

Raport końcowy badania ewaluacyjnego

*„Wpływ interwencji finansowanych w ramach
Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów
szczegółowych ww. Priorytetu”*



"Badanie ewaluacyjne jest finansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Infrastruktura i Środowisko."

Katowice, 20.12.2010r.

Raport końcowy badania ewaluacyjnego

„ Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu”

został opracowany przez zespół badawczy w składzie:

Radosław Gumulka

Jarosław Piotrowski

Magdalena Hędrzak

Magdalena Sęk

Agnieszka Duśko – Kierownik Projektu,

Lucyna Raszka – Zastępca Kierownika Projektu

na zlecenie Ministerstwa Zdrowia , ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

1. Streszczenie raportu (w języku polskim oraz angielskim).

Opis przedmiotu badania

Przedmiotem badania była analiza efektów wydatkowania środków dostępnych w ramach Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko z uwzględnieniem podziału na: *Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego oraz Działanie 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.*

Głównym celem Priorytetu jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe to:

1. Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego,
2. Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Badaniem objęte zostały przeprowadzone w ramach Priorytetu XII PO IiŚ konkursy:

Konkurs nr 1/2008 w zakresie zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Konkurs nr 2/2008 w zakresie:

1. Przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (szpitalnych oddziałów ratunkowych istniejących lub planowanych do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w zakresie ratownictwa medycznego w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa;
2. Zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów;
3. Budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Konkurs nr 3/2008 w zakresie:

1. Przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa;
2. Zakupu aparatury obrazowej;

3. Zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów.

Badaniem objęte zostały również projekty indywidualne realizowane w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Główne założenia, cele i zakres ewaluacji

Cel główny badania i jego eksplikacja

Głównym celem badania ewaluacyjnego była analiza osiągniętych do chwili obecnej postępów w realizacji Priorytetu XII PO IiŚ w kontekście celów Priorytetu i stopnia wykonania założeń finansowych, a także oszacowanie skuteczności wykorzystania środków. Ocena dotyczyła całego Priorytetu, jednak została przeprowadzona z uwzględnieniem podziału na Działanie 12.1 i Działanie 12.2.

Zakres czasowy – badanie obejmowało dane za okres wrzesień 2008 roku do dnia zakończenia badania, tj. 09.11.2010r..

Zakres terytorialny – badanie obejmowało obszar terytorialny Polski.

Zakres przedmiotowy – badanie obejmowało analizę efektów wydatkowania środków dostępnych w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko z uwzględnieniem podziału na: Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Wnioski z przeprowadzonego badania:

Poziom kontraktacji środków można uznać za bardzo wysoki i zadowalający w odniesieniu do Działania 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. W przypadku Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego określono go jako dość wysoki, a obawy co do niewykorzystania dostępnych środków finansowych są niewielkie.

Poziom kontraktacji w niskim stopniu zagraża zachowaniu zasady $n+3/n+2$.

Ryzyko niewykorzystania dostępnych środków finansowych można określić jako niskie.

Postęp w wydatkowaniu środków można uznać za wysoki i zadowalający w odniesieniu do trybu indywidualnego w ramach Działania 12.2, natomiast jeśli chodzi o tryb konkursowy

poziom wydatkowania środków jest dość niski. Wynika to z faktu, iż umowy o dofinansowanie w konkursie 3/2008 zostały podpisane w okresie luty-wrzesień 2010 roku. Poziom wydatkowania środków w ramach Działania 12.1 nie jest zadowalający, szczególnie niepokój budzi nie wydatkowanie żadnych środków w ramach projektów indywidualnych. Diagnoza wykazała, że wpływ na to miał relatywnie późny okres podpisania umów o dofinansowanie w konkursie 2/2008 mający miejsce w okresie luty-wrzesień 2010. Zwrócono uwagę, iż w przypadku projektów indywidualnych termin składania wniosków o dofinansowanie jest zgodny z pre-umowami.

Zidentyfikowano zagrożenia, które mogą spowodować wolniejsze od zakładanego tempo wydatkowania środków. Są to przede wszystkim: zbyt długotrwały proces kontraktacji środków, problemy z terminowością realizacji zadań, niska jakość składanych wniosków o płatność. Wskazane problemy nie powinny jednak negatywnie wpłynąć na ostateczną wysokość wydatkowanych w ramach Priorytetu XII środków finansowych.

Poziom zainteresowania potencjalnych beneficjentów realizacją projektów w ramach Działania 12.1 i 12.2 może gwarantować efektywne wydatkowanie środków finansowych w ramach Działań.

Lepsza jakość złożonych wniosków aplikacyjnych może przyczynić się do zapewnienia wyższego poziomu wydatkowania środków finansowych w ramach Działań.

Aktualny stan certyfikowania środków w porównaniu do limitów ustalonych przez Radę Ministrów w ramach Priorytetu XII jest wysoki, znacznie przewyższający ustalone limity. Poziom certyfikacji nie zagraża realizacji rocznych limitów przyjętych przez Radę Ministrów.

Nie zidentyfikowano zagrożeń związanych z niedostatecznym przygotowaniem beneficjentów do realizacji projektów. Obecny stan zaawansowania postępu realizacji projektów oraz stopień przygotowania beneficjentów do ich realizacji może gwarantować osiągnięcie celów projektów.

Zidentyfikowano, że projekty często nie są realizowane zgodnie z przyjętymi harmonogramami. Najczęściej spowodowane to jest problemami związanymi z procedurą przetargową. Generalnie nie wpływa to negatywnie na realizację rocznych limitów certyfikacji.

Beneficjenci/potencjalni beneficjenci odnieśli się pozytywnie w kwestii czasu przewidzianego na realizację zakładanego zakresu rzeczowego projektu, wskazując jako główną słabość w swoich harmonogramach termin przewidywany na przeprowadzenie postępowania przetargowego.

Jako podstawy, na których szacowane i określone są harmonogramy realizacji projektów, respondenci najczęściej wskazywali praktykę wynikającą z normalnego działania placówki i w mniejszym stopniu dotychczasowe doświadczenia w realizacji projektów oraz terminy związane z prawem zamówień publicznych.

Większość badanych bez wsparcia EFRR nie miałoby możliwości realizacji planowanego projektu. Dla Działania 12.1 wskazano POIiŚ jako jedyne źródło dofinansowania ratownictwa medycznego z funduszy unijnych (zgodnie z Linią Demarkacyjną). Badani beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci Działania 12.2. jako alternatywne źródła finansowania wskazują przede wszystkim fundusze organu założycielskiego.

Harmonogram naboru wniosków został zaplanowany w sposób umożliwiający efektywne wydatkowanie środków. Nie identyfikuje się zagrożeń związanych z zachowaniem zasady n+2/ n+3 w odniesieniu do już przeprowadzonych konkursów.

Przy danej alokacji i bieżącym kursie euro dwa z analizowanych osiemnastu wskaźników w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia wydają się być zagrożone pod względem osiągnięcia zakładanej wartości docelowej (liczba projektów oraz liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego). Ponadto zaobserwowano, że już na obecnym poziomie realizacji wskaźników produktu osiągnięte zostają wskaźniki rezultatu, a nieosiągnięcie wartości docelowych dwóch wskaźników produktu nie wpłynie negatywnie na rezultaty.

Osiągnięcie wskaźników produktu bądź rezultatu na poziomie projektów, pozwoli w skali kraju osiągnąć docelowe wskaźniki Programu. Z kolei nieosiągnięcie wskaźnika liczba zakupionych ambulansów wynika przede wszystkim z braku wystarczających środków oraz obniżającego się kursem euro w stosunku do złotówki.

Wartości docelowe wskaźników na poziomie Działań zostały oszacowane przez Instytucję Pośredniczącą. Z perspektywy beneficjentów wartości docelowe wskaźników realizacji projektów są trafnie oszacowane oraz realne do osiągnięcia. Również źródła, które w tym celu wykorzystali są poprawne.

Wskaźniki monitorowane przez beneficjentów w ramach projektów w większości pokrywają się ze wskaźnikami na poziomie Działań. Różnica dotyczy trzech wskaźników (Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu, Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej, Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych). Dla wspomnianych trzech wskaźników monitorowanych na poziomie Działania, a nie wykazywanych przez beneficjentów, źródłem danych jest Ministerstwo Zdrowia.

Realokacja środków z Działania 12.2 do Działania 12.1 (15 mln euro) nie powinna mieć negatywnego wpływu na osiąganie wartości docelowych wskaźników dla Działania 12.2, a znacząco zwiększy prawdopodobieństwo osiągnięcia założonego poziomu wskaźników dla Działania 12.1 w zakresie liczby zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego.

Stwierdzono, że wybierane projekty przyczyniają się do realizacji celów Działań 12.1 i 12.2 oraz Priorytetu XII w stopniu znacznym. Pozwalają osiągnąć planowane wartości niemal wszystkich wskaźników, a przez to wpływają na zakładane cele związane z poprawą infrastruktury ochrony zdrowia, w wyniku czego następuje realne doposażenie SOR'ów, pogotowia ratunkowego oraz placówek szpitalnych w wysokiej jakości sprzęt, który w perspektywie dłuższego okresu przyczyni się do poprawy dostępu do wysokiej jakości usług medycznych i spadku śmiertelności.

System wyboru projektów umożliwia ocenę projektów pod kątem zgodności z osiąganiem celów Programu. Zarówno trzy etapowość systemu, sposób oceny na poszczególnych etapach przez dwie niezależne osoby oraz zakres kryteriów sformułowanych dla projektów otrzymujących dofinansowanie w poszczególnych trybach (konkursowy/indywidualny) jest optymalny dla zapewnienia wyboru najlepszych jakościowo projektów, co przekłada się na wydatkowanie środków w sposób racjonalny i efektywny.

Udzielane w ramach Działania 12.1 i 12.2. wsparcie odpowiada na określone w dokumentacji programowej potrzeby w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych oraz ratownictwa medycznego.

Sposób rozdysponowania wsparcia daje gwarancję optymalnego wykorzystania środków w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.

Dofinansowane przedsięwzięcia wpisują się w cele wskazywane w dokumentach strategicznych takich jak Strategia Rozwoju Kraju, Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia oraz dokumenty unijne. Potencjalni beneficjenci na etapie przygotowania wniosków zobowiązani byli do wykazania zbieżności celów projektów oraz wkład projektów w realizację dokumentów strategicznych.

Projekty w ramach Priorytetu XII przyczyniają się do realizacji założeń w zakresie zdrowia publicznego wynikające z dokumentów UE.

The subject of the audit

The subject of the audit was to analyse the effects of the funds spent under Priority 12 *Health security and improving the efficiency of healthcare system* under the Operational Programme Infrastructure and Environment (OP I&E), taking into account the division into: *Measure 12.1 Development of medical rescue services* and *Measure 12.2. Investments into healthcare infrastructure of supra-regional importance*

The key aim of the Priority is to support the maintenance of labour resources in good health and the objectives are:

1. To reduce the mortality rate and the consequences of complications caused by accidents and other sudden health and life-threatening situations;
2. Increase the quality of and the access to specialised and highly-specialised healthcare services.

The audit covered the following competitions carried out under Priority 12 of the OP I&E :

Competition No. 1/2008 for: purchase of specialised means of medical transport (ambulances) including the equipment needed by basic and specialised medical rescue teams,

Competition No. 2/2008 for:

1. Conversion, expansion and repair of facilities connected with healthcare infrastructure (hospital rescue wards, existing or planned under a voivodship system operation plan) in the area of medical rescue, in such a way as to adjust them to the effective legal requirements;
2. Purchase of medical products designed for diagnostics or therapy, excluding disposable products, including adaptation of a technical condition of the existing infrastructure to the use of purchased products;
3. Construction and repair of landing fields for helicopters to ensure access to hospital rescue ward.

Competition No. 3/2008 for:

1. Conversion, expansion and repair of facilities connected with healthcare of supra-regional importance, in such a way as to adjust them to the effective legal requirements;
2. Purchase of imaging equipment;

3. Purchase of medical products designed for diagnostics or therapy, excluding disposable products, including adaptation of a technical condition of the existing infrastructure to the use of purchased products.

The audit also covered the individual projects conducted under Priority 12 Health security and improving the efficiency of healthcare system, the Operational Programme Infrastructure and Environment

Main assumptions, aims and scope of evaluation

Key aim of the evaluation and its explication

The key aim of the evaluation audit was to analyse the progress made so far in the implementation of Priority 12, under the Operational Programme Infrastructure and Environment in the context of the Priority objectives and fulfillment of financial assumptions, as well as evaluation of effectiveness of the funds used. The evaluation concerned the entire Priority, but it was carried out taking into account the division into Measure 12.1 and Measure 12.2.

Time scope – the audit covered the data from September 2008 to the final date of the audit, i.e. 09.11.2010.

Territorial scope – the audit covered the territory of Poland.

Thematic scope – the audit covered the analysis of the effects of the funds spent under Priority 12 Health security and improving the efficiency of healthcare system, under the Operational Programme Infrastructure and Environment, taking into account the division into: Measure 12.1 Development of medical rescue services, under the Operational Programme Infrastructure and Environment, and Measure 12.2 Investments into healthcare infrastructure of supra-regional importance, under the Operational Programme Infrastructure and Environment.

Conclusions from the completed audit:

The value of the concluded contracts for funds may be regarded as very high and satisfactory with reference to Measure 12.2. *Investments into healthcare infrastructure of supra-regional importance*. With reference to Measure 12.1 *Development of medical rescue services* this value is described as quite high, and the concerns that the available financial means may not be fully used are small.

In terms of the compliance with the n+3/n+2 rule, the value of the concluded contracts poses a slight risk.

The risk that some available financial means may not be fully used can be considered as low.

The progress in spending of funds may be regarded as high and satisfactory with reference to the individual procedure under Measure 12.2, but when it comes to the competition procedure, the value of funds spent is quite low. This is due to the fact that contracts for funding in competition 3/2008 were concluded in the period from February to September, 2010. The value of funds spent under Measure 12.1 is not satisfactory, and a particular reason for concern is the fact that no funds were spent in the individual projects. The diagnosis showed that this was due to the relatively late period when the contracts for funding in competition 2/2008 were concluded, i.e. from February to September, 2010. Attention was drawn to the fact that, in case of the individual projects, the deadline for submission of applications for funds complies with the pre-contracts.

The risks which may slow down the spending of funds, compared to the planned time, were identified. These are, first of all: too long a process of concluding contracts for funding, problems with the timely performance of tasks and low quality of submitted applications for payment. The indicated problems, however, should not have an adverse impact on the final value of funds spent under Priority 12.

Due to the interest shown by the potential beneficiaries in the performance of the projects under Measures 12.1 and 12.2 it may be ensured that the funds are going to be spent effectively for these Measures.

A better quality of applications could contribute to a higher value of funds spent in the Measures.

The current status of certified funds, compared to the limits established by the Council of Ministers under Priority 12, is high and significantly exceeds these limits. The level of certification does not pose any risk that the annual limits accepted by the Council of Minister may not be met.

No risks were found when analysing the beneficiaries' readiness to perform the projects. With the current progress in the performance of the projects and the level of the beneficiaries' readiness to perform these projects it may be ensured that the objectives of the projects will be achieved.

It was found out, however, that the projects often fail to meet the agreed schedules. The most frequent reason for these delays are the problems with the tender procedure. But this generally does not affect the annual certification limits.

The beneficiaries/potential beneficiaries gave a positive opinion about the time planned for the performance of the thematic scope of the projects, indicating that the main weakness of their schedules was the deadline specified for the tender procedure.

According to the respondents, in most cases the basis for estimation and specification of the schedules for the performance of the projects is the practical experience gained from everyday operation of the facility and, to a lower extent, the experiences gained so far from the performance of projects and the deadlines related to the public procurement law.

Most of the surveyed ones would not have been able to perform their planned projects without the support from the ERDF (the European Regional Development Fund). For Measure 12.1, the Operational Programme Infrastructure and Environment (OP I&E) was indicated as the only source of financial support for medical rescue services from the EU funds (in compliance with the Demarcation Line). The beneficiaries and potential beneficiaries surveyed within Measure 12.2. indicate, first of all, the funds given by their founding authorities as the alternative sources of finance.

The application submission schedule was planned in such a way as to enable effective spending of funds. No risks for the n+2/ n+3 rule were identified with reference to the conducted competitions.

With the given allocation and the current euro exchange rate, two out of the eighteen projects which are being carried out within Priority 12 - Health security and improving the efficiency of healthcare system - seem to pose a risk that the target values may not be achieved (the number of projects and the number of ambulances purchased for medical rescue needs). Furthermore, it was observed that with the current level of product indicators, the result indicators will be achieved and a failure to reach the two target product indicators will not adversely affect the results.

If the product or result indicators are reached at the project level, it will be possible to reach the national target indicators for the Programme. A failure to reach the number of ambulances indicator is, first of all, due to the fact that the funds are insufficient and the EUR/PLN exchange rate is going down.

The target values of the indicators at the level of Measures were evaluated by the Intermediate Body. From the beneficiaries' perspective, the target values of the project performance indicators are estimated accurately and are feasible. Also, the sources used for this purpose are correct.

The indicators monitored by the beneficiaries under the projects mostly correspond to the indicators given in the Measures. There are some differences in case of three indicators (the

median on-scene time, the average age of stationary radiological equipment, the average monthly number of patients receiving treatment in highly specialised hospitals). The source of data for these three indicators, which were monitored at the Measure level and were not showed by the beneficiaries, is the Ministry of Health.

The reallocation of the funds from Measure 12.2 to Measure 12.1 (15 million euros) should not adversely affect the target indicators for Measure 12.2, and it will highly increase the likelihood that the planned indicators for Measure 12.1, in terms of the number of ambulances purchased for medical rescue needs, will be achieved.

It was found that the selected projects significantly contribute to the achievement of the objectives specified for Measures 12.1 and 12.2, as well as Priority 12. Almost all the planned figures were met. This has had impact on the objectives related to the improvement of the healthcare infrastructure and, as a result, the hospital rescue units (SOR), the emergency units and the hospitals received additional high quality equipment which, in the long run, should contribute to improved access to high quality medical services and reduce the mortality rate.

The project selection system makes it possible to evaluate the projects in terms of their compliance with the aims of the Programme. Due to the three stages of the system, the method used for evaluation at every stage by two independent people and the scope of the criteria formulated for the projects which receive funding in the specific procedures (competition/individual) it can be ensured that the best quality projects are selected and, as a result, the funds are spent in the most reasonable and effective way.

The support given in Measures 12.1 and 12.2. meets the needs specified in the programme documents and related to the healthcare infrastructure, aiming to ensure that highly specialised medical services and medical rescue services are provided.

Due to the right distribution of the funds it can be ensured that the funds granted under Priority 12 OP I&E are used in the best possible way.

The supported projects comply with the objectives specified in the strategic documents, such as the National Development Strategy, the National Strategic Reference Framework, the Health Protection Development Strategy and the EU documents. At the application preparation stage, the potential beneficiaries were obliged to prove that the objectives of their projects were compliant and that they would contribute to the achievement of the objectives specified in the strategic documents.

The projects performed under Priority 12 contribute to the achievement of the public health objectives outlined in the EU documents.

2. Spis treści.

1. Streszczenie raportu (w języku polskim oraz angielskim).....	3
2. Spis treści.....	13
3. Wprowadzenie.....	14
3.1. Opis przedmiotu badania.....	14
3.2. Główne założenia, cele i zakres ewaluacji.....	16
3.3. Kryteria ewaluacyjne.....	18
3.4. Okoliczności towarzyszące badaniu.....	19
4. Opis zastosowanej metodologii oraz źródła informacji wykorzystanych w badaniu.....	19
5. Opis wyników badania.....	23
6. Zestawienie wniosków i rekomendacji.....	168

3. Wprowadzenie

3.1. Opis przedmiotu badania

Przedmiotem badania była analiza efektów wydatkowania środków dostępnych w ramach Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko z uwzględnieniem podziału na: *Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego oraz Działanie 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.*

Głównym celem Priorytetu jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe to:

1. Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego,
2. Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Badaniem objęte zostały przeprowadzone w ramach Priorytetu XII PO IiŚ konkursy:

Konkurs nr 1/2008 w zakresie zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Konkurs nr 2/2008 w zakresie:

1. Przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (szpitalnych oddziałów ratunkowych istniejących lub planowanych do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w zakresie ratownictwa medycznego w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa;
2. Zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów;
3. Budowy i remontu lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Konkurs nr 3/2008 w zakresie:

1. Przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa;
2. Zakupu aparatury obrazowej;
3. Zakupu wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów.

