługuje pacjentów szybko i skutecznie;
- według połowy respondentów pacjenci nie są traktowani równo, a stosunek do nich nie jest zależny wyłącznie od stanu ich zdrowia;
- 70% badanych twierdzi, że niemożliwe jest szybkie wykonanie potrzebnych badań diagnostycznych;
- zastrzeżenia do dostępności wizyt u specjalistów oraz badań diagnostycznych ma aż 88% respondentów.

Realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniła się do poprawy wizerunku służby zdrowia poprzez zredukowanie natężenia części wskazanych powyżej problemów – poprawiła się szybkość realizacji i dostępność badań diagnostycznych, zmniejszyły się nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

2. Niedobory kadrowe

Wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców jest niższy niż średnia dla Unii Europejskiej . Według danych OECD z 2013 roku na 1000 Polaków przypadało 5,3 pielęgniarek. Niskie zarobki oraz wyżej wspomniany negatywny wizerunek służby zdrowia nie zachęcają młodych Polaków do podjęcia studiów związanych z pracą w sektorze medycznym. Braki wśród personelu polskich szpitali związane są również ze zjawiskiem emigracji zarobkowej lekarzy i pielęgniarek oraz starzeniem się niektórych grup zawodowych - średni wiek pielęgniarki to 48 lat.

[16] CBOS, *Opieka zdrowotna w Polsce,* dane z badania *Aktualne problemy i wydarzenia* przeprowadzonego w dniach 2–9 czerwca 2016, dostępne na: www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2016/32/newsletter.php [dostęp: 31.08.2016].

Kluczowym czynnikiem wpływającym na chęć podjęcia pracy w danym podmiocie jest wynagrodzenie, niemniej jednak istotne są równie inne aspekty, na które wpływ miała realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ – komfort pracy, prestiż placówki oraz możliwość rozwoju poprzez wykorzystywanie nowoczesnego sprzętu. W związku z tym można przypuszczać, że beneficjenci będą mieli w przyszłości nieco mniejsze trudności z przyciąganiem wykwalifikowanym kadr.

3. Postęp technologiczny

Najnowocześniejsze osiągnięcia techniki i medycyny pozwalają na podnoszenie jakości usług medycznych. Specjalistyczne narzędzia czy systemy monitorujące pomagają personelowi podejmować decyzje dotyczące zdrowia lub życia pacjentów. Ciągły postęp technologiczny związany jest ze stałą potrzebą wymiany sprzętu i aparatury medycznej.

Na tę potrzeb w pełni odpowiadają inwestycje zrealizowane w ramach PO IiŚ, gdyż uwzględniały one zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury, cechujące się wyższą dokładnością i jakością.

4. Wysoki odsetek osób niepełnosprawnych

Jak wynika z *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*[17] w 2015 *roku* 27,8% Polaków w wieku 15+ posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Związane jest z tym zjawisko dezaktywacji zawodowej ze względu na przyczyny zdrowotne. Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowią choroby narządów ruchu, układu krążenia oraz schorzenia neurologiczne. Związana z tym jest konieczność dostosowania szpitali do potrzeb tych osób oraz ich ograniczeń ruchowych.

W ramach zrealizowanych projektów dokonywano prac modernizacyjnych w jednostkach służby zdrowia. Niektóre z inwestycje uwzględniały dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych, jednak wpływ Priorytetu XII PO IiŚ na ten aspekt był ograniczony i w przyszłości niezbędna będzie realizacja kolejnych działań związanych z przystosowywaniem podmiotów medycznych do potrzeb osób ograniczonych ruchowo, zwłaszcza jeżeli chodzi o dostosowywanie łazienek i toalet.

Istotne jest również przeciwdziałanie zdarzeniom, które powodują powstawanie niepełnosprawności – zakup karetek, budowa lądowisk, tworzenie Centrum Urazowych oraz doposażenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych zwiększają szanse na to, że osoba poszkodowana w wyniku wypadku lub innego zdarzenia nagłego nie dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu.

5. Starzenie się społeczeństwa i wzrost zapadalności na choroby związane z wiekiem senioralnym

Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego „liczba ludności w wieku 80 lat i więcej wykazywana w bieżących bilansach w wielkości około 1,5 mln tys.,

[17] Dane na podstawie *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL),* dostępne na: http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,86,stan-zdrowia [dostęp: 31.08.2016].

wzrośnie w 2050 r. ponad dwukrotnie – do ponad 3,5 mln osób[18]". Pracownicy służby zdrowia częściej spotykać się będą z chorobami senioralnymi. Związana z tym będzie konieczność dostosowania szpitali do potrzeb osób starszych: brakuje oddziałów geriatrycznych oraz geriatrów.

W przypadku osób starszych, podobnie jak w przypadku osób ze stwierdzoną niepełnosprawnością, konieczne jest dostosowywanie infrastruktury szpitali do potrzeb. Jak wspomniano wcześniej, zrealizowane projekty w części odpowiadały na tę potrzebę, jednak ze względu na starzenie się społeczeństwa konieczne będą liczne inwestycje związane z opieką geriatryczną.

6. Niedostosowana do potrzeb zdrowotnych struktura łóżek szpitalnych

Łóżka szpitalne w wielu miejscach w Polsce nie są dostosowane do potrzeb pacjentów. Brakuje łóżek lecznictwa długoterminowego, paliatywnego, hospicyjnego oraz łóżek geriatrycznych[19].

W ramach zrealizowanych projektów dokonano zakupu znacznej liczby łóżek specjalistycznych, niemniej jednak potrzeby w tym zakresie są bardzo duże i konieczne będą znaczne inwestycje, aby zaspokoić potrzeby w tym zakresie.

7. Wysoka częstotliwość urazów powstałych w wyniku wypadków

W Polsce z wysoką częstotliwością występują urazy powstałe w wyniku wypadków. Ich negatywne skutki wpływają na aktywność zawodową. Z urazami takimi wiąże się konieczność stałego podwyższania poziomu ratownictwa medycznego i tworzenia Centrów Urazowych.

Do działań zrealizowanych w ramach projektów służących przeciwdziałaniu urazom można zaliczyć zakup karetek, budowę lądowisk, tworzenie Centrum Urazowych oraz doposażenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Dostrzegalny jest znaczny wpływ zrealizowanych inwestycji w tym zakresie.

8. Długi czas oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty jest najczęściej negatywnie ocenianym aspektem funkcjonowania polskiej służby zdrowia. Z wyników przeprowadzanego cyklicznie badania *Barometr Watch Health Care* wynika, że najdłużej czekać trzeba na świadczenia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (16,7 mies.) oraz stomatologii (8,5 mies.). W czerwcu i lipcu 2016 roku wydłużył się średni czas

[18] Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050,* dostępne na: stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html [dostęp: 31.08.2016].

[19] Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020, dostępne na: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf, s. 125, [dostęp: 31.08.2016].

oczekiwania na wizytę u angiologa (6.7 mies.), reumatologa (5,9 mies.) oraz kardiologa (4,8 mies.)[20].

W ramach zrealizowanych projektów zrealizowano liczne zakupy i sprzętu. Zgodnie z przeprowadzonymi analizami powinny one przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania na specjalistyczne i wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne związane w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu, angiologii, reumatologii i kardiologii. Inwestycje te nie mają jednak wpływu na poprawę sytuacji w zakresie stomatologii.

9. Niska wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych

W przypadku wielu chorób dotykających pacjentów, moment ich wykrycia wpływa na prawdopodobieństwo leczenia. W Polsce nadal choroby wykrywane są zbyt późno. Związane jest to między innymi z niską świadomością Polaków, zbyt rzadkim poddawaniem się badaniom kontrolnym oraz ignorowaniem pierwszych symptomów stanów chorobowych. Późna diagnoza w dużej mierze przyczynia się do wysokiego stopnia umieralności w przypadku zachorowań na np. nowotwór prostaty[21].

Zrealizowane inwestycje uwzględniały zakup wysokiej klasy sprzętu diagnostycznego, pozwalającego na wczesne wykrywanie nowotworów. Powinno to zarówno zwiększyć dostępność tego typu świadczeń, jak i poprawić ich skuteczność. Jako przykład pozytywnego działania można wskazać zakup nowoczesnych mammografów – badania realizowane przy wykorzystaniu mammografów analogowych są nieprzyjemne, co zniechęca część kobiet do ich ponownej realizacji w przyszłości. Zakupione mammografy cyfrowe cechują się niską traumatycznością, w związku z czym spodziewać się można, że odsetek kobiet decydujących się na ponowienie tego badania wzrośnie.

10. Wyższy od średniej UE współczynnik umieralności niemowląt

Umieralność niemowląt zmniejsza się w Polsce od lat, jednak nadal współczynnik umieralności w Polsce jest wyższy niż średnia dla Unii Europejskiej (4,6/1000 urodzeń żywych w 2012 r. w Polsce, 3,9/1000 urodzeń żywych w 2011 r. w UE[22]). Najbardziej wyraźna różnica dotyczy zgonów w pierwszych czterech tygodniach życia, w szczególności zaś tych w pierwszym tygodniu. Najczęstszą przyczyną zgonów są stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym[23] (ostatni trymestr ciąży, poród,

[20] *BAROMETR WHC Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 14/2/08/2016 Stan na czerwiec/lipiec 2016r.,* dostępne na: www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrwhc_xiv.final_.pdf [dostęp: 31.08.2016].
[21] *Wypowiedź Profesora Piotra Wysokiego,* dostępna na: www.zdrowie.abc.com.pl/aktualnosci/pozna-wykrywalnosc-i-nieskuteczne-leczenie-przyczyna-umieralnosci-na-raka-prostaty,21639.html [dostęp: 31.08.2016].
[22] Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020, dostępne na: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf, s. 25, [dostęp: 31.08.2016].
[23] Tamże.

pierwsze siedem dób życia). Konieczne jest podniesienie jakości opieki w szpitalach dziecięcych oraz na oddziałach położniczych i ginekologicznych.

W ramach Priorytetu XII PO IiŚ doposażono szpitale dziecięce w nowoczesny sprzęt, np. wysokiej klasy inkubatory. Wzrost jakości opieki nad niemowlętami przekłada się n spadek poziomu ich śmiertelności, w związku z czym należy stwierdzić, że zrealizowane inwestycje odpowiadają na potrzeby w tym zakresie.

11. Nieścisłości i braki w strukturze Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

System ratownictwa medycznego jest siecią, której wszystkie elementy muszą ze sobą ściśle współpracować. Tylko wtedy możliwe będzie skuteczne i szybkie udzielanie pomocy poszkodowanym. W Polsce konieczne są działania w celu uzupełnienia sieci ratowniczej. Ponadto wiele podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego nie jest dostosowanych do wymagań, jakim powinny odpowiadać, biorąc pod uwagę przepisy prawne. Zagrożeniem dla systemu ratownictwa medycznego w Polsce jest jego destabilizacja w przypadku podziału i zmienności świadczeniodawców[24] .

Zrealizowane inwestycje pozwoliły wielu beneficjentom na dostosowanie infrastruktury ratowniczej do wymogów przepisów prawa oraz przyczyniły się do zmniejszenia nierówności w dostępie do pierwszej pomocy medycznej.

Podsumowanie:

Na podstawie przeprowadzonego na potrzeby ewaluacji badania zespół badawczy zidentyfikował wpływ realizacji projektów na funkcjonowania placówek medycznych.

Wyraźne jest oddziaływanie przeprowadzonych inwestycji na:

- zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce;
- skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala;
- skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie diagnozy;
- zwiększenia liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi;
- zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych;
- zwiększenie dostępności do zabiegów ratujących życie;
- podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych;
- podniesienie jakości zabiegów ratujących życie;
- podniesienie skuteczności udzielania świadczeń medycznych;
- podniesienie skuteczności zabiegów ratujących życie.

Realizacja projektów przyczyniła się przede wszystkim do zwiększenia dostępności do świadczeń medycznych i zabiegów ratujących życie, ich jakości i skuteczności.

[24] Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020, dostępne na: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/krs_-_pp.pdf, s. 128, [dostęp: 31.08.2016].

Na poprawę tych aspektów wpłynęło przede wszystkim:

- wybudowanie i zmodernizowanie lądowisk, umożliwiające szybkie transportowanie osób, których życie jest zagrożone nawet w złych warunkach pogodowych;
- poprawienie bezpieczeństwa epidemiologicznego;
- wykorzystywanie większej liczby i wyższej jakości sprzętu;
- poprawienie komfortu pacjentów (lepiej wyposażone i dostosowane pomieszczenia szpitalne);
- wyposażenie placówki w nowe, niewykorzystywane wcześniej rodzaje aparatury.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że dzięki realizacji projektów zwiększyła się również efektywność zarządzania placówkami służby zdrowia, ale jak na razie inwestycje raczej nie przełożyły się na zmniejszenie kosztochłonności procedur i wzrost rentowności placówki. Należy jednak zwrócić uwagę, że realizacja projektów wiązała się z wniesieniem wkładu własnego, w związku z czym oszczędności, związane m.in. ze zmniejszeniem zużycia energii, będą widocznie dopiero po upływie dłuższego czasu. Na poprawę rentowności wpłynie również zawieranie wyższych kontraktów z NFZ, możliwe dzięki wyposażeniu placówki w nową aparaturę.

Na podstawie przeprowadzonej ewaluacji stwierdzono, że realizacja projektów miała bardzo pozytywny wpływ na stan infrastruktury technicznej placówek służby zdrowia oraz na stan jakości ich wyposażenia., w tym przede wszystkim na dostosowanie poziomu infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem, dostosowanie poziomu infrastruktury do wymogów prawa, poprawę wyglądu infrastruktury, poprawę jakości wyposażenia dla pacjentów, poprawę jakości wyposażenia systemu zarządzania i poprawę jakości wyposażenia sal operacyjnych.

Zrealizowane badanie wykazało nie tylko pozytywne oddziaływanie projektów, lecz także fakt, że beneficjenci, pomimo realizacji projektów, nadal wykazują bardzo duże zapotrzebowanie na działania dotyczące poprawy infrastruktury technicznej i wyposażenia, szczególnie w zakresie:

- dostosowania poziomu infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem;
- dostosowania poziomu infrastruktury do wymogów prawa;
- wprowadzenia udogodnień dla pacjentów;
- poprawienia wyglądu infrastruktury;
- poprawienia jakości wyposażenia sal dla pacjentów;
- poprawienia jakości wyposażenia sal operacyjnych;
- poprawienia jakości wyposażenia systemów zarządzania.

Pozytywnie należy ocenić fakt, że beneficjenci nie tylko dostrzegają wskazane powyżej potrzeby, lecz także planują realizację inwestycji mających na celu ich zaspokojenie.

Do najważniejszych korzyści wynikających z realizacji projektów zaliczyć można:

- poprawienie jakości opieki nad pacjentami; w tym nad osobami w stanie zagrożenia życia;
- usprawnienie procesów diagnostycznych i terapeutycznych;
- zwiększenie zakresu świadczeń medycznych;
- obniżenie poziomu śmiertelności;
- usprawnienie transportu osób, których stan życia i zdrowia jest zagrożony;
- skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala;
- skrócenie czasu potrzebnego na rehabilitację osób hospitalizowanych, przyspieszenie ich powrotu do pracy;
- zredukowanie kosztów;
- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów;
- poprawę komfortu i satysfakcji pacjentów i pracowników;
- zapewnienie kompleksowego leczenia w jednej placówce;
- usprawnienie pracy lekarzy i pozostałego personelu medycznego;
- poprawę wizerunku placówek medycznych.

Należy zwrócić uwagę, że wyżej wymienione korzyści dla pacjentów przekładają się na korzyść dla sytuacji gospodarczej kraju – im zdrowsze społeczeństwo, tym mniejsze obciążenie budżetu z tytułu świadczeń społecznych i większe wpływy z tytułu podatków – każdy dodatkowy dzień poświęcony na hospitalizację w związku z oczekiwaniem pacjenta na diagnozę lub zabieg czy niską jakością opieki medycznej stanowi koszt dla całego społeczeństwa.

3.6. Cel szczegółowy 6: identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

a) Czy, a jeśli tak, to jakie można wskazać długofalowe efekty realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?

Na podstawie przeprowadzonych badań CAWI i IDI Wykonawca wskazał najważniejsze długofalowe efekty realizacji projektów. Należy do nich zaliczyć:

- zwiększenie efektywności i skuteczności udzielania pomocy medycznej;
- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów;
- zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych;
- wzrost komfortu pacjentów i lekarzy;
- poprawa wizerunku służby zdrowia;
- zwiększenie liczby „zdrowych lat życia" i związane z tym zmniejszenie odsetka osób otrzymujących renty;
- zmniejszenie liczby powikłań i zakażeń

Na podstawie przeprowadzonej analizy Wykonawca stwierdził zakupiony sprzęt oraz inwestycje będą służyć pacjentom przez co najmniej kilka najbliższych lat, a w niektórych przypadkach nawet trzydzieści dłużej, przy czym konieczne będzie

użytkowanie aparatury zgodnie z zaleceniami producenta, dokonywanie przeglądów, napraw i remontów Wniosek ten wyciągnięto m.in. na podstawie wypowiedzi respondentów badania IDI, które zaprezentowano poniżej.

- *Jeśli ten sprzęt jest użytkowany zgodnie z wytycznymi producenta i instrukcją to powinien działać tak długo, jaka jest jego żywotność (np. pompy to 10 lat…). Osoby przeszkolone są. Wiedzą jak go używać dbamy o to. Każdy musi wiedzieć jak on działa i jakie są tam zasady. Moim zdaniem jest użytkowany właściwe, dbamy by wszystko działo, staramy się na czas robić przeglądy, cały sprzęt ma paszporty, jest pełna dokumentacja sprzętu. W tych warunkach, których pracuje powinien służyć lata pacjentom.*
- *Według mojego stanu wiedzy zakupiony sprzęt będzie intensywnie wykorzystywany na oddziale. Zważywszy na ogromne potrzeby sprzętowe i braki w tym zakresie przewiduje się taki okres eksploatacji aby zachować wszystkie obowiązujące standardy bezpieczeństwa i jakości. Należy zaznaczyć, iż proces odtworzeniowy jest procesem koniecznym i ciągłym.*
- *Oczywiście, że tak przez co najmniej 30 lat od uruchomienia lądowiska. Przy czym należy wiedzieć, że po tym czasie lądowisko nie zostanie zdegradowane. Prawdopodobnie konieczna będzie wymiana lamp. Może trzeba będzie uzupełnić gdzieś izolacje, bo w naturalny sposób zostanie ona skorodowana, czy zniszczona.*

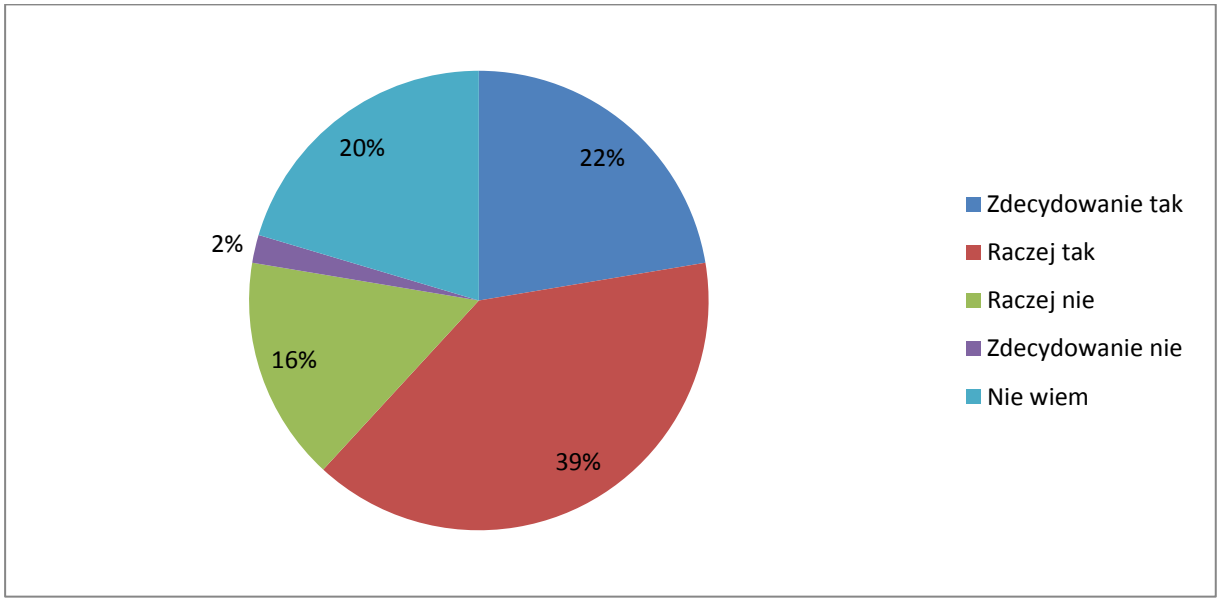
Uczestnicy panelu ekspertów zostali poproszeni o wypowiedzenie się na temat trwałości rezultatów projektów, zidentyfikowanie ich efektów długofalowych oraz określenie warunków zachowania rezultatów projektów. Trwałość rezultatów projektów związana jest z pięcioletnim okresem trwałości projektu – sprzęt i infrastruktura sfinansowane ze środków UE muszą być wykorzystywane co najmniej przez ten okres. **Eksperci zwrócili również uwagę na niematerialne długookresowe efekty realizacji projektów – zwiększenie zaangażowania kierownictwa i pracowników, wzrost partycypacji personelu, poczucia własnej odpowiedzialności i świadomości, utożsamienia się ze środowiskiem pracy.** Na skutek inwestycji dochodzi do poprawy stosunków pomiędzy pracownikami a pacjentami i ich opiekunami oraz polepszenia wizerunku beneficjentów. **Uczestnicy badania spodziewają się, że wyższa jakość usług, osiągnięta na skutek realizacji projektów, utrzyma się w przyszłości, co będzie przekładało się na obniżenie poziomu śmiertelności.**

b) Czy realizowane projekty mają rzeczywisty wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym?

Pozytywnych odpowiedzi na pytanie, czy zrealizowany przez nich projekt ma wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym w regionie objętym zakresem działania jednostki udzieliło 61% ankietowanych (w tym 22% wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak", a 39% „raczej tak"), zaś negatywnych 18%. Udzielone

odpowiedzi świadczą o tym, że realizacja projektu przełożyła się na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym.

Rysunek 24. Czy zrealizowany przez Państwa projekt ma wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym w regionie objętym zakresem działania jednostki?



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI (n=295)

Uczestnicy badania CAWI, którzy wskazali, że zrealizowany projekt ma wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym, zostali poproszeni o wskazanie, na czym polega to oddziaływanie. Wskazali oni m.in., że:

- zachowywana jest zasada „złotej godziny" – dzięki lotniskom i nowym karetkom;
- skrócono czas dojazdu do pacjenta i przewozu do szpitala, co pozwala na szybką diagnostykę i podjęcie specjalistycznego leczenia;
- do diagnozy i leczenia wykorzystywany jest lepszy sprzęt;
- leczenie jest prowadzone przez wielospecjalizacyjne zespoły, które są w gotowości przez całą dobę;
- zabiegi z zakresu fizjoterapii wspomagają terapię szpitalną;
- transport chorych przebiega bezawaryjnie;
- obsługiwana jest większa liczba pacjentów;
- skrócono czas oczekiwania na badania;
- nowy sprzęt zwiększa skuteczność reanimacji;
- karetki są lepiej zaopatrzone, jeżeli chodzi o sprzęt do ratowania życia;
- prawidłowa i szybka diagnostyka umożliwia wdrożenie optymalnego leczenia.

W celu zweryfikowania, czy pozytywne odpowiedzi respondentów są uzasadnione, Wykonawca przeprowadził analizę wskaźnika poziom śmiertelności osób w wieku produkcyjnym w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. W latach 2007-2013 obniżył się on o 13,8%. Można przypuszczać, że realizacja projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ miała wpływ na spadek wartości tego wskaźnika. Ze względu na brak danych

dotyczących poziomu śmiertelności u beneficjentów niemożliwe było przeprowadzenie szczegółowej analizy dla poszczególnych placówek.

Podsumowanie:

Na podstawie przeprowadzonych badań i analiz stwierdzono, że realizacja inwestycji da efekty utrzymujące się znacznie dłużej niż przez pięcioletni okres trwałości projektów.

Do najważniejszych efektów długofalowych można zaliczyć:

- poprawę komfortu i bezpieczeństwa pacjentów;
- zachowywanie zasady złotej godziny dzięki wykorzystaniu transportu powietrznego (wybudowane lądowiska będą użytkowane przez co najmniej 20 lat);
- podwyższenie dostępności i jakości świadczonych usług diagnostycznych i terapeutycznych (z odpowiedzi respondentów wynika, że zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany przez cały założony przez producentów okres żywotności);
- zwiększenie liczby „zdrowych lat życia i pracy";
- zmniejszenie śmiertelności;
-
- poprawę wizerunku placówek służby zdrowia, zwiększenie zaufania społeczeństwa do nich.

Fakt występowania efektów długofalowych należy ocenić zdecydowanie pozytywnie – można spodziewać się, że jakość usług świadczonych przez podmioty medyczne nie obniży się po zakończeniu okresu trwałości projektów, lecz zrealizowane inwestycje będą stanowić podstawę pozytywnych zmian w polskiej służbie zdrowia.

Członkowie zespołu badawczego dostrzegli w wypowiedziach respondentów obawę, że reprezentowane przez nich podmioty nie będą dysponowały w przyszłości środkami pozwalającymi na zastąpienie zakupionej w ramach projektów aparatury nowszymi modelami. Zapewnienie możliwości współfinansowania wydatków przyspieszyłoby znacznie pozytywne przemiany w polskiej służbie zdrowia.

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że realizacja projektów ma znaczny wpływ na obniżenie śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Wynika to przede wszystkim z tego, że:

- zachowywana jest zasada „złotej godziny";
- do diagnozy i leczenia wykorzystywany jest lepszy sprzęt;
- skrócono czas oczekiwania na badania;
- karetki i Szpitalne Oddziały Ratunkowe są lepiej zaopatrzone, jeżeli chodzi o sprzęt do ratowania życia.

3.7. Cel szczegółowy 7: wytypowanie dodatkowych tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007 – 2015

a) Jakie wskaźniki kontekstowe (tj. inne, niż wskaźniki produktu i rezultatu przyjęte dla Priorytetu XII PO IiŚ w dokumentach programowych) można wykorzystać do monitorowania oraz pomiaru efektów interwencji w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?

Zdaniem Wykonawcy do monitorowania oraz pomiaru efektów interwencji w ramach Priorytetu IX PO IiŚ 2014+[25]można wykorzystać następujące wskaźniki kontekstowe:

1) poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych
2) średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych
3) poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych
4) poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych
5) średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach
6) poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców
7) poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców
8) przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na mężczyzn i kobiety, w wieku 0 i 65 lat

W trakcie badania IDI respondenci zostali zapytani o to, czy są w stanie wymienić wskaźniki inne niż te, które były monitorowane w trakcie realizacji inwestycji, które w lepszy sposób odzwierciedlały rezultaty zrealizowanego projektu. Większość badanych nie była w stanie zaproponować innych wskaźników i wyraziła opinię, że te, które zastosowano były adekwatne. Pojawiła się propozycja, aby uwzględnić wskaźnik liczby zakażeń (respondent, który to zaproponował, reprezentował beneficjenta prowadzącego wewnętrzne badania na ten temat). Jeden z uczestników badania zastanawiał się nad stworzeniem wskaźników jakościowych, mierzących jakość i satysfakcję, ale stwierdził, że bardzo trudne byłoby ich monitorowanie.

Wykorzystywany obecnie wskaźnik mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca nie dostarcza wiedzy na temat tego, ile zajmują najdłuższe dojazdy do osoby, której życie lub zdrowie są zagrożone, nie można na jego podstawie wywnioskować, jak często nie udaje się zachować zasady złotej godziny". W związku z tym Wykonawca proponuje wprowadzenie dodatkowego wskaźnika – średnia wartość ostatniego decyla czasów dotarcia na miejsce zdarzenia (średni czas z 10% najdłużej trwających czasów dotarcia) – dostarczyłby on wiedzy o dojazdach najdłuższych, czyli tych stwarzających największe zagrożenie dla pacjentów.

[25] Wykonawca zaproponował wskaźniki kontekstowe do monitorowania interwencji w ramach Priorytetu IX PO IiŚ 2014+ ze względu na to, że zakończono realizację PO IiŚ 2007-2013.

b) Jak zmieniała się wartość poszczególnych wskaźników kontekstowych w latach 2007-2015?

W tabeli 8. zaprezentowano wartości wskaźników kontekstowych dla lat 2007-2015:

Tabela 8. Wartości wskaźników kontekstowych dla lat 2007-2015[26]

	Jednostka	Źródło	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1) Poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych	%	GUS	60,8%	96,3%	44,6%	35,3%	41,4%	32,9%	31,8%	27,9%	Bd.
2) Średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych	%	GUS	0,56	1,12	1,03	1,12	1,09	1,21	1,10	1,18	1,14
3) Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych	%	GUS	Bd.	8,4%	3,0%	4,5%	4,7%	5,9%	5,4%	5,1%	5,8%
4) Poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych	%	GUS	Bd.	2,8%	2,8%	2,7%	2,5%	2,5%	2,4%	2,2%	2,2%
5) Średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach	dni	Eurostat	7,4	7,4	7,2	7,1	6,9	7,1	7	6,9	Bd.
6) Poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców		Eurostat	1427,3	1398,6	1387,2	1328,5	1325,6	1328,3	1308,1	Bd.	Bd.
7) Poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców		Eurostat	322,8	317,6	312,7	304,2	297,4	300,0	292,4	Bd.	Bd.
8) Przeciętne dalsze trwanie życia - mężczyźni 0 lat	lata	GUS	71,0	71,3	71,5	72,1	72,4	72,7	73,1	73,8	Bd.
9) Przeciętne dalsze trwanie życia - mężczyźni 65 lat	lata	GUS	14,6	14,7	14,7	15,1	15,3	15,4	15,5	15,9	Bd.
10) Przeciętne dalsze trwanie życia	lata	GUS	79,7	80,0	80,1	80,6	80,9	81,0	81,1	81,6	Bd.

[26] Braki danych związane są z tym, że w momencie realizacji ewaluacji statystyki te nie zostały jeszcze udostępnione przez GUS i Eurostat.