Badaniem objęte zostały również 22 projekty indywidualne realizowane w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko:

Działanie 12.1.

„ Modernizacja i doposażenie Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie na potrzeby funkcjonowania centrum urazowego”

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

„ Zakup sprzętu medycznego na potrzeby organizacji Centrum Urazowego w Wojskowym Instytucie Medycznym”

„Utworzenie Centrum Urazów Wielonarządowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku”

„Wyposażenie i uruchomienie Centrum Urazowego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie”

"Stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenia do utworzenia Centrum Urazowego w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu"

"Remont i doposażenie Centrum Urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy"

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

„Modernizacja i doposażenie SPSK Nr 4 w Lublinie w celu utworzenia Centrum Urazowego"

„Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze”

„Doposażenie w specjalistyczną medyczną aparaturę Centrum Urazowego powstającego w obecnie budowanym Centrum Medycyny Inwazyjnej”

" Adaptacja pomieszczeń i zakup wyposażenia OAIT oraz budowa lądowiska z drogami dojazdowymi dla potrzeb Centrum Urazowego przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu "

„Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 1”

„Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 2”

„Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego”

„Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi”

Działanie 12.2

„Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój”

"Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudowa Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej"

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

"Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie"

„Rozbudowa Szpitala Klinicznego nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiej Akademii Medycznej”

„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”

3.2. Główne założenia, cele i zakres ewaluacji

Cel główny badania i jego eksplikacja

Głównym celem badania ewaluacyjnego była analiza osiągniętych do chwili obecnej postępów w realizacji Priorytetu XII PO IiŚ w kontekście celów Priorytetu i stopnia wykonania założeń finansowych, a także oszacowanie skuteczności wykorzystania środków.

Ocena dotyczyła całego Priorytetu, jednak została przeprowadzona z uwzględnieniem podziału na Działanie 12.1 i Działanie 12.2.

Cele szczegółowe i ich eksplikacja

Cel badania został osiągnięty poprzez realizację następujących celów szczegółowych:

1. Ocena postępu w kontraktowaniu i wydatkowaniu środków finansowych w odniesieniu do alokacji przeznaczonej na realizację Działania (uwzględniona została wartość wnioskowanego dofinansowania, wartość podpisanych umów o dofinansowanie oraz wielkość wydatkowanych środków), z uwzględnieniem rocznych limitów certyfikacji przyjętych przez Radę Ministrów oraz zasady $n+3/n+2$.
2. Ocena postępów:
 - w przygotowaniu i realizacji projektów indywidualnych,
 - w realizacji projektów konkursowych w ramach Działania.
3. Prognoza osiągnięcia wartości docelowych wskaźników (uwzględniony został zarówno poziom alokacji przeznaczonej na Działanie, jak również harmonogramy naboru wniosków i harmonogramy realizacji projektów).
4. Ocena wpływu realizowanych projektów na osiągnięcie:
 - celów Działania,
 - celów Priorytetu XII PO IiŚ.
5. Ocena efektywności i skuteczności wsparcia w ramach priorytetu XII do rzeczywistych potrzeb:
 - w systemie ratownictwa medycznego,
 - w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.
6. Ocena wpływu interwencji w ramach Priorytetu XII na osiągnięcie:
 - celów całego PO IiŚ,
 - celów Strategii Rozwoju Kraju (SRK),
 - celów Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia (NSRO).
7. Ocena wpływu interwencji w ramach Priorytetu XII na osiągnięcie:
 - założeń Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013 (SROZ),
 - założeń w zakresie zdrowia publicznego wynikających z dokumentów UE.

Rozwinięciem w zakresie eksplikacji celów szczegółowych niniejszego badania ewaluacyjnego były pytania badawcze przyporządkowane do poszczególnych celów.

Zakres czasowy – badanie obejmowało dane za okres wrzesień 2008 roku do dnia zakończenia badania, tj. 09.11.2010r..

Zakres terytorialny – badanie obejmowało obszar terytorialny Polski.

Zakres przedmiotowy – badanie obejmowało analizę efektów wydatkowania środków dostępnych w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko z uwzględnieniem podziału na: Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego i Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

3.3. Kryteria ewaluacyjne

Analizy w ramach badania ewaluacyjnego przeprowadzone zostały przy uwzględnieniu następujących kryteriów ewaluacyjnych:

- adekwatność/trafność – w ramach niniejszego badania kryterium to pozwoliło na ocenę stopnia, w jakim projekty przyczyniają się do osiągania celów określonych dla Priorytetu XII PO IiŚ i celów PO IiŚ. Dodatkowo dokonana została ocena, czy podejmowane interwencje przyczyniają się do rozwiązania problemów wskazanych w dokumentach strategicznych (SRK, NSRO, SROZ),
- skuteczność – w ramach niniejszego badania kryterium to stanowiło podstawę do oceny stopnia osiągania celów poszczególnych Działań oraz celów Priorytetu XII PO IiŚ, ze szczególnym uwzględnieniem: skuteczności wykorzystania środków finansowych oraz skuteczności w osiąganiu wartości wskaźników,
- efektywność – w ramach niniejszego badania kryterium to pozwoliło na ocenę, czy w ramach Priorytetu XII PO IiŚ osiągane są najlepsze efekty/rezultaty w stosunku do zaangażowanych środków/nakładów,
- celowość – w ramach niniejszego badania kryterium to pozwoliło na ocenę czy w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyjęto zasadne rozwiązania systemowe w zakresie wyboru i promocji projektów, które gwarantują osiągnięcie celów określonych na różnych poziomach (Działania, Priorytetu, Programu, dokumentów strategicznych itp.).

3.4. Okoliczności towarzyszące badaniu

W ramach realizacji części badania napotkano na problem związany z włączeniem wszystkich zaplanowanych respondentów do badania. Zgodnie z założeniami do realizacji badania, w ramach zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) przewidziano również udział przedstawicieli potencjalnych beneficjentów. W trakcie próby zapraszania na FGI przedstawicieli potencjalnych beneficjentów pojawiły się trudności z uzyskaniem ich zgody na udział. Pomimo kontaktu telefonicznego oraz mailowego nie udało się uzyskać potwierdzenia przybycia potencjalnych beneficjentów. Ostatecznie wywiady FGI odbyły się bez udziału przedstawicieli tych podmiotów.

Z uwagi na niezgodność z założeniami przeprowadzonego FGI, badanie powtórzono z udziałem potencjalnych beneficjentów w późniejszym terminie.

Kolejną kwestią była trudność w realizacji wszystkich zaplanowanych wywiadów kwestionariuszowych CATI z beneficjentami wsparcia udzielanego w ramach Priorytetu XII. Problemy z realizacją wywiadu wynikały z bardzo niskiej dyspozycyjności czasowej osób odpowiedzialnych za realizację projektów w ramach PO IiŚ, które albo nie znajdowały czasu na udzielenie wywiadu i przez to ustalały ciągle nowe terminy, albo odmawiały udziału w badaniu. Z częścią osób w ogóle nie udało się skontaktować z uwagi na nieodbieranie telefonu lub nieobecność w terminie realizacji badania przewidzianego harmonogramem.

Badanie CATI zostało uzupełnione przeprowadzeniem wywiadów kwestionariuszowych w późniejszym terminie, udało się uzyskać próbę 212 przedstawicieli beneficjentów.

4. Opis zastosowanej metodologii oraz źródła informacji wykorzystanych w badaniu.

Opis elementów zapewniających rzetelność uzyskanych informacji

Jedną z bardzo istotnych kwestii wpływających na rzetelność uzyskiwanych informacji, zbierania jak najpełniejszego materiału badawczego oraz formułowania poprawnych logicznie i metodologicznie wniosków jest zapewnienie anonimowości respondentów biorących udział w badaniu ewaluacyjnym.

W celu zachowania anonimowości osób biorących udział w badaniu (zgodnie z zasadami realizacji badań oraz ustawą o ochronie danych osobowych) Grupa Gumulka przy realizacji

badania przestrzega zasad kodeksów branżowych m.in. Międzynarodowego Kodeksu Postępowania w Badaniach Rynkowych i Społecznych.

Przestrzegając standardów badawczych, chronimy nie tylko dane Zleceniodawcy, ale również respondentów, którzy biorą udział w projektach badawczych realizowanych przez naszą firmę.

Należy zwrócić również uwagę na fakt, że wszelkie opracowania, bazy danych i wykorzystywane narzędzia pomocnicze będą chronione zarówno w czasie trwania projektu, jak i po jego zakończeniu, aż do momentu ich komisijnego zniszczenia.

Wszyscy respondenci, z którymi prowadzone zostały badania, zostali poinformowani o ich anonimowym charakterze oraz o fakcie, iż uzyskane wyniki będą służyły jedynie do analiz o charakterze statystycznym.

W celu zagwarantowania uzyskania wiarygodnych i użytecznych wyników badań

Wykonawca podjął dodatkowe działania:

- weryfikację przygotowanych narzędzi badawczych (scenariuszy i kwestionariuszy wywiadów) – rzetelność narzędzi badawczych,
- przestrzeganie obowiązujących powszechnie standardów usług ewaluacyjnych,
- wykonanie wszystkich zadań przez doświadczony Zespół Badawczy,
- stała kontrola przebiegu realizacji badania.

W ramach niniejszego badania ewaluacyjnego zastosowane zostały następujące metody i techniki badawcze:

- desk research (analiza dokumentów),
- metoda „burzy mózgów”,
- zogniskowane wywiady grupowe (FGI),
- wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne CATI,
- indywidualne wywiady pogłębione (IDI),
- wywiady swobodne,
- panel ekspertów.

Zespół Badawczy zastosował:

- triangulację źródeł danych – analizą zostały objęte zarówno dane zastane jak i dane wywołane,
- triangulację metod badawczych – zostały zastosowane różne metody badawcze co pozwoliło lepiej poznać i zrozumieć badane zjawiska,

- triangulację perspektyw badawczych – ewaluacja została przeprowadzona przez Zespół doświadczonych badaczy, co pozwoliło uzyskać szerszy obraz przedmiotu badania.

Metody i narzędzia badawcze zostały wykorzystane do uzyskania szczegółowych informacji na temat sformułowanego celu badania, jak również uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Dla każdego pytania badawczego przyporządkowane zostały metody badawcze, za pomocą których Zespół Ewaluacyjny gromadził niezbędny materiał.

Wykorzystanie w badaniu danych pochodzących z różnych źródeł, zbieranych różnymi metodami i przez różnych badaczy daje gwarancję otrzymania wiarygodnych danych, na podstawie, których zostały sformułowane uprawnione wnioski – poprawne pod względem logicznym i metodologicznym.

Poniżej dokonano prezentacji wykorzystanych metod i technik badawczych.

Tabela 1 Zestawienie metod badawczych

METODY SŁUŻĄCE POZYSKANIU DANYCH
<p>Analiza dokumentów obejmująca strategiczne dokumenty unijne, krajowe dotyczące ochrony zdrowia, dokumenty programowe PO IiŚ, dokumenty systemu sprawozdawczości PO IiŚ, obowiązujące wytyczne w zakresie wdrażania Programu, dokumentacje projektowe dla projektów realizowanych w trybie indywidualnym i konkursowym (badanie pełne), raporty z innych badań ewaluacyjnych realizowanych w analizowanym obszarze oraz inne dokumenty istotne z punktu widzenia niniejszego badania.</p> <p>Zogniskowane wywiady grupowe – Wykonawca zrealizował 2 wywiady FGI w grupie beneficjentów realizujących aktualnie projekty w ramach Priorytetu XII PO IiŚ oraz potencjalnych beneficjentów, którzy nie realizują projektów (jeden wywiad z beneficjentami oraz potencjalnymi beneficjentami projektów w ramach Działania 12.1 PO IiŚ, jeden wywiad z beneficjentami oraz potencjalnymi beneficjentami projektów w ramach Działania 12.2 PO IiŚ). W każdym z wywiadów wzięło udział ok. 8 osób (w tym 2-3 przedstawicieli Wykonawcy).</p> <p>Telefoniczne wywiady kwestionariuszowe wspomagane komputerowo (CATI) z beneficjentami realizującymi projekty w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. Wykonawca zrealizował łącznie 212 wywiadów CATI, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none">- 119 wywiadów z beneficjentami konkursu 1/2008 (Dz. 12.1),- 40 wywiadów z beneficjentami konkursu 2/2008 (Dz. 12.1),- 35 wywiadów z beneficjentami konkursu 3/2008 (Dz. 12.2),- 18 wywiadów z beneficjentami projektów realizowanych w trybie indywidualnym. <p>Indywidualne wywiady pogłębione (ew. diady) z przedstawicielami Instytucji zaangażowanych w zarządzanie i wdrażanie projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ. Wykonawca przeprowadził łącznie w ramach badania 6 indywidualnych wywiadów pogłębionych z następującymi respondentami:</p> <ul style="list-style-type: none">- przedstawicielami Instytucji Pośredniczącej dla Priorytetu XII PO IiŚ (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia – 2 wywiady);- przedstawicielami Instytucji Pośredniczącej drugiego stopnia dla Priorytetu XII PO IiŚ (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia –2 wywiady);- przedstawicielami Departamentu Koordynacji Programów Infrastrukturalnych w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego (1 wywiad);- przedstawicielami Departamentu Wsparcia Programów Infrastrukturalnych w Ministerstwie Rozwoju Regionalnego (1 wywiad). <p>Wywiady swobodne – Wykonawca zrealizował 4 wywiady swobodne z ekspertami posiadającymi wiedzę i zajmującymi się zawodowo tematyką rozwoju systemu ratownictwa medycznego w Polsce oraz infrastruktury związanej z ochroną zdrowia.(Dyrektor Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach, Zastępca dyrektora ds. leczenia WPR w Katowicach, Specjaliści ds. wdrażania funduszy unijnych posiadający wiedzę i zajmującymi się zawodowo tematyką rozwoju systemu ratownictwa medycznego w Polsce oraz infrastruktury związanej z ochroną zdrowia)</p> <p>Panel ekspertów – Wykonawca zorganizował i poprowadził w końcowej części badania 1 panel ekspercki, w którym wzięli udział członkowie zespołu badawczego Wykonawcy badania, niezależni eksperci w dziedzinie ochrony zdrowia powiązanej z tematyką wdrażania funduszy unijnych (łącznie 5 osób)(Dr nauk medycznych, były Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego ŚUM, Członek Izby Lekarskiej, Inspektor ds. kontroli oraz Kierownik</p>

Działu Szkolenia Kadr Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu)
„Burza mózgów” – Przeprowadzono burzę mózgów jako metodę porządkującą wiedzę i doświadczenia Zespołu Badawczego oraz służącą gromadzeniu pomysłów na doprecyzowanie koncepcji i metodologii badania oraz przygotowaniu rzetelnych i adekwatnych narzędzi badawczych. W burzy mózgów wzięli udział wszyscy członkowie Zespołu Badawczego.

Zródło: opracowanie własne

5. Opis wyników badania

I. Ocena postępu w kontraktowaniu i wydatkowaniu środków finansowych w odniesieniu do alokacji przeznaczonych na realizację Działania (uwzględniona zostanie wartość wnioskowanego dofinansowania, wartość podpisanych umów o dofinansowanie oraz wielkość wydatkowanych środków), z uwzględnieniem rocznych limitów certyfikacji przyjętych przez Radę Ministrów oraz zasady $n+3/n+2$.

1. Jak należy ocenić stopień zaawansowania (postęp) w kontraktowaniu środków finansowych w ramach Działania? Czy w kontekście zebranych informacji istnieje ryzyko nie zakontraktowania dostępnych środków finansowych?

W ramach przedmiotowego badania dokonano analizy dokumentów pod kątem stopnia zaawansowania kontraktacji i wydatkowania środków finansowych w odniesieniu do alokacji przeznaczonych na realizację Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Zbadano również aktualny stan certyfikowania środków.

Punkt wyjścia w analizie stanowiło określenie alokacji finansowej w ramach XII Osi Priorytetowej POIiŚ.

Tabela 2 Alokacja finansowa w ramach XII Osi Priorytetowej POIiŚ (w euro)

Alokacja finansowa w ramach XII Osi Priorytetowej POIiŚ			
XII Oś Priorytetowa Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia	XII Oś Priorytetowa "Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia"	Działanie 12.1 "Rozwój systemu ratownictwa medycznego"	Działanie 12.2 "Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym"
Alokacja finansowa na działanie ogółem	411,75 mln euro	252,94 mln euro	158,81 mln euro
Wkład ze środków EFRR na działanie	349,99 mln euro	215,00 mln euro	134,99 mln euro
Wkład ze środków publicznych krajowych na działanie	59,48 mln euro	35,66 mln euro	23,82 mln euro
Przewidywana wielkość środków prywatnych na działanie	2,28 mln euro	2,28 mln euro	0
Maksymalny udział środków UE w wydatkach kwalifikowanych na poziomie projektu (%)	85%	85%	85%
Minimalny wkład własny beneficjenta (%)	15%	15%	15%

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji programowej

Na tej podstawie wyznaczono wielkość alokacji w PLN wg kursu walutowego EUR opublikowanego przez Europejski Bank Centralny w dniu 18 października 2010r., którego wartość wynosiła 1 EUR = 3,9226 PLN.

Tabela 3 Alokacja finansowa w ramach XII Osi Priorytetowej POIiŚ (w zł). Stan na 18 października 2010r.

XII Oś Priorytetowa Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia	XII Oś Priorytetowa "Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia"	Działanie 12.1 "Rozwój systemu ratownictwa medycznego"	Działanie 12.2 "Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym"
Wkład ze środków EFRR na działanie	1 372,87 mln zł	843,36 mln zł	529,51 mln zł

Źródło: opracowanie własne, przyjęty kurs 1 EUR = 3,9226 PLN

Na podstawie danych z Krajowego Systemu Informatycznego z dnia 18 października 2010r. wyznaczono aktualny poziom kontraktacji środków w ramach Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego oraz Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w podziale na konkursy i projekty indywidualne.

Tabela 4 Stan kontraktacji środków w ramach Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego na dzień 18 października 2010r.

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Liczba podpisanych umów	Wartość podpisanych umów (dofinans. UE) w PLN
Konkurs nr 1/2008	138	102 809 005,36
Konkurs nr 2/2008	79	372 040 739,59
Projekty indywidualne Działania 12.1	3	108 975 566,65
<i>Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi</i>		9 556 550,00
<i>Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy</i>		9 506 016,65
<i>Budowa i wyposażenie Wojewódzkich Centrów Powiadomiania Ratunkowego</i>		89 913 000,00
Razem Działanie 12.1	220	583 825 311,60

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Tabela 5 Stan kontraktacji środków w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Liczba podpisanych umów	Wartość podpisanych umów (dofinans. UE) w PLN
Konkurs nr 3/2008	45	280 772 773,36
Projekty indywidualne Działania 12.2	5	215 007 225,34
<i>Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój</i>		48 185 910,26
<i>Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie</i>		31 441 551,00
<i>Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej</i>		33 126 200,00
<i>Rozbudowa Szpitala Klinicznego Nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych P.AM</i>		43 603 564,08
<i>Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie</i>		58 650 000,00
Razem Działanie 12.2	50	495 779 998,70

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

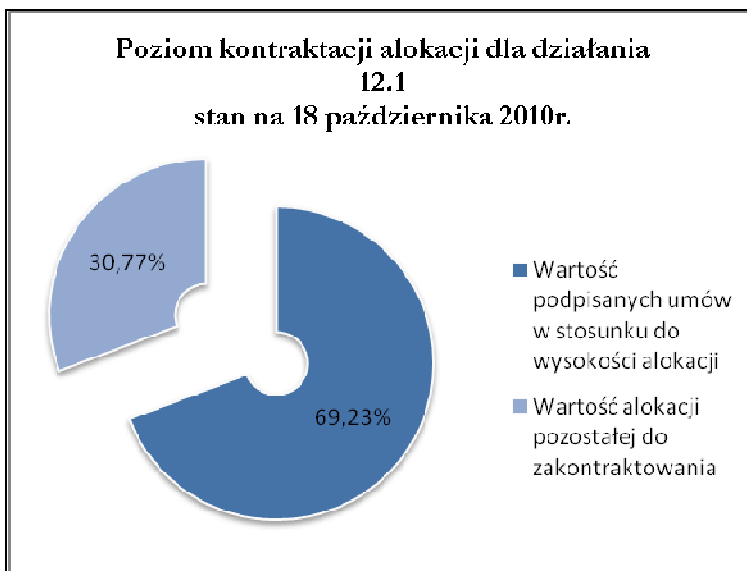
Tabela 6 Stan kontraktacji środków w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia.