- kobiety 0 lat											
11) Przeciętne dalsze trwanie życia - kobiety 65 lat	lata	GUS	18,9	19,0	19,1	19,4	19,7	19,7	19,8	20,2	Bd.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i Eurostatu

W analizowanym okresie znacznie zmniejszył się poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych – z poziomu 96,3% w 2008[27] roku do 27,9% w 2014 roku (o 68,4 punktu procentowego). Zmniejszenie poziomu wykorzystania łóżek na Oddziałach Ratunkowych związane jest ze zwiększeniem liczby miejsc oraz zmniejszeniem łącznej liczby dni pobytu pacjentów liczonej w osobodniach. Fakt ten należy ocenić pozytywnie – zwiększenie bazy łóżkowej sprawia, że placówki medyczne są w stanie przyjmować na bieżąco pacjentów, zaś zmniejszenie łącznej liczby dni pobytu pacjentów związane jest z tym, że coraz więcej osób jest leczonych w trybie jednego dnia. Pacjent trafiający na Oddział Ratunkowy powinien być szybko diagnozowany, po czym kierowany na odpowiedni oddział bądź, po otrzymaniu pomocy medycznej, wypisywany do domu. Za wyzwanie dla polskiej służby zdrowia należy uznać fakt, że średni czas pobytu pacjentów na Oddziała Ratunkowych pozostaje na stabilnym poziomie – oznacza to, że pacjenci, którzy nie są leczeni w trybie jednego dnia, przebywają na tych oddziałach ponad dobę (1,14 doby w 2015 roku), nim trafiają na odpowiedni oddział. Problem ten związany jest nie tylko z opóźnieniami w diagnozowaniu, lecz także z brakiem miejsc na oddziałach – pacjent pozostaje na oddziale ratunkowym, dopóki nie zwolni się miejsce na właściwym oddziale.

Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych wyniósł w 2015 roku 5,8% i był wyraźnie niższy niż w 2008 roku, kiedy to wyniósł 8,4%. Należy jednak zauważyć, że wskaźnik ten wyniósł w 2009 3,0%, a w następnych latach wahał się w przedziale 4,5%-5,9%. Dość wysoki poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych stanowi wyzwanie dla polskiej służby zdrowia.

Pozytywnie należy ocenić spadek poziomu śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych – z 2,8% w 2007 roku do 2,2% w 2015 roku. Oznacza to, że czynności ratunkowe prowadzone są coraz skuteczniej.

Średni czas hospitalizacji uległ w latach 207-2014 zmniejszył się o 0,5 dnia – pacjenci spędzają w szpitalach mniej czasu, są w stanie szybciej powrócić do domu i do pracy.

W Polsce spada poziom śmiertelności, zarówno uwzględniając wszystkie przyczyny śmierci, jak i zgony spowodowane nowotworami. Jest to związane m.in. z podnoszeniem standardów diagnozowania i udzielania pomocy medycznej.

Zauważalny jest wzrost szacowanego przeciętnego dalszego trwania życia – kobieta urodzona w roku 2015 będzie statystycznie żyć o 1,9 roku dłużej niż kobieta urodzona w 2007 roku. W przypadku mężczyzn wskaźnik ten wyniósł 2,8 roku.

[27] Z analizy wyłączono rok 2007, gdyż Bank Danych Lokalnych nie dysponuje pełnymi danymi za ten rok.

c) Jakie czynniki - poza interwencją w ramach Priorytetu XII PO IiŚ - mają wpływ na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych? (wraz z podaniem dokumentów/danych źródłowych stanowiących podstawę wnioskowania),

W tabeli 9 zaprezentowano czynniki inne niż interwencja w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wpływające na wartości wskaźników kontekstowych. Zostały one określone na podstawie analizy raportów Światowej Organizacji Zdrowia[28] oraz OECD[29].

Tabela 9. Czynniki wpływające na wartość wskaźników kontekstowych

Wskaźnik kontekstowy	Czynniki wpływające na wartość wskaźnika
1)Poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych	• dorośli w wieku ≥ 15 lat, którzy są otyli (%); • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%); • rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • poziom kompetencji lekarzy.

[28] World Health Statistics reports, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/

[29] Health at a Glance 2015, OECD, http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm

2) Średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych	• dorośli w wieku ≥ 15 lat, którzy są otyli (%); • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%); • rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • poziom kompetencji lekarzy.
3) Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych	• dorośli w wieku ≥ 15 lat, którzy są otyli (%); • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%); • rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%). • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia.

4) Poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych	• dorośli w wieku ≥ 15 lat, którzy są otyli (%); • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%); • rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia.
5) Średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach	• dorośli w wieku ≥ 15 lat, którzy są otyli (%); • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%); • rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%);. • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia.

6) Poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców	• dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%); • rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%). • spożycie owoców i warzyw wśród dorosłych; • aktywność fizyczna wśród dorosłych; • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia; • stosowanie profilaktyki przeciwnowotworowej.
7) Poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców	• ludność korzystająca z paliw stałych (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%); • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia; • stosowanie profilaktyki przeciwnowotworowej.
8) Przeciętne dalsze trwanie życia - mężczyźni 0 lat i kobiety 0 lat	• dzieci w wieku poniżej 5 lat skarłowaciałe (%); • dzieci w wieku poniżej 5 lat z niedowagą dla wieku (%); • dzieci w wieku <5 lat z nadwagą dla wieku (%); • wskaźnik przedwczesnych urodzeń (na 100 żywych urodzeń); • niemowlęta karmione wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia (%); • niska masa urodzeniowa noworodków (%); • spożycie owoców i warzyw wśród dzieci; • aktywność fizyczna wśród dzieci; • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia.
9) Przeciętne dalsze trwanie życia - mężczyźni 65 lat i kobiety 65 lat	• spożycie owoców i warzyw wśród dorosłych; • aktywność fizyczna wśród dorosłych; • rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%); • spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę); • częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%); • dorośli w wieku ≥ 15 lat, którzy są otyli (%); • dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%); • dostęp do urządzeń sanitarnych (%); • ludność korzystająca z paliw stałych (%); • poziom kompetencji pracowników służby zdrowia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów WHO i OECD

W przypadku wskaźników poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych, średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych, poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych, poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych oraz średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach. Otyłość związana jest z częstszym zapadaniem m.in. na choroby kardiologiczne. W przypadku zawału konieczne jest udzielenie pomocy medycznej – w związku z tym pojawia się konieczność dostarczenia pacjenta na odział ratunkowy i hospitalizacji. Problemy kardiologiczne są najczęstszą przyczyną śmierci –w związku z tym im większy odsetek osób otyłych, tym większy poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych oraz przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych.

Brak dostępu do poprawionych źródeł wody pitnej i urządzeń sanitarnych związany jest ze znacznym ryzykiem zatrucia – w związku z tym pojawia się konieczność częstszego korzystania z pomocy medycznej i większe ryzyko śmierci pomimo przeprowadzenia akcji ratunkowej.

Korzystanie z paliw stałych wiąże się ze zwiększoną zapadalnością na choroby układu oddechowego oraz nowotwory – wymusza to konieczność częstszego korzystania z ratownictwa medycznego . Pomimo udzielenia pierwszej pomocy nie zawsze udaje się uratować życia pacjenta.

Używanie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór, co wiąże się z częstszymi i dłuższymi hospitalizacjami, koniecznością korzystania z pierwszej pomocy oraz obniżeniem prawdopodobieństwa, że udzielona pomoc będzie skuteczna.

Regularne spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko zachorowania m.in. na marskość wątroby, powoduje również nasilenie się częstotliwości wypadków stwarzających zagrożenie dla zdrowia i życia – w takiej sytuacji pojawia się konieczność skorzystania z pomocy medycznej, co zwiększa poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych oraz wiąże się z dłuższą hospitalizacją. W przypadku wypadku samochodowego istnieje znaczne ryzyko, że pomimo podjęcia czynności ratunkowych nie uda się uratować życia poszkodowanego.

Posiadanie wiedzy o AIDS/HIV oraz stosowanie prezerwatyw zmniejsza ryzyko zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Choroby te wiążą się ze znacznym zagrożeniem dla życia i zdrowia, co prowadzi do częstszego korzystania z pomocy służby zdrowia oraz zmniejsza skuteczność przeprowadzanych akcji ratunkowych.

Występowanie podwyższonego stężenia glukozy oraz podwyższonego ciśnienia związane jest ze znacznym ryzykiem zagrożenia stanu zdrowia lub życia, a w związku z tym z koniecznością wezwania pierwszej pomocy i hospitalizacji. Należy mieć na uwadze, że każde kolejne schorzenie zmniejsza skuteczność prowadzonych czynności ratunkowych.

Kluczowym czynnikiem wpływającym na wspomniane wskaźniki jest poziom kompetencji pracowników służby zdrowia – im jest on wyższy, tym szybciej i skuteczniej diagnozowani są pacjenci oraz wyższa skuteczność leczenia – wiąże się to

z mniejszą liczbą przypadków odsyłania pacjenta na SOR przez lekarza pierwszego kontaktu, skróceniem czasu pobytu na oddziale ratunkowych oraz hospitalizacji oraz niższym poziomem śmiertelności na oddziałach ratunkowych oraz podczas prowadzenia czynności ratunkowych.

W związku z tym, że wskazane powyżej czynniki wpływają na skuteczność prowadzonych akcji ratunkowych oraz skuteczność hospitalizacji, przekładają się również na poziom śmiertelności. Czynnikiem obniżającym poziom śmiertelności jest aktywność fizyczna osób dorosłych – wysiłek m.in. wzmacnia układ odpornościowy, obniża ryzyko chorób serca, usprawnia funkcjonowanie układu krwionośnego. Przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zachorowania na wiele chorób, a tym samym zmniejsza zagrożenia stanu życia.

Warzywa i owoce dostarczają organizmowi niezbędnych składników odżywczych, ich spożywanie przyczynia się do obniżenia poziomu cholesterolu, zmniejsza ryzyko choroby serca oraz jest istotne dla prawidłowej perystaltyki. Dostarczanie odpowiedniej dawki witam zmniejsza m.in. ryzyko infekcji. W związku z tym uwzględnianie owoców i warzyw w diecie obniża poziom śmiertelności.

Jedną z najczęstszych przyczyn zgonów są nowotwory. Stosowanie profilaktyki przeciwnowotworowej pozwala na wcześniejsze wykrycie choroby, a im szybciej podejmowane jest leczenie, tym większa jego skuteczność. W związku z tym profilaktyka zmniejsza zarówno poziom śmiertelności spowodowany nowotworami, jak i ogólny poziom śmiertelności.

Bardzo duży wpływ na oczekiwaną długość życia osób nowonarodzonych ma ich sytuacja zdrowotna w dzieciństwie. Skarłowaciałość może być związana m.in. z chorobami przewlekłymi, chorobami układu hormonalnego, zakażeniami bądź złym odżywianiem. W przypadku stwierdzenia skarłowaciałości potrzebne jest zastosowanie odpowiedniego leczenia. Z badań wynika, że skarłowaciałość wiąże się z krótszą oczekiwaną długością życia. Niedowaga prowadzi do nieprawidłowego rozwijania się organizmu dziecka, co ograniczy długość jego życia. Równie szkodliwe jest występowanie nadwagi – duże obciążenie układu krwionośnego oraz kości od wczesnych lat życia przekłada się m.in. na większą zapadalność na choroby układu krążenia i układu kostno-mięśniowego. Przedwczesne urodzenia związane są m.in. z niezapewnieniem kobiecie odpowiedniej opieki medycznej w trakcie ciąży. W wielu przypadkach w przypadku wcześniaków konieczna jest intensywna opieka medyczna, wskaźnik śmiertelności wśród urodzonych przedwcześnie jest znacznie wyższy niż w przypadku prawidłowo donoszonych ciąż.

Zbyt wczesne rozszerzenie diety małego dziecka zwiększa ryzyko alergii pokarmowych oraz infekcji żołądkowo-jelitowych. W związku z tym dzieci karmione wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy cechują się wyższą przeciętną oczekiwaną długością trwania życia.

Niska masa urodzeniowa może być związana z nieprawidłową dietą matki. Noworodki o niskiej masie cechuje większa śmiertelność oraz zapadalność na choroby.

Istotną kwestią wpływającą na długość życia jest spożywanie owoców i warzyw oraz aktywność fizyczna w okresie dzieciństwa. Pozwalają one na prawidłowy rozwój organizmu oraz zmniejszają ryzyko zachorowania na wiele chorób. Istotne jest również to, że prawidłowe nawyki dotyczące odżywiania i trybu życia są zachowywane po osiągnięciu dorosłości.

Bardzo istotną kwestią, niezależnie od etapu życia, jest poziom kompetencji pracowników służby zdrowia, z których usług się korzysta. Im skuteczniej stawiane są diagnozy i skuteczniej realizowane leczenie, tym większa szansa na dożycie do późnego wieku – istnieje wiele chorób, w przypadku których wczesne zdiagnozowanie daje bardzo dużą szansę wyleczenia, a opóźnienia w tym zakresie drastycznie zmniejszają szansę na powodzenie kuracji. W związku z tym bardzo dużą rolę odgrywają lekarze kierujący na odpowiednie badania diagnostyczne.

Prowadzenie zdrowego trybu życia jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na oczekiwaną długość życia osób w wieku 65 lat. Aktywność fizyczna oraz spożywanie owoców wpływają korzystnie na stan organizmu, podczas gdy spożywanie alkoholu oraz używanie tytoniu zwiększa ryzyko zachorowania na groźne dla życia choroby. Istotne są również kwestie sanitarne – dostęp do urządzeń sanitarnych oraz dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej, zmniejszające ryzyko zakażenia. Korzystanie z paliw kopalnych zanieczyszcza powietrze, co zwiększa zapadalność na choroby układu oddechowego i nowotwory. Występowanie podniesionego stężenia glukozy na czczo i podwyższonego ciśnienia tętniczego świadczy o cukrzycy i nadciśnieniu – chorobach, w przypadku których konieczne jest regularne kontrolowanie stanu zdrowia.

Podobnie jak w przypadku pozostałych wskaźników, bardzo duże znaczenie mają kompetencje pracowników służby zdrowia, przekładające się na skuteczność diagnozy i leczenia.

d) Jak PO IiŚ 2007-2013 (tj. działania XII Priorytetu) wpłynął na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych?

Działania XII Priorytetu PO IiŚ 2007-2013 miały istotny wpływ na wartości wskaźników kontekstowych – dzięki zwiększaniu ilości i jakości dostępnego sprzętu pacjenci przyjmowani na oddziały ratunkowe diagnozowani są znacznie szybciej i dokładniej, co wpływa na zmniejszenie poziomu wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych oraz średniego czasu pobytu na oddziałach ratunkowych. Szybkie przeprowadzenie diagnozy przy wykorzystaniu nowoczesnego sprzętu pozwala również na obniżenie poziomu śmiertelności na oddziałach ratunkowych. Wiele spośród zrealizowanych projektów uwzględniało zakup nowych, w pełni wyposażonych karetek – dzięki temu, że zespoły ratownicze dysponują wyższej jakości sprzętem i aparaturą, są w stanie skuteczniej udzielić pomocy, dzięki czemu obniża się poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych. Na obniżanie poziomu śmiertelności bardzo duży wpływ ma zmniejszanie czasu potrzebnego na dotarcie do pacjenta – budowa i modernizacja lotnisk oraz zakup karetek pozwalają na to, żeby docierać znacznie szybciej do osób, których życie i zdrowie są zagrożone.

Respondenci wielokrotnie wspominali w trakcie badania IDI, że dzięki zrealizowanym inwestycjom pacjenci krócej oczekują na diagnozę, lekarze są w stanie szybciej przystąpić do leczenia. Sprawniej przebiega również przeprowadzanie operacji – sal operacyjnych jest więcej i są one wyposażone lepiej niż w przeszłości. Dzięki temu skróceniu uległ czas hospitalizacji pacjentów.

Dzięki analizie wskaźników kontekstowych zaobserwowano spadek poziomu śmiertelności – na spadek ten wpływa szybsze docieranie do pacjenta, sprawniejsze transportowanie do szpitala oraz stawianie dokładnych diagnoz. Diagnozowanie przy wykorzystaniu nowoczesnego sprzętu znacznie zwiększa prawdopodobieństwo wczesnego wykrycia nowotworu – pozwala to na szybkie przejście do leczenia, co przyczynia się do poziomu śmiertelności spowodowanej nowotworami – np. badania przesiewowe z wykorzystaniem mammografii redukują umieralność powodu raka piersi u kobiet w wieku 50-69 lat o około 30%. W przypadku kobiet młodszych, w wieku 0-49, czułość badania mammografem jest jednak wyraźnie niższa, w związku z czym w przypadku kobiet w tym przedziale wiekowym oraz młodszych, u których ryzyko zachorowania jest wyższe ze względu na skłonności genetyczne (stwierdzony przypadek raka piersi w najbliższej rodzinie) pożądane jest wykonywanie badań mammograficznych przy wykorzystaniu rezonansu magnetycznego, cechujących się znacznie większą czułością. Niestety, dostępność tego typu badań jest w Polsce mocno ograniczona[30].

Wszystkie wymienione aspekty poprawy sytuacji w służbie zdrowia wywołane realizacją projektów przyczyniają się do wydłużenia przeciętnego dalszego trwania życia – duże znaczenie ma tutaj lepsze wyposażenie oddziałów pediatrycznych, gdyż zapewnienie odpowiedniego wsparcia medycznego dzieciom znacznie zwiększa prawdopodobieństwo utrzymania dobrego stanu zdrowia zarówno w okresie wieku produkcyjnego, jak i po przejściu na emeryturę.

Podsumowanie:

Na podstawie przeprowadzonej analizy Wykonawca zaleca poszerzenie listy zaproponowanych podczas poprzedniego badania ewaluacyjnego wskaźników kontekstowych o dwa wskaźniki:

- średnia wartość ostatniego decyla czasów dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca , która dostarczyłaby informacji o tym, ile wynoszą najdłuższe czasy oczekiwania na pomoc medyczną;
- liczba zakażeń, do których doszło podczas pobytu w placówce medycznej w przeliczeniu na 1000 pacjentów.

[30] Rak piersi, praca zbiorowa pod redakcją prof. Jana Kornafela, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, *eu.cmkp.edu.pl/css_bart/dok_eu/**Rak**%20**piersi**%20A-II.pdf*

W przypadku większości wskaźników kontekstowych zaobserwowano pozytywne zmiany:

- wydłużyło się przeciętne dalsze trwanie życie, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, niezależnie od wieku;
- obniżył się poziom śmiertelności ogółem oraz spowodowany nowotworami;
- skrócił się czas średni czas hospitalizacji;
- spadł poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych;
- obniżył się poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych.

Zmiany wartości pozytywnych wskaźników świadczą o pozytywnym oddziaływaniu projektów zrealizowanych w ramach Działania 12.1 i Działania 12.2 PO IiŚ.

Na stabilny poziomie utrzymuje się średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych - konieczna jest realizacja działań mających na celu lepsze zaopatrzenie SOR-ów, aby pacjenci byli szybciej diagnozowani i, w zależności od potrzeby, albo przyjmowani na odpowiednie oddziały, albo, po otrzymaniu niezbędnej pomocy medycznej, wypisywani do domu.

O konieczności doposażenia oddziałów ratunkowych świadczy również fakt, że w latach 2008-2015 poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych wzrósł z poziomu 3% do 5,8%. Na obniżenie tego wskaźnika ma wpływ także czas i warunki transportu pacjenta, którego stan życia jest zagrożony, z miejsca zdarzenia do placówki medycznej – w związku z tym wskazane są inwestycje w karetki oraz infrastrukturę lotnisk.

Na wartość wytypowanych wskaźników kontekstowych wpływają, oprócz interwencji w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, także czynniki, na które mają wpływ przedstawiciele społeczeństwa: styl życia (zdrowe odżywianie, niekorzystanie z używek, aktywność fizyczna), posiadanie podstawowej wiedzy na temat antykoncepcji i chorób, stosowanie profilaktyki. W związku z tym bardzo istotne są działania edukacyjne, promujące zdrowy tryb życia – kierowano zarówno do dzieci i młodzieży, jak i ludzi dorosłych (kampanie informacyjne) oraz zapewnienie możliwości wykonywania badań profilaktycznych.

Bardzo istotną kwestią są także kompetencje przedstawicieli służby zdrowia, w związku z czym należy zadbać o odpowiedni program oraz poziom nauczania na medycznych uczelniach wyższych oraz zapewnić pracownikom służby zdrowia możliwość powiększania kwalifikacji zarówno w kraju, jak i zagranicą i zachęcać do podnoszenia kompetencji.

Działania XII Priorytetu PO IiŚ 2007-2013 pozytywnie wpływają na wartości wskaźników kontekstowych. Dzięki poprawianiu dostępności i jakości świadczeń medycznych wydłużyło się dalsze trwanie życie, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, niezależnie od wieku, obniżył się poziom śmiertelności ogółem oraz spowodowany nowotworami, skrócił się czas średni czas hospitalizacji, spadł poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych oraz obniżył się poziom wykorzystania łóżek na oddziałach

ratunkowych.

Istotny wpływ na wydłużanie szacowanego czasu trwania życia nowonarodzonych kobiet i mężczyzn w wieku 0 lat miało doposażenie oddziałów pediatrycznych – zapewnienie dzieciom wysokiej klasy świadczeń medycznych zwiększy ich szanse na zdrowe dorosłe życie.

3.8. Cel szczegółowy 8: 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)

a) 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?

Przeciętna wartość wskaźnika stosunku szacowanej wartości stosunku środków przeznaczonych w ramach projektu ma procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków stricte inwestycyjnych wyniosła 4,52%. Beneficjent, w przypadku którego stwierdzono najniższą efektywność kosztową przeznaczył na działania nieinwestycyjne około 17[31]% kwoty przeznaczonej na działania inwestycyjne. Wielu beneficjentów w ogóle nie poniosło kosztów nieinwestycyjnych – wszystkie działania związane z realizacją projektu wykonali ich pracownicy w ramach etatów. Jest to wartość niewielka, co świadczy o wysokiej efektywności wykorzystania środków finansowych przez beneficjentów – ponad 95% środków zostało przeznaczonych na wydatki inwestycje. Relatywnie niską efektywność kosztową odnotowano w przypadku projektów dotyczących budowy lądowisk – jest to związane z ponoszeniem wysokich wydatków na opracowanie niezbędnej dokumentacji oraz na formalności związane z zarejestrowaniem infrastruktury.

Uczestnicy badania IDI zostali poproszeni o zastanowienie się, czy koszty związane z zarządzaniem projektem były proporcjonalne do wydatków inwestycyjnych, zbyt duże, czy też niewystarczające. Większość respondentów wskazała, że nie wystąpiły takie koszty bądź że były one adekwatne do wydatków inwestycyjnych. Przedstawiciele beneficjentów zwracali uwagę na to, że:

[31] Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II - Podniesienie dostępności do SOR Szpitala w Bełchatowie poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców

- poniesione koszty związane były z przygotowaniem studium wykonalności, natomiast obsługą projektu zajmowali się pracownicy szpitala w ramach etatu;
- do kierowania projektem zatrudniono pracowników uczelni, ale nie generowało to nadmiernych kosztów.

Jeden z uczestników badania wskazał, że wydatki na zarządzaniem projektem były niewystarczające – przy jego realizacji wzięło udział dużo osób, były odpowiedzialne m.in. za opracowanie założeń do projektu, zebranie informacji odnośnie do potrzeb, opracowanie specyfiki zamawianego sprzętu. Pozyskanie wiedzy na ten temat różnych oddziałów szpitala wymagało dużych nakładów pracy, a środki przeznaczone na wynagrodzenia nie pozwoliły na właściwe wynagrodzenie poświęconego czasu.

Przedstawiciele beneficjentów, którzy wzięli udział w badaniu IDI zostali poproszeni o wskazanie, czy koszty dotyczące zarządzania pozwoliły na sprawne dokonywanie zamówień publicznych w ramach projektu. Żaden z respondentów nie zaobserwował problemów w tym zakresie. Wskazali oni, że:

- utworzone zespoły były w stanie sprawnie przeprowadzać wszystkie procedury zakupowe;
- komórka odpowiedzialna za zamówienia publiczne poradziła sobie z zakupami w ramach projektu;
- za zamówienia publiczne odpowiadał zespół projektowy, który zajmował się tymi czynnościami w ramach obowiązków pracowniczych w sposób gwarantujący prawidłową realizację, właściwe rozliczanie i zachowanie ciągłości.

Uczestnicy panelu ekspertów zwrócili uwagę, że wydatki na ochronę zdrowia przekładają się na wykonywanie przez obywateli lepszej pracy. W związku z tym zarabiają oni więcej i płacą wyższe podatki, pozwalają na realizację zaplanowanych działań. Dodatkowe koszty, jakie budżet państwa poniósłby na wypłacanie świadczeń socjalnych w przypadku braku placówek opieki medycznej znacznie przekroczyłyby koszty funkcjonowania ośrodków ochrony zdrowia i realizacji w nich projektów. Przyszła alokacja środków UE powinna uwzględnić zwiększony udział środków przeznaczonych na zdrowie społeczeństwa. Uzasadnione jest łączenie inwestycji w sprzęt i infrastrukturę z inwestycjami w człowieka – dzięki komplementarnym działaniom (np. zakupienie sprzętu oraz przeszkolenie personelu w zakresie korzystania z tego sprzętu) pozwala to na osiągnięcie efektu synergii, znacznie wzrasta jakość świadczonych usług. Działanie takie jest możliwe w ramach reguły cross-financingu i warto do niego zachęcać potencjalnych beneficjentów.

Podsumowanie:

Projekty zrealizowane w ramach Działania 12.1 i Działania 12.2 były efektywne finansowo – ponad 95% środków finansowych zostało przeznaczonych na działania stricte inwestycyjne. Wydatki na przygotowanie, zarządzanie i promocję były niewielkie.

Oceniając efektywność finansową projektów, należy uwzględnić ich oddziaływania

na gospodarkę i PKB - koszty, jakie kraj poniósłby w przypadku niezrealizowania projektów znacznie przekroczyłyby koszty realizacji projektów w związku z tym, że większy odsetek osób w wieku produkcyjnym nie byłby w stanie podjąć pracy ze względu na stan zdrowia. Takie osoby stanowią obciążenie dla budżetu, gdyż pobierają zasiłki i inne świadczenia z systemu pomocy społecznej.

4. Wnioski i rekomendacje

Lp.	Wniosek (nr strony w raporcie)	Rekomendacja	Adresat Rekomendacji	Sposób Wdrożenia	Termin Realizacji
1.	Wykorzystywane wskaźniki rezultatu oraz kontekstowe nie pozwalają na to, aby w pełni określić skuteczność realizowanych projektów (str. 85)	W przypadku projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu IX PO IiŚ należy poszerzyć listę wskaźników kontekstowych o dwa nowe: • *Średnia wartość ostatniego decyla czasów dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (średni czas z 10% najdłużej trwających czasów dotarcia);* • *Liczba zakażeń, do których doszło podczas pobytu w placówce medycznej w przeliczeniu na 1000 pacjentów.* Wykorzystanie tych wskaźników pozwoli na skuteczniejsze ocenienie, czy realizacja inwestycji miała pozytywny wpływ na skrócenie czasu dojazdu do pacjenta i zachowywanie zasady „złotej godziny" oraz podwyższenie standardów opieki nad pacjentem przez jednostki służby zdrowia.	IZ / IP PO IiŚ 2014-2020 (Ministerstwo Zdrowia)	Uzyskanie przez IP zgody IZ na uwzględnienie zaproponowanych wskaźników dodatkowych w ramach przeglądu śródokresowego. Za pomiar wskaźników powinien odpowiadać resort zdrowia.	31.12.2018 r.
2.	Liczba oraz wartość projektów zrealizowanych w 4 województwach (świętokrzyskim, lubuskim, opolskim i warmińsko-mazurskim) była znacznie niższa niż w pozostałych regionach (str. 30-32)	Należy zadbać o to, aby większa liczba jednostek służby zdrowia ze wskazanych województw składała wnioski o dofinansowanie i realizowała projekty.	IP PO IiŚ 2014-2020 (Ministerstwo Zdrowia)	Przeprowadzanie akcji informacyjno-promocyjnych, zachęcających do realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE. Zastosowanie kryteriów premiujących w konkursach dotyczących wsparcia w tych regionach.	31.12.2018 r.
3.	Ograniczenia dotyczące wykorzystywanie sprzętu (brak możliwości wykorzystywania go poza	Należy umożliwić wykorzystywanie zakupionego sprzętu przez inne jednostki przynajmniej w sytuacji zagrożenia życia lub	IP PO IiŚ 2014-2020 (Ministerstwo	IP (MZ) - zawieranie odpowiednich zapisów w ogłaszanych przez instytucję pośredniczącą naborach i umowach o dofinansowanie	31.03.2017 r.

	oddziałem docelowym) redukują możliwości w zakresie świadczenia usług medycznych (str. 38)	zdrowia	Zdrowia)	projektów PIX PO IŚ 2014-2020.	
4.	Ze względu na starzenie się społeczeństwa oraz duże obciążenie systemu opieki społecznej świadczeniami na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi zalecane jest przeznaczenie większej ilości środków na inwestycje w zakresie opieki geriatrycznej oraz psychicznej (str. 74-77)	Należy realizować większą liczbę projektów ukierunkowanych na geriatrię oraz psychiatrię.	IP PO IiŚ 2014-2020 (Ministerstwo Zdrowia)	Zastosowanie kryteriów premiujących w konkursach dotyczących geriatrii i psychiatrii.	31.03.2017 r

Załączniki:

1) Case Study

1. Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi

Nazwa projektu: Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi.

Beneficjent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Adres beneficjenta: 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18.

Opis działalności beneficjenta projektu: Prace nad budową szpitala zostały ukończone w 1970 roku. Dysponuje on 24 oddziałami, 36 poradniami, 2 zakładami, 4 działami blokiem operacyjnym, salą cięć cesarskich, stacją dializ, sterylizator nią oraz sanitarny lądowiskiem dla helikopterów. Szpital zajmuje się diagnostyką, terapią, pielęgnacją, poradami specjalistycznymi, edukacją, profilaktyką i promocją zdrowia. Rocznie hospitalizowanych jest tam ponad 21 000 pacjentów, w poradniach udzielanych jest około 90 500 porad[32].

Cel projektu: Głównym celem projektu było stworzenie warunków do powstania nowoczesnego centrum urazowego, stwarzającego możliwość szybkiego, wieloprofilowego, wysokospecjalistycznego leczenia pacjentów z wielonarządowymi obrażeniami ciała.

Cele na poziomie oddziaływania**:**

- podniesienie poziomu bezpieczeństwa „pacjentów urazowych";
- rozszerzenie zespołu interdyscyplinarnego leczącego urazy wielonarządowe;
- podniesienie jakości diagnostyki urazów;
- skrócenie czasu hospitalizacji, skrócenie czasu rekonwalescencji – niezdolności do pracy;
- przyspieszenie powrotu do sprawności zawodowej pacjenta;
- obniżenie ilości przypadków kalectwa pourazowego;
- obniżenie kosztów leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi;
- obniżenie śmiertelności osób doznających urazów wielonarządowych w województwie warmińsko-mazurskim;
- skrócenie czasu diagnostyki urazów;
- zmniejszenie inwazyjności leczenia urazów;
- zmniejszenie liczby powikłań pourazowych;
- zwiększenie efektywności działań ratujących życie w ramach „złotej godziny;
- podniesienie jakości świadczonych usług związanych z leczeniem urazu wielonarządowego;
- zapewnienie kompleksowości pracy zespołu specjalistów podczas niesienia pomocy „pacjentom urazowym".

Cele na poziomie rezultatu**:**

[32] http://wss.olsztyn.pl/

- zapewnienie komplementarnego specjalistycznego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi;
- zapewnienie pełnego specjalistycznego leczenia większej ilości osób z urazem wielonarządowym jednoczasowo;
- stworzenie zespołu urazowego świadczącego kompleksowe usługi pacjentom urazowym.

Cele na poziomie produktu**:**

utworzenie centrum urazowego.

Zrealizowane w ramach projektu działania:

- utworzenie centrum urazowego;
- przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Pododdziału Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie);
- budowa lądowiska przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie;
- przebudowa i remont Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Profilami Torakochirurgii i Urologii;
- remont Oddziału Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej;
- zakupienie sprzętu i aparatury medycznej (w tym m.in. monitorów funkcji życiowych, monitorów centralnych, respiratorów, defibrylatorów, pomp strzykawkowych i objętościowych, aparatów do EKG, aparatów do USG).

od lewej: defibrylator oraz inkubator dla noworodków

Czas realizacji projektu: 27.05.2011 – 30.06.2012.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu obejmuje całe województwo – do szpitala zgłaszają się pacjenci z całego obszaru województwa warmińsko-mazurskiego.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie zrealizowane działania przyniosły zaplanowane rezultaty. Osiągnięto założone wartości wskaźników.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupione sprzęt i aparatura wykorzystywane są w 100%, nie występują

jakiekolwiek bariery w jego użytkowaniu. Personel szpitala przeszedł odpowiednie szkolenia, dzięki czemu radzi sobie z obsługą wyposażenia.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym – dzięki nowemu sprzętowi można sprawniej obsługiwać chorych, poprawiła się jakość i szybkość przeprowadzania diagnoz. Realizacja projektu pozwoliła również na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia życia – wykorzystanie transportu lotniczego znacznie skraca czas potrzebny na przetransportowanie chorego/rannego do szpitala. Zwiększyła się dostępność i jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – wysokiej klasy sprzęt pozwala na wykonanie w tym czasie większej liczby badań, a sama diagnoza jest znacznie dokładniejsza niż w sytuacji, gdyby posłużono się starszymi modelami aparatury.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Projekt jest adekwatny do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym – szpital obsługuje pacjentów z obszaru całego województwa, w związku z czym bardzo istotne były m.in. skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę oraz zapewnienie możliwości transportu lotniczego w sytuacji, gdy transport drogowy trwałby zbyt długo.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projektu spełniła oczekiwania beneficjenta – dzięki niej uruchomiono Centrum Urazowe, zakupiono nowoczesny sprzęt oraz przeszkolono personel pod kątem korzystania z niego. Lepsza aparatura zapewnia lekarzom szersze możliwości.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono wystąpienia dodatkowych (nieuwzględnionych we wniosku o dofinansowanie) rezultatów projektu.

Trwałość projektu: Beneficjent planuje wykorzystywanie zakupionego sprzętu oraz sfinansowanych inwestycji tak długo, jak to będzie możliwe. W roku 2016 były one wykorzystywane nieustannie.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent realizował następujące projekty:

- „Modernizacja Wojewódzkiego szpitala specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni (RPO Warmia i Mazury 2007-2013)";
- „Rozbudowa systemu usług elektronicznych w zakresie funkcjonowania Wojewódzkiego szpitala specjalistycznego w Olsztynie (RPO Warmia i Mazury 2007-2013)";
- „E-pacjent- rozbudowa systemu usług elektronicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Olsztynie (RPO Warmia i Mazury 2007-2013)";
- „Zdążyć przed rakiem – doposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endoskopową w sprzęt i aparaturę medyczną do diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego (RPO Warmia i Mazury 2007-2013)".

Beneficjent zauważył wystąpienie efektu synergii – zrealizowane projekty wzajemnie na siebie oddziaływały – np. rozbudowa systemu usług elektronicznych usprawnia przesyłanie informacji pomiędzy oddziałami, dzięki czemu wyniki diagnozy przeprowadzonej dzięki wykorzystaniu zakupionego ze środków UE sprzętu są dostępne dla lekarzy ze wszystkich oddziałów.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,32%. Jest to wartość bardzo niewielka, zdecydowana większość kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez szpital. W trakcie wywiadu indywidualnego przedstawiciel beneficjenta zwrócił jednak uwagę, że realizacja inwestycji wymagała dużego zaangażowania ze strony pracowników szpitala, a w budżecie projektu nie uwzględniono wynagrodzenia za ich pracę.

2. Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi

Nazwa projektu: Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi.

Beneficjent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi.

Adres beneficjenta: 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62.

Opis działalności beneficjenta projektu: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika został otwarty w 1973 roku. Jest największą jednostką służby zdrowia w województwie łódzkim. Wyposażony jest w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną oraz dysponuje profesjonalnym, akredytowanym lądowiskiem dla śmigłowców ratowniczych. Szpital posiada status Centrum Urazowego, ma możliwość szybkiego diagnozowania oraz specjalistycznego leczenia urazów wielonarządowych. W ramach szpitala funkcjonują 32 oddziały, 45 poradni, Regionalny Ośrodek Onkologiczny, Ośrodek Pediatryczny, izba przyjęć oraz blok operacyjny. Celem szpitala jest leczenie specjalistyczne i zapobiegawcze na najwyższym poziomie[33].

Cel projektu: Celem projektu było poprawienie infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Do celów szczegółowych projektu zaliczyć można:

- zmniejszenie śmiertelności pourazowej;
- zmniejszenie kalectwa pourazowego;
- poprawa zdrowia społeczeństwa, co przyczyni się do wzrostu liczby aktywnych osób na rynku pracy;
- zapewnienie na terenie aglomeracji miejskiej warunków do likwidacji skutków katastrof i wypadków masowych lub ewentualnych działań terrorystycznych;
- rozwój wiedzy medycznej na bazie badań prowadzonych w scentralizowany sposób w ośrodkach dysponujących doskonałym wyposażeniem, wysokokwalifikowaną kadrą i dużą liczbą chorych;

[33] http://polandmedicaltourism.com/pl/wss-im.-m.-kopernika-d.html

- przeszkolenie medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni).

Zrealizowane w ramach projektu działania:

- zakup niezbędnej aparatury medycznej;
- reorganizacja funkcjonalna, dostosowanie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi do utworzenia Centrum Urazowego (dyżur dodatkowych osób, uzupełniających zespół dyżurnych SOR, zmobilizowanie zespołu terapeutycznego);
- rozszerzenie zakresu usług Szpitala w stosunku do dotychczasowego o usługi z zakresu wysokorozdzielczej, cyfrowej diagnostyki obrazowej z wykorzystaniem tomografu komputerowego oraz rezonansu magnetycznego najnowszej generacji, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów w ciężkim stanie poprzez wprowadzenie systemu ciągłego monitoringu funkcji życiowych, zautomatyzowanej opieki farmakologicznej, wysokospecjalistycznych procedur chirurgicznych w wyniku zastosowania najnowszej generacji napędów chirurgicznych oraz wielofunkcyjnego i wielomodułowego stołu operacyjnego, procedur oszczędzających pacjenta podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych w wyniku zastosowania neuromonitoringu, procedury zwiększającej bezpieczeństwo immunologiczne pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym poprzez zastosowanie urządzenia do odzyskiwania krwi z pola operacyjnego.

od lewej: aparat do znieczulenia oraz respirator

Czas realizacji projektu: 30.08.2010 – 21.12.2011.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Na podstawie rozmowy przeprowadzonej z przedstawicielem respondenta wyciągnięto wniosek, że zasięg oddziaływania projektu obejmuje województwo łódzkie. W każdym z województw utworzono centrum urazowe, w związku z czym nie zachodzi potrzeba transportowania pacjentów do innego regionu.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wypełnienie planu w pełni się powiodło, wszystkie zrealizowane działania przyniosły zaplanowane rezultaty.

Osiągnięto założone wartości wskaźników.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupione w ramach PO IiŚ sprzęt i aparatura wykorzystywane są przez cały czas ze względu na to, że diagnostyka jest przeprowadzana przez całą dobę, a do placówki medycznej trafiają pacjenci z całego województwa, gdyż jest to jedyne centrum urazowe w regionie.

Użyteczność projektu: Dzięki inwestycjom w aparaturę poprawiła się jakość diagnostyki oraz leczenia, co wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz na obniżenie śmiertelności osób w tym wieku. Realizacja projektu przekłada się na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań w wyniku wypadków i innych stanów zagrożenia życia – ułatwia on zachowanie zasady „złotej godziny", gdyż zakupiony sprzęt skrócił czas oczekiwania na diagnozę oraz pomoc medyczną. Im szybciej udzielona zostaje pomoc, tym większa szansa na to, że pacjent powróci do dobrego poziomu zdrowia. Można zauważyć pozytywny wpływ projektu na dostępność i jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – nabyta aparatura pozwala na stawianie trafniejszych diagnoz, a czas potrzebny na zdiagnozowanie pacjenta uległ skróceniu, więc w określonym przedziale czasu można zapewnić świadczenia zdrowotne większej liczbie pacjentów.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Utworzenie centrum urazowego było kluczowe dla zaspokojenia potrzeb mieszkańców województwa w zakresie zapewnienia opieki w sytuacji nagłego zagrożenia życia. Dzięki inwestycji postępowanie diagnostyczno-lecznicze przeprowadzane jest w jednym ośrodku, co pozwala na uniknięcie traumy związanej z transportem.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projektu spełniła oczekiwania beneficjenta, gdyż znacznie poprawił się jakość i dostępność diagnostyki, chociaż, gdyby miał on taką możliwość, poszerzyłby zakres projektu o zakup wyposażenia diagnostycznego i medycznego, w tym przeznaczonego do stosowana na salach operacyjnych.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono wystąpienia rezultatów projektu, które nie zostały uwzględnione we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Uruchomione centrum urazowe jest jedyną tego typu placówką medyczną w województwie, w związku z czym będzie występowało duże zapotrzebowanie na jego usługi. Zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany całodobowo przez cały okres żywotności przewidziany przez producenta. Zużyte części (np. lampy w tomografie) będą wymieniane, aby aparatura mogła być użytkowana jak najdłużej.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent realizował następujące projekty:

- „Zakup wyborów medycznych do diagnostyki i terapii oraz budowa drogi między lądowiskiem a SOR-em w WSS im. M. Kopernika w Łodzi" (PO IiŚ 2007-2013);
- „Utworzenie pracowni PET dla potrzeb Regionalnego Ośrodka Onkologicznego w WSS im. M. Kopernika w Łodzi" (RPO Województwa Łódzkiego 2007-2013);
- „Modernizacja WSS im. M. Kopernika w Łodzi jako kompleksowa realizacja planu rozwoju Regionalnego Ośrodka Onkologicznego" (RPO Województwa Łódzkiego

2007-2013);

- „Przebudowa lokalnej sieci elektroenergetycznej oraz zapewnienie sprawnego alternatywnego Źródła na wypadek awarii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi" (RPO Województwa Łódzkiego 2007-2013);
- „Przebudowa lokalnej sieci elektroenergetycznej oraz zapewnienie sprawnego alternatywnego Źródła na wypadek awarii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi – ETAP II" (RPO Województwa Łódzkiego 2007-2013);
- „Przebudowa lokalnej sieci elektroenergetycznej oraz zapewnienie sprawnego alternatywnego Źródła na wypadek awarii w Ośrodku Pediatrycznym m. Dr J. Korczaka" (RPO Województwa Łódzkiego 2007-2013);
- „Rewitalizacja zabytkowego zespołu dawnego szpitala pediatrycznego im. Anny Marii przy ul. Piłsudskiego 71" (RPO Województwa Łódzkiego 2007-2013);
- „Utworzenie systemu e-radiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi" (RPO Województwa Łódzkiego 2007-2013);
- „Wypracowanie metod obsługi pacjenta i pracy przy użyciu nowoczesnych metod badań obrazowych w kontekście administracyjnym i specjalistycznym" (Projekt mobilności w programie Leonardo da Vinci. Program „Uczenie się przez całe życie");
- „Skuteczne i bezpieczne wykorzystanie nowych technologii w leczeniu raka" (Projekt mobilności w programie Leonardo da Vinci. Program „Uczenie się przez całe życie").

W trakcie indywidualnego wywiadu beneficjent podkreślił, że celem realizowanych projektów było podniesienie jakości i zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności mieszkańców regionu łódzkiego. Efekt synergii był jednak ograniczony ze względu na to, że poszczególne projekty dotyczyły różnych działań – niektóre koncentrowały się na wyjazdach zagranicznych pracowników, służących podniesieniu kwalifikacji, zaś inne na zakupie sprzętu bądź przebudowie i rozbudowie – inwestycje były jednak prowadzone dla różnych oddziałów.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,12%. Jest to wartość bardzo niewielka, zdecydowana większość kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez szpital. Pomimo tego, że na działania nieinwestycyjne przeznaczono niewielki odsetek budżetu, proces dokonywania zamówień publicznych przebiegał sprawnie.

3. Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego

Nazwa projektu: Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego.

Beneficjent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie.

Adres beneficjenta: 20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8.

Opis działalności beneficjenta projektu: W skład Samodzielnego Publicznego

Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie wchodzą m.in. 33 poradnie, 19 klinik, 4 oddziały, 3 zakłady, zespół ds. badań klinicznych, blok operacyjny, Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza oraz Izba Przyjęć Planowanych. Najważniejszą wartością i celem szpitala jest dobro chorego. Szpital wykonuje wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne, prowadzi działalność dydaktyczną, naukowo-badawczą oraz promocję zdrowia[34].

Cel projektu: Celem projektu było przeprowadzenie modernizacji pomieszczeń Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Kliniki Ortopedii i Traumatologii oraz zakup aparatury medycznej, wyposażenia oraz ucyfrowienie radiologii na potrzeby zorganizowania Centrum Urazowego.

Zrealizowane w ramach projektu działania: W ramach projektu zrealizowano 19 zadań:

Zadanie 1 / Modernizację pomieszczeń Tomografu Komputerowego;
Zadanie 2 / Zakup stołu operacyjnego;
Zadanie 3 / Zakup zestawu endoskopowego;
Zadanie 4 / Zakup przewoźnego aparatu RTG;
Zadanie 5 / Zakup mikroskopu operacyjnego;
Zadanie 6 / Ucyfrowienie Zakładu Radiologii;
Zadanie 7 / Zakup komory degazacyjnej i zestawu do kontra pulsacji;
Zadanie 8 / Zakup pompy do kontra pulsacji;
Zadanie 9 / Zakup diatermii;
Zadanie 10 / Zakup defibrylatorów;
Zadanie 11 / Zakup respiratorów;
Zadanie 12 / Zakup kardiomonitorów;
Zadanie 13 / Modernizację pomieszczeń rezonansu magnetycznego;
Zadanie 14 / Zakup stołu operacyjnego;
Zadanie 15 / Modernizację pomieszczeń do angiografii cyfrowej z dodatkowym wyposażeniem;
Zadanie 16 / Przebudowę Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej;
Zadanie 17 / Przebudowę Kliniki Ortopedii i Traumatologii;
Zadanie 18 / Zakup przyłóżkowych aparatów RTG;
Zadanie 19 / Zakup aparatu do znieczuleń do rezonansu magnetycznego.

[34] http://www.spsk4.lublin.pl

od lewej: mikroskop operacyjny oraz pompa do kontrapulsacji wewnątrzortalnej

Czas realizacji projektu: 25.01.2011 – 31.12.2011.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Projekt modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego objął swoim zasięgiem teren województwa lubelskiego gdyż w 2016 roku centra urazowe funkcjonowały już na terenie 14 spośród 16 województw (we wszystkich z wyjątkiem świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego).

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się osiągnąć wszystkie założone wskaźniki. Powiodła się realizacja wszystkich działań, jakie zaplanowano we wniosku o dofinansowanie.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zdaniem przedstawiciela beneficjenta, który wziął udział w badaniu IDI, sprzęt i aparatura medyczna w 2016 roku nie były wykorzystywane w 100%. Ich użytkowanie stanowi 81-99% maksymalnych możliwości. Niepełne wykorzystanie możliwości ekwipunku związane jest tym, że zabrakło środków na kolejne inwestycje, np. dostosowanie infrastruktury technicznej do potrzeb pacjentów i szpitala, które umożliwiłyby pełne wykorzystanie potencjału szpitala.

Użyteczność projektu: Utworzone w ramach projektu ma bardzo pozytywny wpływ na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziom ich śmiertelności – umożliwia przeprowadzenie badań w krótkim okresie od zdarzenia, szybkie postawienie diagnozy i podjęcie decyzji odnośnie do sposobu ratowania zdrowia i życia. Oddziały specjalistyczne działające w strukturze Centrum Urazowego są powiązane ze sobą organizacyjne oraz zakresem zadań, aby przyspieszyć realizację procedur. Przeprowadzane są kompleksowe diagnozy oraz wielospecjalistyczne leczenie, zgodne z aktualną wiedzą medyczną w zakresie terapii ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała. Zauważalny jest wpływ projektu na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia życia. Pacjenci mają zapewnione holistyczne podejście przy wykorzystaniu nowoczesnego

sprzętu – zwiększa to ich bezpieczeństwo, zmniejsza ryzyko powikłań i zakażeń. Wpływa to na obniżenie śmiertelności, skrócenie czasu hospitalizacji i wykorzystywanie mniejszej ilości środków leczniczych. Inwestycja przyczyniła się również do zwiększenia dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – placówka medyczna dysponuje większą liczbą sprzętu niż w przeszłości, dzięki czemu może realizować większą liczbę diagnoz i procedur medycznych, zaś zakupiona aparatury jest wysokiej klasy, co przekłada się na jakość.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Według uczestnika badania IDI realizacja projektu spełniła oczekiwania pacjentów. Ze względu na to, że zwiększa się liczba pacjentów pourazowych, bardzo istotne było zwiększenie liczby sprzętu, jakim dysponuje beneficjent. Respondent zwrócił uwagę na to, że w województwie lubelskim w wielu placówkach medycznych infrastruktura jest przestarzała i/lub niedoinwestowana bądź w ogóle jej brakuje. W związku z tym konieczne było utworzenie Centrum Urazowego, aby zminimalizować relatywnie wysoki wskaźniki zgonów wśród ofiar urazów i poprawić wskaźniki takie jak: organizacja pracy, szybkość diagnozowania i udzielania pierwszej pomocy oraz dostępność do zaplecza szpitalnego.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Projekt spełnił oczekiwania beneficjenta, gdyż przyczynił się do zwiększenia efektywności działania ratownictwa medycznego, wyposażenia centrum urazowego w nowoczesny sprzęt medyczny, przyspieszenia szybkości stawianej diagnozy, poprawy jakości i kompleksowości świadczeń udzielanych przez centrum urazowe oraz wzrostu satysfakcji klientów. Z drugiej jednak strony ze względu na ograniczone środki finansowe zakres działań w ramach projektu nie uwzględnił utworzenia nowoczesnej sali operacyjnej, umożliwiającej łączne wkroczenie operacyjne lekarzy o zróżnicowanych specjalizacjach oraz stosowanie małoinwazyjnych metod (angiografii, radiologii interwencyjnej).

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono wystąpienia nieplanowanych rezultatów projektu – uzyskane efekty były w pełni zgodne z przewidzianymi we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Możliwe jest wskazanie długofalowych efektów realizacji projektu. Można do nich zaliczyć efektywności działania ratownictwa medycznego, zmniejszenie odsetka trwałego inwalidztwa na skutek wypadków drogowych, kolejowych i innych zdarzeń mogących stanowić zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego (np. zagrożenia pożarowe, katastrofy budowlane, awarie energetyczne i gazowe), obniżenia umieralności wskutek wypadków drogowych, kolejowych i innych zagrożeń. Zakupiony sprzęt i zmodernizowana infrastruktura są wykorzystywane regularnie, będą służyć pacjentom co najmniej przez cały okres realizacji projektu. Ze względu na postęp wiedzy i technologii medycznej może jednak zajść potrzeba zastąpienia aparatury nowszą, zanim upłynie okres jej żywotności, aby dostosować się do standardów.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- "Utworzenie Makroregionalnego Centrum Inwazyjnej Diagnostyki

i Chirurgicznego Leczenia Raka Płuca w SPSK Nr 4 w Lublinie." (PO IiŚ);

- "Modernizacja Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii w SPSK nr 4 w Lublinie celem zwiększenia skuteczności wczesnej diagnostyki raka płuca" (PO IiŚ);
- "Przebudowa i doposażenie SOR SPSK Nr 4 w Lublinie celem podniesienia jakości i dostępności do świadczeń medycznych w stanach nagłego zagrożenia życia" (PO IiŚ);
- "Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie" (PO IiŚ).

Beneficjent jest zdania, że zrealizowane projekty są komplementarne z inwestycją w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. Świadczy o tym fakt, że wszystkie zrealizowane projekty wpłynęły na zwiększenie jakości i dostępności do specjalistycznych usług medycznych, umożliwiły usprawnienie funkcjonowania szpitala. Efektem zrealizowanych projektów jest m.in.: podniesienie jakości świadczonych usług, zabezpieczenie ciągłości szybkiego postępowania diagnostycznego oraz usprawnienie procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Respondent zauważył także, że zrealizowany projekt jest komplementarny z zakończoną inwestycją Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie polegającą na przebudowanie lądowiska dla helikopterów, umożliwiającą m.in. sprawne transportowane pacjentów pomiędzy tymi dwoma placówkami medycznymi.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,11% (koszt nadzoru nad modernizacją pomieszczeń). Jest to wartość bardzo niewielka, zdecydowana większość kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez szpital. W procesie realizacji i zarządzania projektem uczestniczyli pracownicy szpitala, zatrudnieni w różnych jednostkach organizacyjnych, posiadający odpowiednie wykształcenie i kwalifikacje zawodowe niezbędne do prawidłowej i terminowej realizacji projektu.

4. Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu

Nazwa projektu: Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.

Beneficjent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im."Św. Barbary".

Adres beneficjenta: 41-200 Sosnowiec, ul. Plac Medyków 1.

Opis działalności beneficjenta projektu: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary rozpoczął działalność w 1988 roku. Jest on jednym Centrum Urazów Wielonarządowych w województwie śląskim oraz największym kompleksem szpitalnym Polski Południowej. W ramach struktury szpitala funkcjonuje 5 oddziałów klinicznych:

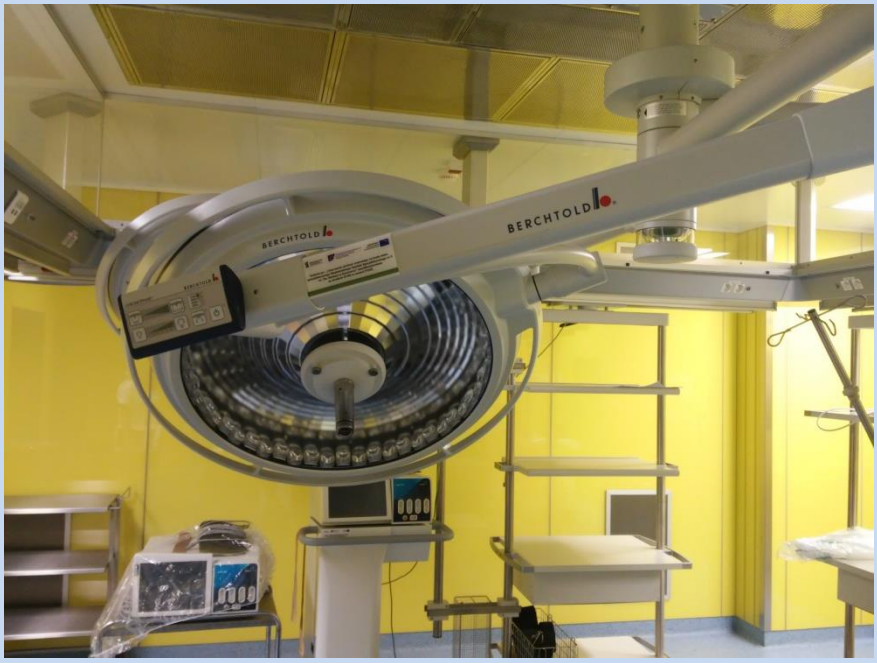
- Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;

- Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej;
- Kliniczny Oddział Neurochirurgii;
- Kliniczny Oddział Urologii;
- Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego.

Nadrzędnym celem Szpitala jest ratowanie życia i zdrowia pacjentów w atmosferze bezpieczeństwa i zaufania, w oparciu o profesjonalizm świadczonych usług rozumiany jako połączenie najlepszej wiedzy i umiejętności oraz zaangażowanie pracowników, dzięki którym tworzymy ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności w dyscyplinach zabiegowych i medycynie ratunkowej.

Cel projektu: zabezpieczenie ciągłości szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Realizacja robót budowlanych mających na celu modernizację pomieszczeń, zakup sprzętu i aparatury medycznej, w tym m.in. lampy operacyjnej, respiratorów transportowych, defibrylatora, transportera taśmowego i system ogrzewania płynów infuzyjnych.



podwójna lampa operacyjna w technologii LED

Czas realizacji projektu: 29.04.2011 – 30.06.2012.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg działalności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego obejmuje całe województwo śląskie, ale zdarza się, że przyjmowani są pacjenci z innych województw, a nawet innych krajów UE.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie działania zrealizowane w ramach projektu przyniosły założone efekty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury

medycznej: Beneficjent w pełni wykorzystuje możliwości zakupionego sprzętu i aparatury.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu przyczyniła się utrzymania dobrego poziomu zdrowia oraz obniżenia poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Modernizacja pomieszczeń i doposażenie szpitala w sprzęt medyczny niezbędny do ratowania życia i zdrowia ludzkiego w szczególności przyczyniła się do obniżenia poziomu śmiertelności pacjentów oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, dzięki czemu skróceniu uległ czas hospitalizacji i szybciej następują powroty do pracy. Doposażenie Szpitala pozwoliło na zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Utworzenie Centrum Urazowego przyczyni się do lepszego zaspokajania potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym, gdyż udzielana przez beneficjenta pomoc medyczna zwiększa prawdopodobieństwo, że poszkodowani zachowają zdrowie lub życie oraz będą w stanie szybko powrócić do aktywności zawodowej.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projektu spełniła w pełni oczekiwania beneficjenta, gdyż inwestycja zapewnia wyjątkowe korzyści pacjentom oraz potencjalnym pacjentom – zgodnie z szacunkami Centrum Urazowe każdego roku będzie udzielało pomoc około 43 000 pacjentów.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono wystąpienia rezultatów projektu, które nie zostałyby uwzględnione we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Do długoterminowych efektów realizacji inwestycji zaliczono:

- zbliżenie wyników leczenia pacjentów urazowych do standardów europejskich i światowych;
- zmniejszenie kosztów innych placówek medycznych na terenie województwa ze względu na to, że Centrum Urazowe przejęło część funkcji, które do tej pory były przez nie pełnione;
- poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

Zgodnie z szacunkami zakupiony sprzęt i zrealizowane inwestycje będą służyć pacjentom w okresie minimum 15 lat, do czasu wprowadzenia innowacji, które wymuszą wymianę wyposażenia na nowe.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- „Remont Lądowiska dla śmigłowców ratunkowych celem dostosowania do standardów europejskich - wykonanie płyty lądowiska dla śmigłowców LPR na SOR WSS5 im. św. Barbary w Sosnowcu" (PO IiŚ);
- „Remont lądowiska dla śmigłowców ratunkowych celem dostosowania do standardów europejskich - wykonanie rękawa do transportu pacjentów z lądowiska dla śmigłowców LPR na SOR WSS5 im. św. Barbary w Sosnowcu" (PO IiŚ).

Zrealizowane projekty stanowiły etapy rozwoju systemu ratownictwa medycznego poprzez rozbudowę bazy służącej ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego. Zarówno transport lotniczy, jak i zapewnienie specjalistycznej pomocy medycznej świadczonej przez Centrum Urazowe znacznie zwiększają szanse na to, że osoby, których znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zachowają zdrowie lub życie – w związku z tym stwierdzić można, że pomiędzy zrealizowanymi projektami wystąpiła synergia.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 3,76%. Jest to wartość niewielka, zdecydowana większość kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez szpital.

5. 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

Nazwa projektu: 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.

Beneficjent: Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".

Adres beneficjenta: 04-730 Warszawa, ul. Al. Dzieci Polskich 20.

Opis działalności beneficjenta projektu: Pierwszy etap budowy instytutu zakończono w 1977 roku. Jest on największą i najnowocześniejszą placówką pediatryczną w Polsce. W skład tej placówki medycznej wchodzi m.in. 16 klinik, 26 oddziałów, 30 poradni, 37 pracowni, 9 zakładów oraz Izba Przyjęć. W Instytucie zatrudnionych jest ponad 2000 osób[35].

Cel projektu: Celem projektu było wsparcie instytucjonalne instytutu poprzez przebudowę i rozbudowę Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, pozwalające na rozszerzenie zakresu świadczonych usług medycznych, skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie badań specjalistycznych, skrócenie czasu dojazdu pacjenta, poprawa warunków świadczenia pomocy medycznej oraz warunków pracy personelu medycznego i pomocniczego.