	Liczba podpisanych umów	Wartość podpisanych umów (dofinans. UE) w PLN
Działanie 12.1	220	583 825 311,60
Działanie 12.2	50	495 779 998,70
Razem Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia	270	1 079 605 310,30

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Określono aktualny stosunek wartości zakontraktowanych środków do alokacji przeznaczonej na realizację Działania 12.1 oraz 12.2 wg kursu euro z dnia 18 października 2010r.

Wykres 1 Poziom kontraktacji alokacji dla działania 12.1 wg stanu na dzień 18 października 2010r.



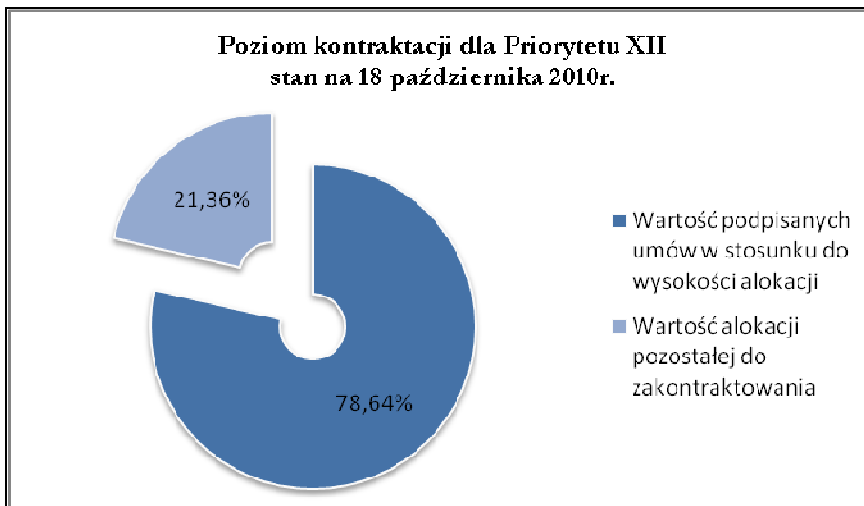
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Wykres 2 Poziom kontraktacji alokacji dla działania 12.2 wg stanu na dzień 18 października 2010r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Wykres 3 Poziom kontraktacji alokacji dla Priorytetu XII POIiŚ wg stanu na dzień 18 października 2010r



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Dokonano analizy wartości podpisanych umów pod kątem alokacji dla ogłoszonych konkursów (w PLN) oraz szacunkowej kwoty dofinansowania przedsięwzięć posiadających status podstawowych na liście projektów indywidualnych. Dane zostały zaczerpnięte z

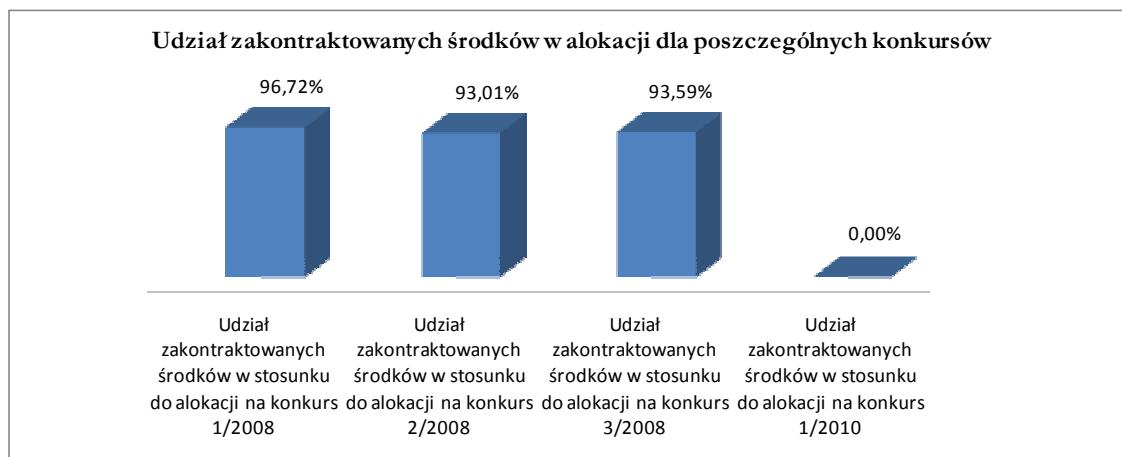
dokumentacji konkursowej oraz komunikatów o zwiększeniu alokacji w przypadku konkursu 1/2008 i 2/2008, opublikowanych przez Instytucję Wdrażającą. Jeśli chodzi o projekty indywidualne wykorzystano informacje zawarte w Liście Projektów Indywidualnych dla Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013, aktualizacja z sierpnia 2010r.

Tabela 7 Stan kontraktacji środków w trybie konkursowym i indywidualnym w odniesieniu do potencjalnej kwoty dofinansowania.

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Wartość podpisanych umów (dofinans. UE) w PLN	Potencjalna wartość umów w PLN wg alokacji na konkurs/listy projektów indywidualnych
Konkurs nr 1/2008	102 809 005,36	106 296 683,77
Konkurs nr 2/2008	372 040 739,59	400 000 000,00
Konkurs nr 1/2010	0,00	40 000 000,00
Projekty indywidualne Działania 12.1	108 975 566,65	272 100 000,00
Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Wartość podpisanych umów (dofinans. UE) w PLN	Alokacja w PLN
Konkurs nr 3/2008	280 772 773,36	300 000 000,00
Projekty indywidualne Działania 12.2	215 007 225,34	240 510 000,00

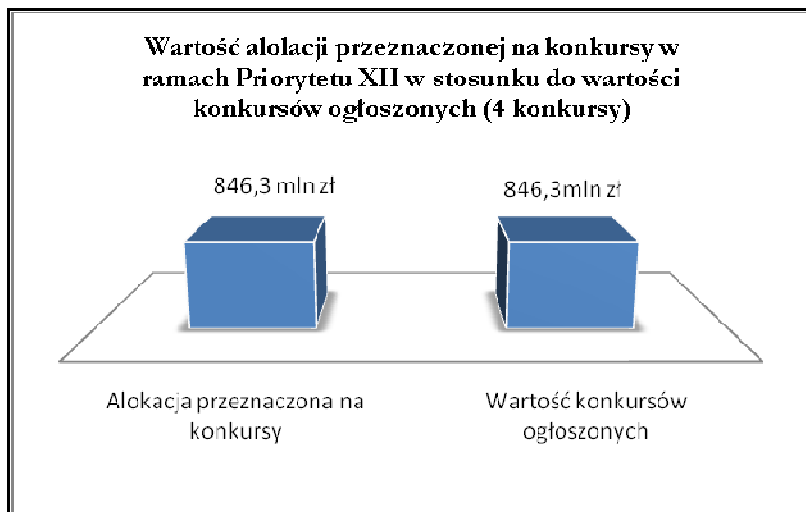
Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez Instytucję Pośredniczącą

Wykres 4 Udział zakontraktowanych środków w alokacji dla poszczególnych konkursów ogłoszonych w ramach Priorytetu XII



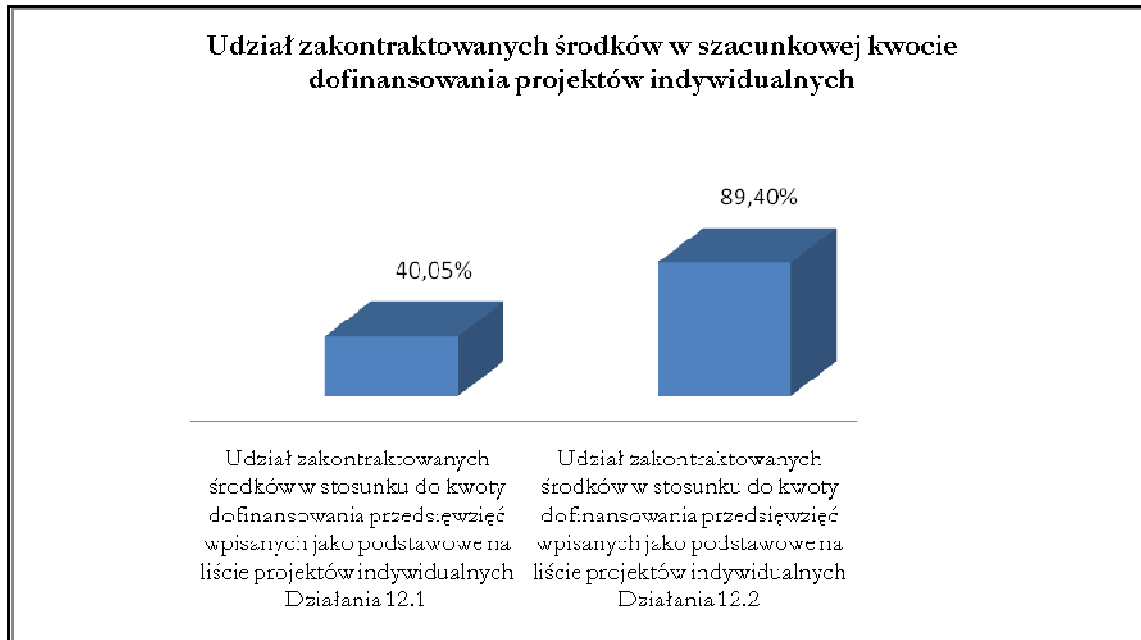
Źródło: opracowanie własne

Wykres 5 Wartość alokacji przeznaczanej na konkursy w stosunku do wartości konkursów ogłoszonych



Źródło: opracowanie własne

Wykres 6 Udział zakontraktowanych środków w szacunkowej kwocie dofinansowania projektów indywidualnych



Źródło: opracowanie własne

Z powyższych zestawień jednoznacznie wynika, że w przypadku Działania 12.2 niemal cała alokacja dla jednego ogłoszonego w ramach tego działania konkursu, jak i pula

przeznaczona na dofinansowanie projektów indywidualnych, została zakontraktowana. Stąd ryzyko niezagospodarowania dostępnych środków w odniesieniu do Działania 12.2 zespół badawczy określił jako bardzo niskie.

Jeśli chodzi o Działanie 12.1, blisko 1/3 przewidzianej alokacji nie została do tej pory zakontraktowana (stan na 18 października 2010r.).

W lipcu 2010r. zakończono ocenę merytoryczną I stopnia wniosków o dofinansowanie złożonych w ramach konkursu nr 1/2010. Z 58 wniosków, pozytywną ocenę merytoryczną uzyskało 34 wnioski, z czego 14 to projekty podstawowe, a 20 rezerwowe. W związku z procedurą odwoławczą zarezerwowano ponad 10 mln zł. W wyniku podpisania umów z beneficjentami w ramach konkursu 1/2010 poziom kontraktacji środków dla Działania 12.1, z uwagi na wielkość alokacji na konkurs – 40 mln zł, wzrośnie o około 5 punktów procentowych.

Jeśli chodzi o konkurs 1/2008, zwiększenie alokacji umożliwiło dofinansowanie wszystkich projektów rezerwowych znajdujących się na Liście Rankingowej Projektów oraz na Liście Projektów, które w ramach Konkursu nr 1/2008 pozytywnie przeszły procedurę odwoławczą. Z uwagi na fakt, że podpisywanie umów w ramach przedmiotowego konkursu zostało zakończone w pierwszym półroczu 2010r. (deklaracja IP w Sprawozdaniu okresowym), celowym działaniem jest zagospodarowanie wolnych środków, tj. 3 487 678,41 zł poprzez zasilenie puli pieniężnej przeznaczonej na konkurs 2/2008 lub 1/2010. Zabieg ten umożliwi zwiększenie poziomu kontraktacji dla Działania o około 1 punkt procentowy.

W związku z oszczędnościami spowodowanymi m.in. zmniejszeniem wartości projektów realizowanych w ramach konkursu 2/2008, planowane jest podpisanie umów o dofinansowanie 12 przedsięwzięć znajdujących się na liście rezerwowej w ramach konkursu 2/2008 (źródło: Sprawozdanie okresowe z realizacji POIiŚ, okres sprawozdawczy: 01.01.2009 r. – 30.06.2009 r.). Biorąc pod uwagę średnią wartość projektu dofinansowanego w ramach konkursu 2/2008, tj. 4 722 436,38 zł planowane jest podpisanie umów o wartości dofinansowania około 56,6 mln zł. Powinno to przelożyć się na wzrost poziomu kontraktacji dla Działania o około 7 punktów procentowych.

W związku z powyższym wydatne zwiększenie poziomu kontraktacji w odniesieniu do wsparcia udzielanego w ramach Działania 12.1 w trybie konkursowym powinno nastąpić w ciągu 6 najbliższych miesięcy.

Co do zaawansowania procesu podpisywania umów o dofinansowanie projektów indywidualnych, realizowanych w ramach Działania 12.1, należy ocenić jako niezadowalający poziom 40% w stosunku do przewidzianej wielkości wsparcia. Jest to zdecydowanie najniższy wskaźnik dla całego Priorytetu. Ze wszystkimi 16 beneficjentami zostały podpisane pre-umowy. Wg stanu na dzień 18 października 2010r. podpisano jedynie 3 umowy o dofinansowanie. Stan ten jest niepokojący zwłaszcza z uwagi na złożoność, wielkość oraz czas trwania projektów indywidualnych (część do roku 2013). Ponadto w projektach indywidualnych zaobserwowano brak znaczących opóźnień (wynoszących powyżej 3 miesięcy) w przygotowaniu dokumentacji projektowej w stosunku do założeń wynikających z pre-umowy oraz zgodność przebiegu kontraktacji z harmonogramami pre-umów i regulaminem oceny wniosków o dofinansowanie.

W dalszej części badania analizie poddano aktualny (tj. na dzień 18 października 2010r.) stan wydatkowania i certyfikacji środków w ramach Działania 12.1 i 12.2, z podziałem na tryb konkursowy i indywidualny.

Tabela 8 Stan wydatkowania (refundacja i zaliczki) i certyfikacji (refundacja) środków w ramach Działania 12.1 w PLN

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Wydatkowanie środków (EFRR)	Certyfikacja (EFRR)
Konkurs nr 1/2008	88 927 105,01	63 125 834,78
Konkurs nr 2/2008	87 459 743,12	11 504 115,05
Projekty indywidualne Działania 12.1	0,00	0,00
<i>Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi</i>	0,00	0,00
<i>Remont i doposażenie centrum urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy</i>	0,00	0,00
<i>Budowa i wyposażenie Wojewódzkich Centrów Powiadomienia Ratunkowego</i>	0,00	0,00
Razem Działanie 12.1	176 386 848,13	74 629 949,83

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Instytucję Pośredniczącą na dzień 18.10.2010.

Tabela 9 Stan wydatkowania (refundacja i zaliczki) i certyfikacji (refundacja) środków w ramach Działania 12.2 w PLN

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Wydatkowanie środków (EFRR)	Certyfikacja (EFRR)
Konkurs nr 3/2008	70 819 109,55	2 319 922,97
Projekty indywidualne Działania 12.2	132 460 168,44	86 556 118,14
<i>Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój</i>	29 364 811,65	21 753 006,85
<i>Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie</i>	16 835 882,79	12 884 417,78
<i>Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej</i>	24 236 815,96	21 573 951,79
<i>Rozbudowa Szpitala Klinicznego Nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych PAM</i>	14 243 121,99	7 831 116,45
<i>Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie</i>	47 779 536,05	22 513 625,27
Razem Działanie 12.2	203 279 277,99	88 876 041,11

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Instytucję Pośredniczącą na dzień 18.10.2010r.

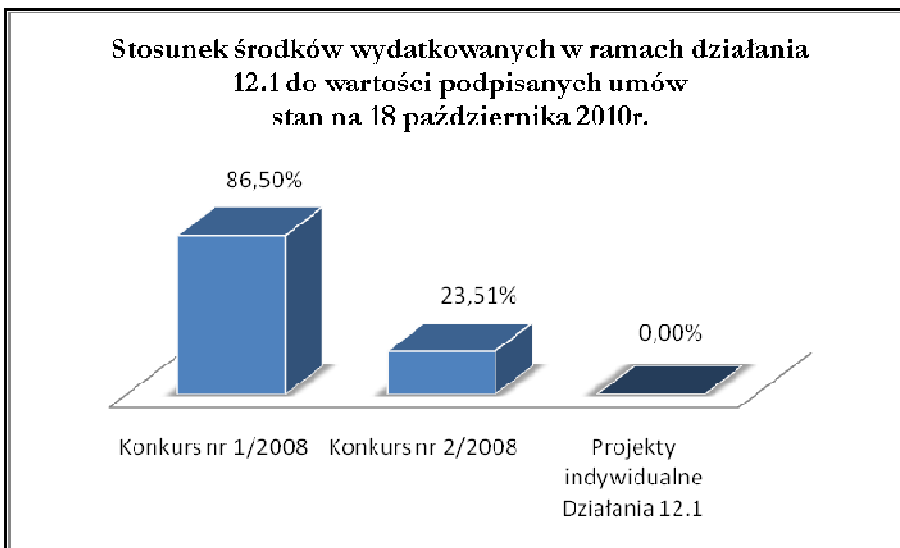
Tabela 10 Stan wydatkowania (refundacja i zaliczki) i certyfikacji (refundacja) środków w ramach Priorytetu XII w PLN

	Wydatkowanie środków (EFRR)	Certyfikacja (EFRR)
Działanie 12.1	176 386 848,13	74 629 949,83
Działanie 12.2	203 279 277,99	88 876 041,11
Razem Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia	379 666 126,12	163 505 990,94

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji przekazanych przez Instytucję Pośredniczącą na dzień 18.10.2010r.

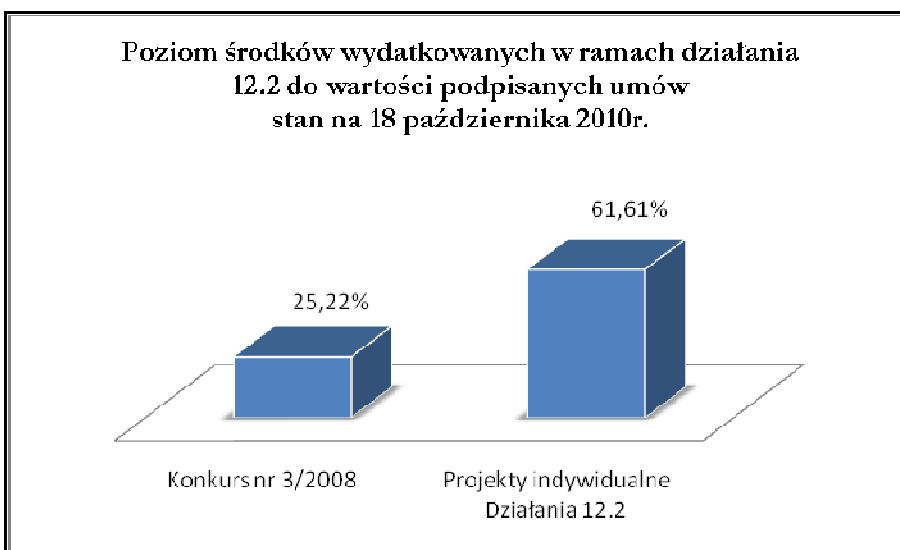
Poniżej zobrazowano aktualny stan wydatkowania środków w ujęciu procentowym, w podziale na konkursy i tryb indywidualny w ramach Działania 12.1 i 12.2.

Wykres 7 Stosunek środków wydatkowanych do wartości podpisanych umów dla Działania 12.1 wg stanu na 18 października 2010r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Wykres 8 Stosunek środków wydatkowanych do wartości podpisanych umów dla Działania 12.2 wg stanu na 18 października 2010r.