Zrealizowane w ramach projektu działania: W ramach projektu zrealizowano następujące działania:

- budowa nowego pawilonu Bloku Operacyjnego;
- zakup i montaż urządzeń medycznych na potrzeby nowego Bloku Operacyjnego;
- dobudowa nowego budynku dla potrzeb Oddziału Intensywnej Terapii (dobudowa pomiędzy budynkiem D a nowym blokiem operacyjnym tzw. platformy);
- zakup i montaż urządzeń medycznych na potrzeby OIT (nowy pawilon) – 12 mostów wzmożonego nadzoru;

[35] http://www.czd.pl/index.php

- przebudowa budynku D wraz z łącznikami;
- zakup i montaż urządzeń medycznych na potrzeby OIT (budynek D) - 12 mostów intensywnej terapii intensywnych i 4 mosty wzmożonego nadzoru;
- budowa lądowiska dla śmigłowców ratownictwa medycznego obok budynku głównego IPCZD w postaci platformy wyniesionej wraz z niezbędną infrastrukturą techniczną (instalacja oświetleniowo – sygnalizacyjna, przeciwpożarowa, zabezpieczenie techniczne.

sala dla pacjentów

Czas realizacji projektu: 01.07.2011 – 31.03.2013.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu wykracza poza granice Polski – przyjmowani są pacjenci z Białorusi, Ukrainy i Litwy. Dzięki budowie lądowiska dla śmigłowców możliwe jest szybkie przetransportowanie dzieci z większego niż dotychczas obszaru. Placówka medyczna świadczy unikatowe w skali kraju usługi, w związku z czym zgłaszają się do niej pacjenci, którzy nie mogli uzyskać odpowiedniego wsparcia w innych podmiotach leczniczych.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się osiągnąć prawie wszystkie planowane rezultaty projektu. Jedyny problem dotyczy funkcjonowania klimatyzacji – na niektórych oddziałach występują trudności z utrzymaniem stałej temperatury.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupiony sprzęt wykorzystywany jest w około 85%. Niewykorzystywanie ekwipunku w 100% jest związane przede wszystkim z tym, że nie ma potrzeby, aby pracował on bez przerwy – sale operacyjne nie są wykorzystywane nieustannie, chociaż i tak planowane operacje są realizowane do późniejszych godzin niż w innych placówkach medycznych. Niektóry rodzaje sprzętu, na przykład kardiomonitory, są wykorzystywane cały czas. Bariery w wykorzystywaniu nowego sprzętu związane są również z niedostateczną liczbą anestezjologów – zwolnienia chorobowe i urlopy macierzyńskie zakłócają pracę placówki medycznej. Zatrudnionych jest zbyt mało lekarzy rezydentów – problemy w rekrutacji związane są ze zbyt niskimi zarobkami,

jakie Instytut może zaoferować pracownikom.

Użyteczność projektu: Zrealizowany projekt nie ma bezpośredniego wpływu na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziomu ich śmiertelności. Z drugiej strony, zadbanie o dobry stan zdrowia dzieci pozwoli na to zminimalizowanie ich kłopotów zdrowotnych w przyszłości. Inwestycja pozwoliła na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego – posiadanie nowoczesnego sprzętu wpływa na wyniki leczenia, doposażenie bloków operacyjnych pozwala na sprawniejsze wykonywanie operacji, na przykład nowa nawigacja pozwala neurochirurgom na sprawniejsze wykonywanie pracy. Zwiększyła się dostępność specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – dzięki zwiększeniu liczby sal operacyjnych zabiegi nie muszą odbywać się w nocy, dostępne są dodatkowe sale intensywnej terapii. Wykorzystanie transportu lotniczego pozwala na szybkie zapewnienia wsparcia medycznego pacjentom w ciężkim stanie, którzy znajdują się w znacznej odległości od szpitala. Lepsze wyposażenie, wykorzystywanie wyższej jakości sprzętu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej i poprawa warunków pracy chirurgów przekładają się na wyższą jakość oferowanych usług.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: W trakcie indywidualnego wywiadu pogłębionego respondent wskazał, że kliniki zabiegowe są kluczowe dla działalności Instytutu - blok operacyjny, oddział transplantologii oraz podejmowane na nich działania operacyjne, chirurgiczne i kardiochirurgiczne pozwalają na lepsze zaspokojenie potrzeb pacjentów. Istotne są również powiększenie oddziału intensywnej terapii, poprawa poziomu sterylności oraz zapewnienie lepszego przepływu pacjentów dzięki zmodernizowaniu sali wybudzeń.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projektu spełniła oczekiwania beneficjenta, gdyż miała bardzo duży wpływ na zwiększenie jakości pracy anestezjologów poprzez zapewnienie im odpowiednich warunków pracy i wyposażenia. Dzięki temu, że sale operacyjne są położone bliski siebie, anestezjolog może łatwo przemieszczać się pomiędzy nimi w miarę potrzeb. Poprawi się komfort pracy lekarzy – powiększono szatnie, zapewniono możliwość umycia się, łazienki są wyposażone w fotokomórki, poprawiono oświetlenie. W trakcie indywidualnego wywiadu pogłębionego respondent zwrócił jednak uwagę, że oddział intensywnej terapii pooperacyjnej powinien zostać powiększony, gdyż obecnie liczba dostępnych łóżek jest zbyt mała.

Dodatkowe rezultaty projektu: Przedstawiciel beneficjenta biorący udział w indywidualnym wywiadzie pogłębionym zauważył dodatkowe efekty realizacji projektu: poprawił się dostęp rodziców do sali wybudzeń – dzięki temu, że została ona rozbudowana, matki i ojcowie krócej oczekują na kontakt z wybudzonymi dziećmi. Ze względu na to, że dzięki realizacji inwestycji przy Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej znajdują się pracownie rentgenowskie, poprawił się komfort pacjentów, gdyż nie trzeba ich transportować do innych oddziałów np. po zabiegach wewnątrznaczyniowych czy cewnikowaniu serca.

Trwałość projektu: Można zauważyć długoterminowe efekty realizacji projektu – spowoduje on utrzymanie wiodącej roli Centrum Zdrowia Dziecka w przeprowadzaniu zabiegów na niepełnoletnich pacjentach. Liczba realizowanych operacji będzie wzrastać, gdyż w 2016 roku sale operacyjne nie były jeszcze wykorzystywane w 100%.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: Beneficjent w okresie 2007-2015 realizował m.in. następujące projekty:

- Elektroniczna Platforma Nauki Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" (PO IG);
- Wieloprofilowa modernizacja infrastruktury naukowo-badawczej Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" (PO IG);
- Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowej metody i procedury diagnostycznej kołatań serca u dzieci (PO IG);
- Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowej metody i procedury diagnostyki omdleń u dzieci, w ramach projektu pt. "Optymalizacja diagnostyki i terapii zaburzeń rytmu serca i omdleń przy zastosowaniu inteligentnych rozwiązań telemetrycznych" (PO IG);
- Opracowanie norm ciśnienia tętniczego dla populacji dzieci i młodzieży w Polsce" (Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy EOG).

Beneficjent najczęściej realizował projekty informatyczne oraz naukowo-badawcze. Respondent wskazał, że wzajemnie się one uzupełniają, zauważalny jest efekt synergii. Wdrażanie nowych systemów informatycznych oraz wprowadzenie bezprzewodowego dostępu do Internetu ułatwiają monitorowanie czynności życiowych pacjenta – nowoczesne urządzenia, zakupione w ramach analizowanego projektu zbierają na bieżąco dane i zapisują je w systemie informatycznym, do którego dostęp mają pracownicy Instytutu. W ramach innego projektu zakupiono urządzenia audio i video do sali operacyjnej, pozwalające na obserwowanie operacji w innych miejscach w Instytucie. Uczestnictwo w programach badawczo-rozwojowych pozwala lekarzom na pozyskanie za granicą wiedzy na temat nowoczesnych metod terapii – pozyskane informacje są wykorzystywane w praktyce po powrocie do kraju.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 2,48%. Jest to wartość niewielka, zdecydowana większość kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez Instytut. Wydatki nieinwestycyjne związane były przede wszystkim z opracowaniem dokumentacji projektowo-kosztorysowej. Przedstawiciel beneficjenta wskazał, że wydatki przeznaczone na zarządzanie były wystarczające, chociaż projekt był bardzo duży, a na realizację przewidziano dość mało czasu. Wydatki nieinwestycyjne pozwoliły na stworzenie zespołów, które poradziły sobie z realizacją procedur zakupowych.

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

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

Beneficjent: Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała

Wyszyńskiego.

Adres beneficjenta: 04-628 Warszawa, ul. Alpejska 42.

Opis działalności beneficjenta projektu: Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego został utworzony w 1979 roku. Jest on głównym klinicznym ośrodkiem kardiologiczno-kardiochirurgicznym w Polsce, istotnym ośrodkiem kształcenia podyplomowego w dziedzinie kardiologii oraz dynamicznie rozwijającym się ośrodkiem naukowym. Główne kierunki działalności klinicznej Instytutu Kardiologii koncentrują się na interwencyjnym leczeniu ostrych zespołów wieńcowych, diagnostyce i leczeniu choroby wieńcowej, diagnostyce i leczeniu niewydolności serca, wadach nabytych i wrodzonych serca, diagnostyce i leczeniu nadciśnienia tętniczego, leczeniu zaburzeń rytmu serca, leczeniu kardiochirurgicznym i transplantacji serca oraz diagnostyce obrazowej. W skład struktury organizacyjnej Instytutu wchodzi: 11 klinik, 4 oddziały, Centrum Telekardiologii, 2 izby przyjęć, 5 zakładów, 5 samodzielnych pracowni oraz 3 poradnie. W Instytucie Kardiologii każdego roku jest hospitalizowanych ponad 19 700 pacjentów, wykonywanych jest ponad 2 200 zabiegów i udzielanych jest ponad 59 500 porad ambulatoryjnych. Beneficjent ten prowadzi również działalność w zakresie promocji zdrowia[36].

Cel projektu: Celem projektu była poprawa dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego świadczonych przez Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Celami szczegółowymi projektu są:

- podniesienie standardu świadczonych usług, poprzez doposażenie w nowoczesny wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny, dostosowanie usprzętowienia IK do obowiązujących norm i standardów użytkowania, jak również wymogów prawa;
- podniesienie poziomu życia mieszkańców centralnej i północno-wschodniej Polski oraz innych regionów kraju, poprzez poprawę jakości infrastruktury ochrony zdrowia na poziomie ponadregionalnym;
- zwiększenie dostępności i możliwości realizacji wysokospecjalistycznych usług medycznych z zakresu kardiologii i kardiochirurgii wykonywanych w IK;
- skrócenie czasu oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych, dzięki wykorzystaniu nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego;
- stworzenie możliwości realizacji pełnego zakresu funkcjonalnego IK;
- zapewnienie odpowiednich warunków funkcjonowania doposażonych oddziałów;
- zwiększenie sprawności i bezawaryjności urządzeń medycznych, poprzez dostęp do nowych technologii;
- Poprawa bezpieczeństwa pracy personelu IK, w wyniku wymiany wyeksploatowanego i awaryjnego sprzętu medycznego;
- dostosowanie usprzętowienia IK do obowiązujących norm i standardów użytkowania, jak również wymogów prawa;
- zmniejszenie energochłonności aparatury medycznej poprzez jej wymianę na energooszczędne, innowacyjne i wysokospecjalistyczne urządzenia medyczne.

Zrealizowane w ramach projektu działania: W ramach projektu dokonano

[36] http://www.ikard.pl

modernizacji i przystosowania pomieszczeń na potrzeby sali zwiększonego nadzoru kardiologicznego z zapleczem, modernizacji Kliniki Kardiochirurgii i Transplantologii, przeprowadzono remont dachu wraz z wymianą instalacji odgromowej oraz zakupiono liczny sprzęt medyczny (w tym aparaty RTG, defibrylatory, systemy do monitorowania funkcji życiowych, respiratory, systemy do wykonywania i archiwizowania badań echokardiograficznych, gamma kamerę i tomograf komputerowy).

Czas realizacji projektu: 24.09.2013 – 31.12.2014.

sala hybrydowa

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zakres oddziaływania projektu objął całą Polskę ze względu na to, że na leczenie do Instytutu kierowani są mieszkańcy wszystkich województw.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie zrealizowane działania przyniosły zaplanowane rezultaty, o czym świadczy fakt, że udało się osiągnąć wszystkie zaplanowane wskaźniki.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupione w ramach projektu sprzęt i aparatura wykorzystywane są nieustannie, pracują 24 godziny na dobę.

Użyteczność projektu: Zrealizowany projekt wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, gdyż zakupiony sprzęt pozwala na lepsze i dokładniejsze diagnozowanie i leczenie osób ze schorzeniami kardiologicznymi. Inwestycja przyczynia się również do obniżenia poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym, gdyż znaczna część nowej aparatury to wysokospecjalistyczny sprzęt, stosowany u pacjentów w bardzo poważnym stanie kardiologicznym. Jego użytkowanie wpływa na poprawę rokowań u takich osób. Zaobserwowano również wpływ projektu na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia życia – przyczyniają się do tego aparatura służąca do podtrzymywania krążenia, np. aparaty do kontra pulsacji i do krążenia pozaustrojowego oraz sprzęt służący bezpośredniemu ratowaniu życia, np. defibrylator. Dzięki temu, że zwiększyła się liczba wykorzystywanego wyposażenia,

poprawiała się dostępność specjalistycznych i wysokospecjalistycznych usług, a na wzrost ich jakości wpłynął fakt., że nowoczesne aparaty do diagnostyki cechują się większą czułością, przekładającą się na wyższą trafność stawianych rozpoznań.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zakupy sprzętu zrealizowane w ramach projektu zostały dokonane przy uwzględnieniu potrzeb na poziomie ponadregionalnym i były adekwatne do potrzeb w zakresie diagnostyki i leczenia.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu było w 100% zgodne z oczekiwaniami beneficjenta – wyniki inwestycji zostały uznane w pełni satysfakcjonujące zarówno jeżeli chodzi o wydatki na sprzęt, jak i remont infrastruktury. Udało się zrealizować wszystkie zaplanowane działania, a nowa aparatura została zamontowana i jest intensywnie użytkowana.

Dodatkowe rezultaty projektu: Dodatkowym rezultatem projektu jest wzrost zadowolenia pracowników i pacjentów, którzy zostali pozytywnie zaskoczeni skalą i rezultatami projektu, a zwłaszcza wzrostem komfortu.

Trwałość projektu: Zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany przez cały założony przez producentów okres żywotności – sprzęt kardiologiczny może być użytkowany przez wiele lat bez stwarzania zagrożenia nieprawidłowego zdiagnozowania pacjenta.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: Beneficjent w okresie 2007-2015 realizował następujące projekty:

- Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamicznej przystosowany do pracy hybrydowej (PO IiŚ);
- Poprawa jakości i dostępności usług medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych dla Instytutu Kardiologii w Warszawie (PO IiŚ);
- Zintegrowany system informatyczny wspomagający badania nad schorzeniami układu krążenia (PO IG);
- Optymalizacja Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rytmu Serca i Omdleń przy zastosowaniu inteligentnych rozwiązań Telemetrycznych (PO IG)
- Unowocześnienie i wdrożenie metod wczesnej diagnostyki oraz optymalizacja farmakoterapii chorób układu sercowo-naczyniowego dla Instytutu Kardiologii w Warszawie (RPO).

Wyżej wskazane projekty są komplementarne z analizowanym projektem. Wszystkie zrealizowane inwestycje służyły unowocześnieniu infrastruktury oraz bazy wyrobów medycznych dla wykonywania usług w zakresie ochrony zdrowia dla pacjentów z całej Polski. Dzięki zrealizowanym projektem stworzono lepsze warunki pracy.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,004%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez Instytut. Projekt był zarządzony przez pracowników w ramach

obowiązków służbowych, koszty nieinwestycyjne były związane z działaniami promocyjnymi – zakupem tablic informacyjnych i pamiątkowych oraz naklejek na sprzęt.

7. Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez zakup nowego aparatu rezonansu magnetycznego dla Centrum Onkologii Oddział w Gliwicach

Nazwa projektu: Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez zakup nowego aparatu rezonansu magnetycznego dla Centrum Onkologii Oddział w Gliwicach.

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

Adres beneficjenta: 44-101 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15.

Opis działalności beneficjenta projektu: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach powstało w 1946 roku (jako Państwowy Instytut Przeciwrakowy). Należy do wiodących w Polsce, wysokospecjalistycznych, nowoczesnych i dobrze zorganizowanych ośrodków kliniczno-naukowych. Nowoczesne zaplecze aparaturowe oraz wyspecjalizowany zespół zapewniają pacjentom diagnostykę i leczenie na poziomie standardów światowych, najwyższą precyzję i 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. Wdrażane są tu nowe metody lecznicze o charakterze nowatorskim i eksperymentalnym. Przedmiotem szczególnego zainteresowania jest skojarzone leczenie chorób nowotworowych, co pozwala na uzyskiwanie optymalnych wyników leczenia. W skład struktury organizacyjnej szpitala wchodzi 10 zakładów, 6 klinik, 2 pracownie, blok operacyjny oraz przychodnia przykliniczna – w jej skład wchodzi 10 poradni specjalistycznych. Instytut dysponuje bazą 479 łóżek. W ciągu roku hospitalizuje się ok. 34 000 osób, udziela się ponad 170 000 konsultacji.

Cel projektu: Celem projektu było zwiększenie jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej realizowanej przez beneficjenta.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Zakupienie rezonansu magnetycznego oraz wykonanie prac instalacyjnych i adaptacyjnych niezbędnych do jego użytkowania.

pokój przygotowawczy

Czas realizacji projektu: 31.12.2012 – 31.10.2014.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął całą Polskę Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach obejmuje całą Polskę.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się osiągnąć wszystkie zaplanowane rezultaty projektu – nie zrealizowano w ramach inwestycji działań, które nie dałyby pożądanych efektów.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Wykorzystywane są pełne możliwości zakupionej aparatury – jest ona wykorzystywana nieustannie od 7 do 22, a nawet dłużej.

Użyteczność projektu: Projekt przyczynia się do utrzymania dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, gdyż realizacja mammografii przy wykorzystaniu rezonansu magnetycznego pozwala na wczesne wykrywanie raka piersi, a co za tym idzie – rozpoczęcie leczenia, dzięki czemu kobiety mają większe szanse na powrót do zdrowia. Precyzyjne rozpoznawanie oraz określanie stopnia zaawansowania chorób nowotworowych oraz dostępności operacyjnej przekłada się na lepsze wyniki leczenia, w tym obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Inwestycja wpływa również na obniżenie poziomu śmiertelności w przypadku stanów nagłego zagrożenia zdrowia, gdyż możliwe jest szybkie i dokładne badania w przypadku m.in. powikłań neurologicznych czy udarów mózgu. Realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, gdyż zakupiony rezonans magnetyczny umożliwia wykonywanie zaawansowanych badań, np. spektroskopia, mapowanie mózgu czy mapowanie dróg istoty białej.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Choroby nowotworowe są bardzo istotnym problemem, częstość zachorowań na nie wzrasta, w związku z czym konieczne jest podejmowanie działań zwiększających szansę na

wczesne wykrycie choroby, które zwiększają skuteczność leczenia. W związku z tym należy uznać, że zrealizowany projekt jest adekwatny do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu jest zgodne z oczekiwaniami beneficjenta, gdyż poprawiła się oferta diagnostyczna, możliwa jest realizacja pożądanych badań.

Dodatkowe rezultaty projektu: Dodatkowym rezultatem projektu jest poszerzenie możliwości diagnostycznych beneficjenta o spektroskopię zmian w rdzeniu kręgowym – przed rozpoczęciem realizacji inwestycji pracownicy placówki medycznej nie byli pewni, czy będzie to możliwe.

Trwałość projektu: Do długotrwałych rezultatów projektu zaliczono poprawę skuteczności leczenia chorych – dzięki serwisowaniu i modernizowaniu zakupiony aparat będzie wykorzystywany jeszcze kilka lat.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Poprawa Jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej (PO IiŚ 2007-2013);
- Usprawnienie funkcjonowania Centrum Onkologii w Gliwicach poprzez uruchomienie serwerowni, terminali sieciowych, telefonii VOIP oraz systemów wirtualizacji kopii zapasowych i pracy rozproszonej (RPO).

Zaobserwowano komplementarność zrealizowanych projektów – przyczyniły się one do uzupełnienia bazy diagnostycznej, dzięki czemu możliwe jest prowadzenie bardziej zaawansowanej diagnostyki.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,25%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta.

8. Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu – „Przylądek Nadziei". Rozbudowa Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o nowy blok Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej

Nazwa projektu: Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu – „Przylądek Nadziei". Rozbudowa Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o nowy blok Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej.

Beneficjent: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Adres beneficjenta: 50-367 Wrocław, ul. Wybrzeże L. Pasteura 1.

Opis działalności beneficjenta projektu: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w obecnym kształcie istnieje od 1950 roku. Jest szkołą wyższą o profilu medycznym z siedzibą we Wrocławiu, zajmującą się kształceniem lekarzy różnych

specjalności oraz szeroko pojętego personelu medycznego (farmaceutów, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, menedżerów ochrony zdrowia i in.), prowadząca działalność dydaktyczną, naukową i kliniczną. W skład struktury organizacyjnej Uniwersytetu wchodzi 5 wydziałów: Lekarski (obejmujący 29 katedr, 10 samodzielnych zakładów, 1 pracownię i 15 klinik), Lekarski Kształcenia Podyplomowego (obejmujący 31 katedr, 8 samodzielnych zakładów, 2 pracownie, 27 klinik), Lekarsko-Stomatologiczny (7 katedr, 12 samodzielnych zakładów, 2 kliniki), Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej (16 katedr, 8 zakładów, 2 pracownie) oraz Nauk o Zdrowiu (6 katedr, 24 zakłady). Studenci kształcą się na 10 kierunkach. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu uczestniczy w wielu badaniach dotyczących najważniejszych potrzeb kraju i regionu w zakresie ochrony zdrowia i ochrony środowiska. Jest największym ośrodkiem specjalistycznego leczenia chorych z Dolnego Śląska, Opolszczyzny i Ziemi Lubuskiej. Od wielu lat uczelnia współpracuje też z przemysłem dolnośląskim, szczególnie istotne są badania dotyczące stanu zdrowia populacji zagłębia węglowego w województwie wałbrzyskim i zagłębia miedziowego w województwie legnickim.

Cel projektu: Poprawa dostępności i jakości leczenia pacjentów pediatrycznych z chorobami nowotworowymi, podwyższenie wyleczalności chorób, obniżenie liczby zakażeń szpitalnych.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o blok szpitalny Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej wraz z niezbędną infrastrukturą techniczną, zagospodarowaniem terenu oraz budową podziemnego tunelu stanowiącego łącznik pomiędzy istniejącym budynkiem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego a nowoprojektowanym budynkiem Kliniki oraz zakupienie kompleksowego wyposażenia do nowopowstałego bloku Kliniki.

szyny do ćwiczeń biernych

Czas realizacji projektu: 28.12.2012 – 30.09.2015.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zrealizowany projekt miał

zasięg ogólnopolski – z usług kliniki korzystają pacjenci z obszaru całej Polski. Zdarzają się również przypadku pacjentów z innych krajów. Poprawa warunków bytowych zarówno dzieci, jak i rodziców zachęca do korzystania z jej usług pacjentów spoza województwa dolnośląskiego.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się zrealizować wszystkie założenia projektu wynikające z wniosku aplikacyjnego.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Obłożenie łóżek sięga prawie 100%, co świadczy o bardzo wysokim zapotrzebowaniu na usługi Kliniki. Zakupiony sprzęt nie jest użytkowany nieustannie, co wynika z jego specyfiki, jednak jego wykorzystanie sięga blisko 100% założonej wydajności.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu ma wpływ na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziomu ich śmiertelności, gdyż zadbanie o zdrowia dzieci przełoży się na to, że będą one rzadziej chorować po osiągnięciu wieku produkcyjnego. Dzięki inwestycji obniżył się poziom śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego – w przypadku chorób hematologicznych zapewnienie szybkiego dostępu do wysokiej jakości leczenia przekłada się na znacznie wyższą wyleczalność. Dzięki zrealizowaniu projektu poprawiła się dostępność i jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, gdyż utworzono nową klinikę, którą zaopatrzono w wysokiej klasy sprzęt oraz laboratorium, co umożliwia realizację procesów diagnozy i leczenia, w tym produkcję leków.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Występuje duże zapotrzebowanie na usługi zdrowotne z zakresu hematologii dziecięcej, pacjenci muszą czekać w kolejkach. W związku z tym należy uznać, że utworzenie kliniki przyjmującej pacjentów z terenu całej Polski, a nawet z zagranicy, było adekwatne do istniejących potrzeb.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Udało się osiągnąć założone efekty projektu. Dla beneficjenta szczególnie istotne było zapewnienie odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych, wpływających na skuteczność procesu leczenia.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono wystąpienia efektów, które nie zostały założone we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Zgodnie z założeniami zakupiony sprzęt i zrealizowane inwestycje mają służyć pacjentom w okresie najbliższych kilku lat. Urządzenia, których wykorzystywanie nie będzie już dłużej możliwe zostaną odtworzone, zgodnie z umową, przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Zintegrowane Centrum Dydaktyczne Wrocławskiej Akademickiej Stomatologii. Zakup nowoczesnego sprzętu dydaktycznego na potrzeby Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (RPO);

- Rewitalizacja Zespołu Zabytkowej Architektury Klinik Akademii Medycznej we Wrocławiu (RPO);
- Budowa i wyposażenie Ośrodka Badawczo-Naukowo-Dydaktycznego Dolnośląskiej Farmacji we Wrocławiu (RPO);
- Zakup nowoczesnego sprzętu na potrzeby Ponadregionalnego Centrum Chirurgii Endowaskularnej (PO IiŚ);
- Dom Śląskiego Aptekarza (RPO);
- Program rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu (PO KL);
- Ochrona przed próchnicą wyrzynających się zębów pierwszych trzonowych u dzieci (Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego);
- Budowa i Wyposażenie Zintegrowanego Centrum Edukacji i Innowacji Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (PO IiŚ);
- Zintegrowany System Zarządzania Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu (PO KL).

Zaobserwowano występowanie efektu synergii – np. w celu utworzenia siedziby Wydziału Farmaceutycznego zrealizowano 2 projekty, wykorzystujące różne źródła finansowania. Zrealizowane potrzeby przyczyniły się do poprawy dostępności i jakości świadczonych usług, co pozwala na zapewnienie pacjentom Uniwersytetu Medycznego kompleksowej opieki zdrowotnej.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 5,98%. Jest to wartość niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty związane były przede wszystkim z podpisaniem umowy z firmą zewnętrzną, nadzorującą projekt pod względem procesu budowlanego oraz zatrudnieniem pracowników Uniwersytetu Medycznego w celu zapewnienia prawidłowej realizacji projektu.

9. Zakup ambulansu sanitarnego wraz z wyposażeniem dla Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie

Nazwa projektu: Zakup ambulansu sanitarnego wraz z wyposażeniem dla Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie.

Beneficjent: Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie.

Adres beneficjenta: 84-200 Wejherowo, ul. Dr A. Jagalskiego 10.

Opis działalności beneficjenta projektu: Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie szpital został oddany do użytku w 1981 roku. Charakteryzuje się wielospecjalistycznym charakterem działalności, wysoko wyszkoloną kadrą medyczną oraz stosowaniem nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia. Dysponuje 16 oddziałami szpitalnymi (prawie 500 łóżek), Działem Diagnostyki Laboratoryjnej, Obrazowej, Mikrobiologicznej, Zakładem Patomorfologii, Zakładem Rehabilitacji, Pracownią Endoskopii oraz Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Posiada również poradnie specjalistyczne – 7 poradni z kontraktem NFZ oraz 2 poradnie komercyjne.

Cel projektu: Celem projektu było doposażenie Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie w ambulans sanitarny wraz z wyposażeniem.

Zrealizowane w ramach projektu działania: W ramach projektu zakupiono ambulans sanitarny wraz z wyposażeniem.

ambulans

Czas realizacji projektu: 29.06.2009 – 30.04.2010.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania obejmuje pacjentów z Wejherowa i powiatu wejherowskiego.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się osiągnąć wszystkie zaplanowane rezultaty projektu.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupiony ambulans jest wykorzystywany nieustannie. O tym, że jest on bardzo użyteczny, świadczy fakt, że w przypadku awarii którejkolwiek z karetek szybkość dotarcia do pacjenta spada.

Użyteczność projektu: Projekt przyczynia się do utrzymania dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym – zapewnienie szybszego transportu do szpitala w wielu przypadkach przekłada się skuteczniejsze i krótsze leczenie. Dzięki temu, że obniżyła się mediana dotarcia do pacjenta, udaje się uratować większą liczbę osób, czyli obniża się poziom śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Szybsza interwencja jest szczególnie ważna w przypadku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, gdyż dzięki sprawnemu transportowi pacjenci doznają mniejszych uszczerbków na zdrowiu. Dzięki inwestycji zwiększyła się dostępność specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, gdyż im szybszy transport, tym krótszy czas oczekiwania na diagnozę i leczenie.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb na poziomie lokalnym – popyt na transport medyczny jest bardzo wysoki, a zakupienie karetki ułatwia jego zaspokojenie.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Projekt spełnił oczekiwania beneficjenta, gdyż przyczynił się do zapewnienia ciągłości

transportu i skrócenia czasu od momentu przyjęcia zgłoszenia do przetransportowania pacjenta do szpitala.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono dodatkowych efektów realizacji projektu.

Trwałość projektu: Zakupiony ambulans będzie wykorzystywany tak długo, jak o będzie możliwe – zaplanowane są przeglądy i remonty. Ze względu na to, że w momencie realizacji badania karetka przejechała już kilkaset tysięcy kilometrów, planowana jest jej wymiana na nową, jednak nie wiadomo, kiedy będzie możliwe zrealizowanie takiej inwestycji.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Przebudowa i remont wraz z zakupem sprzętu i wyposażenia medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy w Wejherowie (PO IiŚ);
- Zakup sprzętu medycznego oraz działania profilaktyczno – szkoleniowe w celu prewencji i leczenia chorób układu sercowo – naczyniowego w trzech szpitalach Województwa Pomorskiego Gdyni, Wejherowie, Kościerzynie (RPO);
- Poprawa jakości obsługi pacjentów i kontrahentów poprzez stworzenie e-Platformy i ucyfrowienie zakładu diagnostyki obrazowej w Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy w Wejherowie (RPO);
- Termomodernizacja siedmiu szpitali Województwa Pomorskiego (PO IiŚ).

Zaobserwowano występowanie zjawiska synergii pomiędzy realizowanymi projektami – pacjenci mają zapewniony szybszy transport na SOR, który dzięki realizacji innej inwestycji został przebudowany, wyremontowany i doposażony, a następnie, w miarę potrzeby, kierowani są na inne oddziały, na których poprawiono jakość obsługi na skutek wykorzystywania środków pochodzących z Regionalnego Programu Operacyjnego.

Ocena efektywności projektu: W trakcie realizacji projektu nie poniesiono kosztów nieinwestycyjnych, w związku z czym projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo.

10. Poprawa skuteczności ratownictwa przedszpitalnego poprzez wymianę wyeksploatowanych ambulansów w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie

Nazwa projektu: Poprawa skuteczności ratownictwa przedszpitalnego poprzez wymianę wyeksploatowanych ambulansów w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie.

Beneficjent: Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie.

Adres beneficjenta: 20-043 Lublin, ul. Spadochroniarzy 8.

Opis działalności beneficjenta projektu: Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie jest podmiotem

leczniczym działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Prowadzi działalność leczniczą w postaci ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz udziela pomocy medycznej w warunkach poza szpitalnych każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego polegającego na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Przy Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie funkcjonuje od 1992 roku Ośrodek Szkoleniowy, którego misją jest rozpowszechnianie wiedzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz szerzenie idei ratownictwa medycznego. Oferuje on kursy doskonalące dla ratowników i dyspozytorów medycznych, kursy dla ludzi związanych i niezwiązanych z medycyną oraz warsztaty, seminaria i pokazy ratownictwa medycznego.

Cel projektu: Podniesienie jakości i standardów świadczonych usług medycznych, wzrost poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Lubelszczyzny w zakresie ochrony zdrowia, zachowanie zasady "złotej godziny", obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutki powikłań powstające w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia, wzrost zadowolenia pacjenta, zmniejszenie dysproporcji w dostępnie ludności małych miast i terenów wiejskich do pomocy przedszpitalnej.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Wymiana 4 najbardziej wyeksploatowanych ambulansów oraz zakup 87 sztuk sprzętu medycznego stanowiącego ich wyposażenie.

ambulans

Czas realizacji projektu: 25.06.2009 – 30.06.2010.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg realizacji projektów objął 8 powiatów województwa lubelskiego: Lublin, powiat lubelski, powiat świdnicki, powiat łęczyński, powiat kraśnicki oraz częściowo powiaty krasnostawski, puławski i opolski.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: W pełniło udało się osiągnąć planowane rezultaty projektu.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupiony sprzęt jest wykorzystywany w 75% - jedna karetka uległa wypadkowi i nie była możliwa jest dalsza eksploatacja – stwierdzono szkodę całkowitą.

Użyteczność projektu: Zrealizowany projekt wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziomu ich śmiertelności, jak również na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, gdyż pozwolił na utrzymywanie zasady „złotej godziny" oraz podniosła jakość świadczonych usług. Wysokospecjalistyczna aparatura, będąca ma wyposażeniu ambulansów, pozwala na skuteczniejsze przeprowadzanie akcji ratowniczych, co wpływa na zmniejszenie częstotliwości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb na poziomie lokalnym i regionalnym – popyt na transport medyczny jest bardzo wysoki, a zakupienie karetki ułatwia jego zaspokojenie. Wyposażenie karetek w kompatybilny sprzęt łączności wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa zarządzania medycznego i przyczyniło się do polepszenia sprawności funkcjonowania.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projektu spełniła oczekiwania beneficjenta, gdyż przyczyniła się do poprawy skuteczności ratownictwa przedszpitalnego.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono dodatkowych, nieplanowanych rezultatów wynikających z dokonanej inwestycji.

Trwałość projektu: Zakupione ambulanse będą wykorzystywane jeszcze przez kilka lat przy założeniu, ż będą sukcesywnie naprawianie i właściwie eksploatowane.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent nie realizował innych projektów.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 2,46%. Jest to wartość niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty związane były przede wszystkim z przygotowaniem specyfikacji istotnych warunków zamówienia przetargu na zakup karetek, sporządzeniem analizy kosztów i korzyści, wynagrodzeniem referenta i księgowej oraz zamieszczeniem ogłoszeń prasowych.

11. Zakup dwóch ambulansów sanitarnych celem wymiany środków transportu dla potrzeb zespołów ratownictwa medycznego w Dziale Pomocy Doraźnej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach

Nazwa projektu: Zakup dwóch ambulansów sanitarnych celem wymiany środków transportu dla potrzeb zespołów ratownictwa medycznego w Dziale Pomocy Doraźnej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach.

Beneficjent: Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach.

Adres beneficjenta: 34-100 Wadowice, ul. Karmelicka 5.

Opis działalności beneficjenta projektu: Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach jest powiatową placówką służby zdrowia o statusie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Świadczy usługi zdrowotne dla ponad 154 tys. ludności powiatu wadowickiego w zakresie lecznictwa zamkniętego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, profilaktycznych programów zdrowotnych, transportu sanitarnego POZ oraz ratownictwa medycznego. Udziela również świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze gmin: Wadowice, Tomice, Spytkowice, Mucharz. Jednostki organizacyjne ZZOZ w Wadowicach to: Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Wadowicach, Powiatowa Przychodnia Specjalistyczna (w której mieści się 25 poradni), Dział Pomocy Doraźnej, Dział Rehabilitacji Medycznej, Pracownia RTG oraz Centralne Laboratorium. Szpital Powiatowy udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych, geriatrii, pediatrii, chirurgii ogólnej i urazowej, ginekologii i położnictwa, noworodków i wcześniaków, anestezjologii i intensywnej terapii oraz chorób zakaźnych. W ramach lecznictwa zamkniętego funkcjonuje 11 oddziałów szpitalnych. Szpital posiada 279 łóżek.

Cel projektu: Zastąpienie wyeksploatowanych karetek dwoma nowymi ambulansami.

Zrealizowane w ramach projektu działania: zakupienie dwóch ambulansów sanitarnych z pełnym wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną.

ambulans

Czas realizacji projektu: 17.07.2009 – 28.02.2010.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął powiat wadowicki.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie zaplanowane w ramach projektu działania przyniosły oczekiwane rezultaty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupiony sprzęt wykorzystywany jest w 83%. Ograniczenia w wykorzystaniu sprzętu wynikają z kontraktu podpisanego z NFZ – w związku z nim jedna z karetek wykorzystywana jest tylko przez 16 godzin na dobę.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym – nowy sprzęt rzadziej ulega awariom, zapewnia lepszy komfort transportowania, droga do placówki medycznej jest mniej traumatyczna dla pacjentów. Na obniżenie śmiertelności osób w wieku produkcyjnym oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego wpływa to, że podniosła się jakość i szybkość dotarcia do placówki medycznej między innymi dzięki temu, że wykorzystywany jest sprzęt wyposażony w nowoczesne systemy nawigacyjne. Nie dochodzi do sytuacji, w których pojazd ulega awarii w trakcie przewożenia pacjenta. Dzięki temu, że wykorzystywane są nowoczesne, dobrze wyposażone karetki, wzrosła dostępność wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowane inwestycje są adekwatne do potrzeb w zakresie lokalnym, gdyż przyczyniły się do poprawy szybkości i jakości transportu sanitarnego, jednak nie w pełni je zaspokoiły – konieczna byłaby wymiana wszystkich karetek.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta:. Realizacja projektu w pełni spełniła oczekiwania beneficjenta.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie stwierdzono dodatkowych efektów realizacji projektu.

Trwałość projektu: Do długofalowych efektów realizacji projektu można zaliczyć poprawę jakości świadczonych usług, Planowane jest długookresowe wykorzystywanie zakupionych pojazdów – w sytuacji, gdy nie będą mogły już być użytkowane do transportu doraźnego, mogą służyć do transportowania pacjentów niewymagających pilnego wyjazdu.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Budowa lądowiska dla helikopterów służącego poprawie dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ZZOZ w Wadowicach (PO IiŚ);
- Rewitalizacja i poprawa standardu usług medycznych ZZOZ w Wadowicach przez wykończenie nowego pawilonu i dostosowanie istniejącego do wymogów prawa (RPO);
- Budowa systemu udostępniania e-usług w ZZOZ w Wadowicach (RPO);

- Budowa zintegrowanych systemów informatycznych do zarządzania i monitoringu satelitarnego w Małopolsce (RPO);
- Rozbudowa Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Wadowicach o Pawilon Łóżkowy E. (RPO).

Zrealizowane inwestycje wzajemnie się uzupełniają – dzięki informatyzacji możliwe jest monitorowanie każdego wyjazdu karetki, budowa lądowiska dla helikopterów pozwala na zapewnienie pacjentom optymalnej metody transportu. Dzięki rewitalizacji i poprawie standardu usług medycznych możliwe jest zapewnienie skuteczniejszej pomocy pacjentom, którzy zostali przetransportowani do placówki medycznej przy wykorzystaniu nowych karetek – połączenie szybkiego transportu i sprawnej diagnozy znacznie zwiększa szanse pacjentów na powrót do zdrowia.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,01%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były z wykonaniem i montażem planszy informacyjnej.

12. Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do wymaganych standardów poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego

Nazwa projektu: Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do wymaganych standardów poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego.

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

Adres beneficjenta: 85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75.

Opis działalności beneficjenta projektu: Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dra Jana Biziela w Bydgoszczy zbudowany został w latach 1974-1980 ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia (NFOZ). Jest jednym z największych wielospecjalistycznych placówek medycznych w województwie. Rocznie hospitalizowanych jest tu około 40 000 pacjentów. Świadczy leczenie oraz kompleksową i szybką diagnostykę. Leczenie i pielęgnowanie pacjentów odbywa się w 7 klinikach, 4 oddziałach klinicznych oraz 6 oddziałach szpitalnych. Do proponowanych usług należy też diagnostyka obrazowa, laboratoryjna, mikrobiologiczna, patomorfologiczna oraz rehabilitacja narządów ruchu, głosu, słuchu, a także rehabilitacja pediatryczna – realizowane w 10 zakładach szpitalnych. W ramach realizowanych umów Szpital Uniwersytecki nr 2 świadczy możliwość korzystania z 44 wysokospecjalistycznych poradni przyszpitalnych. Szpital ten leczy największą liczbę pacjentów regionie kujawsko-pomorskim.

Cel projektu: Celem głównym projektu było zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego oraz ograniczenie odpływu pacjentów do innych placówek posiadających wystarczającą ilość sprzętu medycznego, niezbędnego do sprawnego funkcjonowania SOR.

Do celów szczegółowych projektu zaliczono:

- poprawę jakości i skróceniem czasu udzielanych świadczeń;

- zmniejszenie różnic w dostępie do świadczeń medycznych;
- zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych;
- wzrost ilości świadczonych usług;
- zwiększenie niezawodności i zaawansowania technologicznego sprzętu;
- poprawę skuteczności ratownictwa w sytuacjach klęsk żywiołowych;
- obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- zwiększenie bezpieczeństwa mieszkańców powiatu i turystów.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Zakupienie nowoczesnej aparatury medycznej, w tym m.in.: defibrylatorów, pomp infuzyjnych, kardiomonitorów, centralnego systemu monitorowania, łóżek do intensywnej terapii, aparatów EKG i tomografu komputerowego.

tomograf komputerowy

Czas realizacji projektu: 30.03.2010 – 31.07.2010.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął powiat miasto Bydgoszcz oraz powiaty ościenne.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie zrealizowane w ramach projektu działania przyniosły pożądane efekty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Sprzęt jest wykorzystywany w 100%, biorąc pod uwagę obecne wykorzystanie oraz maksymalną liczbę pacjentów, która mogłaby z niego skorzystać.

Użyteczność projektu: Projekt wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, gdyż doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego gwarantuje podjęcie szybkich działań w stanie zagrożenia życia oraz zdrowia, a także sprawne wykonanie zabiegów medycznych, co przyczynia się do skrócenia czasu potrzebnego na powrót do zdrowia. Dzięki temu, że zakupiono przede wszystkim sprzęt ratujący życie, podtrzymujący i monitorujący procesy życiowe oraz pomocniczy,

obniżył się poziom śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Zakupiony w ramach projektu sprzęt posłużył do szerszej i szybszej diagnostyki pacjenta, usprawnił i poprawił działania związane z ratowaniem ludzkiego życia, dzięki czemu obniżyły się śmiertelność oraz liczba skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zakupienie sprzętu przyczyniło się do zwiększenia jakości i dostępności specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych – nowoczesna aparatura pozwala na szybsze stawianie diagnoz i podejmowanie skutecznego leczenia. Nowoczesny sprzęt i nowoczesne technologie medyczne zmniejszają zagrożenie uzyskiwania błędnych i mało precyzyjnych wyników badań.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Przed realizacją projektu duże utrudnienie stanowił brak stacjonarnego cyfrowego aparatu RTG – doposażenie SORu w aparat RTG oraz inny wyposażenie pozwala na lepsze zaspokajanie potrzeb pacjentów oraz zwiększa skuteczność procedur ratujących życie.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projektu spełniła oczekiwania beneficjenta – udało się osiągnąć założone cele ilościowe i jakościowe: Poprawie uległa jakość udzielanych świadczeń, zwiększyła się niezawodność i zaawansowanie technologiczne sprzętu, poprawie uległa skuteczność ratownictwa w sytuacjach nagłych zdarzę i klęsk żywiołowych, zwiększyło się bezpieczeństwo mieszkańców powiatu i turystów, zmniejszeniu uległa różnica w dostępie do świadczeń, skróceniu uległ czas udzielanych świadczeń.

Dodatkowe rezultaty projektu: Do dodatkowych efektów realizacji projektu zaliczyć można poprawę komfortu i zadowolenia pacjentów i personelu szpitala oraz wzrost prestiżu placówki medycznej.

Trwałość projektu: Do długofalowych efektów realizacji projektu zaliczyć można znaczącą poprawę jakości świadczonych usług dzięki wdrożeniu nowoczesnych technologii medycznych. Planowane jest intensywne wykorzystywanie sprzętu także po zakończeniu trwałości projektu, przy zachowaniu obowiązujących standardów bezpieczeństwa i jakości.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Rozwój oraz dostosowanie do wymaganych standardów wysokospecjalistycznych procedur leczniczych i operacyjnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej (RPO);
- Modernizacja i doposażenie uniwersyteckich oddziałów szpitalnych o kluczowym znaczeniu dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (RPO);
- Zakup aparatury i urządzeń medycznych dla wybranych Klinik i Zakładów Szpitala wraz z dostosowaniem pomieszczeń w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych (RPO);
- Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy (PO IiŚ).

Beneficjent nie zaobserwował występowania efektu synergii ze względu na to, ze zrealizowane projekty dotyczyły zróżnicowanych obszarów działania – ogólnie

przyczyniają się one do poprawy dostępności i jakości udzielanych świadczeń, ale ich wzajemne oddziaływanie jest ograniczone.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,04%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były z wydrukowaniem materiałów informacyjnych oraz zamieszczeniem artykułów sponsorowanych w prasie lokalnej.

13. Poprawa działania systemu ratownictwa medycznego w powiecie bocheńskim - zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii dla SOR w SPZOZ w Bochni

Nazwa projektu: Poprawa działania systemu ratownictwa medycznego w powiecie bocheńskim - zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii dla SOR w SPZOZ w Bochni.

Beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy".

Adres beneficjenta: 32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31.

Opis działalności beneficjenta projektu: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. bł. Marty Wieckiej powstał w roku 1951. W latach 80. dobudowano do niego nowy pawilon szpitalny z Oddziałem Internistycznym i Pediatrycznym, a także szereg budynków zaplecza gospodarczego, w roku 2002 uruchomiono Szpitalny Oddział Ratunkowy. Szpital dysponuje 199 łóżkami oraz 25 łóżeczkami noworodkowymi. Na oddziałach szpitalnych hospitalizowanych jest rocznie ponad 10 000 pacjentów. Szpital Powiatowy w Bochni świadczy szybką i kompleksową diagnostykę, leczenie i rehabilitację. Leczenie i pielęgnowanie pacjentów odbywa się w 10 oddziałach szpitalnych. Przy szpitalu funkcjonuje 16 poradni specjalistycznych, 9 pracowni diagnostycznych (3 pracownie diagnostyki analitycznej i 6 diagnostyki obrazowej) oraz szkoła rodzenia.

Cel projektu: Celem projektu była poprawa jakości i dostępności usług świadczonych przez SP ZOZ w Bochni poprzez doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Zrealizowane w ramach projektu działania: W ramach projektu zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną, w tym: aparaty do znieczulenia, defibrylatory, pompy infuzyjne, przyłóżkowe zestawy RTG, respirator i zestawy do trudnej intubacji.

analizator parametrów krytycznych

Czas realizacji projektu: 06.10.2010 – 30.11.2010.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął przede wszystkim powiat bocheński, zaobserwowano jednak, że doposażenie szpitala przyczyniło się do powiększenia zasięgu terytorialnego świadczonych usług, gdyż po podwyższeniu poziomu opieki do placówki medycznej zaczęli się zgłaszać pacjenci spoza powiatu.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się osiągnąć prawie wszystkie zaplanowane rezultaty projektu. Konieczne okazało się wycofanie jednego z analizatorów parametrów krytycznych, gdyż zaprzestano produkcji odczynników i występowały problemy z kalibracją sprzętu.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Sprzęty jest wykorzystywany blisko w 100%, niepełne wykorzystanie sprzętu jest związane ze wspomnianym powyżej problemem dotyczącym analizatora parametrów krytycznych.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, gdyż zakupiony sprzęt pozwala na poszerzenie zakresu realizowanej diagnostyki, a personel ma większe możliwości w zakresie realizacji zadań związanych z ratowaniem życia i zdrowia pacjentów. Zwiększenie liczby i jakości wykorzystywanej aparatury ratującej życie, np. defibrylatorów, wpływa na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Zrealizowane zakupy pozwalają na natychmiastowe przystąpienie do czynności ratunkowych, co jest kluczowe w przypadku ofiar wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Doposażenie SOR w nowoczesny sprzęt pozwoliło na zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, gdyż zakupiono

sprzęt pozwalający na realizację badań, których przeprowadzanie nie było wcześniej możliwe, a jest bardzo istotne dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego – przede wszystkim ważny dla pracy jednostki medycznej jest analizator parametrów krytycznych.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu było zgodne z oczekiwaniami beneficjenta, gdyż realizacja inwestycji pozwoliła na zaopatrzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w nowoczesny sprzęt, który ze względu na dużą liczbę opcji może być wykorzystywany przy zróżnicowanych problemach zdrowotnych. Skorzystanie ze wsparcia ze środków UE pozwoliło na spełnienie wymagań stawianych przez NFZ, co w przyszłości pozwoli na pozyskanie kontraktów.

Dodatkowe rezultaty projektu: Do dodatkowych efektów realizacji projektu zaliczono zmianę znaczenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w strukturze placówki medycznej. Wcześniej koncentrowano się na jak najszybszym skierowaniu pacjenta trafiającego na SOR na odpowiedni oddział, po zrealizowaniu inwestycji wzrósł odsetek pacjentów, którzy otrzymują na SOR niezbędną pomoc, po czym są wypisywani do domu.

Trwałość projektu: Do długookresowych efektów realizacji projektu zaliczyć można wzrost jakości świadczonych usług oraz skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na pomoc medyczną. Zakupiony sprzęt będzie użytkowany przez cały przewidziany przez producentów okres żywotności – na zachowanie jego dobrego stanu wpływają między innym odpowiednie przeszkolenie personelu, prowadzenie dokumentacji i zlecanie przeglądów.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował projekt „Budowa lądowiska dla helikopterów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego usytuowanego na dachu budynku „A" Szpitala Powiatowego w Bochni przy ul. Krakowskiej 31, współfinansowany z PO IiŚ. Wyraźna jest synergia pomiędzy dwoma projektami zrealizowanymi przez podmiot medyczny – dzięki budowie lądowiska zapewniono możliwość szybkiego transportowania pacjentów na SOR, a doposażenie SORu w nowoczesny sprzęt pozwala na szybkie przeprowadzenie dokładnej diagnozy – dzięki temu zostaje znacznie skrócony czas, jaki mija od zgłoszenia zapotrzebowania na pomoc medyczną do momentu jej udzielenia, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów, których znaleźli się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 2,41%. Jest to wartość niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były ze skorzystaniem z doradztwa zewnętrznego w zakresie pozyskiwanie zewnętrznego finansowania oraz opracowaniem i wykonaniem materiałów informacyjnych i promocyjnych.

14. Rozbudowa, modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Nazwa projektu: Rozbudowa, modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Beneficjent: Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie.

Adres beneficjenta: 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2.

Opis działalności beneficjenta projektu: Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie w obecnej lokalizacji zaczął działać w 1985 roku (do 2001 roku funkcjonował jako Wojewódzki Szpital Zespolony). Dysponuje 680 łóżkami, wykonuje wysokospecjalistyczne usługi medyczne w 22 oddziałach szpitalnych i 50 poradniach specjalistycznych. Placówka przyjmuje rocznie ponad 32 000 pacjentów. Szpital oferuje pacjentom nowoczesną diagnostykę i terapię. Jednym z obszarów działalności Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie jest też profilaktyka i promocja zdrowia. Obecnie placówka realizuje dwa programy profilaktyczne ("Szkoła Promocji Zdrowia" i "Zdrowi mieszkańcy to zdrowe Mazowsze"). Działania profilaktyczne łączy z akcjami promującymi Szpital.

Cel projektu: stworzenie w jednym miejscu możliwe najlepszych warunków do ratowania życia pacjentów w stanach zagrożenia życia i zdrowia.

Zrealizowane w ramach projektu działania: przygotowanie odpowiedniej infrastruktury poprzez wykonanie prac budowlano-modernizacyjnych w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego oraz zakup niezbędnej aparatury i sprzętu medycznego ratującego życie.

sala obserwacyjna

Czas realizacji projektu: 12.09.2012 – 30.11.2014.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął obszar dawnego województwa ciechanowskiego, czyli powiaty: ciechanowski, działdowski, makowski, mławski, nowodworski, płoński, przasnyski,

pułtuski, żuromiński.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Zostały osiągnięte wszystkie zaplanowane rezultaty projektu.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupione w ramach projektu sprzęt i aparatura są wykorzystywane w 90%, przy czym w weekendy oraz święta, kiedy Szpitalny Oddział Ratunkowy przyjmuje więcej osób, wyposażenie jest maksymalnie eksploatowane.

Użyteczność projektu: Zrealizowany projekt ma pozytywny wpływ na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym i zmniejszenie poziomu ich śmiertelności oraz obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego– dzięki inwestycji SOR został zaopatrzony w wysokiej klasy sprzęt, dzięki czemu pomoc medyczna udzielana jest szybciej. Dzięki inwestycji zwiększyła się dostępność i jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – przed jej realizacją nie było możliwości wykonywanie na SOR niektórych badań ze względu na brak odpowiedniego wyposażenia, a część sprzętu była przestała, w związku z czy zachodziła konieczność wypożyczania aparatury z innych oddziałów, co znacznie ograniczało możliwości Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w zakresie diagnozowania pacjentów.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowane inwestycje były adekwatne do potrzeb – beneficjent obsługuje teren zamieszkiwany przez blisko pół miliona osób, jest bardzo istotną dla regionu placówką, a przed realizacją inwestycji SOR znajdował się w złym stanie, zarówno jeżeli chodzi o wyposażenie, jak i stan infrastruktury. Zrealizowane działania przyczyniły się zarówno do podniesienia jakości i dostępności usług, jak i znacznego wzrostu komfortu pacjentów.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu jest zgodne z oczekiwaniami beneficjenta – udało się podnieść jakość i dostępność usług oraz poprawić komfort nie tylko pacjentów, ale również personelu medycznego – dla tych ostatnich zakupiono nowe biurka i krzesła.

Dodatkowe rezultaty projektu: Po rozstrzygnięciu przetargów na zakup sprzęt okazało się, że wydano mniejszą kwotę, niż zaplanowano we wniosku o dofinansowanie. Po uzyskanie zgody Instytucji Wdrażającej rozszerzono projekt o zakup dodatkowego wyposażenia – drobniejszego sprzętu medycznego.

Trwałość projektu: Do długofalowych efektów realizacji projektu zaliczyć można obniżenie śmiertelności oraz ograniczenie powikłań. Zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany w okresie najbliższych kilku lat. Można również spodziewać się, że inwestycja w infrastrukturę sprawi, że pacjenci będą czuć się bardziej komfortowo podczas pobytu na SOR, o ile regularnie wykonywane będą drobne remonty, na przykład polegające na ponownym pomalowaniu sufitu.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Budowa lądowiska dla helikopterów służących dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Ciechanowie (PO IiŚ);

- Ochrona środowiska Naturalnego i Podniesienie Jakości Diagnostycznej Badań poprzez Ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Warszawie;
- Poprawa jakości usług medycznych w zakresie rehabilitacji poprzez modernizację obiektu Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie przy ul. Okrzei (RPO).

Zaobserwowano efekt synergii – dzięki realizacji projektów doszło do kompleksowej poprawy jakości świadczonych usług medycznych – inwestycje sprawiły, że pacjenci są sprawniej transportowani na SOR, na którym są skutecznie diagnozowani, a po postawieniu diagnozy mogą liczyć zarówno na to, że zostaną zastosowanie wysokiej klasy procedury medyczne, jak i na dostosowaną do potrzeby rehabilitację. Elementy te oddziaływają na siebie wzajemnie, przyspieszając powrót pacjentów do zdrowia i aktywności zawodowej.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,64%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były ze skorzystaniem z doradztwa zewnętrznego w zakresie wykonania analizy finansowej i ekonomicznej w ramach aplikacji o dofinansowanie, aktualizacją wartościową kosztorysów inwestorskich, opłaceniem nadzoru inwestorskiego oraz realizacją działań informacyjno-promocyjnych (publikacja ogłoszeń prasowych, audycje, naklejki informacyjne, tablica informacyjna).

15. Przebudowa, modernizacja i wyposażenie części pomieszczeń SPSK w Otwocku na potrzeby nowoczesnego Bloku Operacyjnego Traumatologii i Izby Przyjęć

Nazwa projektu: Przebudowa, modernizacja i wyposażenie części pomieszczeń SPSK w Otwocku na potrzeby nowoczesnego Bloku Operacyjnego Traumatologii i Izby Przyjęć.

Beneficjent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

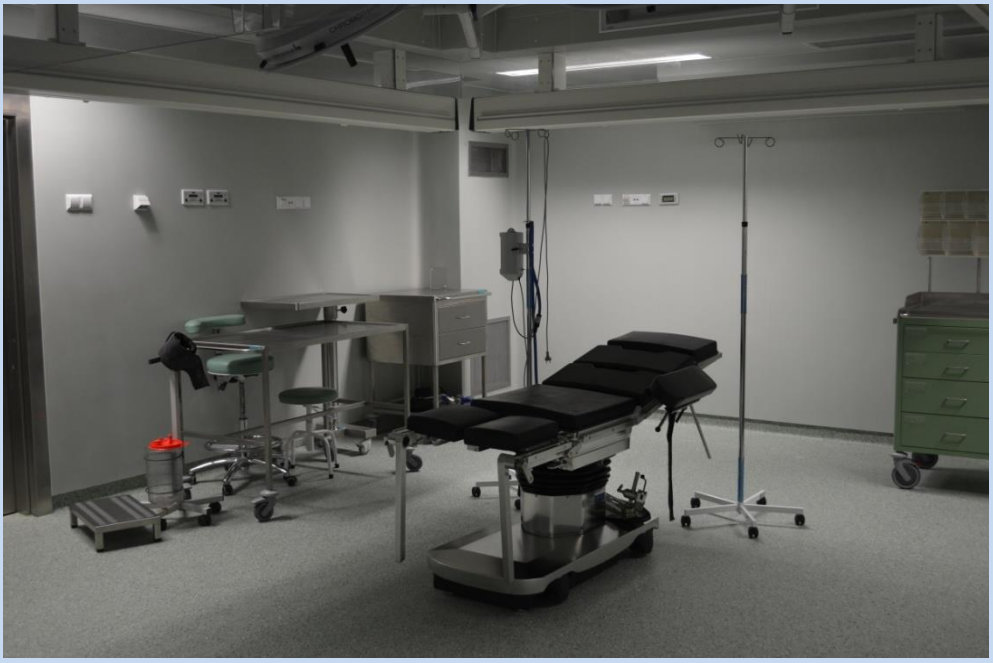
Adres beneficjenta: 05-400 Otwock, ul. Konarskiego 13.

Opis działalności beneficjenta projektu: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego powstał w 1973 roku. Jest wysokospecjalistycznym ośrodkiem ortopedycznym udzielającym świadczeń medycznych zarówno w warunkach opieki szpitalnej, jak i ambulatoryjnej, obejmujących działania diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i profilaktyczne. W skład struktury organizacyjnej szpitala wchodzą 4 kliniki - łącznie w szpitalu funkcjonuje 14 ściśle ze sobą współpracujących oddziałów klinicznych. Ponadto do szpitala należy przychodnia specjalistyczna oraz 3 zakłady: rehabilitacji leczniczej, diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej. Szpital dysponuje łącznie 438 łóżkami. Rocznie placówka przyjmuje ponad 11 000 pacjentów, a w poradniach specjalistycznych dla

dorosłych i dla dzieci w ciągu roku leczonych jest około 44 500 osób.

Cel projektu: Celem projektu było uruchomienie trzech nowych sal operacyjnych w celu poszerzenia możliwości placówki medycznej w zakresie operacji ortopedycznych oraz poprawienia jakości oferowanych usług.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Realizacja kompleksowych robót budowlanych (m.in. remontowych, rozbiórkowych, sanitarnych, elektrycznych, ciepłowniczych) w celu utworzenia sali operacyjnej ostrego dyżuru oraz dwóch sal operacyjnych traumatologii.



sala operacyjna

Czas realizacji projektu: 09.03.2010 – 31.10.2011.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął całą Polskę, gdyż do beneficjenta trafiają pacjenci ze wszystkich województw.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Udało się osiągnąć wszystkie zaplanowane we wniosku o dofinansowanie rezultaty projektu.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Sale operacyjne wykorzystywane są w 100, biorąc pod uwagę kontrakt z NFZ, i w około 75%, biorąc pod uwagę maksymalną liczbę pacjentów, który mogliby otrzymać pomoc. Sala operacyjna ostrego dyżuru jest wykorzystywana nieustanie, a pozostałe dwie sale pomiędzy 8 a 15 w dni powszednie. W przypadku podpisania wyższych kontraktów z NFZ możliwe byłoby wykorzystywanie tych sal przez większą liczbę godzin tygodniowo.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu przyczyniła się do utrzymywania dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym – pacjenci, których przyjmuje Klinika, są obsługiwani szybciej i lepiej, dzięki czemu mogą szybciej powrócić do pracy. Placówka medyczna nie zajmuje się udzielaniem świadczeń medycznych osobom, których stan życia lub zdrowia jest zagrożony w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, ale realizacja projektu przyczynia się do obniżenia

śmiertelności osób w wieku produkcyjnym - zapewnienie opieki ortopedycznej pozwala na odzyskanie sprawności ruchowej, co przekłada się na wydłużenie szacowanej długości życia. Zaobserwowano również poprawę dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – dzięki inwestycjom znacznie wzrosła liczba pacjentów, którym udzielana jest pomoc medyczna - zgłaszają się oni do beneficjent, gdyż wiedzą, że mogą liczyć na wysokiej klasy pomoc medyczną. Przed realizacją projektu Izba Przyjęć Ostrego Dyżuru obsługiwała do 20 pacjentów na dobę, a po jego realizacji około 100.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowane inwestycje są adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia zarówno na szczeblu lokalnym, jak i regionalnym oraz ponadregionalnym. Do beneficjenta zgłaszają się i są kierowani pacjenci z całej Polski, zapotrzebowanie na oferowane usługi jest bardzo wysokie, a dzięki skorzystaniu ze wsparcia ze środków UE wzrosła ich dostępność.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie zaobserwowano wystąpienia rezultatów projektu, których nie uwzględniono we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Do długofalowych efektów realizacji projektu zaliczyć można: skrócenie okresu od przyjęcia pacjenta do jego powrotu do aktywności zawodowej, zmniejszenie liczby pacjentów, którzy po zakończeniu leczenia nie są w stanie powrócić do pracy i przechodzą na rentę, podwyższenie komfortu osób w wieku poprodukcyjnym dzięki zaoferowaniu im pomocy medycznej umożliwiającej zachowanie samodzielności. Utworzona infrastruktura będzie wykorzystywana przez kilkanaście lat. Można również spodziewać się korzyści ekonomicznych – zwiększenie możliwości dotyczących maksymalnej liczby realizowanych świadczeń pozwoli na podpisywanie wyższych kontraktów z NFZ.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Rozbudowa i doposażenie SPSK im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku w celu poprawy jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych (PO IiŚ);
- Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski (PO IiŚ).