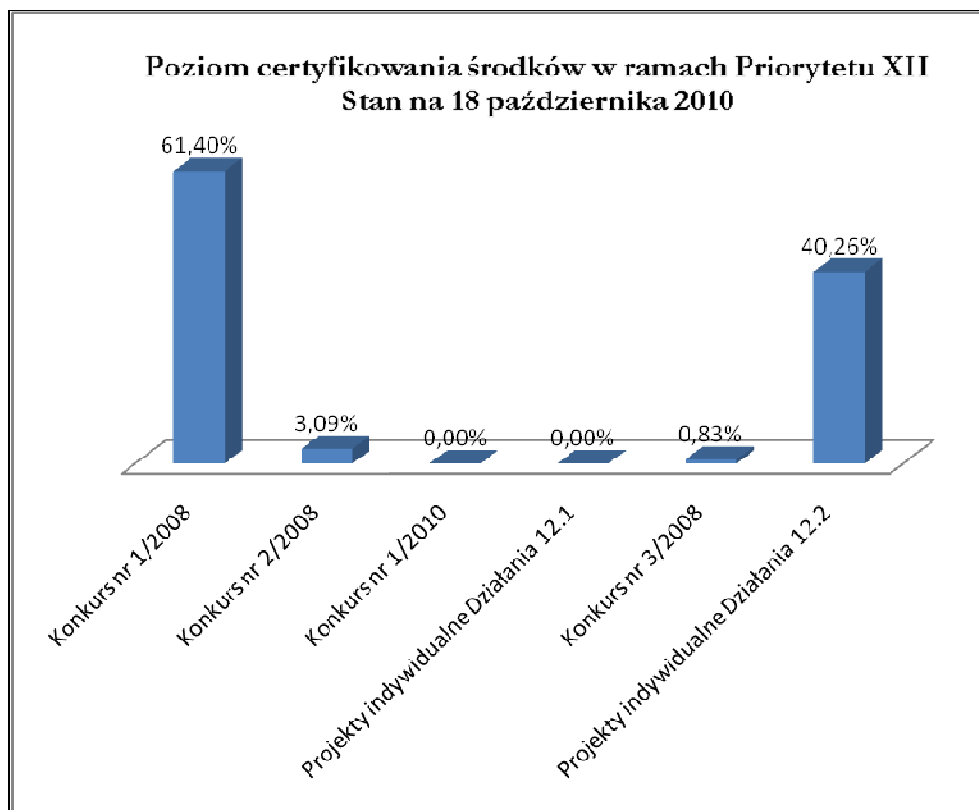


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Najbardziej zaawansowany pod względem wydatkowania środków jest pierwszy z ogłoszonych konkursów 1/2008, gdzie większość projektów zostanie jeszcze w tym roku zakończonych. Konkurs 2/2008 oraz 3/2008 znajdują się na podobnym etapie – do dnia 18 października 2010r. wydatkowano około ¼ wartości zakontraktowanych środków. Mimo, iż działanie 12.2 jest ogólnie dużo bardziej zaawansowane pod względem postępów w kontraktacji i wydatkowaniu, projekty realizowane w wyniku rozstrzygnięcia konkursu 3/2008 są przedsięwzięciami o znacznej wartości i w przeważającej części o dość długim okresie realizacji, co powoduje rozłożenie płatności w dłuższej perspektywie czasu. Ponadto zdiagnozowano szereg trudności w sprawnym wydatkowaniu środków, co przedstawiono w szerszym ujęciu w dalszej części opracowania.

Jeśli chodzi o poziom certyfikacji, w 2009 roku limit certyfikacji ustalony przez Radę Ministrów dla Priorytetu XII wynosił 19 mln zł wydatków kwalifikowalnych, a w 2010 roku 103,127mln zł wydatków kwalifikowalnych. Z kolei rzeczywisty poziom certyfikowanych wydatków kwalifikowalnych dla 2009 roku do KE wyniósł 55,39 mln zł, tym samym realizując roczny cel w 292%. Stan realizacji na koniec września 2010 roku wyniósł 138,3 mln zł wydatków kwalifikowalnych i już po 3 kwartałach realizował roczny cel w 134%. Najbardziej zaawansowany pod tym względem jest konkurs 1/2008 oraz projekty indywidualne realizowane w ramach Działania 12.2. Najniższy odsetek certyfikacji dotyczy projektów wylonionych w ramach konkursu 3/2008, a także projektów indywidualnych realizowanych w ramach Działania 12.1, gdzie nie wydatkowano, a więc i nie certyfikowano żadnych środków. Wynikało to jak wspomniano uprzednio w opracowaniu głównie z nieodległego okresu podpisywania umów bądź w przypadku projektów indywidualnych, planowanych terminów podpisywania umów zgodnie z zapisami pre-umów. Wyniki analizy w ujęciu graficznym przedstawiono poniżej.

Wykres 9 Stosunek wysokości certyfikowanych środków do wartości podpisanych umów w ramach Priorytetu XII wg stanu na 18 października 2010r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

W ramach panelu eksperckiego uzyskano od niezależnych ekspertów potwierdzenie przedstawionych **wniosków**, tj.:

- poziom kontraktacji środków można uznać za bardzo wysoki i zadowalający w odniesieniu do Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, zarówno jeśli chodzi o tryb konkursowy, jak i indywidualny,
- poziom kontraktacji środków można uznać za dosyć wysoki i nie stanowiący dużego ryzyka nie zakontraktowania dostępnych środków finansowych w odniesieniu do Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego, w trybie konkursowym. Aktualna liczba podpisanych umów o dofinansowanie projektów indywidualnych jest jednak zbyt niska,

- postęp w wydatkowaniu środków można uznać na wysoki i zadowalający w odniesieniu do trybu indywidualnego w ramach Działania 12.2, natomiast jeśli chodzi o tryb konkursowy poziom wydatkowania środków jest dość niski. Wynika to z faktu, iż umowy o dofinansowanie w konkursie 3/2008 zostały podpisane w okresie luty-wrzesień 2010 roku. Jednak z uwagi na charakter realizowanych projektów, zakłada się, że postęp w wydatkowaniu będzie coraz bardziej dynamiczny i nie będzie stanowić zagrożenia dla wydatkowania założonych wielkości,
- poziom wydatkowania środków w ramach Działania 12.1 nie jest zadowalający, szczególnie niepokój budzi nie wydatkowanie żadnych środków w ramach projektów indywidualnych. Diagnoza wykazała, że wpływ na to miał relatywnie późny okres podpisania umów o dofinansowanie w konkursie 2/2008 mający miejsce w okresie luty-wrzesień 2010. Zwrócono uwagę, iż w przypadku projektów indywidualnych termin składania wniosków o dofinansowanie jest zgodny z pre-umowami.
- aktualny stan certyfikowania środków w porównaniu do limitów ustalonych przez Radę Ministrów w ramach Priorytetu XII jest wysoki, znacznie przewyższający ustalone limity.

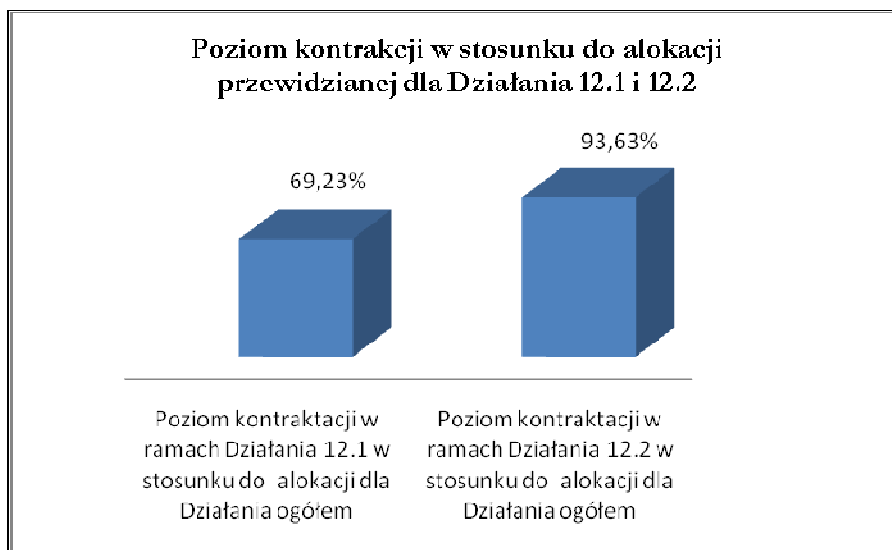
Rekomendacje:

- w ramach Działania 12.1 należy przyspieszyć proces kontraktacji środków. W przypadku konkursu 1/2008 niewykorzystane środki należy przesunąć do puli innego konkursu. Należy możliwie najszybciej zakończyć podpisywanie umów w ramach konkursu 2/2008, a w przypadku niemożności zakontraktowania całości alokacji dla konkursu, dokonać realokacji na rzecz konkursu 1/2010. Zaleca się, aby w przypadku konkursu 1/2010, gdzie nie rozpoczął się jeszcze proces podpisywania umów, przygotować beneficjentów poprzez spotkania informacyjne do poprawnego sporządzenia załączników do umowy, aby proces kontraktacji w ramach przedmiotowego konkursu przebiegał możliwie jak najszybciej.
- należy przyspieszyć proces wydatkowania środków w odniesieniu do projektów konkursowych realizowanych w Działania 12.2 oraz przedsięwzięć realizowanych w ramach Działania 12.1, zarówno w trybie indywidualnym, jak i konkursowym. Szczegółowa analiza problemów generujących niski poziom wydatkowania oraz proponowane środki zaradcze przedstawiono w dalszej części opracowania.

2. Czy poziom kontraktacji środków nie zagraża zachowaniu zasady n+3/n+2? Jeśli tak, jakie są tego przyczyny? Jakie środki zaradcze należy zastosować?

Aktualny poziom kontraktacji został przeanalizowany w pierwszej części badania, poniżej podsumowanie:

Wykres 10 Aktualny poziom kontraktacji w stosunku do alokacji przewidzianej dla Działania 12.1 i 12.2.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r., przyjęty kurs 1 EUR= 3,9226 PLN

Tabela 11 Aktualny stan kontraktacji środków w ramach poszczególnych konkursów i projektów indywidualnych.

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Wartość podpisanych umów jako % alokacji dla konkursu/projektów indywidualnych
Konkurs nr 1/2008	96,72%
Konkurs nr 2/2008	93,01%
Konkurs nr 1/2010	0,00%
Projekty indywidualne Działania 12.1	40,05%
Razem Działanie 12.1	71,34%
Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Wartość podpisanych umów jako % alokacji dla konkursu/projektów indywidualnych
Konkurs nr 3/2008	93,59%
Projekty indywidualne Działania 12.2	89,40%
Razem Działanie 12.2	91,72%
Priorytet XII	79,45%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r., alokacja w PLN – dane z ogłoszenia konkursów i Listy projektów indywidualnych, aktualizacja z sierpnia 2010r.

Poziom kontraktacji środków w odniesieniu do alokacji wydzielonej na konkursy i projekty indywidualne można uznać za bardzo wysoki i zadowalający w odniesieniu do Działania 12.2, natomiast w przypadku Działania 12.1 określa się go jako dosyć wysoki dla trybu konkursowego i raczej niski dla projektów indywidualnych.

Oszczędności generowane w toku realizacji projektów (m.in. zmniejszenie ich wartości w wyniku korzystniejszej niż przewidywano oferty przetargowej) są wykorzystywane na rzecz kolejnych przedsięwzięć. W przypadku konkursu 1/2008, gdzie zwiększona alokacja umożliwiła sfinansowanie wszystkich projektów, które uzyskały pozytywną ocenę merytoryczną, środki, których nie udało się zagospodarować, powinny zostać przekazane na rzecz innych konkursów. W ramach konkursu 2/2008 w wyniku powstałych oszczędności poprzetargowych zostaną podpisane umowy o dofinansowanie z 12 beneficjentami z listy projektów rezerwowych. Jeśli chodzi o konkurs 1/2010, nie został on jeszcze rozstrzygnięty, jednak z uwagi na znaczne przewyższenie wartości projektów w stosunku do skromnej alokacji (40 mln zł), nie przewiduje się trudności z

zakontraktowaniem całej tej kwoty. W odniesieniu do Działania 12.2 można mówić o bardzo zaawansowanym stanie kontrakcji dostępnych środków.

Alokacja dla Działania 12.2 została już wyczerpana, w związku z czym nie przewiduje się kolejnych naborów wniosków. Jeśli chodzi o Działanie 12.1, uprzednio planowane konkursy okazały się z uwagi m.in. na niekorzystny kurs euro, niemożliwe do ogłoszenia (przy kursie EBC z 18 października 2010r. pozostała do zagospodarowania alokacja to jedynie 13 964 090 zł).

Z jednej strony pozostała do dyspozycji kwota jest zbyt niska, aby ogłaszać kolejne konkursy, z drugiej strony, co zostanie szczegółowo omówione w dalszej części opracowania, może się to wiązać z nieosiągnięciem założonych wartości wskaźników produktu na poziomie Działania. Ponadto, opóźnienia w alokacji pozostałych środków na rzecz realizacji kolejnych projektów, może okazać się problematyczne z uwagi na konieczność zachowania zasady $n+3/n+2$. Pod tym względem jednym z możliwych do rozważenia scenariuszy jest zwiększenie pozostałej do zagospodarowania alokacji na rzecz trwającego konkursu 1/2010.

Jeśli chodzi o projekty realizowane w ramach konkursów 1/2008, 2/2008 oraz 3/2008 oraz w trybie indywidualnym, na obecnym etapie zagrożenie związane z nie zachowaniem zasady $n+3/n+2$, respondenci IDI uznali za niskie z uwagi na fakt:

- w ramach rozstrzygniętych konkursów projekty są dobrze przygotowane do realizacji, w zasadzie część z nich została już zrealizowana (składane są jedynie refundacyjne wnioski o płatność), co wiąże się z dość szybkim rozliczeniem projektów,
- jeśli chodzi o konkursy dotyczące zakupu ambulansów, są to projekty w przeważającej części o stosunkowo krótkim czasie realizacji, typ przedsięwzięcia polegający na zakupie ambulansów jest raczej prosty w realizacji, rozliczenie projektów to tylko kwestia czasu i jakości wniosków o płatność,
- projekty inwestycyjne budowlane również nie trwają zbyt długo ze względu na ograniczony zakres prac możliwych do realizacji,
- projekty indywidualne są bardzo dobrze przygotowane, beneficjenci pod względem organizacyjnym radzą sobie bardzo dobrze, stąd problemów z dochowaniem terminów i wydatkowaniem środków w tym zakresie spodziewanych jest najmniej.

Pozostałe zatem do analizy czynniki ryzyka nie zachowania zasady n+3/n+2 to:

- Limity certyfikacji ustalone przez Radę Ministrów kształtowały się 19 mln zł wydatków kwalifikowalnych w 2009 roku oraz 103,127 mln zł wydatków kwalifikowanych w 2010 roku. Odpowiednio w okresie tym certyfikowane środki wynosiły w 2009 roku 55,393 mln zł oraz docelowo w 2010 roku mają wynieść 173,92 mln zł. Stopień kontraktacji dla Priorytetu XII na dzień 18.10.2010 wynosił 1 079 605 310,3 zł co stanowi 78,64% w stosunku do wysokości alokacji przeznaczonej dla Priorytetu XII.

Tabela 12 Certyfikowane środki w relacji do limitów ustalonych przez Radę Ministrów

Rok	Limity ustalone przez Radę Ministrów dla Priorytetu XII w PLN	Środki certyfikowane w ramach Priorytetu XII w PLN	Stopień certyfikacji środków w stosunku do limitów ustalonych przez RM
2009	19 000 000	55 393 100	292%
2010	103 127 000	Szacunkowe 173 920 000	168,6%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 13 Stopień certyfikacji środków w ramach poszczególnych Działań

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Wysokość środków certyfikowanych w stosunku do wartości zakontraktowanych
Konkurs nr 1/2008	61,40%
Konkurs nr 2/2008	3,09%
Konkurs nr 1/2010	0,00%
Projekty indywidualne Działania 12.1	0,00%
Razem Działanie 12.1	12,78%

Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Wysokość środków certyfikowanych w stosunku do wartości zakontraktowanych
Konkurs nr 3/2008	0,83%
Projekty indywidualne Działania 12.2	40,26%
Razem Działanie 12.2	17,93%
Priorytet XII	15,14%

Źródło: opracowanie własne. Stan na 18.10.2010 r.; według kursu euro 3,9743 PLN.

Na dzień 18.10.2010 r. wysokość certyfikowanych środków do wartości zakontraktowanych dla Priorytetu XII wynosi 15,14%. Suma certyfikowanych środków w ramach Priorytetu XII na koniec 2010 roku powinna wynieść 229 314 153 zł wydatków kwalifikowalnych. Poziom certyfikacji środków w porównaniu do limitów jest znaczny, przewyższający ustalone ogólnie limity. W konkursie 1/2008 koniec podpisywania umów nastąpił w 2009 roku, na kwotę 102,81 mln zł. Poziom certyfikacji osiągnął 61,4%. Biorąc pod uwagę nieodległy okres podpisywania umów w ramach konkursu 2/2008 oraz 3/2008 uzasadnione wydają się niskie certyfikowanie środków w ramach tych konkursów. W przypadku projektów indywidualnych umiarkowany stopień certyfikacji środków występuje w ramach Działania 12.2 – 40,26%. Zgodnie z zasadą $n+3/n+2$ oraz uwzględniając stopień kontraktacji dla Priorytetu XII na poziomie 1 079 605 310,3 zł środki do certyfikacji w ciągu najbliższych 2-3 lat wynosić będą ok. 850,29 mln zł (zakładając certyfikowane środki w 2010 na poziomie 172,92 mln zł zgodnie z prognozą). W związku z ustalonym budżetem dla Priorytetu XII na 2011 r. w wysokości wnioskowanej przez Instytucję Pośredniczącą nie przewiduje się problemów związanych z brakiem środków, które to stanowiłyby zagrożenie dla certyfikacji.

- w ocenie zespołu badawczego ryzyko związane z brakiem zachowania zasady $n+3/n+2$ w przypadku konkursu 1/2010 należy ocenić jako niskie. Wprawdzie projekty będzie obowiązywać zasada $n+2$, co w porównaniu z poprzednimi konkursami wynosi o rok mniej, jednak z uwagi na planowane ogłoszenie wyników w grudniu b.r. oraz ze względu na małą kwotę alokacji, czy też przyznanie środków jedynie kilkunastu podmiotom, proces podpisywania umów i późniejsza realizacja projektów powinna przebiegać sprawnie .

- niezakontraktowanie środków powstałych w wyniku oszczędności w ramach poszczególnych konkursów i w trybie indywidualnym. W ocenie zespołu badawczego ryzyko z tym związane należy ocenić jako niskie z uwagi na: zaobserwowane systematyczne zagospodarowywanie pojawiających się wolnych środków na rzecz kolejnych projektów rezerwowych,
- niezakontraktowanie kwoty pozostałej do alokacji, przeznaczonej pierwotnie na rzecz nowych konkursów. W ocenie zespołu badawczego ryzyko z tym związane należy ocenić jako niskie z uwagi na: możliwość zagospodarowania środków poprzez zwiększenie alokacji bieżącego konkursu 1/2010 lub szanse na pozyskanie dodatkowych środków, co umożliwi przeprowadzenie kolejnych konkursów,
- opóźnienia w realizacji projektów. W ocenie zespołu badawczego ryzyko z tym związane należy ocenić jako niskie: w wyniku przeanalizowania dokumentacji projektowej przedsięwzięć realizowanych w ramach konkursów 1/2008, 2/2008, 3/2008 oraz w trybie indywidualnym, a także poprzez przeprowadzenie badania CATI, zauważono, że opóźnienia w realizacji projektów są wprawdzie powszechne, jednak ich skala jest mała (większość opóźnień mieści się w przedziale do 3 miesięcy). Należy przypuszczać, z uwagi na dużą próbę badawczą, że projekty realizowane w przyszłości w ramach konkursu 1/2010 będą reprezentować podobną charakterystykę.

W ramach panelu eksperckiego uzyskano od niezależnych ekspertów potwierdzenie przedstawionych **wniosków**, tj.:

- poziom kontraktacji w niskim stopniu zagraża zachowaniu zasady $n+3/n+2$.

Rekomendacje:

- aby zminimalizować ewentualne skutki zbyt późnej kontraktacji środków na zachowanie zasady $n+3/n+2$, zaleca się, aby w ciągu najbliższych 3 miesięcy zakończyć podpisywanie umów z beneficjentami wsparcia w ramach konkursu 2/2008. Za niezbędne uznaje się jak najszybsze finalizowanie umów z podmiotami realizującymi przedsięwzięcia w trybie indywidualnym Działania 12.1, uwzględniając założenia pre-umów oraz maksymalnie skracając czas oceny. Ponadto należy najpóźniej w II kwartale 2011 r. zakończyć podpisywanie umów z beneficjentami konkursu 1/2010. W opinii zespołu badawczego, biorąc pod uwagę przebadane przedsięwzięcia, a także czas trwania i specyfikę planowanych do realizacji

projektów, do końca 2011r. należy zakończyć kontraktację środków w ramach całego Priorytetu XII.

3. Jak należy ocenić stopień zaawansowania (postęp) wydatkowania środków finansowych w ramach Działania? Czy w kontekście zebranych informacji istnieje ryzyko nie wykorzystania dostępnych środków finansowych?

Aktualny poziom wydatkowanych środków został przeanalizowany w pierwszej części badania, poniżej podsumowanie:

Tabela 14 Aktualny stan wydatkowania środków w ramach poszczególnych konkursów i projektów indywidualnych.

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Wysokość wydatkowanych środków w stosunku do wartości zakontraktowanych
Konkurs nr 1/2008	86,50%
Konkurs nr 2/2008	23,51%
Konkurs nr 1/2010	0,00%
Projekty indywidualne Działania 12.1	0,00%
Razem Działanie 12.1	30,21%
Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Wysokość wydatkowanych środków w stosunku do wartości zakontraktowanych
Konkurs nr 3/2008	25,22%
Projekty indywidualne Działania 12.2	61,61%
Razem Działanie 12.2	41,00%
Priorytet XII	35,17%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Postęp w wydatkowaniu środków można uznać za wysoki i zadowalający w odniesieniu do trybu indywidualnego w ramach Działania 12.2, natomiast jeśli chodzi o tryb konkursowy poziom wydatkowania środków jest dość niski. Poziom wydatkowania środków w ramach Działania 12.1 nie jest zadowalający, szczególnie niepokój budzi nie wydatkowanie żadnych środków w ramach projektów indywidualnych. Wynika to z m. in. z terminu zawarcia umów o dofinansowanie. Co prawda umowy podpisywane są zgodnie z zapisami wynikającymi z pre-umów oraz uwzględnieniem czasu niezbędnego na dokonanie oceny,

jednak biorąc pod uwagę przebadane przedsięwzięcia, a także czas trwania i specyfikę planowanych do realizacji projektów, sugeruje się, aby do końca 2011 r. zakończyć kontraktację środków w ramach całego Priorytetu XII. Rozwiązaniem przyspieszającym proces wydatkowania środków mógłby być ogólnie ustalony maksymalny termin zawierania umów o dofinansowanie z podmiotami, którym wydano decyzję o uzyskaniu dofinansowania.

W sprawozdaniach okresowych z realizacji Priorytetu Instytucja Pośrednicząca sygnalizuje powtarzający się problem związany z niską jakością wniosków o płatność. Skutkuje on wydłużeniem czasu oceny dokumentów, a w efekcie opóźnieniami w wydatkowaniu środków. Dodatkowo wskazywane są trudności natury systemowej:

- problemy w rozstrzyganiu przetargów i związane z tym przesuwanie terminów realizacji poszczególnych zadań i wydłużanie okresu kwalifikowalności
- zmiana ustawy o finansach publicznych (nowy wzór umowy), która skutkowałą wstrzymaniem podpisywania umów o dofinansowanie do stycznia 2010 roku
- nieuregulowany w dokumentach programowych status beneficjentów będących jednostkami badawczo-rozwojowymi, co spowodowało wstrzymanie podpisania umów z tego typu podmiotami do czasu modyfikacji Szczegółowego Opisu Priorytetów,
- zanotowano problem w ramach konkursu 1/2008 (pojedyncze przypadki), że beneficjent w momencie zaproszenia do podpisania umowy o dofinansowanie nie posiadał kontraktu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartego z NFZ. Zidentyfikowano ryzyko trwania umów z NFZ przez beneficjentów będących w trakcie realizacji projektu i w okresie jego trwałości. Wypracowano jednoznaczne stanowisko – z tego typu beneficjentami umowy nie są podpisywane.

Wskazane powyżej trudności miały znaczący, negatywny wpływ na postęp w wydatkowaniu środków. Problemy natury systemowej zostały rozwiązane, stąd bariera w tym zakresie została zniesiona. Niestety, jeśli chodzi o jakość składanych wniosków o płatność, liczba wezwań do ich poprawy i uzupełnień jest tak duża, że prowadzi do opóźnień w wypłacie środków i znacznych rozbieżności pomiędzy planowanym a zrealizowanym w danym okresie wydatkowaniem dotacji.

W opinii respondentów IDI ryzyko nie wydatkowania przewidzianych środków jest jednak znikome. Pojawiające się oszczędności w projektach są i będą przekazywane na projekty z

listy rezerwowej, a w razie potrzeby na rzecz projektów indywidualnych. W chwili obecnej trudno jest oszacować skalę oszczędności powstałych w wyniku rozstrzygnięć przetargowych projektów z zakresu infrastruktury, stąd możliwe jest, w przypadku dużych kwot, przeznaczenie ich na alokację dla dodatkowego konkursu.

W ramach panelu eksperckiego uzyskano od niezależnych ekspertów potwierdzenie przedstawionych **wniosków**, tj.:

- ryzyko niewykorzystania dostępnych środków finansowych można określić jako niskie. Przemawiają za tym przedstawione w pierwszej części opracowania wyniki analizy poziomu kontraktacji. W związku z faktem, że przeważająca większość środków została już objęta umowami o dofinansowanie, wydatkowanie dotacji to kwestia czasu. Zdiagnozowane trudności to głównie niska jakość wniosków o płatność, a co za tym idzie przedłużający się proces ich oceny. W efekcie wydatkowania wydłuża to całą procedurę, nie stanowiąc czynnika ryzyka determinującego niemożność wydatkowania założonych kwot. Ponadto, należy wziąć pod uwagę fakt, że część projektów to przedsięwzięcia o długim okresie realizacji, przy czym wnioski o płatność na najwyższe kwoty będą złożone w końcowym etapie inwestycji. Stąd można zakładać, że wraz z kolejnymi kwartałami dynamika wydatkowania środków będzie coraz większa.

Rekomendacje:

aby ograniczyć negatywny wpływ niezadowalającej jakości wniosków o płatność na proces wydatkowania zaleca się podjęcie działań zmierzających do ułatwienia beneficjentom sporządzania przedmiotowych dokumentów. Należy rozważyć możliwość przeprowadzenia większej ilości szkoleń z zakresu sporządzania wniosków o płatność oraz przygotowanie bardziej szczegółowej instrukcji dotyczącej sporządzania wniosku, co pozwoli wyeliminować elementarne błędy w dokumencie, a tym samym skróci czas oceny wniosku. W celu przyspieszenia procesu wydatkowania środków zaleca się odgórnie ustalony maksymalny termin zawierania umów o dofinansowanie z podmiotami, którym wydano decyzję o uzyskaniu dofinansowania

4. Czy poziom certyfikacji środków nie zagraża realizacji rocznych limitów przyjętych przez Radę Ministrów? Jeśli tak, jakie są przyczyny? Jakie środki zaradcze należy zastosować?

Poziom certyfikacji środków został przedstawiony w poprzednim punkcie.

Tabela 15 Aktualny stan certyfikowania środków w ramach poszczególnych konkursów i projektów indywidualnych.

Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego	Wysokość środków certyfikowanych w stosunku do wartości zakontraktowanych
Konkurs nr 1/2008	61,40%
Konkurs nr 2/2008	3,09%
Konkurs nr 1/2010	0,00%
Projekty indywidualne Działania 12.1	0,00%
Razem Działanie 12.1	12,78%
Działanie 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym	Wysokość środków certyfikowanych w stosunku do wartości zakontraktowanych
Konkurs nr 3/2008	0,83%
Projekty indywidualne Działania 12.2	40,26%
Razem Działanie 12.2	17,93%
Priorytet XII	15,14%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Tabela 16 Wydatki zadeklarowane do Komisji Europejskiej oraz kwoty refundacji w 2010r., wg stanu na dzień 30.09.2010 r.

Priorytet XII	Wydatki kwalifikowalne (zadeklarowane w PLN)	Wydatki kwalifikowalne (zadeklarowane w EUR)	Kwota wnioskowana do KE (w PLN)	Kwota wnioskowana do KE (w EUR)	Kwota refundacji z KE (w PLN)	Kwota refundacji z KE (w EUR)
	138 305 906,49	34 854 292,34	117 565 939,51	29 626 148,51	117 565 939,51	29 626 148,51

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KSI z dnia 18.10.2010r.

Respondenci IDI zgodnie twierdzą, że w planie budżetowym zawsze przewidziana jest kwota niższa niż wynikająca z potrzeb wdrażania Priorytetu. Tak było w 2009 roku, w którym to certyfikacja wyniosła 36,39 mln zł ponad limit ustalony przez Radę Ministrów. W 2010 roku środki certyfikowane również znacznie przekroczyły (szacuje się 55,39 mln zł) ustalone limity. Respondenci jednogłośnie wskazywali na konieczność wnioskowania do rezerwy celowej. Do tej pory było to działanie skuteczne, jednak jest to dość długa

procedura, stąd zdarza się, że beneficjenci muszą czekać na środki z uwagi na ich chwilowy brak w dyspozycji instytucji.

W ramach panelu eksperckiego uzyskano od niezależnych ekspertów potwierdzenie przedstawionych **wniosków**, tj.:

- poziom certyfikacji nie zagraża realizacji rocznych limitów przyjętych przez Radę Ministrów.

Rekomendacje: nie dotyczy

5. Czy aktualny poziom zainteresowania potencjalnych beneficjentów realizacją projektów w ramach Działania 12.1 i 12.2 może gwarantować efektywne wydatkowanie środków finansowych w ramach Działania? Czy wielkość składanych przez wnioskodawców projektów może wskazywać na wykorzystanie środków finansowych?

Zgodnie z tabelami finansowymi Programu, w ramach XII Priorytetu, wysokość środków z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wynosi niecałe 350 mln euro, co stanowi 6,1% alokacji środków z EFRR w ramach Programu i 1,3% całkowitej alokacji środków wspólnotowych w ramach POIiŚ.

Alokacja z UE dla Priorytetu XII POIiŚ wynosi 349 990 000,00 euro, co jest równe 1 390 965 257,00 PLN (stan na dzień 18 października 2010r.).

Wartość podpisanych umów o dofinansowanie w ramach Priorytetu XII wynosi 1 079 605 310,30 PLN (dane na 18 października 2010r.). Wartość dofinansowania w stosunku do alokacji przewidzianej dla sektora stanowi 77,61 %.

Konkurs 1/2008 dotyczący zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego:

Ocenę formalną wniosków o dofinansowanie zakończono 22 stycznia 2009 r., pozytywnie przeszło ją 182 wniosków z 207 złożonych. W kwietniu 2009 r. opublikowano listę rankingową projektów, gdzie status podstawowego uzyskało 107 projektów, status rezerwowego 24. W wyniku pozytywnie rozparzonych środków odwoławczych i ponownej oceny, kolejnych 12 wniosków o dofinansowanie otrzymało dofinansowanie.

Dwukrotnie została zwiększana alokacja w ramach ww. konkursu. W lutym 2009 r. zgodnie z decyzją Instytucji Zarządzającej Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, została zwiększona alokacja do kwoty 100 mln PLN ze środków EFRR. Drugi raz w dniu 14 grudnia 2009 r. podjęto decyzję o zwiększeniu alokacji na konkurs o 6

296 683,77 PLN z EFRR (co daje łącznie kwotę 106 296 683,77 zł z EFRR), która pozwoliła na dofinansowanie wszystkich projektów rezerwowych w ramach ww. konkursu. W związku z czym w I połowie 2010 r. zatwierdzono do realizacji 29 wniosków o dofinansowanie, z dwoma beneficjentami nie podpisano umowy o dofinansowanie z uwagi na brak kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Łącznie w ramach ww. konkursu podpisano 140 umów o dofinansowanie na kwotę 103 352 160,97 PLN z EFRR.

W I półroczu 2010r. rozwiązano 2 umowy o dofinansowanie na kwotę 543 155,61 PLN z EFRR.

Podsumowując, w ramach Konkursu nr 1/2008, w którym zakończono etap kontraktacji, łącznie podpisano 138 umów o wartości 102 809 005,36 PLN.

Konkurs nr 2/2008 w zakresie przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego. Ocenę formalną pozytywnie przeszło 136 wniosków o dofinansowanie.

Dla konkursu 2/2008 wartość wnioskowanego dofinansowania projektów znajdujących się na Liście rankingowej (podstawowej i rezerwowej) wynosi 501 943 432,27 PLN. Łącznie 105 wniosków o dofinansowanie zostało ocenionych na co najmniej 106 pkt na etapie oceny merytorycznej I stopnia.

Zgodnie z decyzją Instytucji Zarządzającej Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, została zwiększona alokacja dostępna w ramach Konkursu nr 2/2008 z 300 mln zł do kwoty 400 mln zł ze środków EFRR.

W okresie I półrocza 2010 w ramach ww. konkursu podpisano 65 umów o dofinansowanie na kwotę 338 995 247,58 PLN z EFRR.

Do dnia 18.10.2010 r. w ramach konkursu 2/2008 zawarto 79 umów o dofinansowanie o wartości 372 040 739,59 PLN.

W ramach konkursu 3/2008 na Liście rankingowej (podstawowych i rezerwowych) zamieszczonych zostało 52 wniosków o dofinansowanie, o łącznej wartości wnioskowanego dofinansowania 318 781 362,19 PLN z EFRR. Minimalna wartość punktów na etapie oceny merytorycznej I stopnia wynosiła 56 punktów.

W ramach konkursu nr 3/2008 zatwierdzono do realizacji 47 wniosków o dofinansowanie (na kwotę z EFRR - 297 645 360,69 PLN).

Do dnia 18.10.2010 r. w ramach konkursu 3/2008 zawarto 45 umów o dofinansowanie o wartości 280 772 773,36 PLN.

Projekty indywidualne

Wartość podpisanych umów o dofinansowanie projektów indywidualnych w ramach Działania 12.1 wynosi wg stanu na dzień 18 października 2010r. 108 975 566,65 PLN (3 projekty):

- Utworzenie Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Łodzi: 9 556 550,00 PLN;
- Remont i doposażenie Centrum Urazowego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Dr A. Jurasza w Bydgoszczy: 9 506 016,65 PLN;
- Budowa i wyposażenie Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego: 89 913 000,00 PLN.

W ramach działania 12.2 wartość zakontraktowanych środków na projekty indywidualne wg stanu na dzień 18 października 2010 r. wynosi 215 007 225,34 PLN (5 projektów):

- Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdrój: 48 185 910,26 PLN;
- Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: 31 441 551,00 PLN;
- Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudowa Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej: 33 126 200,00 PLN;
- Rozbudowa Szpitala Klinicznego nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiej Akademii Medycznej:43 603 564,08 PLN;
- Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie: 58 650 000,00 PLN.

Zainteresowanie ogłaszanymi konkursami z sektora zdrowia zdiagnozowane poziomem wartości dofinansowania o jakie ubiegają się beneficjenci, wskazuje na brak zagrożeń związanych z efektywnym wydatkowaniem środków w ramach ww. Działań. Działanie 12.2 wykazuje większe zaawansowanie finansowe w porównaniu do Działania 12.1. Niemniej jednak Działanie 12.1 ma szersze spectrum pod względem różnorodności inwestycji. Źródło: Sprawozdanie okresowe z realizacji Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Okres sprawozdawczy: I półrocze 2010 r.

W opinii respondentów IDI oraz członków panelu eksperckiego wielkość składanych przez Wnioskodawców projektów wskazuje na efektywne wykorzystanie środków finansowych. W opinii zespołu badawczego aktualny poziom zainteresowania potencjalnych beneficjentów realizacją projektów w ramach Działania 12.1 i 12.2 może gwarantować efektywne wydatkowanie środków finansowych w ramach Działań, co potwierdza liczba złożonych wniosków ogółem w ramach poszczególnych konkursów, a w szczególności ilość dokumentów poprawnych pod względem merytorycznym i uzyskujących minimalną liczbę punktów. Wielkość składanych przez wnioskodawców projektów wskazuje na efektywne wykorzystanie środków finansowych. Zainteresowanie wnioskodawców konkursami tj. dofinansowaniem poszczególnych typów wsparcia jakie oferuje priorytet XII, potwierdza brak zagrożenia związanego z wykorzystaniem środków finansowych.

Rekomendacje:

Brak.

6. Czy jakość składanych projektów przez wnioskodawców w trybie indywidualnym i konkursowym może przyczynić się do zapewnienia wyższego poziomu wydatkowania środków finansowych w ramach Działań?

- Konkurs 1/2008

W I półroczu 2009 r. zakończono ocenę formalną oraz merytoryczną I i II stopnia dla konkursu 1/2008. Do oceny merytorycznej I i II stopnia przekazano 178 wniosków o dofinansowanie, ocenionych pozytywnie zostało 135 wniosków. Na liście rankingowej znalazło się 131 wniosków o dofinansowanie, w tym 107 uzyskało status projektu podstawowego, 24 status projektu rezerwowego. 47 wniosków o dofinansowanie zostało odrzuconych. W wyniku pozytywnie rozpatrzonych środków odwoławczych (po ocenie merytorycznej I i II stopnia), do końca czerwca 2009 r. do ponownej oceny merytorycznej przekazano 14 wniosków o dofinansowanie. Ponowną ocenę merytoryczną zakończono w stosunku do 7 wniosków o dofinansowanie, 5 projektów pozytywnie przeszło procedurę odwoławczą i decyzją Ministra Zdrowia otrzymały dofinansowanie w ramach działania 12.1.

Na 207 złożonych wniosków o dofinansowanie (Konkurs Nr 1/2008), 188 (czyli 90 %) na etapie oceny formalnej wymagało poprawy/uzupełnień bądź złożenia wyjaśnień.

Udział wniosków merytorycznie poprawnych do wszystkich złożonych w ramach konkursu wniosków wynosi 66,7%.

- Konkurs 2/2008

W badanym okresie zakończono ocenę formalną i merytoryczną I stopnia oraz przeprowadzono ocenę merytoryczną II stopnia prawie wszystkich wniosków o dofinansowanie złożonych w konkursie 2/2008 oraz podpisano większość umów o dofinansowanie. Zespół ds. oceny formalnej projektów odrzucił 22 wnioski, pozytywnie ocenił i przekazał do oceny merytorycznej I stopnia 136 wniosków (w tym 3 wnioski, które pozytywnie przeszły procedurę odwoławczą). W związku z koniecznością dokonania poprawy/uzupełnień bądź złożenia wyjaśnień do 150 wniosków ostateczny termin oceny formalnej został wydłużony do 12 marca 2009 r. W wyniku oceny merytorycznej I stopnia 24 czerwca 2009 r. została zatwierdzona lista rankingowa projektów po ocenie merytorycznej I stopnia, odrzuconych zostało 31 wniosków. Na liście podstawowej znalazły się 64 projekty na kwotę wnioskowanego dofinansowania: 337,4 mln PLN, na liście rezerwowej znalazło się 41 projektów na wartość wnioskowanego dofinansowania: 164,5 mln PLN. Ocenie merytorycznej II stopnia poddano 63 wnioski z listy rankingowej, gdyż 1 wnioskodawca złożył wymagane dokumenty po terminie przewidzianym w regulaminie konkursu. w ramach procedury odwoławczej 11 wniosków o dofinansowanie uzyskało status projektów podstawowych oraz 12 projektów rezerwowych otrzymało status projektu podstawowego w wyniku wygenerowanych oszczędności, spowodowanych m.in. zmniejszeniem wartości projektów.