Stwierdzono wystąpienie efektu synergii pomiędzy poszczególnymi projektami – stanowiły one elementy programu rozbudowy i modernizacji szpitala i przyczyniły się do poprawy dostępności i jakości świadczeń medycznych na poszczególnych etapach leczenia – pacjenci są sprawniej diagnozowani, wzrosła skuteczność realizowanych procedur medycznych, poprawiono możliwości w zakresie rehabilitacji – zapewnienie pacjentom kompleksowej obsługi medycznej o wysokim standardzie pozwala na ich szybki powrót do zdrowia.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 0,22%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację

projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez Beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były przede wszystkim z opłaceniem usługi przygotowania studium wykonalności, na promocję projektu (tablicę informacyjną) przeznaczono niecały tysiąc złotych.

16. Modernizacja Oddziału Chirurgicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie

Nazwa projektu: Modernizacja Oddziału Chirurgicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

Beneficjent: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie.

Adres beneficjenta: 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265.

Opis działalności beneficjenta projektu: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie powstał w roku 1965. Jest ważnym ośrodkiem medycznym, edukacyjnym i badawczym; działa we wszystkich dziecięcych specjalnościach pediatrycznych i chirurgicznych, zapewniając największą kompleksowość leczenia. Placówka dysponuje również pełnym spektrum możliwości diagnostycznych i rehabilitacyjnych. Pacjenci z chorobami onkologicznymi i hematologicznymi mają zapewnione kompleksowe leczenie w oddziałach Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej we współpracy z Ośrodkiem Transplantologii wykonującym przeszczepy komórek krwiotwórczych oraz Zakładem Radioterapii Dzieci i Dorosłych. W Zakładzie Radioterapii rocznie leczy się ok. 1000 dorosłych pacjentów i kilkudziesięciu pacjentów pediatrycznych. Szpital dysponuje oddziałem intensywnej terapii noworodka, z możliwością rozpoznania najbardziej złożonych anomalii rozwojowych oraz zastosowania leczenia na światowym poziomie, z kardiochirurgiczną korektą najcięższych wad wrodzonych serca. Od 1993 roku działa Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci (CALD) skupiające 35 specjalistycznych poradni. W szpitalu funkcjonuje 10 klinik. W 24 oddziałach, liczących łącznie 469 łóżek, leczone są dzieci w wieku od noworodka do 18 roku życia. Rocznie odbywa się ok. 33 000 hospitalizacji. W poradniach udzielanych jest ponad 170 000 konsultacji specjalistycznych. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym udzielanych jest 34 000 porad. Wykonuje się ok. 7000 zabiegów operacyjnych, w tym ok. 450 zabiegów kardiochirurgicznych.

Cel projektu: Celami projektu było m.in. poprawienie dostępności specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, poprawienie jakości świadczonych usług medycznych, wprowadzenie udogodnień dla rodziców/opiekunów przebywających z dziećmi na oddziale , skrócenie czasu pobytu dziecka na oddziale.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Przeprowadzenie prac modernizacyjnych Oddziału Chirurgicznego, zakup i zamontowanie wyposażenia gospodarczo-meblowego oraz specjalistycznego i wysokospecjalistycznego wyposażenia medycznego, zmiana organizacji funkcjonalnej oddziału, zwiększenie liczby gabinetów zabiegowych oraz łazienek i toalet dla odwiedzających, utworzenie pomieszczenia socjalnego dla rodziców/opiekunów, doposażenie oddziału w nowoczesny sprzęt medyczny (m.in. inkubatory otwarte, kardiomonitory, wózki iniekcyjne), podniesienie komfortu pacjentów poprzez zaopatrzenie sal chorych w telewizory.

od lewej: ultrasonograf i wózek reanimacyjny

Czas realizacji projektu: 28.12.2010 – 30.09.2014.
Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął województwo małopolskie oraz sąsiednie województwa.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie działania zrealizowane w ramach projektu przyniosły oczekiwane rezultaty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zakupiony w ramach projektu sprzęt jest wykorzystywany w blisko 100%. Niewykorzystywanie go w maksymalnym wymiarze związane jest z tym, że jest on użytkowany w miarę potrzeb – występuje duże zróżnicowanie, jeżeli chodzi o dolegliwości pacjentów, w związku z czym zdarza się, że zapotrzebowanie na dany typ aparatury jest w niektórych okresach znacznie niższe.

Użyteczność projektu: Ze względu na to, że beneficjentem był szpital dziecięcy, projekt nie miał bezpośredniego wpływu na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia i obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym. Należy jednak pamiętać o tym, że zapewnienie odpowiednich świadczeń medycznych dzieciom pozwoli na uniknięcie przez nie wielu kłopotów zdrowotnych w przyszłości, co przełoży się na zwiększenie liczby zdrowych lat życia. Zaobserwowano wpływ inwestycji na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego – im wyższa jakość oddziału chirurgicznego, tym mniejsza śmiertelność i liczba powikłań oraz korzystniejszy wynik rekonwalescencji. Dzięki zakupom aparatury i sprzętu zwiększyła się jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – leczenie dzieci przebiega skuteczniej.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Stwierdzono, że zrealizowany projekt był adekwatny do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym – inwestycja przyczyniła się m.in. poprawy standardu sanitarnego oddziału, co ma szczególnie duże znaczenie w

przypadku najmłodszych pacjentów, którzy są bardziej podatni na zakażenia.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu było zgodne z oczekiwaniami beneficjenta – udało się poprawić standard oddziału, dostosować go do wymogów stawianych w przepisach oraz doposażyć go w nowoczesną aparaturę.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie zaobserwowano wystąpienia efektów realizacji projektu, które nie zostały uwzględnione we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Zmodernizowana infrastruktura będzie wykorzystywana przez około 20 lat. Wymiana zakupionej aparatury będzie musiała nastąpić po około 10 latach.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujący w ramach RPO projekt Budowa Centralnego Bloku Operacyjnego z Centralną Sterylizatornią i Oddziałem Intensywnej Terapii. Zaobserwowano wystąpienie efektu synergii - wykorzystanie Bloku Operacyjnego usprawniło wykonywanie zabiegów u pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgicznym.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za bardzo efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 1,03%. Jest to wartość bardzo niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były przede wszystkim z opłaceniem usługi opracowania wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności, nadzorem autorski i inwestorskim nad realizacją projektu oraz działaniami promocyjnymi (produkcja naklejek, wykonanie i montaż tablicy informacyjnej i pamiątkowej, realizacja konferencji podsumowującej realizację projektu, nagranie i montaż reportażu z otwarcia Oddziału Chirurgii Dziecięcej).

17. Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie

Nazwa projektu: Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie.

Beneficjent: Dziecięcy Szpital Kliniczny imienia profesora Antoniego Gębali.

Adres beneficjenta: 20-093 Lublin, ul. Chodźki 2.

Opis działalności beneficjenta projektu: Dziecięcy Szpital Kliniczny imienia profesora Antoniego Gębali - obecnie jest to Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie (w 2014 r. ulega zmianie nazwa oraz adres szpitala) jest wysokospecjalistycznym centrum pediatrycznym, największym w Polsce południowo-wschodniej. Otwarcie szpitala nastąpiło w 1997 roku. Szpital dysponuje 405 łóżkami, zgromadzonymi w 19 klinikach - oddziałach. Rocznie odbywa się tu ponad 28 000 hospitalizacji, wykonywanych jest ok. 6 000 operacji oraz 600 000 badań diagnostycznych. W

strukturze szpitala funkcjonuje Poliklinika, skupiająca 23 specjalistyczne poradnie, w których rocznie udzielanych jest ponad 85 000 porad lekarskich.

Cel projektu: Poprawa efektywności świadczonych usług, dostosowanie jakości ochrony zdrowia do standardów Unii Europejskiej, poprawa stanu zdrowia i młodzieży, zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Zakupienie wysokiej klasy sprzętu, m.in. wirówek stołowych uniwersalnych, komory do przechowywania szpiku w ciekłym azocie, uniwersalnych monitorów funkcji życiowych, łóżek do intensywnej terapii, respiratorów do wentylacji wysoką częstotliwością, inkubatorów noworodkowych do intensywnej terapii, komputerowego zestawu do badań dynamicznych krtani. W ramach projektu wdrożono system archiwizacji i dystrybucji obrazów.

od lewej: aparat do ogrzewania i chłodzenia pacjenta oraz lampa szczelinowa

Czas realizacji projektu: 10.05.2010 – 31.12.2010.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął przede wszystkim środkowo-wschodnią część Polski, ale w szpitalu hospitalizowane są także dzieci pochodzące z innych obszarów.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie działania zrealizowane w ramach projektu przyniosły oczekiwane rezultaty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Znaczna część zakupionego sprzętu wykorzystywana jest 24 godziny na dobę – np. aparaty do ogrzewania pacjenta, łóżka do intensywnej terapii, inkubatory, respiratory, monitory funkcji życiowych. Sprzęt wykorzystywany do przeprowadzania operacji jest wykorzystywany w miarę potrzeb, poziom jego wykorzystanie zależy od liczby operacji.

Użyteczność projektu: Zrealizowany projekt nie przekłada się bezpośrednio na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia oraz obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym, gdyż pacjentami szpitala są dzieci, jednak zapewnienie właściwej

diagnozy i leczenia osobom w wieku produkcyjnym przekłada się na to, że będą w dobrej kondycji zdrowotnej po osiągnięciu wieku produkcyjnego.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Inwestycja wpłynęła na obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego – w regionie dochodzi do większej niż w innych miejscach w Polsce urazów związanych z pracą w gospodarce rolnej w związku z niedostateczną ochroną dzieci przed sprzętem zmechanizowanym. Dochodzi przede wszystkim do urazów kończyn górnych i dolnych – zakupiona aparatura pozwala na skuteczne udzielenie pomocy, dzięki czemu rzadziej dochodzi do sytuacji, w której ręka lub noga pozostają unieruchomione do końca życia. Placówka medyczna została zaopatrzona w specjalistyczny sprzęt, zakupiono aparaturę, która do tej pory nie znajdowała się na wyposażeniu beneficjenta, np. lampę szczelinową. Pozwoliło to na zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu spełniło oczekiwanie beneficjenta – nastąpiło podwyższenie jakości udzielanych świadczeń, poprawiła się organizacja pracy, wzrosło bezpieczeństwo pacjentów, zaobserwowano również poprawę efektywności kosztowej, wynikającą z tego, że dzięki wdrożeniu systemy archiwizacji i dystrybucji obrazów nie trzeba drukować zdjęć.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie zaobserwowano dodatkowych rezultatów projektu – wszystkie efekty były zaplanowane we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Do długookresowych efektów realizacji projektu zaliczyć można:

- poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin;
- poprawę organizacji pracy szpitala;
- polepszenie możliwości diagnostycznych;
- skrócenie czasu diagnostyki;
- wzrost satysfakcji pacjentów;
- obniżenie kosztów eksploatacji;
- ograniczenie liczby zakażeń szpitalnych;
- ograniczenie liczby powikła;
- wydłużenie czasu użytkowania narzędzi sterylizowanych za pomocą tlenku etylenu (w stosunku do stosowanej wcześniej metody sterylizacji parowej), zwłaszcza w przypadku urządzeń video;
- utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym (w przyszłości, kiedy pacjenci dorosną).

Zakupiony w ramach projektu sprzęt będzie wykorzystywany przez kilka lat.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent nie realizował innych projektów współfinansowanych ze środków unijnych. Zrealizowano projekty finansowane ze środków krajowych:

- Termomodernizacja budynku Dziecięcego Szpitala Klinicznego (Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej);

- Programu wyrównywania różnic między regionami II w obszarze A (PFRON)
- Zakup sprzętu w ramach „Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej (MZ);
- Zakup sprzętu w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013 – 2016 POLKARD (MZ).

Efekt synergii był ograniczony, gdyż zrealizowane inwestycje dotyczyły różnych obszarów funkcjonowania placówki – należy jednak zwrócić uwagę, że wielu pacjentów uzyskuje pomoc medyczną na więcej niż jednym oddziale – w przypadku, kiedy każdy z nich jest odpowiednio wyposażony, leczenie przebiega znacznie sprawniej i jest skuteczniejsze.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za dość efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 5,51%. Jest to wartość niezbyt duża, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były przede wszystkim z opłaceniem usługi opracowania studium wykonalności, wynagrodzeniami osób uczestniczących w zarządzaniu projektem oraz, w niewielki, stopniu, działaniami informacyjno-promocyjnymi.

18. Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ w Gryficach poprzez rozbudowę lądowiska

Nazwa projektu: Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ w Gryficach poprzez rozbudowę lądowiska.

Beneficjent: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach.

Adres beneficjenta: 72-300 Gryfice, ul. Niechorska 27.

Opis działalności beneficjenta projektu: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach powstał na początku lat 80., w pełnym zakresie zaczął funkcjonować w roku 1985. Szpital świadczy leczenie w 16 oddziałach. W swojej strukturze organizacyjnej posiada 24 poradnie specjalistyczne oraz 4 zakłady diagnostyczne. Do Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach należy Oddział Chorób Wewnętrznych, Zakład Opiekuńczo Leczniczy i Poradnia Chirurgii Ogólnej w Resku oraz Przychodnia MEDICAM w Łobzie. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach zarządza też lądowiskiem sanitarnym przeznaczone do wykonywania startów i lądowań śmigłowców sanitarnych i ratowniczych.

Cel projektu: Zapewnienie całodobowej i w każdych warunkach pogodowych dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Rozbudowa lądowiska oraz wyposażenie go w elementy uniezależniające jego funkcjonowanie od warunków atmosferycznych i pory dnia.

lądowisko

Czas realizacji projektu: 16.12.2010 – 28.02.2012.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Przed realizacją projektu zasięg oddziaływania SPZZOZ obejmował obszar powiatu gryfickiego. Dzięki inwestycji możliwe stało się zapewnianie transportu także pacjentom spoza powiatu.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Zostały osiągnięte wszystkie planowane rezultaty projektu.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Lądowisko wykorzystywane jest w 100%.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu przyczyniła się do utrzymania dobrego poziomu osób w wieku produkcyjnym oraz obniżenie poziomu ich śmiertelności, jak również obniżenie skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego – skrócenie czasu dotarcia do miejsca wypadku oraz przyspieszenie hospitalizacji wpływają na skrócenie czasu rekonwalescencji oraz redukuje liczbę przypadków, w których dochodzi do zgonu pacjenta. Dzięki inwestycji zwiększyła się dostępność i jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych – zapewnienie transportu lotniczego znacznie ułatwia przemieszczenie pacjenta do placówki medycznej, która może zapewnić mu niezbędne świadczenia.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowana inwestycja jest adekwatna do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia – jest to jedyne lądowisko w województwie zachodniopomorskim, które spełnia wszelkie wymogi UE i posiada niezbędne certyfikaty związane z możliwością lądowania całodobowego, w związku z czym pełni kluczową rolę w zapewnieniu transportu pacjentów, którzy wymagają pilnej pomocy medycznej – wykorzystanie śmigłowca pozwala na skrócenie czasu transportu o 75%. Dodatkowo lądowisko pełni funkcję ćwiczebną dla grupy poszukiwawczej straży pożarnej w Świdwinie.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta:

Oddziaływanie projektu jest w pełni zgodne z oczekiwaniami beneficjenta – udało się dostosować lądowisko do wymogów prawnych, rozwijana jest współpraca z pogotowiem lotniczym.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nie zaobserwowano dodatkowych rezultatów projektu – osiągnięte korzyści są zgodne z założeniami sformułowanymi we wniosku o dofinansowanie.

Trwałość projektu: Do długookresowych efektów realizacji projektu zaliczono usprawnienie transportu pacjentów oraz zwiększenie możliwości w zakresie pozyskiwania kontraktów z NFZ. Planowane jest wieloletnie wykorzystywanie zmodernizowanej infrastruktury.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ:

W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Budowa infrastruktury technicznej dla beneficjentów Województwa Zachodniopomorskiego w celu zapewnienia dostępu do szerokopasmowego Internetu (RPO);
- Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach (PO IiŚ);
- Termomodernizacja budynków SPZZOZ w Gryficach z wykorzystaniem odnawialnych źródeł energii (PO IiŚ).

Można zauważyć silną synergię pomiędzy analizowaną inwestycją a projektem *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach*. Skrócenie czasu mijającego od zgłoszenia zdarzenia do udzielenia pierwszej pomocy i rozpoczęcia hospitalizacji w połączeniu z zapewnieniem sprawnej i skutecznej diagnostyki na SOR sprawiają, że znacznie zwiększają się szanse pacjenta na szybki powrót do zdrowia.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za niezbyt efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 14,24%. Jest to wartość dość duża, istotna część kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na działania nieinwestycyjne. Koszty nieinwestycyjne związane były przede wszystkim z opracowaniem dokumentacji projektowej (blisko 150 000 zł) i opłaceniem wynagrodzenia inżyniera kontraktu (ponad 83 000 zł). Wydatki dotyczyły także wykonaniem dokumentacji rejestracyjnej lądowiska, rozliczeniem nadzoru autorskiego, wykonaniem dokumentacji projektowej aktualizacji oświetlenia przeszkodowego, opracowaniem analizy kosztów i korzyści oraz, w niewielkim stopniu, działań informacyjno-promocyjnych.

19. Podniesienie dostępności do SOR Szpitala w Bełchatowie poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców

Nazwa projektu: Podniesienie dostępności do SOR Szpitala w Bełchatowie poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców.

Beneficjent: Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II.

Adres beneficjenta: 97-400 Bełchatów, ul. Czapliniecka 123.

Opis działalności beneficjenta projektu: Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie rozpoczął działalność w roku 1986. Jest on pełnoprofilowym zakładem opieki zdrowotnej zapewniającym pacjentom opiekę stacjonarną z pełnym zapleczem diagnostycznym. W ramach prowadzonej działalności szpital świadczy również usługi z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy. W skład struktury organizacyjnej szpitala wchodzi 30 oddziałów, w tym stacja dializ, blok operacyjny, ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z lądowiskiem. W szpitalu działa Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna, w której działa 27 poradni specjalistycznych, 11 gabinetów diagnostyczno-zabiegowych oraz szkoła rodzenia. Do szpitala należy też Zakład Rehabilitacji Leczniczej, Zakład Diagnostyki Obrazowej i Pracownia Diagnostyczna, a także Zespół Opieki Długoterminowej. Szpital dysponuje 847 łóżkami. Ogólna roczna liczba hospitalizowanych pacjentów wynosi ok. 30 300. W ciągu roku przeprowadza się w szpitalu prawie 7 500 zabiegów złożonych. Liczba udzielonych porad w lecznictwie otwartym wynosi powyżej115 000.

Cel projektu: Umożliwienie transportu pacjentów do i ze szpitala o każdej porze dnia i nocy, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom regionu.

Zrealizowane w ramach projektu działania: Zamontowanie oświetlenia umożliwiającego wykonywanie lotów nocą i w trudnych warunkach atmosferycznych, wymiana wiatrowskazu oraz ogrodzenia lądowiska.

lądowisko

Czas realizacji projektu: 18.01.2011 – 30.11.2011.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania projektu objął przede wszystkim województwo łódzkie, ale w razie potrzeby możliwe jest zapewnienie transportu pacjenta do placówki medycznej znajdującej się w innym województwie.

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie zaplanowane w ramach projektu działania przyniosły założone efekty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Możliwości lądowiska są w pełni wykorzystywane.

Użyteczność projektu: Realizacja projektu wpłynęła na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, gdyż znacznemu skrócono uległ czas potrzebny na przetransportowanie chorego na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym szczególnie duży wpływ ma zachowywanie zasady złotej godziny – zastosowanie transportu powietrznego znacznie zwiększa szansę na to, że pacjent w ciągu 60 minut zostanie dostarczony do placówki medycznej, która jest w stanie zapewnić mu odpowiednią opiekę. Duże znaczenie ma to np. w przypadku osób, które doznały poparzeń – liczba podmiotów medycznych w Polsce, które są w stanie udzielić im pomocy jest niewielka, w związku z czym konieczne jest przetransportowanie pacjenta na znaczną odległość – transport drogowy trwałby w takiej sytuacji zbyt długo. Dzięki temu, że można zapewnić transport pacjenta do placówki służby zdrowia, która jest mu w stanie zapewnić optymalną opiekę, poprawiła się dostępność do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowana inwestycja jest adekwatna do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym ,regionalnym i ponadregionalnym – pozwala na zapewnienie opieki medycznej nie tylko mieszkańcom województwa, ale także odwiedzającym region turystom.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Oddziaływanie projektu spełniło wszystkie oczekiwania beneficjenta.

Dodatkowe rezultaty projektu: Nieuwzględnionym we wniosku o dofinansowanie efektem realizacji projektu jest wyższe ocenianie placówki medycznej zarówno przez pacjentów, jak i innych mieszkańców – beneficjent jest odbierany bardziej pozytywnie.

Trwałość projektu: Do długofalowych efektów realizacji projektu zaliczyć można poprawę bezpieczeństwa pacjentów dzięki możliwości zapewnienia im transportu niezależnie od pogody i pory dnia. Zgodnie z planami lądowisko ma być wykorzystywane przez co najmniej 30 lat, prace remontowane i naprawcze będą realizowane w miarę potrzeb.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował następujące projekty:

- Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla szpitalnego oddziału ratunkowego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie (PO IiŚ);
- Termomodernizacja obiektu Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w

Bełchatowie (PO IiŚ);

- Rozbudowa systemu przetwarzania danych elektronicznych w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie (RPO);
- Rozwój systemów informatycznych dla potrzeb podniesienia efektywności diagnozy i leczenia pacjentów Szpitala w Bełchatowie (RPO);
- Informatyzacja procesów diagnostycznych w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie - wdrożenie e-radiologii (RPO);
- Nowa jakość w diagnozowaniu pacjentów w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie - zakup aparatu RM (RPO);
- Wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii medycznych w procesie diagnozowania pacjentów Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie - zakup 64 - rzędowego tomografu komputerowego (RPO).

Można zaobserwować synergię pomiędzy projektami zrealizowanymi przez beneficjenta – celem każdego z nich była poprawia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Poszczególne inwestycje dotyczyły różnych etapów udzielania pomocy medycznej – usprawnienia dotyczyły zarówno transportowania pacjentów, jak i udzielenia pomocy na SOR oraz diagnozowania i leczenia. Informatyzacja usprawnia pracę personelu szpitala, co również przekłada się na skrócenie czasu oczekiwania na pomoc medyczną i wzrost jej jakości. Dzięki wykorzystaniu współfinansowanie ze środków unijnych pacjenci mają zapewnioną kompleksową opiekę, dzięki czemu znacznie wzrastają ich szanse na szybki powrót do zdrowia.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za niezbyt efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 17,03%. Jest to wartość dość duża, istotna część kwoty przeznaczonej na realizację projektu została wydana na działania nieinwestycyjne. Koszty nieinwestycyjne związane były z opracowaniem dokumentacji projektowej, przeprowadzeniem procedury w Urzędzie Lotnictwa Cywilnego oraz zapewnieniem nadzoru inwestorskiego przy realizacji modernizacji lądowiska.

20. Modernizacja lądowiska dla helikopterów sanitarnych

Nazwa projektu: Modernizacja lądowiska dla helikopterów sanitarnych.

Beneficjent: Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie.

Adres beneficjenta: 20-331 Lublin, ul. Grenadierów 3.

Opis działalności beneficjenta projektu: Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie powstał w 1947 roku. Zapewnia pacjentom stacjonarną i całodobową opiekę zdrowotną, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne, podstawową opiekę zdrowotną, badania profilaktyczne oraz nowoczesną diagnostykę medyczną. Pacjenci mają do dyspozycji 189 łóżek szpitalnych. W szpitalu funkcjonuje 9 oddziałów oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy z lądowiskiem. Do szpitala należy też POZ oraz 18 poradni specjalistycznych.

Cel projektu: poprawa dostępności do usług medycznych i poprawa infrastruktury niezbędnej do ochrony życia i zdrowia, zwiększenie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Zrealizowane w ramach projektu działania: kompleksowa modernizacja lądowiska poprzez jego utwardzenie, oświetlenie oraz wyposażenie w niezbędne oznakowanie zarówno poziome, jak i pionowe.

lądowisko

Czas realizacji projektu: 01.03.2012 – 30.06.2013.

Obszar realizacji projektu oraz zasięg oddziaływania: Zasięg oddziaływania placówki medycznej obejmuje województwo lubelskie, dzięki realizacji inwestycji zwiększeniu uległ obszar, z którego pacjenci mogą transportowani do Zakładu Opieki Zdrowotnej

Stopień osiągnięcia planowanych rezultatów projektu: Wszystkie działania zrealizowane w ramach projektu przyniosły planowane efekty.

Analiza wykorzystania zakupionego w ramach PO IiŚ sprzętu i aparatury medycznej: Zmodernizowana infrastruktura jest wykorzystywana intensywnie – transport lotniczy jest wykorzystywany w sytuacjach, gdy przemieszczenie za pomocą karetki pacjenta, które stan życia lub zdrowia jest zagrożony zajęłoby zbyt wiele czasu.

Użyteczność projektu: Projekt pośrednio wpływa na utrzymanie dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym – zapewnienie sprawnego transportu zmniejsza ryzyko wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Transport lotniczy ma szczególnie duży wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym oraz na obniżenie poziomu skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego – dotarcie do placówki medycznej drogą powietrzną znacznie skraca czas od zdarzenia do udzielenia pomocy co bezpośrednio przekłada się na zmniejszenie ryzyka śmierci lub trwałego uszkodzenia zdrowia w wyniku nieprzewidzianego zdarzenia. Inwestycja wpłynęła na zwiększenie dostępności specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, gdyż zapewniono możliwość przetransportowania pacjentów do placówek położonych w większej odległości od miejsca zdarzenia – jest to szczególnie istotne, gdy pacjent wymaga świadczeń medycznych, które w swojej ofercie ma niewielka liczba jednostek służby zdrowia.

Ocena adekwatności zrealizowanych inwestycji do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i ponadregionalnym: Zrealizowana inwestycja była w pełni adekwatna do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia – przed jej wdrożeniem na terenie wschodniej części nie funkcjonowało ani jedno lotnisko dla śmigłowców sanitarnych – jego utworzenie zabezpieczyło potrzeby pacjentów w zakresie transportu. Istotne były zarówno działania inwestycyjne, gdyż pozwoliły na utworzenie lotniska, jak i działania promocyjne, które zwiększyły świadomość społeczeństwa na temat dostępności świadczeń medycznych.

Analiza zgodności oddziaływania projektu z oczekiwania beneficjenta: Realizacja projekt spełniła oczekiwania beneficjenta, gdyż w pełni udało się osiągnąć założone cele przy zaangażowaniu niewielkiego własnego wkładu finansowego.

Dodatkowe rezultaty projektu: Dodatkowym efektem realizacji projektu była poprawa wizerunku beneficjenta na tle innych placówek medycznych – społeczeństwo pozytywniej postrzega Zakład Opieki Zdrowotnej.

Trwałość projektu: Do długofalowych efektów realizacji projektu zaliczyć można poprawę bezpieczeństwa pacjentów dzięki zapewnieniu transportu lotniczego. Infrastruktura powstała w wyniku realizacji projektu będzie służyć pacjentom przez ponad 20 lat – wykorzystane elementy i materiały cechują się bardzo dużą trwałością.

Inne projekty realizowane przez beneficjenta w okresie 2007-2015 oraz ocena ich komplementarności z projektem wspieranym w ramach Priorytetu XII PO IiŚ: W okresie 2007-2015 beneficjent zrealizował projekt *Podniesienie jakości wysokospecjalistycznych procedur medycznych dla pacjentów Szpitala MSWiA w Lublinie poprzez doposażenie pomieszczeń szpitalnych*, współfinansowany ze środków PO IiŚ. Można zaobserwować wystąpienie efektu synergii pomiędzy zrealizowanymi inwestycjami – zapewnienie szybkiego transportu oraz podniesienie jakości procedur medycznych świadczonych na rzecz pacjentów istotnie zwiększa szansę na to, że pacjent szybko powróci do dobrego stanu zdrowia.

Ocena efektywności projektu: Projekt należy uznać za efektywny kosztowo – stosunek poniesionych nakładów na procesy związane z przygotowaniem, zarządzaniem i promocją projektu do poniesionych wydatków inwestycyjnych wyniósł 3,8%. Jest to wartość niewielka, prawie cała kwota przeznaczona na realizację projektu została wydana na podnoszenie jakości i zakresu usług świadczonych przez beneficjenta. Koszty nieinwestycyjne związane były przede wszystkim z opłaceniem nadzoru inwestorskiego oraz wyprodukowaniem materiałów do promocji projektu.

2) Lista zrealizowanych projektów Priorytetu XII PO IiŚ 2007-2013

W poniższej tabel zaprezentowano informacje na temat projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ 2007-2013. Kolorem zielonym oznaczono projektu, w przypadku których przeprowadzono analizę Case Study.

Lp.	Nazwa działania / projektu / programu	Instytucja realizująca / beneficjent	Województwo	Miejscowość	Wartości ogółem [PLN]
1	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozwój systemu ratownictwa medycznego poprzez zakup i wyposażenie specjalistycznych ambulansów dla Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu	Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	4 671 318,10
2	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozwój systemu ratownictwa medycznego w Powiecie Świdnickim poprzez zakup dla SP ZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy 3 ambulansów sanitarnych	Powiat Świdnicki	dolnośląskie	Świdnica	845 539,55
3	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Unowocześnienie transportu sanitanego przez Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu poprzez zakup 6 ambulansów specjalistycznych z wyposażeniem	Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu	dolnośląskie	Wałbrzych	2 494 290,00
4	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja lądowiska dla śmigłowców ratunkowych w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	833 227,34
5	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	11 170 335,14
6	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości oraz skuteczności działań jednostek ratownictwa medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku poprzez wymianę ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem medycznym.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku	dolnośląskie	Kłodzko	1 060 000,00
7	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie jakości świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego poprzez doposażenie NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie w ambulans z wyposażeniem.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością"	dolnośląskie	Dzierżoniów	320 890,50
8	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznego środka transportu wraz z wyposażeniem dla zespołu ratownictwa medycznego przy Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy	Powiat Oleśnicki	dolnośląskie	Oleśnica	356 996,00
9	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i remont Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej oraz zakup sprzętu medycznego dla potrzeb oddziału	Szpital im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy	dolnośląskie	Trzebnica	4 661 655,00
10	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Kompleksowe dostosowanie SOR w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu do przepisów prawa o ratownictwie medycznym - III etap.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	5 838 382,73

11	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez budowę lądowiska i modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wałbrzychu	Specjalistyczny Szpital im. dra A. Sokołowskiego	dolnośląskie	Wałbrzych	6 127 135,91
12	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa budynku szpitala Zespołu Opieki Zdrowotnej w Głogowie o Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z budową heliportu	"Głogowski Szpital Powiatowy" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	dolnośląskie	Głogów	11 076 434,56
13	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z budową heliportu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	dolnośląskie	Legnica	9 805 634,68
14	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa budynku Przychodni na Szpitalny Oddział Ratunkowy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu	dolnośląskie	Bolesławiec	5 461 994,49
15	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej	dolnośląskie	Wrocław	3 258 844,99
16	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Diagnostyki Obrazowej SPZOZ w Oławie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie	dolnośląskie	Oława	21 724 864,90
17	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w powiecie zgorzeleckim poprzez niezbędne inwestycje w Szpitalny Oddział Ratunkowy SP ZOZ w Zgorzelcu.	Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	dolnośląskie	Zgorzelec	5 997 607,92
18	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu – „Przylądek Nadziei". Rozbudowa Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu o nowy blok Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	101 021 559,48
19	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa diagnostyki obrazowej w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	9 886 019,35
20	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup nowoczesnego sprzętu na potrzeby ponadregionalnego Centrum Chirurgii Endowaskularnej	Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	dolnośląskie	Wrocław	5 521 600,00
21	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup niezbędnej aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby SCM w Polanicy-Zdroju	Specjalistyczne Centrum Medyczne Spółka Akcyjna	dolnośląskie	Polanica-Zdrój	3 079 008,17
22	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego Szpitala Powiatowego im. Dr A. Gacy i dr. J. Łaskiego NZOZ w Więcborku	NOVUM-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	kujawsko-pomorskie	Więcbork	742 020,00
23	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez wymianę dwóch zużytych ambulansów	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	kujawsko-pomorskie	Toruń	886 623,40
24	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozwój systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez zakup podstawowego ambulansu ratunkowego	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	kujawsko-pomorskie	Toruń	439 294,70
25	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów na potrzeby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	1 001 884,34

26	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów na potrzeby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	1 269 398,90
27	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Kompleksowa modernizacja lądowiska dla helikopterów w PSZOZ w Inowrocławiu	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	kujawsko-pomorskie	Inowrocław	3 265 155,08
28	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Lądowisko w Brodnicy szansą poprawy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego	Zespół Opieki Zdrowotnej	kujawsko-pomorskie	Brodnica	6 215 220,00
29	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	9 722 372,39
30	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia przez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o.	"Szpital Tucholski" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	kujawsko-pomorskie	Tuchola	422 557,46
31	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności udzielania pomocy Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez wymianę ambulansu wraz z wyposażeniem dla Pałuckiego Centrum Zdrowia.	Pałuckie Centrum Zdrowia - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	kujawsko-pomorskie	Żnin	378 697,69
32	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Świadczenia zdrowotne na wysokim poziomie w powiecie chełmińskim - zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie	kujawsko-pomorskie	Chełmno	419 335,20
33	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wyposażenie Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu w ambulanse w celu zwiększenia efektywności działania zespołów ratownictwa medycznego.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego	kujawsko-pomorskie	Grudziądz	1 090 795,40
34	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansu na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego specjalistycznego w SP ZOZ Rypin.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	kujawsko-pomorskie	Rypin	500 261,30
35	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu na potrzeby nowo utworzonego zespołu ratownictwa medycznego podstawowego w SP ZOZ Rypin	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	kujawsko-pomorskie	Rypin	374 073,85
36	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup 2 karetek typu "P" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o.	"Szpital Tucholski" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	kujawsko-pomorskie	Tuchola	732 610,14
37	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Powiatowy w Chełmży.	Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	kujawsko-pomorskie	Chełmża	420 608,63
38	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z zakupem sprzętu dla Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku	kujawsko-pomorskie	Włocławek	14 125 902,96
39	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do wymaganych standardów poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	8 142 298,50
40	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie jakości działania systemu ratownictwa medycznego w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu poprzez zakup urządzeń medycznych	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr.Władysława Biegańskiego	kujawsko-pomorskie	Grudziądz	5 486 619,99
41	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu.	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego	kujawsko-pomorskie	Grudziądz	4 656 068,51

42	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych przez doposażenie i modernizację infrastruktury szpitalnego oddziału ratunkowego w PS ZOZ w Inowrocławiu.	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu	kujawsko-pomorskie	Inowrocław	4 388 909,47
43	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Klinicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy.	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	1 867 770,86
44	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wzrost jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych 10 WSK z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy poprzez zakup sprzętu medycznego dla intensywnej terapii.	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	13 897 579,22
45	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Dostosowanie obiektów Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy do wymagań ochrony przeciwpożarowej - etap I	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	7 044 105,60
46	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wzrost dostępności wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez wymianę aparatu rezonansu magnetycznego w Szpitalu Uniwersyteckim w Bydgoszczy.	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	6 570 585,90
47	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy.	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy	kujawsko-pomorskie	Bydgoszcz	2 089 096,00
48	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu medycznego z wyposażeniem dla Zespołu Specjalistycznego RM SP ZOZ Nr 1 w Bełżycach obsługującego Powiat Lubelski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach	lubelskie	Bełżyce	441 380,29
49	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wzrost skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego dzięki doposażeniu SPZOZ w Tomaszewie Lubelskim w środki transportu sanitarnego	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubleskim	lubelskie	Tomaszów Lubelski	799 270,03
50	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zachowanie zasady "złotej godziny" poprzez wymianę środków transportu sanitarnego przez SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim	lubelskie	Tomaszów Lubelski	1 213 545,04
51	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja lądowiska dla helikopterów sanitarnych	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie	lubelskie	Lublin	330 685,50
52	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	lubelskie	Lublin	11 243 000,00
53	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności ratownictwa przedszpitalnego poprzez wymianę wyeksploatowanych ambulansów w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie.	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	lubelskie	Lublin	1 600 000,00
54	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego WSPRiTS w Białej Podlaskiej.	Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białej Podlaskiej	lubelskie	Biała Podlaska	1 992 700,00
55	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby ratownictwa medycznego w SP SPRiTS w Zamościu.	Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu	lubelskie	Zamość	1 020 000,00

56	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności udzielania pomocy przedszpitalnej na terenie działania SP ZOZ w Lubartowie poprzez zakup ambulansów ratowniczych.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	lubelskie	Lubartów	1 621 407,95
57	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Usprawnienie ratownictwa medycznego w Województwie Lubelskim poprzez wymianę 6 ambulansów dla Stacji Ratownictwa Medycznego w Chełmie SP ZOZ.	Stacja Ratownictwa Medycznego w Chełmie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	lubelskie	Chełm	2 358 513,82
58	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie skuteczności interwencji medycznych w stanach zagrożenia życia poprzez doposażenie SRM SP ZOZ w Łukowie w nowoczesne ambulanse medyczne	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie	lubelskie	Łuków	725 468,28
59	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w WSzS w Białej Podlaskiej w celu dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	lubelskie	Biała Podlaska	6 555 089,09
60	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZZOZ w Janowie Lubelskim do wymagań prawnych poprzez doposażenie w sprzęt medyczny - etap I	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim	lubelskie	Janów Lubelski	1 464 622,10
61	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności działań ratownictwa medycznego poprzez doposażenie SOR i budowę lądowiska w SPZOZ w Radzyniu Podlaskim	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzyniu Podlaskim	lubelskie	Radzyń Podlaski	1 327 198,03
62	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie efektywności działania systemu ratownictwa medycznego w SP ZOZ w Kraśniku poprzez modernizację SOR i zakup wyposażenia medycznego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	lubelskie	Kraśnik	1 721 239,86
63	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Adaptacja i doposażenie pomieszczeń parteru budynku głównego dla SPZOZ w Krasnymstawie na potrzeby SOR etap II	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie	lubelskie	Krasnystaw	1 418 070,00
64	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup wyrobów medycznych i dostosowanie pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	lubelskie	Lublin	1 655 841,23
65	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i doposażenie SOR w SPZOZ we Włodawie , budowa lądowiska dla śmigłowców ratunkowych celem poprawy warunków leczenia i diagnostyki pacjentów	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie	lubelskie	Włodawa	10 314 931,00
66	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie sprawności działania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu - Etap I	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II	lubelskie	Zamość	1 761 749,17
67	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa i doposażenie SOR SPSK Nr 4 w Lublinie celem podniesienia jakości i dostępności do świadczeń medycznych w stanach nagłego zagrożenia życia	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	lubelskie	Lublin	15 123 092,16
68	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	lubelskie	Lublin	36 992 500,00

69	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Utworzenie Ponadregionalnego Centrum Zabiegowego z uwzględnieniem leczenia operacyjnego schorzeń onkologicznych oraz transplantologii w SPSK Nr 4 w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	lubelskie	Lublin	33 771 460,06
70	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Utworzenie Makroregionalnego Centrum Inwazyjnej Diagnostyki i Chirurgicznego Leczenia Raka Płuca w SPSK Nr 4 w Lublinie.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	lubelskie	Lublin	10 427 660,03
71	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Modernizacja Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii w SPSK nr 4 w Lublinie celem zwiększenia skuteczności wczesnej diagnostyki raka płuca	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	lubelskie	Lublin	14 020 771,94
72	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie.	Dziecięcy Szpital Kliniczny imienia profesora Antoniego Gębali	lubelskie	Lublin	3 913 302,00
73	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury medycznej wraz z ucyfrowieniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie.	1 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	lubelskie	Lublin	7 572 380,00
74	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Podniesienie jakości wysokospecjalistycznych procedur medycznych dla pacjentów Szpitala MSWiA w Lublinie poprzez doposażenie pomieszczeń szpitalnych.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie	lubelskie	Lublin	4 621 219,00
75	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze	Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze	lubuskie	Zielona Góra	15 730 760,00
76	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznego ambulansu z wyposażeniem dla potrzeb ratownictwa medycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu	Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	lubuskie	Międzyrzecz	310 000,00
77	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wzmocnienie systemu ratownictwa medycznego na terenie działania WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze poprzez zakup dwóch ambulansów sanitarnych	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	lubuskie	Zielona Góra	947 275,02
78	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa lądowiska, podjazdu, wiaduktu i wiaty dla SOR Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	lubuskie	Gorzów Wlkp.	6 008 563,31
79	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności ratownictwa medycznego poprzez wyposażenie SPZOZ w Sulechowie w specjalistyczny środek transportu sanitarnego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	lubuskie	Sulechów	438 468,00
80	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana w drodze zakupu wyeksploatowanych ambulansów na nowe przez SPZOZ w Słubicach w celu zachowania zasady "złotej godziny"	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słubicach	lubuskie	Słubice	922 663,16
81	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wyposażenie Szpitala w Nowej Soli w specjalistyczne środki transportu sanitarnego.	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	lubuskie	Nowa Sól	553 636,00

82	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznego środka transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w NZOZ w Skwierzynie	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o.	lubuskie	Skwierzyna	327 055,27
83	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nowej Soli w specjalistyczny sprzęt medyczny oraz modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i lądowiska dla helikopterów realizowane przez Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	lubuskie	Nowa Sól	3 597 000,00
84	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup aparatury medycznej dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	lubuskie	Gorzów Wlkp.	2 410 184,24
85	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości świadczonych usług i bezpieczeństwa pacjentów poprzez zakup wyrobów medycznych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w NZOZ Nowy Szpital w Świebodzinie	Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	lubuskie	Świebodzin	612 395,64
86	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla śmigłowców ratunkowych wraz z zapewnieniem komunikacji z SOR w W.S.S. w Zgierzu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	łódzkie	Zgierz	1 517 474,06
87	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	łódzkie	Łódź	11 243 000,00
88	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępności do SOR Szpitala w Bełchatowie poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II	łódzkie	Bełchatów	250 000,00
89	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana dwóch ambulansów na ambulanse typu "R" i "W" wraz z wyposażeniem przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli - Powiat Zduńskowolski.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli	łódzkie	Zduńska Wola	975 684,17
90	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznego środka transportu sanitarnego (ambulansu) wraz z wyposażeniem dla potrzeb specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w Piotrkowie Tryb.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im.Mikołaja Kopernika	łódzkie	Piotrków Trybunalski	348 830,00
91	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja systemu ratownictwa medycznego na terenie powiatu sieradzkiego poprzez zakup dwóch nowych karetek	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	łódzkie	Sieradz	741 557,52
92	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim.	Powiat Tomaszowski	łódzkie	Tomaszów Mazowiecki	1 355 062,55
93	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie skuteczności ratownictwa medycznego poprzez doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Wieluniu w nowoczesny ambulans.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu	łódzkie	Wieluń	308 320,00
94	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla szpitalnego oddziału ratunkowego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II	łódzkie	Bełchatów	1 442 997,98
95	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii oraz budowa drogi między lądowiskiem a SOR-em w WSS im.M. Kopernika w Łodzi.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi	łódzkie	Łódź	3 106 559,31
96	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego poprzez modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w SPZOZ w Sieradzu	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	łódzkie	Sieradz	2 836 327,71

97	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości specjalistycznych usług medycznych poprzez remont oraz zakup nowoczesnego wyposażenia dla Kliniki Neonatologii oraz Kliniki Intensywnej Terapii Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt w Instytucie "CZMP" w Łodzi	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki"	łódzkie	Łódź	27 280 780,00
98	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości świadczeń medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej i sprzętu medycznego służącego do diagnostyki i terapii w ZOZ MSWiA w Łodzi.	Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi	łódzkie	Łódź	5 145 690,00
99	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Adaptacja pomieszczeń i wyposażenie w sprzęt medyczny OKAiIT USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, gm. M. Łódź, pow. m. łódzki, woj. łódzkie.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	łódzkie	Łódź	10 039 690,15
100	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Stworzenie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi całodobowego Centrum Endoskopowego Leczenia Krwawień	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów	łódzkie	Łódź	2 487 123,70
101	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Przebudowa pomieszczeń III Oddziału Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości w Łodzi, przy ul. Spornej 36/50	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 im. Marii Konopnickiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	łódzkie	Łódź	1 548 971,25
102	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Opieka nad dzieckiem z niską wagą urodzeniową i wadami wrodzonymi w okresie przedporodowym, porodowym i poporodowym w ICZMP w Łodzi.	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki"	łódzkie	Łódź	10 044 878,52
103	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zwiększenie dostępności i jakości diagnostycznych świadczeń zdrowotnych poprzez doposażenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej ICZMP w Łodzi.	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki"	łódzkie	Łódź	10 052 220,00
104	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Remont Bloku Operacyjnego "A" Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi wraz z zakupem nowoczesnego wyposażenia.	Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki"	łódzkie	Łódź	9 331 186,52
105	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępności do SOR SPZOZ w Brzesku poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	małopolskie	Brzesko	906 428,75
106	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa lądowiska dla helikopterów przy Szpitalu Specjalistycznym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	małopolskie	Nowy Sącz	2 463 850,39
107	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów służącego poprawie dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	małopolskie	Wadowice	937 362,03
108	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępności do SOR Szpitala Spec. w Gorlicach poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców.	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	małopolskie	Gorlice	894 250,10
109	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępności do SOR Szpitala Pow. w Chrzanowie przez budowę lądowiska dla śmigłowców	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	małopolskie	Chrzanów	619 575,02

110	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	małopolskie	Brzesko	744 459,20
111	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego usytuowanego na dachu budynku "A" Szpitala Powiatowego w Bochni przy ul. Krakowskiej 31	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. bł. Marty Wieckiej	małopolskie	Bochnia	2 823 977,95
112	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	Powiat Myślenicki	małopolskie	Myślenice	1 265 991,72
113	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wyposażenie i uruchomienie Centrum Urazowego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie – Etap II	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	małopolskie	Kraków	11 388 001,46
114	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego, ambulansów wraz z wyposażeniem, na potrzeby Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego.	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe	małopolskie	Kraków	1 345 128,00
115	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup karetek na potrzeby SOR dla Szpitala Powiatowego w Limanowej w celu podniesienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu limanowskiego.	Szpital Powiatowy w Limanowej	małopolskie	Limanowa	776 462,86
116	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup dwóch ambulansów sanitarnych celem wymiany środków transportu dla potrzeb zespołów ratownictwa medycznego w Dziale Pomocy Doraźnej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach	małopolskie	Wadowice	800 000,00
117	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby zaspołu ratownictwa medycznego Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem	małopolskie	Zakopane	331 400,00
118	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Doposażenie Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie poprzez wymianę dwóch ambulansów.	Powiat Tarnowski	małopolskie	Tarnów	710 000,00
119	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Doposażenie Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie poprzez zakup nowego ambulansu	Powiat Tarnowski	małopolskie	Tarnów	314 561,69
120	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wzrost dostępu do wysokiej jakości usług medycznych przedszpitalnych przez wymianę ambulansu z wyposażeniem dla ratownictwa medycznego SPZOZ w Bochni	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy"	małopolskie	Bochnia	490 500,00
121	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu myślenickiego i turystów poprzez wymianę zużytych ambulansów	Powiat Myślenicki	małopolskie	Myślenice	600 000,00
122	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach w województwie Małopolskim.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach	małopolskie	Proszowice	666 400,00
123	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez dostosowanie infrastruktury ratownictwa medycznego SMS im. G. Narutowicza w Krakowie do wymogów prawa	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie	małopolskie	Kraków	8 614 477,83

124	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w SPZOZ w Brzesku do wymogów obowiązujących przepisów prawa, wraz z wyposażeniem w aparaturę medyczną.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku	małopolskie	Brzesko	4 128 391,93
125	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie wraz z budową lądowiska i zakupem aparatury i sprzętu.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	małopolskie	Kraków	13 229 331,44
126	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Remont drogi dojazdowej i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z 15.03.07r. w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie	Szpital Powiatowy w Chrzanowie	małopolskie	Chrzanów	2 977 093,82
127	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z modernizacją lądowiska dla helikopterów ZZOZ w Oświęcimiu	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu	małopolskie	Oświęcim	6 116 833,99
128	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Lądowiska wraz z zakupem nowych urządzeń dla Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie	Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie	małopolskie	Kraków	7 558 649,09
129	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa działania systemu ratownictwa medycznego w powiecie bocheńskim - zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii dla SOR w SPZOZ w Bochni	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy"	małopolskie	Bochnia	997 650,00
130	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Doposażenie SOR w Szpitalu im. Św. Łukasza w Tarnowie w sprzęt i aparaturę medyczną	Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie	małopolskie	Tarnów	4 566 619,61
131	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców poprzez budowę lądowiska i doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w ZOZ w Suchej Beskidzkiej	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	małopolskie	Sucha Beskidzka	1 894 546,63
132	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Utrzymanie zasady "ZŁOTEJ GODZINY" przez zakup sprzętu diagonostycznego i podtrzymującego życie dla SOR w Szpitalu Specjalistycznym w Gorlicach	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	małopolskie	Gorlice	1 230 527,00
133	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Ciepła sień i sprzęt specjalistyczny dla SOR-u Szpitala Powiatowego w Limanowej w celu podniesienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu.	Szpital Powiatowy w Limanowej	małopolskie	Limanowa	1 734 735,06
134	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa standardów działania systemu ratownictwa medycznego przez modernizację i zakup niezbędnych urządzeń medycznych dla SOR Szpitala w Nowym Targu	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	małopolskie	Nowy Targ	3 069 937,90
135	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez zakup nowego aparatu rezonansu magnetycznego dla Centrum Onkologii Oddział w Gliwicach	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach	małopolskie	Gliwice	12 000 000,00
136	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Modernizacja Oddziału Chirurgicznego w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	małopolskie	Kraków	12 842 189,46
137	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Modernizacja Katedry Ginekologii i Położnictwa UJ CM w Krakowie - przebudowa istniejących bloków porodowych wraz z wyposażeniem	Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum	małopolskie	Kraków	8 089 297,84

138	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	małopolskie	Gliwice	9 999 761,00
139	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup i instalacja SPECT-CT oraz modernizacja ośrodka medycyny nuklearnej w Oddziale Klinicznym Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie	małopolskie	Kraków	7 224 699,75
140	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Podniesienie dostępu do nowoczesnych sposobów diagnozowania nowotworów poprzez wyposażenie Centrum Onkologii Oddział w Krakowie SPECT/CT	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie	małopolskie	Kraków	2 852 013,53
141	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych przez doposażenie Centrum Profilaktyki Nowotworów w Centrum Onkologii w Warszawie.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	małopolskie	Warszawa	11 022 480,01
142	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii izotopowej przez doposażenie ZMNiEO w Centrum Onkologii w Warszawie.	Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	małopolskie	Warszawa	10 382 480,01
143	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Dostosowanie miejsca startów i lądowań śmigłowców do potrzeb SOR SPZOZ w Mławie.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	mazowieckie	Mława	580 232,00
144	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 2	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	mazowieckie	Warszawa	25 365 481,90
145	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów służących dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Ciechanowie	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	mazowieckie	Ciechanów	1 139 627,87
146	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ratownictwa medycznego na obszarze działania WSPRiTS w Płocku poprzez zakup dwóch ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku	mazowieckie	Płock	895 661,06
147	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przy Wojewódzkim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	mazowieckie	Warszawa	1 981 358,86
148	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przy SP ZZOZ w Wyszkowie	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie	mazowieckie	Wyszków	1 786 748,94
149	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego na potrzeby Falck Medycyna Sp. z o. o.	Falck Medycyna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	mazowieckie	Warszawa	3 500 000,00
150	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa lądowiska wraz z niezbędną infrastrukturą służącą polepszeniu dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojskowego Instytutu Medycznego	Wojskowy Instytut Medyczny	mazowieckie	Warszawa	3 120 090,17
151	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 1.	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	mazowieckie	Warszawa	44 236 482,91
152	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym	Wojskowy Instytut Medyczny	mazowieckie	Warszawa	11 243 000,00

153	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zapewnienie najwyższej efektywności działań ratownictwa medycznego w powiecie przasnyskim poprzez zakup 3 ambulansów	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	mazowieckie	Przasnysz	959 111,72
154	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup 2 ambulansów sanitarnych z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznego oraz podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego SP ZOZ w Garwolinie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie	mazowieckie	Garwolin	858 863,85
155	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego na potrzeby Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego	Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu	mazowieckie	Radom	2 924 659,22
156	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie skuteczności działania Zespołów Ratownictwa Medycznego SP ZOZ RM-MEDITRANS w Siedlcach poprzez wymianę 3 ambulansów medycznych	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RM-MEDITRANS" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach	mazowieckie	Siedlce	1 209 092,00
157	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności działań ratownictwa medycznego poprzez modernizację i doposażenie SOR oraz remont całodobowego lądowiska w SP ZZOZ w Przasnyszu	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	mazowieckie	Przasnysz	2 219 188,45
158	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku.	Wojewódzki Szpital Zespolony	mazowieckie	Płock	8 714 736,27
159	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa, modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	mazowieckie	Ciechanów	8 779 885,24
160	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wolskim w Warszawie	Miasto Stołeczne Warszawa	mazowieckie	Warszawa	4 664 134,03
161	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności udzielania pomocy medycznej przez Szpitalny Oddział Ratunkowy WSS w Siedlcach poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej.	Województwo Mazowieckie	mazowieckie	Warszawa	981 100,00
162	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i doposażenie oddziału ratunkowego i zakładu diagnostyki obrazowej na potrzeby ratownictwa medycznego w Sochaczewie	Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	mazowieckie	Sochaczew	5 541 436,49
163	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Przebudowa, modernizacja i wyposażenie części pomieszczeń SPSK w Otwocku na potrzeby nowoczesnego Bloku Operacyjnego Traumatologii i Izby Przyjęć.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	mazowieckie	Otwock	8 264 707,01
164	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój	mazowieckie	Rabka-Zdrój	58 696 733,42
165	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - 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"	mazowieckie	Warszawa	100 729 875,13

166	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wzmocnienie systemu wielokierunkowej diagnostyki i terapii pacjentów wymagających wdrożenia procedur wczesnej interwencji medycznej poprzez doposażenie w sprzęt medyczny Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	mazowieckie	Warszawa	11 697 178,84
167	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Rozbudowa i doposażenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy w celu poprawy jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	mazowieckie	Otwock	40 461 323,67
168	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Przebudowa i modernizacja specjalistycznej przychodni ortopedycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w celu podniesienia jakości świadczonych usług medycznych oraz zwiększenia dostępności do specjalistycznych porad ortopedycznych dzieci i dorosłych z regionu całej Polski.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	mazowieckie	Otwock	4 342 455,65
169	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa dostępności i jakości procedur kardiologii inwazyjnej w leczeniu ostrych stanów kardiologicznych i wad strukturalnych serca w ramach hospitalizacji w SPCSK w Warszawie	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	mazowieckie	Warszawa	6 481 898,57
170	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości diagnostyki i leczenia kardiologiczno-kardiochirurgicznego poprzez zakup specjalistycznego sprzętu medycznego i modernizację budynków Instytutu Kardiologii w Warszawie	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	mazowieckie	Warszawa	50 765 344,27
171	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wzmocnienie efektywności i dostępności procedur medycznych w zakresie opieki, pooperacyjnej i intensywnej terapii oraz diagnostyki obrazowej w SP CSK w Warszawie	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	mazowieckie	Warszawa	9 195 692,45
172	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wyższa jakość i dostępność leczenia pacjentów poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej z zakresu diagnostyki obrazowej i pooperacyjnej w SP CSK w Warszawie	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	mazowieckie	Warszawa	14 191 645,40
173	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	mazowieckie	Warszawa	41 648 047,40
174	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości diagnostyki obrazowej i leczenia poprzez wymianę systemu rezonansu magnetycznego w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie	Wojskowy Instytut Medyczny	mazowieckie	Warszawa	10 952 393,57
175	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń medycznych w SPDSK w Warszawie poprzez zakup aparatu RTG i Tomografu komputerowego.	Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny	mazowieckie	Warszawa	4 423 487,26
176	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	mazowieckie	Warszawa	69 000 000,00

177	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego w SPDSK w Warszawie	Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny	mazowieckie	Warszawa	3 836 086,54
178	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Doposażenie w aparaturę medyczną Instytutu Reumatologii w Warszawie metodą na zwiększenie jakości dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.	Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	mazowieckie	Warszawa	2 751 624,00
179	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wymiana aparatu RTG w celu poprawy jakości i dostępności usług z zakresu diagnostyki obrazowej dla mieszkańców całego kraju.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	mazowieckie	Warszawa	1 928 500,00
180	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Rozbudowa Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Otwocku, w celu dostosowania oddziałów terapii uzależnień i rehabilitacji medycznej do wymagań prawnych.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Otwocku	mazowieckie	Otwock	14 758 966,49
181	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości i dostępności usług medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych dla Instytutu Kardiologii w Warszawie.	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	mazowieckie	Warszawa	9 033 300,00
182	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Modernizacja Oddziału Chorób Dziecięcych i Noworodkowych z Centrum Alergologii i Dermatologii Dziecięcej Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.	Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie	mazowieckie	Warszawa	9 994 008,30
183	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości świadczenia usług medycznych w zakresie chirurgii małoinwazyjnej w Klinice chirurgii gastroenterologicznej i transplantologii w CSK MSWiA w Warszawie.	Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie	mazowieckie	Warszawa	1 242 412,19
184	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Modernizacja oddziałów neurologii w celu podniesienia jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oferowanych przez IPIN w Warszawie.	Instytut Psychiatrii i Neurologii	mazowieckie	Warszawa	21 405 718,89
185	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Podniesienie jakości wysokospecjalistycznych procedur medycznych dla dzieci poprzez dostawę sprzętu medycznego dla Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.	Instytut Matki i Dziecka	mazowieckie	Warszawa	9 554 260,00
186	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury obrazowej oraz dostosowanie infrastruktury technicznej w celu utworzenia Teleradiologicznego Centrum Diagnostycznego w WIM.	Wojskowy Instytut Medyczny	mazowieckie	Warszawa 44	9 790 036,00
187	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa efektywności przyjęć oraz dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób płuc (I etap) w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	mazowieckie	Warszawa	9 999 780,00
188	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa dostępności i jakości leczenia specjalistycznego poprzez stworzenie Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo Zatorowej w Szpitalu Dzieciątka Jezus	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	mazowieckie	Warszawa	14 920 436,70

189	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości usług medycznych poprzez zakup angiografu wraz z adaptacją pomieszczeń dla Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie	Wojskowy Instytut Medyczny	mazowieckie	Warszawa 44	3 516 310,50
190	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Podniesienie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych poprzez wymianę aparatury medycznej i modernizację klinik Instytutu Reumatologii w Warszawie.	Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	mazowieckie	Warszawa	9 396 860,96
191	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Lądowisko Szpitala w Nysie	Zespół Opieki Zdrowotnej	opolskie	Nysa	2 126 740,26
192	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla śmigłowców przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	opolskie	Olesno	1 663 213,74
193	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego Prudnickiego Centrum Medycznego S.A. Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Prudniku.	Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku	opolskie	Prudnik	1 212 000,00
194	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana dwóch ambulansów specjalistycznych z wyposażeniem dla Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu.	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego	opolskie	Opole	680 000,00
195	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu głubczyckiego poprzez zakup nowych ambulansów ratowniczych wraz z wyposażeniem	Powiat Głubczycki	opolskie	Głubczyce	1 018 000,00
196	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych ambulansów dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nysie.	Zespół Opieki Zdrowotnej	opolskie	Nysa	700 000,00
197	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa pomieszczeń Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu na Szpitalny Oddział Ratunkowy	Powiat Brzeski	opolskie	Brzeg	6 115 560,95
198	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nysie	Zespół Opieki Zdrowotnej	opolskie	NYSA	700 000,00
199	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zapewnienie skutecznego systemu ratownictwa medycznego poprzez rozbudowę i zakup aparatury medycznej dla SOR-u Szpitala Wojewódzkiego w Opolu	Szpital Wojewódzki w Opolu	opolskie	Opole	9 818 000,00
200	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozwój systemu ratownictwa medycznego regionu poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne	opolskie	Opole	1 712 550,60
201	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich poprzez rozbudowę obiektu i zakup nowej specjalistycznej aparatury.	Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich	opolskie	Strzelce Opolskie	7 037 530,00
202	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości usług medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych dla SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	opolskie	Głuchołazy	1 538 347,00
203	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego	Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	podkarpackie	Rzeszów	11 610 386,00