W Konkursie Nr 2/2008 na 136 wniosków przekazanych do oceny merytorycznej I stopnia, zidentyfikowano 128 (tj. 94%) przypadków wymagających zwrócenia się do wnioskodawców z prośbą o uzupełnienie, poprawę bądź wyjaśnienie kwestii dotyczących złożonych wniosków o dofinansowanie.

Udział wniosków merytorycznie poprawnych do wszystkich złożonych w ramach konkursu wniosków wynosi 50%.

- Konkurs 3/2008

W lutym 2009 r. zakończono nabór projektów w konkursie 3/2008 w ramach działania 12.2. Do Instytucji Wdrażającej wpłynęło 77 wniosków o dofinansowanie. 60 wniosków wymagało poprawy/uzupełnień bądź złożenia wyjaśnień. Z 77 złożonych wniosków Zespół ds. oceny formalnej projektów odrzucił 6, natomiast pozytywnie ocenił i przekazał

do oceny merytorycznej I stopnia 72 wnioski (w tym 1 wniosek, który pozytywnie przeszedł procedurę odwoławczą).

W ramach ww. konkursu zatwierdzono do realizacji 47 wniosków o dofinansowanie (na kwotę z EFRR - 297 645 360,69 PLN), podpisano 40 umów o dofinansowanie na kwotę 280 772 773,36 PLN z EFRR.

Na 77 złożonych wniosków o dofinansowanie w Konkursie nr 3/2008, 60 wniosków (tj., 77%) na etapie oceny formalnej, wymagało poprawy/uzupełnień bądź wyjaśnień.

Udział wniosków merytorycznie poprawnych do wszystkich złożonych w ramach konkursu wniosków wynosi 58,44%.

Źródło: Sprawozdanie okresowe z realizacji Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko Okres sprawozdawczy: 01.01.2009 r. – 30.06.2009 r.

- Projekty indywidualne

W odniesieniu do projektów indywidualnych stwierdzono wyższą jakość składanych wniosków niż w przypadku projektów konkursowych. Projekty te były bardziej przemyślane i przygotowane z większą dokładnością.

We wdrażaniu Działania 12.1 i 12.2 zidentyfikowano problem niedostatecznej jakości wniosków o dofinansowanie przy czym dokumentacja projektów indywidualnych jest wyższej jakości.

Ponieważ proces poprawy wniosków jest czasochłonny, na co składa się dotarcie pisma do Wnioskodawcy - ok. 7 dni, czas na poprawę/ uzupełnienie wniosku (kolejne 7 dni) i poddanie ocenie, sytuacja powyższa prowadzi do znacznego wydłużenia procesu oceny.

Według respondentów IDI jakość dokumentacji jest zróżnicowana. Wskazywanym głównym powodem jest brak doświadczenia wnioskodawców, gdyż uprzednio nie było priorytetów przeznaczonych stricte dla służby zdrowia. Ponadto trudność sprawiają zaostrzone procedury, zwłaszcza, że w placówkach opieki zdrowotnej raczej nie ma specjalistów, którzy zajmowaliby się po prostu zarządzaniem, czy realizacją projektów. Słabość wniosków upatrywana jest głównie w niewystarczająco racjonalnym oszacowaniu harmonogramu projektu. Beneficjenci nie uwzględniają głównie ryzyk związanych z procedurą zamówień publicznych. Zauważono jednak, że w kolejnych konkursach wnioskodawcy w większym stopniu zapoznają się z instrukcjami i wytycznymi.

Analiza dokumentów wykazała, iż niemalże wszystkie wnioski zarówno w trybie indywidualnym jak i konkursowym zostały zwrócone do uzupełnień. Najczęściej pojawiającymi się błędami przy sporządzaniu dokumentacji aplikacyjnej były:

- niespójność zapisów w dokumentacji,
- niezgodność pomiędzy planem finansowania a założonym harmonogramem,
- błędy w części finansowej dokumentacji: błędnie wyliczona luka finansowa; błędnie wyliczony procent dofinansowania, niewłaściwie skalkulowane koszty operacyjne oraz przychody, nie uwzględnienie wszystkich niezbędnych do poniesienia kosztów związanych z realizacją projektu.

Eksperti biorący udział w panelu potwierdzili, iż lepsza jakość złożonych wniosków może przyczynić się do zapewnienia wyższego poziomu wydatkowania środków finansowych w ramach Działania. Jakość dokumentacji przekłada się na samą realizację projektów, jak i na długość trwania procesu oceny.

Zespół badawczy identyfikuje jakość składanych wniosków jako czynnik powodujący obniżenie dynamiki wydatkowania środków finansowych związanych z przekładającymi się na rzeczywistą realizację problemów. Wszelka niedbłość oraz nierealność przyjętych założeń na etapie sporządzania wniosku skutkuje przedłużeniem okresu realizacji rzeczowej i rozliczenia projektu co wiąże za sobą wstrzymanie lub blokowanie środków przeznaczonych do wydatkowania.

Rekomendacje:

Z uwagi na fakt, iż na chwilę obecną nie przewiduje się kolejnych naborów wniosków w ramach Priorytetu XII, zalecenia dotyczące jakości składanej dokumentacji mogą stanowić jedynie wytyczne mając przełożenie na przyszły okres programowania.

W celu polepszenia jakości dokumentacji aplikacyjnej rekomenduje się, aby na szkoleniach dla beneficjentów przeprowadzanych przez Instytucję Wdrażającą, większy nacisk kłaść na omawianie najczęściej popełnianych błędów i wskazywanie właściwego sposobu sporządzania dokumentów. Zaleca się również udostępnianie łatwych w odbiorze prezentacji i materiałów szkoleniowych w ww. temacie.

7. Jakże istnieją zagrożenia w wydatkowaniu środków finansowych założonych dla Działania 12.1, 12.2? Czym one są spowodowane, jaka może być ich skala?

Zagrożenia w wydatkowaniu środków finansowych założonych dla Działania 12.1 i 12.2 dotyczą, jak to przedstawiono we wcześniejszej części, czasu trwania procesu od dnia

podpisania przez beneficjenta umowy o dofinansowanie do momentu otrzymania kolejnych transz środków. Samo wydatkowanie założonych wielkości środków finansowych nie jest zagrożone, jednak z pewnością może przebiegać wolniej od przyjętej dynamiki.

Tabela 17 Stopień wydatkowania środków w poszczególnych trybach dofinansowania

Tryb dofinansowania	Stopień wydatkowania w stosunku do alokacji
Konkurs 1/2008	86,5%
Konkurs 2/2008	23,51%
Konkurs 3/2008	25,22%
Tryb indywidualny Działania 12.1	0%
Tryb indywidualny Działania 12.2	61,61%

Źródło: opracowanie własne

W toku przedmiotowego badania zidentyfikowano zagrożenie polegające na niewielkim stopniu postępie wypłaty środków finansowych na rzecz Beneficjentów w stosunku do alokacji. W głównej mierze jest to efektem zakończenia w okresie luty-wrzesień 2010 podpisywania umów w ramach konkursu 2/2008 oraz 3/2008. Co prawda w przypadku projektów indywidualnych wydatkowanie środków w Działaniu 12.1 jest na stopniu zerowym, ale proces ten przebiega zgodnie z harmonogramem oraz zapisami pre-umów.

Jak przedstawia powyższa tabela stopień wydatkowania jest znaczny zwłaszcza w konkursie 1/2008 i wynosi 86,5%. W konkursie 2/2008 oraz 3/2008 środki są wydatkowane odpowiednio 23,51% oraz w 25,22%. W trybie indywidualnym w ramach działania 12.1 środki nie zostały jeszcze wydatkowane, a w trybie indywidualnym Działania 12.2 środki są wydatkowane na poziomie 61,61%. Zdiagnozowano, że wpływ na wydatkowanie środków mają często popełniane błędy przez beneficjentów. Wśród najczęściej popełnianych wyróżnia się:

- nieterminowe składanie wniosków o płatność,
- błędne wskazanie okresu sprawozdawczego za jaki składany jest wniosek o płatność,
- błędnie wyliczona kwota dofinansowania,
- błędne wykazanie zadań oraz terminów wynikających z harmonogramu realizacji projektu,

- błędne wskazanie w punkcie dotyczącym postępu finansowego z realizacji projektu zadań oraz kwot z harmonogramu realizacji projektu,
- błędne wskazanie w punkcie dotyczącym wskaźnika realizacji projektu nazwy wskaźnika lub zadania, które przyczynia się do osiągnięcia zakładanej wartości docelowej,
- błędne wskazanie w punkcie dotyczącym harmonogramu wydatków na kolejne kwartały kolejnych czterech kwartałów lub kwot planowanych do poniesienia wydatków kwalifikowanych,
- błędnie wypełnione pole z danymi Beneficjenta oraz nazwy projektu, bądź wypełnianie niewłaściwych pól,
- brak kompletu prawidłowo przygotowanych dokumentów lub pieczętki Beneficjenta na końcu wniosku,
- błędy w przeprowadzaniu postępowań przetargowych skutkujące nakładaniem korekt finansowych.

W aspekcie wykazywanych problemów przez Beneficjentów w wydatkowaniu środków najczęściej posiadało problemy związane z procedurą przetargów publicznych, zwiększenia wartości projektów oraz przesunięciami wydatków wynikających z harmonogramów finansowo-rzeczowych. Ponadto część Beneficjentów wykazywała przyczyny opóźnień w wydatkowaniu środków wynikające ze zmian zapisów SIWZ, bądź opóźnień w wypłacie zaliczki przez IP II stopnia. Było to efektem zbyt niskich środków zapewnionych w planie budżetu państwa przez Ministra Finansów oraz konieczności sięgania po środki do rezerwy celowej, co wydłużało wypłacanie transz pieniężnych do kilku miesięcy.

Zdiagnozowane powyżej zagrożenia zasadniczo wpływają na opóźnienia kilkumiesięczne (głównie 1-3 miesiące) w wydatkowaniu środków, nie stanowiąc tym samym większego zagrożenia w ich wydatkowaniu, a jedynie w tempie ich wydatkowania.

W opinii respondentów IDI utrzymanie wydatkowania środków na poziomie zbliżonym do planowanego według harmonogramu realizacji projektów jest niezwykle trudne z uwagi na powtarzające się opóźnienia wynikające z:

- późniejszego niż zakładano zakończenia podpisywania umów o dofinansowanie,
- problemów z terminową realizacją zadań zadeklarowanych przez beneficjentów,
- trudności związanych z przeprowadzaniem procedur przetargowych przez beneficjentów,

- częstotliwości i jakości składanych wniosków o płatność wraz z niezbędną dokumentacją, spełnienia wszelkich wymagań dotyczących kwalifikowalności wydatków i wyników kontroli dokonywanej przez Instytucję Wdrażającą. Harmonogram będący załącznikiem do umowy o dofinansowanie, jak również plan wystąpień o płatności ulegają częstym modyfikacjom, co ma bardzo duży wpływ dla prognoz certyfikacji. Skala zmian w zakresie terminów zakończenia projektów oraz rodzaj problemów zgłaszanych przez beneficjentów została przedstawiona w dalszej części opracowania.

Instytucja Wdrażająca prowadzi monitoring terminowości składanych wniosków o płatność. Do beneficjentów wysyłane są pisma przypominające o konieczności złożenia wniosku o płatność, w wyznaczonym terminie. Na stronie internetowej Instytucja Wdrażająca zamieściła ponadto listę najczęściej popełnianych błędów. Niska jakość wniosków o płatność to problem sygnalizowany przez Instytucję Wdrażającą w kolejnych sprawozdaniach z realizacji Priorytetu.

W ramach panelu eksperckiego uzyskano od niezależnych ekspertów potwierdzenie przedstawionych **wniosków**, tj.:

- istnieją zagrożenia, które mogą spowodować wolniejsze od zakładanego tempo wydatkowania środków. Są to przede wszystkim: zbyt długotrwały proces kontraktacji środków, problemy z terminowością realizacji zadań (głównie trudności w pomyślnym zakończeniu procedury przetargowej), niska jakość składanych wniosków o płatność. Wskazane problemy nie powinny jednak negatywnie wpłynąć na ostateczną wysokość wydatkowanych w ramach Priorytetu XII środków finansowych.

Rekomendacje:

- należy, zgodnie z wcześniejszymi rekomendacjami, przyspieszyć procedury kontraktacji środków, a także poprawić narzędzia ułatwiające beneficjentom sprawniejsze wnioskowanie o płatność (aktualne i dokładniejsze materiały instrukcyjne na temat wypełniania wniosków o płatność, spotkania informacyjne dla beneficjentów).

II. Ocena postępów:

- w przygotowaniu i realizacji projektów indywidualnych,
- w realizacji projektów konkursowych w ramach Działania.

1. Jaki jest stan przygotowania do realizacji/stan realizacji projektów w ramach Działania?

Działanie 12.1

W odniesieniu do działania 12.1 przeprowadzona analiza dokumentów oparta na badaniu wniosków o płatność końcową i płatności pośrednie wskazuje, iż do końca sierpnia 2010 roku zakupiono 224 ambulansów. Stanowi to 41% realizacji wskaźnika produktu: Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (wartość docelowa to 600 szt.). W ujęciu tabelarycznym przedstawiono ponadto stopień realizacji pozostałych wskaźników działania 12.1.

Tabela 18 Wartość osiągnięcia i docelowa podstawowych wskaźników produktu dla Działania 12.1, na podstawie wniosków o płatność złożonych do 1 września 2010r. oraz na podstawie danych udostępnionych przez Instytucję Pośredniczącą.

		Nazwa wskaźnika	Realizacja wg stanu na dzień 31-12-2009	Realizacja wg stanu na dzień 12-10-2010	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta	Zakładana wartość docelowa
Działanie 12.1	PA	Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt.)	63	180 (na podstawie wniosków o płatność końcową, 224- na podstawie wszystkich wniosków o płatność)	344	600
	PA	Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (szt.)	0	0	16	16
	RA	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca	5,58 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców 13 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców	5,58 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców 13 minut poza miastem powyżej 10 tys. Mieszkańców (dane za rok 2009)	Do 8 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców, do 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców	Do 8 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców, do 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców
	PB	Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej (szt.)	0	0	51**	sprawozdawczość beneficjentów
	PB	Liczba wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej (szt.)	0	0	72**	sprawozdawczość beneficjentów
	PB	Liczba utworzonych centrów urazowych (szt.)	0	0	13	8 (9)
	PB	Liczba przebudowanych lub wyremontowanych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyl. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrów urazowych) (szt)	0	0	100	100
	PB	Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego	0	0	11	9
	PB	Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia w ramach działania(szt)	0	0	44	44

Źródło: ** dane na podstawie podpisanych umów

Źródło: dane na 12 października 2010r. udostępnione przez Instytucję Pośredniczącą oraz na podstawie AD (wnioski o płatność N= 108 szt.)

Poniżej przedstawiono w ujęciu tabelarycznym etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt. Dane przedstawiono w podziale na analizowane konkursy i projekty indywidualne.

Tabela 19 Konkurs 1/2008- Etap realizacji rzeczowej

4. Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt	Liczebność N=119	Udział procentowy
Poziom realizacji produktów ok. 25%	7	5,88%
Poziom realizacji produktów ok. 50%	1	0,84%
Poziom realizacji produktów ok. 75%	5	4%
Projekt w fazie końcowej, poziom osiągnięcia produktów powyżej 90%	105	88%
Nie mam zdania	1	1%
Suma	119	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 20 Konkurs 2/2008 - Etap realizacji rzeczowej

4. Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt	Liczebność N=40	Udział procentowy
Poziom realizacji produktów ok. 25%	16	40,00%
Poziom realizacji produktów ok. 50%	5	12,50%
Poziom realizacji produktów ok. 75%	4	10,00%
Projekt w fazie końcowej, poziom osiągnięcia produktów powyżej 90%	15	37,50%
Nie mam zdania	-	-
Suma	40	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Działanie 12.2

W ujęciu tabelarycznym przedstawiono wartość poszczególnych wskaźników dla działania 12.2.

Tabela 21 Poziom osiągnięcia wskaźników dla Działania 12.2 wg stanu na 12 października 2010r.

		Nazwa wskaźnika	Realizacja wg stanu na dzień 31-12-2009	Realizacja wg stanu na dzień 12-10-2010	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta	Zakładana wartość docelowa
Działanie 12.2	PA	Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej	0	0	60	60
	PA	Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej				
	RA	Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej [lata]	8,43	8,43 (dane za 2009)	dane statystyczne	10
	RA	Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych ¹ (tys. os.)	120,18 (dane za 2008)	120,18 (dane za 2008)	dane statystyczne	89,6
	RB	Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (szt./rok)	0	0	840 580	bd

Źródło: dane na 12 października 2010r. udostępnione przez Instytucję Pośredniczącą

Jak wynika z powyższego zestawienia, wartości obecnie osiągnięte, jak i szacowane, dorównują lub przewyższają zakładanym wartościom docelowym dla Działania 12.2.

Wskaźniki rezultatu dla działania 12.2, tj.:

- średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej, zgodnie z aktualnymi informacjami o poziomie wskaźników (z dnia 12 października 2010r.) jest poniżej zakładanej wartości docelowej dla roku 2013, a więc mimo nie zakończenia realizacji projektów z przedmiotowego zakresu, zakładane efekty wsparcia zostały osiągnięte,
- wartość wskaźnika średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach specjalistycznych wykazuje tendencję wzrostową,
- wartość wskaźnika rezultatu potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych bazuje na danych pozyskiwanych od beneficjentów i możliwa jest do weryfikacji po zakończeniu realizacji projektów,
- wysoką wartość wykazuje wskaźnik liczba osób leczonych w ciągu roku, w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSWiA i przekracza wartość zakładaną.

Tabela 22 Konkurs 3/2008 - Etap realizacji rzeczowej

4. Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt	Liczebność N=35	Udział procentowy
Poziom realizacji produktów ok. 25%	17	48,57%
Poziom realizacji produktów ok. 50%	3	8,57%
Poziom realizacji produktów ok. 75%	4	11,43%
Projekt w fazie końcowej, poziom osiągnięcia produktów powyżej 90%	9	25,71%
Nie mam zdania	2	5,71%
Suma	35	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 23 Tryb indywidualny - Etap realizacji rzeczowej

4. Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt	OGÓLEM		DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2	
	Liczebność N=18	Udział procentowy	Liczebność N=12	Udział procentowy	Liczebność N=6	Udział procentowy
Poziom realizacji produktów ok. 25%	3	16,67%	3	25,00%	0	0,00%
Poziom realizacji produktów ok. 50%	4	22,22%	1	8,33%	3	50,00%
Poziom realizacji produktów ok. 75%	4	22,22%	2	16,67%	2	33,33%
Projekt w fazie końcowej, poziom osiągnięcia	6	33,33%	5	41,67%	1	16,67%
Nie mam zdania	1	5,56%	1	8,33%	0	0,00%
Suma	18	100,00%	12	100,00%	6	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

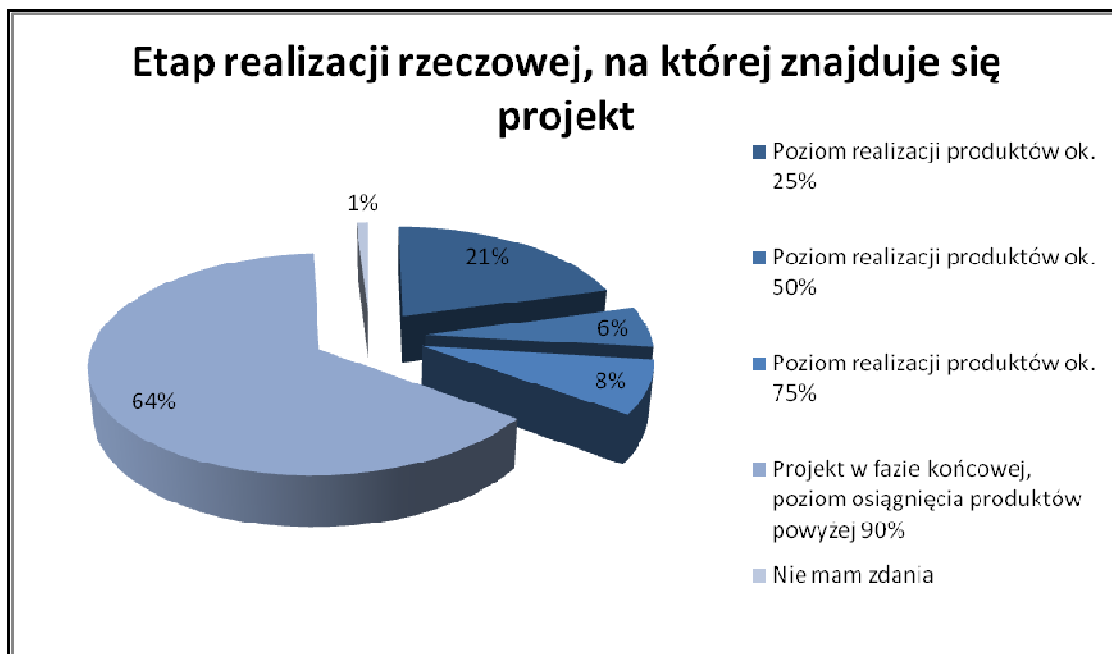
W ramach przeprowadzonego badania CATI uzyskano następującą deklarację stopnia zaawansowania projektu łącznie:

Tabela 24 Etap realizacji rzeczowej – Priorytet XII ogółem

4. Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt	Liczebność N=212	Udział procentowy
Poziom realizacji produktów ok. 25%	44	20,75%
Poziom realizacji produktów ok. 50%	13	6,13%
Poziom realizacji produktów ok. 75%	17	8,02%
Projekt w fazie końcowej, poziom osiągnięcia produktów powyżej 90%	136	64,15%
Nie mam zdania	2	0,94%
Suma	212	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Wykres 11 Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt



Źródło: wyniki badania CATI

Wnioski: w opinii zespołu badawczego nie zidentyfikowano zagrożeń związanych z niedostatecznym przygotowaniem do realizacji projektu.