204	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Chcemy i możemy Ci pomóc w każdej sytuacji - Budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Mielcu	Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	podkarpackie	MIELEC	3 093 883,18
205	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim poprzez odnowę i unowocześnienie bazy transportowej Zespołów Ratownictwa Medycznego	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku	podkarpackie	Sanok	375 000,00
206	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup dwóch ambulansów dla Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie	podkarpackie	Nowa Dęba	749 988,00
207	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu sanitarnego "W" wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego oddziału pomocy doraźnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ropczycach.	Powiat Ropczycko-Sędziszowski	podkarpackie	Ropczyce	385 000,00
208	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansów ratunkowych z doposażeniem o system dysponowania zespołów wyjazdowych dla Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP Z w Mielcu.	Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład	podkarpackie	Mielec	928 741,56
209	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu reanimacyjnego z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łańcucie.	Powiat Łańcucki	podkarpackie	Łańcut	400 000,00
210	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu na potrzeby zespołów wyjazdowych działających w ramach SOR SP ZOZ w Leżajsku	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	podkarpackie	Leżajsk	350 143,59
211	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup nowoczesnego ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby Ratownictwa Medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie	podkarpackie	Strzyżów	366 081,30
212	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby Ratownictwa Medycznego Szpitala Specjalistycznego w Jaśle	Szpital Specjalistyczny w Jaśle	podkarpackie	Jasło	811 734,24
213	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie	podkarpackie	Krosno	8 917 545,25
214	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim przez rozbudowę SOR w Sanoku, zakup sprzętu medycznego i budowę lądowiska dla helikopterów	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku	podkarpackie	Sanok	3 973 940,26
215	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa pracowni diagnostyki obrazowej i wyposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego na potrzeby mieszkańców i turystów Bieszczad	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku	podkarpackie	Lesko	5 491 359,90
216	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja i rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie	Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	podkarpackie	Rzeszów	42 072 206,40
217	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Dostosowanie Izby Przyjęć do wymogów określonych przepisami prawa oraz unowocześnienie pracowni zakładów diagnostyki obrazowej ZOZ MSWiA w Rzeszowie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Rzeszowie	podkarpackie	Rzeszów	4 966 363,26
218	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Utworzenie Centrum Urazów Wielonarządowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	podlaskie	Białystok	11 119 936,94

219	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego województwa podlaskiego poprzez wymianę ambulansów specjalistycznych w WSPR SP ZOZ w Suwałkach.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdowotnej	podlaskie	Suwałki	805 736,80
220	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego województwa podlaskiego poprzez wymianę ambulansów specjalistycznych w SP ZOZ WSPR w Białymstoku.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowania Ratunkowego w Białymstoku	podlaskie	Białystok	2 818 736,80
221	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego województwa podlaskiego poprzez wymianę ambulansów specjalistycznych w WSPR SP ZOZ w Łomży.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży	podlaskie	Łomża	805 736,80
222	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości leczenia w stanach zagrożenia życia poprzez dostosowanie SOR w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim do obowiązujących wymogów prawnych	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	podlaskie	Bielsk Podlaski	6 236 794,88
223	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie możliwości diagnostyki i leczenia w SOR w SPZOZ w Hajnówce celem zapewnienia najwyższej jakości opieki mieszkańcom powiatu hajnowskiego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	podlaskie	Hajnówka	954 580,71
224	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	podlaskie	Suwałki	11 003 061,98
225	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży	Szpital Wojewódzki imienia Kardynała Stefana Wyszyńskiego	podlaskie	Łomża	2 817 283,49
226	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozwój systemu ratownictwa medycznego poprzez dostosowanie SOR w SP ZOZ w Sokółce do obowiązujących wymogów prawnych	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	podlaskie	Sokółka	2 411 200,00
227	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Dobra diagnoza podstawą skutecznego leczenia - wyposażenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej ZOZ MSWiA w Białymstoku w nowoczesny tomograf komputerowy.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku	podlaskie	Białystok	1 546 800,00
228	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Radiologia XXI wieku - poprawa jakości diagnostyki rentgenowskiej w UDSK w Białymstoku poprzez wymianę dwóch przestarzałych aparatów RTG	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku	podlaskie	Białystok	2 917 329,90
229	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Podniesienie bezpieczeństwa diagnostyki obrazowej poprzez unowocześnienie aparatury medycznej w Zakładzie Radiologii USK w Białymstoku.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	podlaskie	Białystok	7 691 386,97
230	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zapewnienie standardów opieki medycznej na Bloku Operacyjnym i Oddziale Intensywnej Terapii USK w Białymstoku.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	podlaskie	Białystok	6 696 994,00
231	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie jakości usług świadczonych przez Miejską Stację Pogotowia Ratunkowego w Gdyni poprzez wymianę zużytego ambulansu na nowy z wyposażeniem	Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	pomorskie	Gdynia	340 003,46

232	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup nowego ambulansu z wyposażeniem w związku z planowanym w 2009 roku zakontraktowaniem dodatkowej karetki podstawowej przez POW NFZ	Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	pomorskie	Gdynia	340 003,46
233	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu sanitarnego wraz z wyposażeniem dla Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie	Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Wejherowo	340 000,00
234	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości usług ratowniczych Szpitala Powiatu Bytowskiego, poprzez wymianę specjalistycznych środków transportu ratowniczego - ambulansów typu "S" i "P" stacjonujących w Bytowie oraz typu "P" stacjonującego w Miastku.	Powiat Bytowski	pomorskie	Bytów	1 196 300,00
235	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów w celu poprawy dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i poprawy jakości ratownictwa medycznego w Powiecie Lęborskim	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej	pomorskie	Lębork	1 674 180,84
236	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansu ratunkowego na potrzeby Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku	Stacja Pogotowia Ratunkowego	pomorskie	Słupsk	485 500,63
237	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w powiecie malborskim poprzez wyposażenie zespołów wyjazdowych w nowe pojazdy i sprzęt specjalistyczny	Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Malbork	700 000,00
238	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem dla SPZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku	pomorskie	Gdańsk	768 000,00
239	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja i rozbudowa lądowiska dla śmigłowców na terenie Szpitala Specjalistycznego w Chojnicach	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	pomorskie	Chojnice	1 189 671,21
240	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - DOPOSAŻENIE W SPECJALISTYCZNĄ APARATURĘ MEDYCZNĄ CENTRUM URAZOWEGO W OBECNIE BUDOWANYM CENTRUM MEDYCYNY INWAZYJNEJ	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	pomorskie	Gdańsk	12 894 149,17
241	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznego ambulansu dla Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala im. Franciszka Żaczka w Pucku.	Szpital Pucki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Puck	419 810,63
242	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości ratownictwa medycznego w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach przez zakup ambulansu wraz z wyposażeniem.	Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach	pomorskie	Chojnice	447 883,50
243	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla SPS ZOZ w Lęborku w celu poprawy jakości ratownictwa medycznego w Powiecie Lęborskim	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej	pomorskie	Lębork	348 178,04
244	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansów wraz z wyposażeniem dla SPS ZOZ w Lęborku w celu poprawy ratownictwa medycznego w Powiecie Lęborskim	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej	pomorskie	Lębork	1 078 883,36
245	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w Powiecie Kartuskim poprzez zakup ambulansów na potrzeby oddziału ratunkowego.	Powiat Kartuski	pomorskie	Kartuzy	789 359,40

246	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności udzielania pomocy medycznej przez Zespoły Ratownictwa Medycznego poprzez wymianę 2 ambulansów w SP ZOZ w Nowym Dworze Gdańskim.	Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Malbork	609 760,00
247	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości ratownictwa medycznego w Powiecie Lęborskim poprzez rozbudowę oraz doposażenie w sprzęt medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Lęborku	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej	pomorskie	Lębork	5 111 877,67
248	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ratownictwa na Pomorzu poprzez dostosowanie SOR i lądowiska w Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku do wymagań prawa	COPERNICUS Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Gdańsk	6 667 312,60
249	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Słupsku	Samorząd Województwa Pomorskiego	pomorskie	Gdańsk	4 376 400,00
250	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa infrastruktury oraz doposażenie w sprzęt medyczny SOR w Starogardzie Gdańskim w celu zwiększenia efektywności ratownictwa medycznego.	Powiat Starogardzki	pomorskie	Starogard Gdański	4 956 786,82
251	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa i remont wraz z zakupem sprzętu i wyposażenia medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy w Wejherowie.	Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Wejherowo	2 606 000,00
252	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez budowę lądowiska oraz zakup wyrobów medycznych dla SOR Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	Kościerzyna	2 008 432,85
253	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Adaptacja pomieszczeń II piętra i części parteru budynku nr 3 GUMed przy ul. Dębinki 7 w Gdańsku na potrzeby Kliniki Neurologii Rozwojowej	Gdański Uniwersytet Medyczny	pomorskie	Gdańsk	4 674 761,01
254	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa dostępu do usług medycznych o znaczeniu ponadregionalnym przez doposażenie Zakładu Radiologii UCK w Gdańsku w rezonans magnetyczny	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	pomorskie	Gdańsk	8 852 798,46
255	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie jakości działania systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację taboru ambulansów ratunkowcyh SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku.	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach	śląskie	Katowice	311 789,40
256	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Remont lądowiska dla śmigłowców ratunkowych celem dostosowania do standardów europejskich	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. "Św. Barbary"	śląskie	Sosnowiec	3 464 914,05
257	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu w celu obniżenia poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań wywołanych wypadkami na terenie Zagłębia Dąbrowskiego.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu	śląskie	Sosnowiec	351 476,00
258	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach	śląskie	Rydułtowy	434 345,13

259	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Utworzenie centrum urazowego na bazie wielospecjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im."Św. Barbary"	śląskie	Sosnowiec	18 236 989,05
260	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zdążyć na czas! - zakup ambulansu ratunkowego dla ZOZ w Kłobucku.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku	śląskie	Kłobuck	419 082,42
261	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Pozyskanie ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów Ratownictwa Medycznego SP Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu	śląskie	Lubliniec	362 200,00
262	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności udzielania pomocy w stanach zagrożenia zdrowotnego poprzez wymianę ambulansu pogotowia ratunkowego w Wodzisławiu Śląskim.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Wodzisławiu Śląskim	śląskie	Wodzisław Śląski	424 126,00
263	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w powiecie żywieckim poprzez zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla Działu Pomocy Doraźnej Zespołu ZOZ w Żywcu	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu	śląskie	Żywiec	762 307,36
264	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem dla poprawy mobilności SPZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Stacja Pogotowia Ratunkowego	śląskie	Częstochowa	2 834 400,00
265	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup podstawowych i specjalistycznych ambulansów na potrzeby Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach.	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach	śląskie	Katowice	5 925 900,00
266	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego w Bielskim Pogotowiu Ratunkowym poprzez wymianę 3 sztuk wyeksploatowanych karetek sanitarnych na nowe ambulanse dla zespołów specjalistycznych.	Bielskie Pogotowie Ratunkowe	śląskie	Bielsko - Biała	654 195,00
267	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności pracy zespołów ratownictwa medycznego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie poprzez zakup dwóch nowoczesnych ambulansów	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	śląskie	Myszków	765 000,00
268	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup wyrobów medycznych oraz wymiana dźwigów szpitalnych w celu poprawy jakości funkcjonowania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego WSS nr 3 w Rybniku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	śląskie	Rybnik	1 481 471,63
269	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przy Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii	SPZOZ Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. dr E.Hankego	śląskie	Chorzów	7 494 832,55
270	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu	Powiat Zawierciański	śląskie	Zawiercie	17 980 548,77
271	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i modernizacja Szpitala Śląskiego w Cieszynie - etap II - wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	Powiat Cieszyński	śląskie	Cieszyn	3 926 620,44
272	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Remont lądowiska dla śmigłowców ratunkowych celem dostosowania do standardów europejskich	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. "Św. Barbary"	śląskie	Sosnowiec	1 018 611,98

273	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Rozbudowa Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu (moduł C) - utworzenie ogólnopolskiego centrum kliniczno-naukowego transplantacji płuc i serca oraz leczenia mukowiscydozy u dorosłych i dzieci	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	śląskie	Zabrze	106 217 499,55
274	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Rozwój innowacyjnej chirurgii poprzez utworzenie nowoczesnego Bloku Operacyjnego oraz OAiIT w SPSK Nr 1 im. Prof. S. Szyszko ŚUM - etap II	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	śląskie	Zabrze	9 989 721,46
275	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Sercowo-Naczyniowej SCCS w Zabrzu.	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	śląskie	Zabrze	9 975 340,00
276	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych na potrzeby Pracowni Hemodynamiki i Diagnostyki Obrazowej SCCS w Zabrzu.	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	śląskie	Zabrze	9 001 223,22
277	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup wyrobów medycznych dla potrzeb SPCSK w Katowicach w celu poprawy jakości wysokospecjalistycznych procedur endoskopowych	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	śląskie	Katowice	1 578 948,20
278	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup urządzeń medycznych dla potrzeb SPCSK w Katowicach w celu poprawy jakości lecznictwa wysokospecjalistycznego OAiIT.	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	śląskie	Katowice	3 550 626,50
279	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury obrazowej dla Szpitala Klinicznego nr 3 w Zabrzu w celu poprawy jakości lecznictwa wysokospecjalistycznego.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	śląskie	Zabrze	2 133 000,00
280	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Remont lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach mający na celu dostosowanie do obowiązujących przepisów	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach	świętokrzyskie	Kielce	1 178 992,25
281	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja taboru ambulansów ratunkowych w Świętokrzyskim Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach	Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach	świętokrzyskie	Kielce	5 470 914,68
282	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa lądowiska w SPZZOZ w Staszowie celem rozwoju ratownictwa medycznego w powiecie staszowskim	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	świętokrzyskie	Staszów	898 538,00
283	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie efektywności działania zespołów ratownictwa medycznego w wyniku wymiany ambulansów przez SPZZOZ w Staszowie	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	świętokrzyskie	Staszów	793 668,73
284	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności działań w stanie nagłego zagrożenia życia w powiecie staszowskim poprzez zakup dodatkowego ambulansu przez SPZZOZ w Staszowie	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie	świętokrzyskie	Staszów	397 834,37

285	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie.	Artmedic Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	świętokrzyskie	Jędrzejów	11 448 085,00
286	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Doposażenie Oddziałów Neurochirurgii, Otolaryngologii i Chirurgii w 103 Szpitalu Wojskowym w Olsztynie.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie	warmińsko-mazurskie	Olsztyn	2 455 034,96
287	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	warmińsko-mazurskie	Olsztyn	13 310 377,52
288	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa skuteczności systemu ratownictwa na Mazurach poprzez budowę lądowiska przy SP ZOZ Giżycko	Powiat Giżycki	warmińsko-mazurskie	Giżycko	1 224 278,00
289	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez doposażenie Szpitala Powiatowego im. Jana Mikulicza w Biskupcu w specjalistyczny ambulans wraz z wyposażeniem	Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu	warmińsko-mazurskie	Biskupiec	340 042,90
290	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem przez Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Ełku - "Pro-Medica" w Ełku sp. z o. o.	"Pro-Medica" w Ełku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	warmińsko-mazurskie	Ełk	1 010 351,04
291	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu medycznego typu "B" wraz z wyposażeniem medycznym dla Gminnego Centrum Zdrowia Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku.	Gminne Centrum Zdrowia Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku	warmińsko-mazurskie	Olsztynek	288 508,02
292	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup dwóch ambulansów z wyposażeniem dla Podstawowych Zespołów Ratownictwa Medycznego w Powiecie Mrągowskim przez Szpital Powiatowy w Mrągowie.	Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	warmińsko-mazurskie	Mrągowo	769 374,62
293	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego dla powiatu nidzickiego.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy	warmińsko-mazurskie	Nidzica	457 978,33
294	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w powiecie oleckim przez "Olmedica w Olecku - Sp. z o.o.".	"Olmedica w Olecku - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością"	warmińsko-mazurskie	Olecko	379 702,23
295	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wymiana ambulansu podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w Zalewie szansą mieszkańców powiatu iławskiego na lepszy dostęp do świadczeń	Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	warmińsko-mazurskie	Iława	387 238,44
296	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w Iławie szansą mieszkańców powiatu iławskiego na lepszy dostęp do świadczeń	Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie	warmińsko-mazurskie	Iława	387 238,44
297	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu z wyposażeniem przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu na potrzeby specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w Elblągu	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	warmińsko-mazurskie	Elbląg	313 360,10

298	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii mieszkańców powiatu mrągowskiego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Mrągowie	Szpital Mrągowski im. Michała Kajki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	warmińsko-mazurskie	Mrągowo	1 330 683,96
299	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego poprzez doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	warmińsko-mazurskie	Elbląg	2 940 883,88
300	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup wyposażenia do SOR-u w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie w celu dostosowania do przepisów.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Prof. dr St. Popowskiego w Olsztynie	warmińsko-mazurskie	Olsztyn	2 751 450,00
301	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i doposażenie SP ZOZ w Giżycku w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego na terenie powiatu giżyckiego i węgorzewskiego - etap I: SOR	"Szpital Giżycki" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	warmińsko-mazurskie	Giżycko	16 677 122,36
302	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Modernizacja, zakup sprzętu diagnostycznego i dystrybucja obrazu cyfrowego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.	110 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Elblągu	warmińsko-mazurskie	Elbląg	3 995 351,18
303	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu z pełnym wyposażeniem na potrzeby specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w Trzciance	Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance	wielkopolskie	Trzcianka	441 640,00
304	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów w NZOZ Szpital w Puszczykowie na potrzeby SOR	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	wielkopolskie	Puszczykowo	660 657,21
305	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.	Szpital Wojewódzki	wielkopolskie	Poznań	2 916 589,72
306	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie jakości ratownictwa medycznego w rejonie działania Pogotowia Ratunkowego w Kaliszu poprzez wymianę trzech ambulansów ratunkowych	Pogotowie Ratunkowe w Kaliszu	wielkopolskie	Kalisz	1 005 250,00
307	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla śmigłowców przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ w Nowym Tomyślu	Powiat Nowotomyski	wielkopolskie	Nowy Tomyśl	698 952,14
308	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla śmigłowców na terenie SPZOZ w Krotoszynie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	wielkopolskie	Krotoszyn	1 192 541,75
309	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Modernizacja lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	wielkopolskie	Kalisz	693 672,99
310	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości i efektywności usług medycznych dla pacjentów miasta Konina i powiatu konińskiego poprzez zakup ambulansów wraz z wyposażeniem.	Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	wielkopolskie	Konin	674 663,53
311	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie dostępności do usług medycznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu poprzez wyposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w ambulans.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	wielkopolskie	Wągrowiec	360 589,73

312	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu - adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców	Miasto Poznań	wielkopolskie	Poznań	11 319 662,59
313	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie poziomu ratownictwa medycznego poprzez wymianę ambulansu wraz z wyposażeniem przez ZZOZ w Jarocinie.	Powiat Jarociński	wielkopolskie	Jarocin	422 295,72
314	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyślu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	wielkopolskie	Nowy Tomyśl	401 373,41
315	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego SPZOZ w Krotoszynie.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	wielkopolskie	Krotoszyn	315 790,00
316	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego ZZOZ w Ostrowie Wlkp.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	wielkopolskie	Ostrów Wielkopolski	1 222 223,05
317	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości, skuteczności i dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez zakup ambulansu z wyposażeniem dla ZOZ w Gnieźnie	Zespół Opieki Zdrowotnej	wielkopolskie	Gniezno	470 330,00
318	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup ambulansu ratunkowego w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu pleszewskiego.	"Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	wielkopolskie	Pleszew	375 535,30
319	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa dostępności, jakości i efektywności ratownictwa medycznego w powiecie kolskim poprzez zakup ambulansów z wyposażeniem dla SOR SP ZOZ w Kole.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	wielkopolskie	Koło	343 044,80
320	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w Wielkopolsce poprzez wymianę ambulansów przez Rejonową Stację Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu	Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego	wielkopolskie	Poznań	1 938 272,28
321	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego SP ZOZ w Turku.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku	wielkopolskie	Turek	1 057 745,10
322	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego w Szpitalu Powiatowym im.A. Sokołowskiego w Złotowie poprzez wymianę infrastruktury medycznej.	Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego - Złotów	wielkopolskie	Złotów	234 759,37
323	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup dwóch ambulansów na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego w Pile.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	wielkopolskie	Piła	773 835,36
324	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup nowoczesnej karetki z wyposażeniem szansą na zwiększenie efektywności udzielania szybkiej pomocy w zakresie ratownictwa medycznego.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie	wielkopolskie	Wolsztyn	438 035,75
325	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa infrastruktury ratownictwa medycznego powiatu obornickiego poprzez zakup ambulansu specjalistycznego wraz z wyposażeniem	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach	wielkopolskie	Oborniki	411 534,37

326	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - II etap modernizacji Szpitala Powiatowego w Krotoszynie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie	wielkopolskie	Krotoszyn	7 913 286,10
327	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Środzie Wielkopolskiej w aparaturę medyczną	Powiat Średzki	wielkopolskie	Środa Wielkopolska	947 734,54
328	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Złotowie	Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie	wielkopolskie	Złotów	1 061 423,28
329	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie do wymagań prawnych poprzez doposażenie w wyroby medyczne	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	wielkopolskie	Konin	3 923 390,00
330	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wyposażenie nowego Oddziału Ratunkowego Szpitala Powiatowego we Wrześni w nowoczesną aparaturę medyczną	"Szpital Powiatowy we Wrześni" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	wielkopolskie	Września	1 748 620,00
331	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa, przebudowa i doposażenie NZOZ "Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego" Sp. z o.o. celem utworzenia SOR	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. Prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	wielkopolskie	Puszczykowo	7 278 792,56
332	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa, rozbudowa SPZOZ w Kępnie Etap I rozbudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego celem poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego na obszarze interwencji SOR	Powiat Kępiński	wielkopolskie	Kępno	4 989 818,85
333	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Remont i przebudowa SOR i lądowiska oraz zakup wyposażenia medycznego SOR dla ZZOZ w Ostrowie Wlkp.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	wielkopolskie	Ostrów Wielkopolski	3 932 715,17
334	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Wzrost jakości usług medycznych przez doposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Pile w wyroby medyczne i system łączności oraz przebudowę lądowiska.	Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica	wielkopolskie	Piła	1 689 876,00
335	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w stanach nagłych poprzez dostosowanie infrastruktury SOR WSzZ w Lesznie do najnowszych standardów	Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie	wielkopolskie	Leszno	2 373 401,82
336	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Rozbudowa i przebudowa Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu - Szpitalny Oddział Ratunkowy z wyposażeniem	Powiat Nowotomyski	wielkopolskie	Nowy Tomyśl	5 041 437,55
337	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup sprzętu medycznego dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu celem doposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	wielkopolskie	Kalisz	1 535 900,00
338	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Złota Godzina: Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w NZZOZ Pleszewskie Centrum Medyczne	"Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	wielkopolskie	Pleszew	1 455 160,00
339	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości, efektywności i dostępności do specjalistycznej opieki nad noworodkiem w GPSK w Poznaniu poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	wielkopolskie	Poznań	9 825 530,40

340	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Wzrost jakości i dostępności diagnostyki obrazowej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu poprzez rozbudowę i zakup wyposażenia.	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	wielkopolskie	Poznań	9 998 000,00
341	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Podniesienie jakości i dostępności specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez modernizację i doposażenie Centrum Rehabilitacji w Jedlcu	Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Jedlcu	wielkopolskie	Gołuchów	6 745 120,80
342	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ w Gryficach poprzez rozbudowę lądowiska	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	zachodniopomorskie	Gryfice	4 158 523,00
343	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa lądowiska dla helikopterów na dachu skrzydła Szpitala w Szczecinie-Zdunowie	Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego	zachodniopomorskie	Szczecin	1 889 386,11
344	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego	zachodniopomorskie	Szczecin	4 582 518,20
345	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców powiatu szczecineckiego - karetki życia	Powiat Szczecinecki	zachodniopomorskie	Szczecinek	760 472,41
346	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zmniejszenie śmiertelnych następstw wypadków i powikłań zdrowia mieszkańców gminy Polanów poprzez zakup wysokiej klasy środka transportu sanitarnego.	Zespół Opieki Zdrowotnej	zachodniopomorskie	Polanów	331 140,00
347	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w NZOZ w Świeciu	Nowy Szpital Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	zachodniopomorskie	Szczecin	1 078 048,66
348	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Podniesienie standardu usług w zakresie ratownictwa medycznego poprzez wyposażenie stacji pogotowia ratunkowego w Lejkowie w ambulans medyczny	Zakład Opieki Zdrowotnej w Malechowie	zachodniopomorskie	Malechowo	476 574,26
349	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Budowa całodobowego lądowiska dla helikopterów, zlokalizowanego na terenach przyszpitalnych, umożliwiającego przyjmowanie pacjentów do SOR w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	zachodniopomorskie	Szczecin	1 968 646,46
350	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	zachodniopomorskie	Gryfice	7 493 073,66
351	XII.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego - Przebudowa z rozbudową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z zakupem wyrobów medycznych.	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	zachodniopomorskie	Koszalin	21 967 984,00
352	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Rozbudowa Szpitala Klinicznego Nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych PUM	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	zachodniopomorskie	Szczecin	63 539 992,19
353	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Poprawa jakości i dostępności badań diagnostycznych oferowanych przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej.	107 Szpital Wojskowy z Przychodnią - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	zachodniopomorskie	Wałcz	4 651 537,98

354	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Przebudowa parteru Kliniki Okulistyki oraz zakup aparatury medycznej w celu zwiększenia jakości specjalistycznych usług w SPSK Nr 2 PAM w Szczecinie.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie	zachodniopomorskie	Szczecin	9 984 025,91
355	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Przebudowa pomieszczeń parteru budynku SPSK 1 PUM dla Klinik: Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	zachodniopomorskie	Szczecin	7 839 359,41
356	XII.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym - Zakup aparatury oraz sprzętu medycznego w celu dostosowania ZOZ MSWiA w Szczecinie do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006r.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Szczecinie	zachodniopomorskie	Szczecin	2 199 809,18

3) Spis rysunków i tabel

Spis rysunków

Rysunek 1. W jakim stopniu zrealizowane inwestycje miały wpływ na następujące aspekty? 23
Rysunek 2. W jakim stopniu w wyniku realizacji projektu zwiększyła się liczba udzielanych specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych? 23
Rysunek 3. Liczba projektów zrealizowanych w poszczególnych województwach 31
Rysunek 4. Liczba projektów zrealizowanych w poszczególnych województwach 31
Rysunek 5. Czy zrealizowane w ramach projektu inwestycje były adekwatne do potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na danym poziomie? 39
Rysunek 6. W jakim stopniu inwestycje zrealizowane w ramach projektu spełniły Państwa oczekiwania? 39
Rysunek 7. Realizacja wskaźnika „przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów" 46
Rysunek 8. Czy w okresie 2007-2015 realizowali Państwo inne projekty finansowane z Funduszy UE? 54
Rysunek 9. Czy projekty realizowane przez Państwa wzajemnie na siebie oddziaływały? 54
Rysunek 10. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych w placówce? 57
Rysunek 11. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do skrócenia czasu oczekiwania? 58
Rysunek 12. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia liczby pacjentów objętych wysokospecjalistycznymi procedurami medycznymi? 59
Rysunek 13. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia bazy łóżkowej placówki objętej badaniem? 60
Rysunek 14. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia dostępności? 61
Rysunek 15. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do podniesienia jakości? 62
Rysunek 16. Czy i jeśli tak to w jakim stopniu zrealizowany projekt przyczynił się do podniesienia skuteczności? 64
Rysunek 17. Czy zrealizowany projekt przyczynił się do zwiększenia efektywności zarządzania placówką? 64
Rysunek 18. Czy w wyniku realizacji projektu zmniejszyła się kosztochłonność procedur? 65
Rysunek 19. Czy w wyniku realizacji projektu wzrosła rentowność placówki? 65
Rysunek 20. Czy zrealizowany przez Państwa projekt przyczynił się do poprawy stanu infrastruktury technicznej Państwa placówki? 67
Rysunek 21. Analiza infrastruktury technicznej beneficjentów w infrastrukturę techniczną Państwa placówki? 68

Rysunek 22. Czy zrealizowany przez Państwa projekt przyczynił się do poprawy stanu jakości wyposażenia Państwa placówki? 69
Rysunek 23. Analiza jakości wyposażenia beneficjentów 71
Rysunek 24. Czy zrealizowany przez Państwa projekt ma wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym w regionie objętym zakresem działania jednostki? 82

Spis tabel

Tabela 1. Prezentacja celów szczegółowych badania i przyporządkowanych do nich pytań ewaluacyjnych 14
Tabela 2. Inwestycje i zakupy zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ (wybrane pozycje) 29
Tabela 3. Wartość wydatków na projekty, liczba wybudowanych/zmodernizowanych lądowisk, przebudowanych i doposażonych instytucji zdrowia oraz projektów, w ramach których zakupiono karetki w podziale na poszczególne województwa 33
Tabela 4. Wybrane rodzaje sprzętu zakupione w ramach projektów w podziale na województwa (w sztukach) 34
Tabela 5. Średni wiek sprzętu/aparatury medycznej u beneficjentów oraz wpływ zakupów w ramach projektów na pomniejszenie średniego wieku sprzętu/aparatury medycznej 35
Tabela 6. Wskaźniki rezultatu – stopień realizacji w poszczególnych latach oraz wartości docelowe 49
Tabela 7. Średnia liczba specjalistycznych badań medycznych wykonanych sprzętem zakupionym w ramach projektu w placówce służby zdrowia w ciągu roku w poszczególnych latach 52
Tabela 8. Wartości wskaźników kontekstowych dla lat 2007-2015 85
Tabela 9. Czynniki wpływające na wartość wskaźników kontekstowych 87