Rekomendacje: nie dotyczy

2. Czy obecny stan zaawansowania postępu realizacji projektów oraz stopień przygotowania beneficjentów do ich realizacji może gwarantować osiągnięcie celów projektów?

Analiza wniosków o płatność końcową i płatności pośrednie potwierdza, iż wartość docelowa dla przedstawionych dla priorytetu wskaźników zostanie osiągnięta a tym samym jest gwarancją osiągnięcia celów projektu, jedyne w odniesieniu do wskaźnika Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt.) istnieje ryzyko nie osiągnięcia poziomu założonego w dokumentacji programowej.

Zdecydowana większość respondentów badania CATI (92,45%) nie widzi zagrożenia dla realizacji celów Projektów na obecnym etapie. Tylko nieco ponad 6% beneficjentów odpowiedziało twierdząc wskazując na możliwość ich wystąpienia.

Wykres 12 Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji



Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 25 Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji – beneficjenci ogółem

6. Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji	Liczebność N=212	Udział procentowy
Tak	13	6,13%
Nie	196	92,45%
Nie mam zdania	3	1,42%
Suma	212	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Poniżej przedstawia się tożsamą analizę w podziale na konkursy.

Tabela 26 Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji- w podziale na konkursy

Widoczność zagrożenia dla realizacji celów ptojektów na obecnym etapie realizacji	1/2008		2/2008		3/2008		Tryb indywidualny	
	Liczebność N=119	Udział procentowy	Liczebność N=40	Udział procentowy	Liczebność N=35	Udział procentowy	Liczebność N=18	Udział procentowy
Tak	7	5,88%	3	7,50%	2	5,71%	1	5,56%
Nie	109	91,60%	37	92,50%	32	91,43%	16	88,89%
Nie mam zdania	3	2,52%	0	0,00%	1	2,86%	1	5,56%
Suma	119	100,00%	40	100,00%	35	100,00%	18	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Sprawność realizacji projektów inwestycyjnych, wynikającą z potencjału posiadanych zasobów kadrowych, podkreślała większość z respondentów indywidualnych wywiadów pogłębionych. U większości beneficjentów XII Priorytetu dominuje przekonanie, iż pozostający w ich dyspozycji potencjał kadrowy zapewnia sprawną realizację projektów inwestycyjnych.

Zarówno eksperci biorący udział w zogniskowanych wywiadach grupowych, jak i eksperci panelu nie zidentyfikowali zagrożeń związanych z badanym obszarem.

Rekomendacje: nie dotyczy

3. Czy projekty są przygotowywane/realizowane zgodnie z przyjętymi harmonogramami? Jeśli nie, jak znaczne są opóźnienia? Jakie są ich przyczyny? Jakie mogą być skutki ewentualnych opóźnień w kontekście rocznych limitów certyfikacji oraz zasady $n+3/n+2$? Jakie działania należy przedsięwziąć w celu usprawnienia przygotowania/realizacji projektów?

Na podstawie analizy dokumentacji projektowej oraz informacji przekazanych przez respondentów IDI, można stwierdzić, że przesunięcia w harmonogramach realizacji Projektów są powszechne. W odniesieniu do projektów związanych z zakupem ambulansów beneficjenci jako przyczynę opóźnień wskazywali odwołania od czynności zamawiającego, oraz brak rozstrzygnięcia przetargów. Problemy te nie wpłynęły jednak na realizację rocznych limitów certyfikacji. Mogą one natomiast stanowić zagrożenie w przypadku dużych projektów inwestycyjnych, wpływając na zmianę terminu płatności o kilka miesięcy, a w konsekwencji prowadzić do przesunięć między latami budżetowymi.

Wpływ na zmianę harmonogramu ma również czas, jaki mija od złożenia wniosku do podpisania umowy o dofinansowanie. Podpisanie umowy o dofinansowanie jest ostatecznym determinantem tych terminów. Ryzyko wzrasta wraz ze stopniem złożoności projektu. Jest ono większe w przypadku wieloletnich projektów inwestycyjnych.

Przeanalizowano wnioski o płatność oraz korespondencję Beneficjentów z Instytucją Wdrażającą pod kątem opóźnień w realizacji projektów. Z uwagi na fakt, iż przyczyny opóźnień są podobne dla badanych trybów i działań analizę zebranych danych przedstawia się łącznie. Należy jednak mieć na uwadze, iż występują różnice w odniesieniu do poszczególnych typów projektu.

Z przeprowadzonej analizy dokumentacji wynika, iż 8,9% z powstałych opóźnień realizacji projektów przekracza 3 miesiące. Najczęściej występującymi przyczynami są postępowania przetargowe, w tym:

- opóźnienia wynikłe z protestów i odwołań w przetargu,
- konieczność ogłoszenia nowego przetargu z powodów zmian parametrów technicznych i jakościowych sprzętu wynikająca z ujednolicenia wyposażenia i postępu technologicznego,
- zakup dodatkowego wyposażenia np.: gps.

Przyczyną opóźnień były również indywidualne przypadki takie jak:

- powódź – w przypadku projektu konkursowego :

Zakup ambulansów reanimacyjnych przez SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu szansą na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu Kędzierzyńsko-kozielskiego

W 33% przypadków opóźnienia w realizacji nie wychodziły poza okres 3- miesięczny. Tutaj również jako najczęściej (35% przypadków) występującą przyczynę wymienia się postępowania przetargowe, w tym :

- konieczność ogłoszenia kolejnego przetargu z powodu braku oferentów,
- zapytania o specyfikację,
- z uwagi na wydłużenie terminu składania ofert na prośby oferentów,
- konieczność doprecyzowania zapisów siwz.

Do pozostałych przyczyn występujących opóźnień zaliczają się:

- problemy z przekazaniem zaliczki (26%),
- przyczyny związane z późniejszym doposażeniem SOR i opóźnieniami w budowie po stronie Wykonawców,
- sytuacja powodziowa,
- przekroczenie budżetu projektu wynikłe z objęcia ambulansów sanitarnych akcją 18,6 %. skutkujące koniecznością ponownego przeprowadzenia przetargu z uwagi na brak wystarczających środków.

Poza występującymi opóźnieniami w 5% przypadków wystąpiło przyśpieszenie realizacji projektu względem założonego harmonogramu.

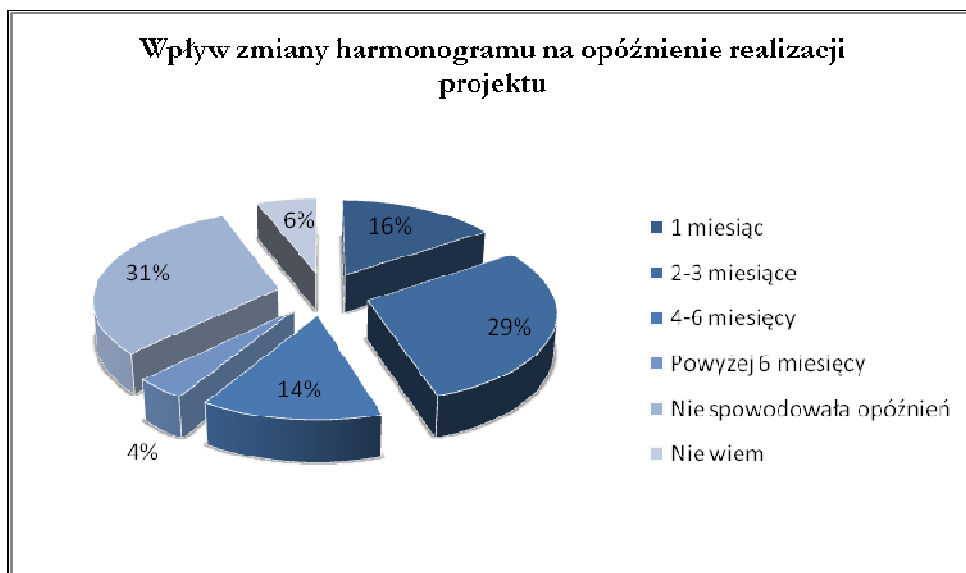
Badanie CATI wykazało iż niewiele ponad 67% badanych beneficjentów zmieniło zaplanowany wcześniej harmonogram realizacji Projektu. U ok. 45% z nich zmiana ta nie wpłynęła znacząco na realizację projektu. Opóźnienia te nie były dłuższe niż 3 miesiące. 13,73% beneficjentów przesunęło realizację swoich projektów o więcej niż 3, ale mniej niż 6 miesięcy. W przypadku 3,92% beneficjentów opóźnienia te wykroczyły poza ramy 6 miesięcy.

Wykres 13 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy



Źródło: wyniki badania CATI

Wykres 14 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu



Źródło: wyniki badania CATI

Szczegółowe dane w podziale na konkursy i projekty indywidualne zostały zestawione poniżej w ujęciu tabelarycznym.

Tabela 27 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Konkurs 1/2008

8. Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy	Liczebność N=46	Udział procentowy
Tak	28	60,87%
Nie	17	36,96%
Nie mam zdania	-	-
Brak	1	2,17%
Suma	46	100,00%

Zródło: wyniki badania CATI

Tabela 28 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Konkurs 1/2008

9. Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu	Liczebność N=28	Udział procentowy
1 miesiąc	4	14,29%
2-3 miesiące	8	28,57%
4-6 miesięcy	5	17,86%
Powyżej 6 miesięcy	2	7,14%
Nie spowodowała opóźnień	9	32,14%
Nie wiem	-	-
Suma	28	100,00%

Zródło: wyniki badania CATI

Tabela 29 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Konkurs 2/2008

8. Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy	Liczebność N=9	Udział procentowy
Tak	8	88,89%
Nie	1	11,11%
Nie mam zdania	-	-
Suma	9	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 30 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Konkurs 2/2008

9. Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu	Liczebność N=8	Udział procentowy
1 miesiąc	3	37,50%
2-3 miesiące	2	25,00%
4-6 miesięcy	1	12,50%
Powyżej 6 miesięcy	-	-
Nie spowodowała opóźnień	1	12,50%
Nie wiem	-	-
Brak	1	12,50%
Suma	8	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 31 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Konkurs 3/2008

8. Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy	Liczebność N=14	Udział procentowy
Tak	10	71,43%
Nie	4	28,57%
Nie mam zdania	-	-
Brak	-	-
Suma	14	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 32 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Konkurs 3/2008

9. Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu	Liczebność N=10	Udział procentowy
1 miesiąc	1	10,00%
2-3 miesiące	4	40,00%
4-6 miesięcy	-	-
Powyżej 6 miesięcy	1	10,00%
Nie spowodowała opóźnień	3	30,00%
Nie wiem	1	10,00%
Suma	10	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 33 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Tryb indywidualny

8. Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy	OGÓLEM		DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2	
	Liczebność N=7	Udział procentowy	Liczebność N=5	Udział procentowy	Liczebność N=2	Udział procentowy
Tak	5	71,43%	3	60,00%	2	100,00%
Nie	2	28,57%	2	40,00%	0	0,00%
Nie mam zdania	-	-	0	0,00%	0	0,00%
Suma	7	100,00%	5	100,00%	2	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 34 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Tryb indywidualny

9. Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu	OGÓLEM		DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2	
	Liczebność N=5	Udział procentowy	Liczebność N=3	Udział procentowy	Liczebność N=2	Udział procentowy
1 miesiąc	-	-				
2-3 miesiące	1	20,00%	1	33,33%		
4-6 miesięcy	-	-				
Powyżej 6 miesięcy	-	-				
Nie spowodowała opóźnień	3	60,00%	2	66,67%	1	50,00%
Nie wiem	1	20,00%			1	50,00%
Suma	5	100,00%	3	100,00%	2	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Beneficjenci uczestniczący w badaniu FGI wskazali w większości, iż swoje harmonogramy określali w sposób przemyślany, niejednokrotnie etapując projekt z uwagi na brak środków własnych na realizację przedsięwzięcia w całości. Pomimo przemyślanych harmonogramów napotkali jednak na trudności w realizacji inwestycji zgodnie z przyjętymi założeniami. Jako główne problemy respondenci wskazali:

- termin jaki upływa od momentu tworzenia harmonogramu do rzeczywistej realizacji projektu, trwający do 2 lat;

- parametry techniczne sprzętu ulegają „starzeniu” i często w trakcie realizacji dostępny jest już sprzęt o nowocześniejszych parametrach i rozwiązaniach funkcjonalnych;
- zmiany w zapisach SIWZ (uzgodnienia) skutkują przesunięciami w realizacji o około 3 miesiące; są przyczyną kolejnych opóźnień w projekcie;
- częstym powodem opóźnień w realizacji projektu zgodnie z przyjętym harmonogramem są prowadzone postępowania przetargowe; pomimo czasu przewidzianego na odwołania lub braku dostawcy/wykonawcy w określonej cenie, często zachodzi konieczność przeprowadzenia kilkakrotnie postępowania, co w efekcie przekłada się na wydłużenie okresu realizacji;
- u większości beneficjentów wystąpił problem wypłaty zaliczki; nie została ona wypłacona lub wypłacono ją ze znacznym opóźnieniem, co wiązało się z uaktualnieniami harmonogramów oraz, w niektórych przypadkach, z koniecznością podpisania aneksu do umowy o dofinansowanie;
- beneficjenci wskazywali również na trudności związane ze zmianą okresu kwalifikowalności oraz brakiem zasad/wytycznych w tym zakresie.

Jako działania usprawniające przygotowanie/realizację projektów beneficjenci wskazali:

- zakładanie większej rezerwy czasowej na przeprowadzenie przetargów oraz innych rezerw czasowych w harmonogramie na etapie jego tworzenia;
- usprawnienie kontaktu z opiekunami Projektu;
- skrócenie czasu na odpowiedź ze strony CSIOZ.

Proces certyfikacji środków i wysokość wydatków zgłoszonych do certyfikacji, uzależniony jest również od:

- terminowej realizacji zadań zadeklarowanych przez beneficjentów na etapie podpisywanych umów o dofinansowanie;
- terminów przeprowadzania procedur przetargowych przez beneficjentów, ich wyników, zgodności z przepisami prawa;
- częstotliwości i jakości składanych wniosków o płatność wraz z niezbędną dokumentacją, spełnienia wszelkich wymagań dotyczących kwalifikowalności wydatków i wyników kontroli dokonywanej przez IP II.

Wymienione powyżej czynniki mają zasadniczy wpływ na wyniki realizacji projektów, a tym samym na proces certyfikacji. Z doświadczenia IP II wynika, że projekty zmieniają

swoje tempo realizacji nie tylko w stosunku do założeń we wniosku o dofinansowanie, ale także już po podpisaniu umowy. Należy również zauważyć, iż harmonogram będący załącznikiem do umowy o dofinansowanie, podobnie jak i plan wystąpień o płatności, ulegają częstym modyfikacjom. W związku z powyższym, niewielkie nawet przesunięcia mają istotne znaczenie dla prognoz certyfikacji.

Ewentualne opóźnienia w kontekście zasady $n+3/n+2$ mogą przyczynić się do bezpowrotnej utraty kwoty różnicy będącej wynikiem złożenia wniosków o płatność, opiewających na kwotę mniejszą niż roczna transza środków alokowanych w roku n .

W odniesieniu do konkursu 1/2008 respondenci IDI mimo dokonywanych częstych przesunięć harmonogramów wskazują iż nie wpłynęły one na roczne limity certyfikacji.

Jednocześnie wskazują, iż mogą one stanowić zagrożenie zwłaszcza w przypadku projektów inwestycyjnych, których płatności będą przesuwaly się o kilka miesięcy, na nowe lata budżetowe.

Źródło: Sprawozdanie okresowe z wdrażania programu. Okres sprawozdawczy: 01.01.2010 r.-30.06.2010 r.

Rekomendacje:

- zaleca się umieszczenie na stronie internetowej prezentacji/ materiałów dotyczących kwestii problemowych występujących w obszarze zamówień publicznych mających na celu uświadomienie beneficjentom niezbędnej do zaplanowania rezerwy czasowej w harmonogramach
- należy usprawnić kontakt beneficjenta z Instytucją Wrażającą pod względem terminów obowiązującej procedury odpowiedzi na pisma; niezbędne uzgodnienia w kwestiach zmian harmonogramów czy zapisów SIWZ itp. dodatkowo wydłużają się z uwagi na czas, jaki przysługuje IW na odpowiedź, co z kolei przyczynia się do przedłużenia okresu realizacji projektu,
- należy usprawnić kontakt z Instytucją Wrażającą pod kątem dyspozycyjności dla beneficjentów opiekunów ich projektów,
- należy usprawnić proces sporządzania i składania wniosków o płatność (większa liczba szkoleń, dokładniejsza instrukcja wypełniania wniosków),
- z uwagi na brak jasno określonych wytycznych dotyczących rozliczania projektu, sugeruje się opracowanie materiałów szkoleniowych w tym zakresie, uwzględniających między innymi procedurę aneksowania umowy o dofinansowanie,

- zaleca się usprawnienie procesu przekazywania zaliczki, będącego niejednokrotnie przyczyną opóźnień w trakcie realizacji Projektu.

4. Czy czas przewidziany na realizację projektów jest adekwatny do ich zakresu rzeczowego? Jeśli nie, jakie są tego przyczyny? Jakie mogą być tego skutki? Jakiej można podjąć działania naprawcze?

W ramach badania FGI beneficjenci i potencjalni beneficjenci Działania 12.1. odnieśli się na ogół pozytywnie w kwestii czasu przewidzianego na realizację zakładanego zakresu rzeczowego, wskazując jako główną słabość w swoich harmonogramach termin przewidywany na przeprowadzenie postępowania przetargowego. Pomimo, że praktycznie we wszystkich przypadkach została zachowana rezerwa czasowa na przeprowadzenie przedmiotowej procedury, to w znacznej ilości przypadków czas ten okazał się niewystarczający na etapie realizacji przyjętych harmonogramów. Przesunięcia w realizacji projektów z tego tytułu były spowodowane m.in. koniecznością ponownego przeprowadzenia postępowania przetargowego.

Beneficjenci wskazali na istotną kwestię będącą przyczyną opóźnień jaką jest realizacja projektu w oparciu o założoną do uzyskania zaliczkę. Praktycznie bezproblemowo przebiegają projekty oparte o system refundacji poniesionych wydatków.

Analiza dokumentów, w szczególności liczna w tym zakresie korespondencja beneficjentów z Instytucją Wdrażającą, wykazała, iż na większość przesunięć miały wpływ czynniki niezależne od beneficjenta. Wprowadzona akcyza zwiększyła wartość ambulansów, co w trakcie przeprowadzanych postępowań przetargowych znalazło swoje odzwierciedlenie w trudnościach ze znalezieniem dostawcy ambulansu w planowanej kwocie.

Z przeprowadzonej analizy wniosków i umów wynika, iż nieznaczna ilość opóźnień 8,9% to opóźnienia dłuższe niż 3 miesiące. Większość występujących przyczyn nie wydłuża realizacji projektu w stopniu, który stanowiłby zagrożenie wynikające z przekroczenia czasowego zakładanego harmonogramu. Zatem tylko w nielicznych przypadkach czas przewidziany na realizację projektów nie jest adekwatny do ich zakresu rzeczowego.

Beneficjenci działania 12.2. (konkursowi jak i indywidualni) są na początkowym etapie realizacji, stąd trudno o wnioski płynące z realizacji projektów. Jednakże na podstawie innych projektów inwestycyjnych, wskazać można na zagrożenia związane ze stopniem skomplikowania projektu oraz możliwymi trudnościami związanymi z realizacją projektu zgodnie z harmonogramem.

Respondenci badania IDI jako najlepiej przygotowane do realizacji projektu wyróżniają projekty inwestycyjne, indywidualne. Podkreślają, iż były dobrze przygotowane, przemyślane, rozpoczęte przed podpisaniem umowy o dofinansowanie, stąd też iż harmonogramy są bardziej realistyczne.

Głównym czynnikiem źle założonych przez beneficjentów ram czasowych projektu, w odniesieniu do projektów konkursowych, wskazywanym przez ekspertów jest fakt, że beneficjenci na etapie składania wniosków bardziej koncentrują się na samym wniosku, na przedmiocie inwestycji, a nie na procesie racjonalnego rozłożenia jej w czasie.

Niezgodność realizacji projektu z przyjętymi harmonogramami w odniesieniu do czasu realizacji wiąże się z późniejszym wydatkowaniem środków, a tym samym certyfikacji, co może mieć niekorzystny wpływ na przyznaną pulę środków dla Priorytetu.

Na podstawie przeprowadzonych badań jako działania naprawcze związane z nieprawidłowo określonym terminem realizacji projektów, nie korespondującym z ich zakresem rzeczowym można wskazać:

- rozwiązanie problemu nieterminowego wypłacania zaliczek beneficjentowi;
- usprawnienie procedur związanych koniecznością podpisywania aneksu do umowy o dofinansowanie;
- zebranie i przedstawienie procedur związanych z rozliczaniem projektów unijnych.

Rekomendacje:

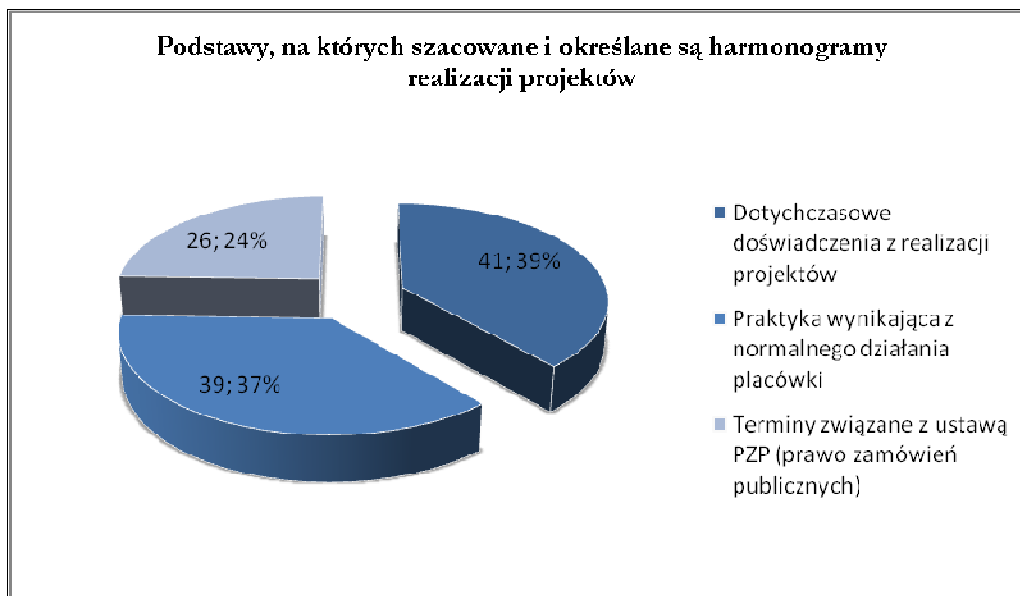
Na etapie przygotowywania beneficjentów do składania wniosków o dofinansowanie, należy położyć nacisk na realność założeń będących podstawą do stworzenia harmonogramu realizacji projektu. Proponowane narzędzia: poszerzenie instrukcji wypełniania wniosku pod kątem uwzględniania rezerw czasowych m.in. na przeprowadzenie postępowania przetargowego z uwzględnieniem ewentualnych protestów i odwołań.

5. Na jakich podstawach szacowane i określane są harmonogramy realizacji projektów? Czy uwzględniane są wszystkie najważniejsze czynniki związane z realizacją projektów?

Wyniki badania CATI wskazują, iż jako podstawy, na których szacowane i określane są harmonogramy realizacji Projektów, najczęściej bo aż u ok. 41% respondentów

wymieniana jest praktyka wynikająca z normalnego działania placówki, w nieznacznie mniejszym stopniu wskazywano dotychczasowe doświadczenia w realizacji projektów oraz terminy związane z ustawą PZP (prawo zamówień publicznych).

Wykres 15 Podstawy, na których szacowane i określane są harmonogramy realizacji projektów



Źródło: wyniki badania CATI

Niemalże wszyscy respondenci badania CATI wskazują, iż na etapie planowania uwzględnili w harmonogramie projektu wszystkie najważniejsze czynniki związane z jego realizacją.

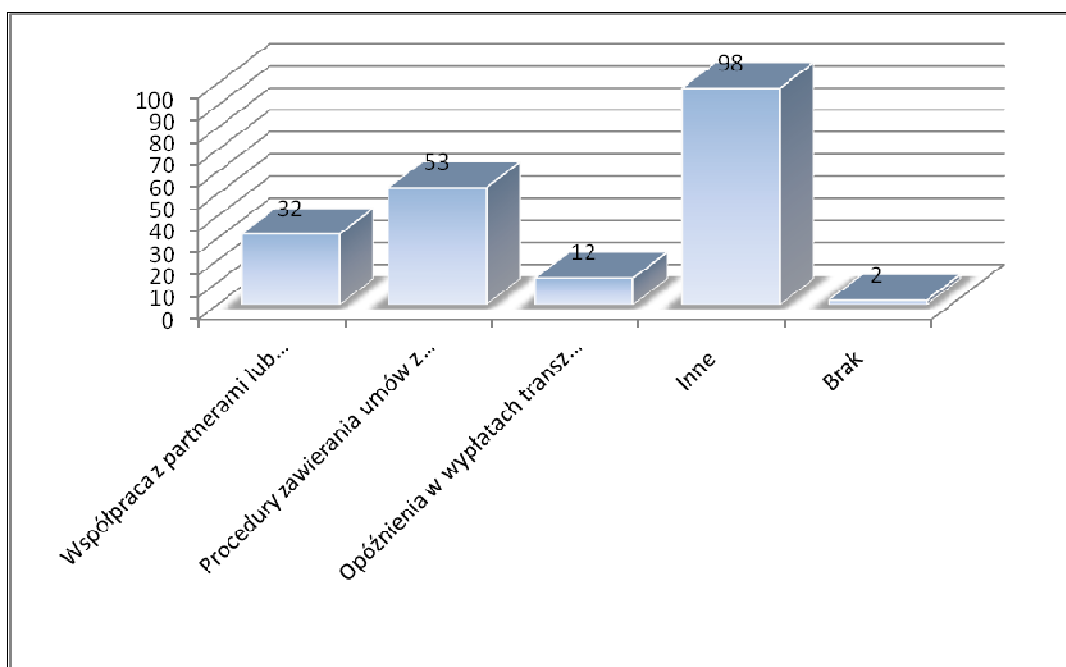
Tabela 35 Uwzględnienie w harmonogramie projektu wszystkich najważniejszych czynników związanych z jego realizacją

Uwzględnienie w harmonogramie projektu wszystkich najważniejszych czynników związanych z jego realizacją	Liczebność N=212	Udział procentowy
Tak	197	92,92%
Nie	8	3,77%
Nie wiem	6	2,83%
Brak	1	0,47%
Suma	212	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Struktura czynników branym pod uwagę na etapie planowania harmonogramu w związku z realizacją projektu została przedstawiona w ujęciu graficznym. Najczęściej wymienianym czynnikiem branym pod uwagę na etapie planowania projektu w ujęciu ogólnym jest proces przeprowadzenia procedury związanej z przeprowadzeniem postępowania przetargowego. Wskazywany jest on przez 53% respondentów. Jako drugi czynnik wzięto pod uwagę współpracę z partnerami i podwykonawcami (32%). Kolejnym czynnikiem wpływającym na dobrze zaplanowany harmonogram jest kwestia opóźnienia w wypłatach transz wnioskowanego dofinansowania.

Wykres 16 Czynniki brane pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu



Źródło: wyniki badania CATI

Poniższa tabela przedstawia czynniki brane pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu w podziale na działania oraz tryby: konkursowy i indywidualny.

Tabela 36 Czynniki brane pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu w podziale na działania oraz tryby: konkursowy i indywidualny.

Czynniki brane pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu	TRYB KONKURSOWY		TRYB INDYWIDUALNY		DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2	
	Liczebność	Udział procentowy	Liczebność	Udział procentowy	Liczebność	Udział procentowy	Liczebność	Udział procentowy
	N=194		N=18		N=171		N=41	
współpraca z partnerami lub podwykonawcami	29	14,95%	3	16,67%	26	15,20%	6	14,63%
procedury zawierania umów z wykonawcami (Ustawa Prawo Zamówień Publicznych)	47	24,23%	6	33,33%	42	24,56%	11	26,83%
opóźnienia w wypłatach transz (problemy z wnioskami płatniczymi)	12	6,19%	0	0,00%	6	3,51%	6	14,63%
pozostali respondenci	106	54,64%	9	50,00%	97	56,73%	18	43,90%
Suma	194	100,00%	18	100,00%	171	100,00%	41	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Analiza dokumentacji (wniosków i umów o dofinansowanie) związanej z realizacją projektów pozwoliła określić najczęściej pojawiające się nieprawidłowości, problemy:

- w 10% przypadków wystąpiła konieczność zmiany zapisów siwz,
- w 17% przypadkach beneficjenci wystąpili z prośbą o przesunięcia wydatków między kategoriami,
- u niecałych 20% beneficjentów wzrosła wartość projektu w wyniku zakońzonego/zakończonych postępowania/ postępowań przetargowych, najczęstszym powodem wzrostu wartości projektów było objęcie ambulansów sanitarnych akcją 18,6 %. Założona rezerwa związana ze zmianą cen w tych przypadkach nie była wystarczająca.

Analiza wyników badania FGI wskazuje, iż beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci realizujący bądź planujący realizować swoje projekty w ramach działania 12.1. przede wszystkim określają zakres rzeczowy harmonogramów w oparciu o zdefiniowane kryteria wyboru projektów.

Natomiast podczas określania harmonogramów realizacji projektów w ramach działania 12.2. uwzględniane są takie czynniki jak:

- czas postępowania przetargowego z pewną rezerwą, jednak nie uwzględniającą protestów;
- czas dostarczenia aparatury, czy ambulansów lub czas wykonania robót budowlanych.

Rekomendacje: nie dotyczy

6. Czy harmonogram naboru wniosków został zaplanowany w sposób umożliwiający efektywne wydatkowanie środków nie zagrażające zachowaniu zasady $n+3/n+2$? Jeśli nie, jakie należy zastosować działania naprawcze?

Według respondentów IDI proces oceny projektów jest zbyt długi. Sytuacja ta często przyczynia się do zmian w harmonogramach realizacji projektów. Jednakże obecnie kładziony jest nacisk na czas trwania procedur. Pod uwagę bierze się cykl życia projektów oraz długość oceny i czas realizacji tak, aby projekty zakończyły się wcześniej niż w 2015 roku. W trybie konkursowym około roku mija od ogłoszenia naboru wniosków do podpisania umowy o dofinansowanie. Instytucja Zarządzająca wprowadziła bardziej rygorystyczne terminy na dokonywanie oceny. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego opracowało szczegółowe zalecenia co do terminu oceny. Oczekuje się, iż cała procedura oceny powinna zakończyć się w ciągu 6 miesięcy.

Dużo lepiej sytuacja ta przedstawia się w trybie indywidualnym gdzie średni czas jaki upływa od zakończenia oceny do podpisania umowy wynosi do 5 miesięcy. Natomiast średni czas trwania projektów realizowanych w trybie indywidualnym na podstawie analizy zakładanych harmonogramów wynosi ok. 3,5 roku.

W związku z faktem, iż dostępna w ramach Priorytetu XII PO IiŚ alokacja została już niemalże w całości wyczerpana, a także ze względu na utrzymujący się nadal spadkowy kurs euro, nie przewiduje się w zakładanych terminach postępowania konkursowego w zakresie zakupu ambulansów oraz budowy i remontu lądowisk dla helikopterów. Realizacja ww. konkursów uzależniona będzie od pozyskania dodatkowych środków dla Priorytetu XII PO IiŚ. Analiza obecnego stanu realizacji konkursów:

W Działaniu 12.1 zakończono podpisywanie umów o dofinansowanie w ramach Konkursu nr 1/2008, trwa podpisywanie umów w ramach Konkursu nr 2/2008. Ponadto, ogłoszono 1 konkurs, dotyczący budowy lub remontu lądowisk (1/2010) oraz przeprowadzono w ramach niego ocenę formalną oraz merytoryczną I stopnia. Zgłoszono również na listę projektów indywidualnych 13 projektów na rzecz utworzenia centrów urazowych, zaproponowano równocześnie zmianę trybu wyboru tych projektów z systemowego na indywidualne (luty 2010 roku). W odniesieniu do centrów urazowych podpisano ze wszystkimi beneficjentami pre-umowy, a 8 z nich złożyło wnioski o dofinansowanie.

Została podpisana pre-umowa z projektem indywidualnym pt: „Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego” . Całkowita wartość projektu - 115 780 000 PLN (w tym kwalifikowane 105 780 000 PLN), dofinansowanie z EFRR - 89 913 000 PLN. Wniosek o dofinansowanie został złożony w marcu 2010 r., przeszedł pozytywnie ocenę (ocena formalna od 7 kwietnia do 11 maja br., ocena merytoryczna I stopnia od 12 maja do 17 czerwca br., ocena merytoryczna II stopnia od 19 maja do 17 czerwca br.) i została wydana decyzja o przyznaniu dofinansowania.

W ramach Działania 12.1 realizowany jest także projekt indywidualny pn. „Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego”. Zgodnie z pre-umową projekt obejmuje dwa etapy:

I. Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 1, (orientacyjny koszt całkowity projektu: 36,92 mln PLN, szacunkowa kwota dofinansowania z UE: 31,38 mln PLN).

II. Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - ETAP 2, (orientacyjny koszt całkowity projektu: 31,35 mln PLN, szacunkowa kwota dofinansowania z UE: 26,64 mln PLN).

W Działaniu 12.2 zostały wpisane na listę indywidualnych projektów kluczowych 5 projektów:

I. „Przebudowa i rozbudowa wraz z wyposażeniem Kliniki Pneumonologii i Mukowiscydozy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc”, beneficjent - Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój, wartość dofinansowania z EFRR - 48 185 910,26 PLN, okres realizacji 01.01.2008-31.12.2011,

II. „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno - leczniczego SPSK nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, beneficjent - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, wartość dofinansowania z EFRR - 31 444 526,00 PLN, okres realizacji 01.01.2007 - 30.06.2013,

III. „Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej”, beneficjent - Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR - 33 126 200,00 PLN, okres realizacji 01.01.2008 - 31.12.2011,

IV. „Rozbudowa Szpitala Klinicznego nr 1 - Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych PAM”, beneficjent - Pomorska Akademia Medyczna, wartość dofinansowania z EFRR - 43 603 564,08 PLN, okres realizacji 01.04.2007 - 31.12.2011,

V. „Poprawa efektywności leczenia chorób płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie”, beneficjent - Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR - 58 650 000,00 PLN, okres realizacji 01.10.2007 - 30.10.2011.

Wszystkie z ww. projektów pozytywnie przeszły ocenę formalną oraz merytoryczną oraz podpisały umowę o dofinansowanie.

Ponadto, zgłoszony został również na listę projektów indywidualnych projekt pn. „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 w Warszawie, wartość dofinansowania z EFRR ~ 25 500 000 PLN, okres realizacji 2010 - 2012.

W Działaniu 12.2 zgłoszono dodatkowo 2 nowe projekty indywidualne na listę projektów rezerwowych (aktualizacja lipiec 2010), podpisano również pre-umowę z jednym z beneficjentów indywidualnych, który został zgłoszony na listę projektów indywidualnych podczas aktualizacji w lutym 2010 r. Ponadto w konkursie nr 3/2008 również przeprowadzono ocenę merytoryczną oraz podpisano większość umów o dofinansowanie.

Podsumowując harmonogram naboru wniosków został zaplanowany w sposób umożliwiający efektywne wydatkowanie środków. Nie identyfikuje się zagrożeń związanych z zachowaniem zasady n+2/ n+3 w odniesieniu do już przeprowadzonych konkursów.

Jednakże istotną kwestią w tym zakresie jest wstrzymany konkurs na zakup ambulansów oraz na budowę i remont lądowisk. Biorąc pod uwagę ile obecnie trwa ocena wniosków i jaki czas upływa do momentu podpisania umowy o dofinansowanie w przypadku ogłaszania kolejnych konkursów, należy położyć szczególny nacisk na procedury związane z oceną projektów.

Rekomendacje: nie dotyczy

7. Czy realizowane inwestycje powstałyby bez uzyskania dotacji z EFRR? Jeżeli tak, to czy przesunięcie czasowe/zakresu inwestycji byłoby znaczące?

W opinii badanych beneficjentów (N= 212) w 69% przypadków brak dofinansowania wpłynąłby na przesunięcia czasowe w harmonogramie realizacji inwestycji. Tylko w przypadku 14% respondentów uzyskane dofinansowanie nie miało wpływu na czas realizacji inwestycji. Należy wziąć pod uwagę fakt, iż część zadeklarowanych odpowiedzi nie jest tyle wynikiem posiadania środków własnych na realizację inwestycji, co wypływa z konieczności realizacji danego projektu. 17% respondentów nie było w stanie określić jak brak dofinansowania przełożyłby się na realizację projektu.

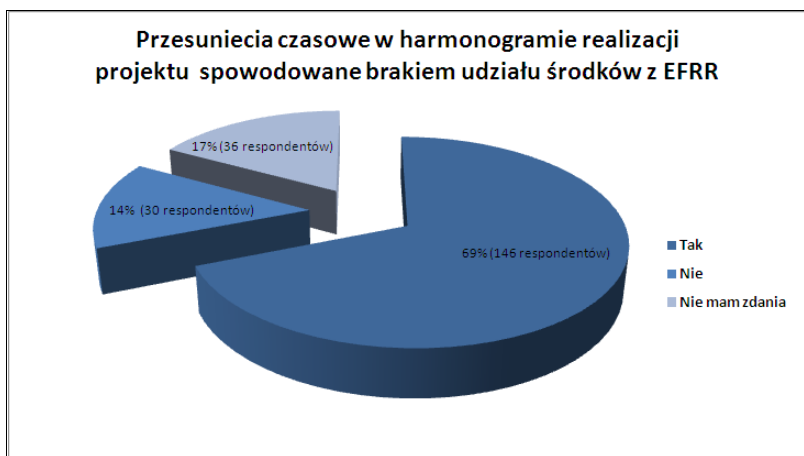
Ujęcie tabelaryczne przedstawia analizowane dane w podziale na działania oraz na projekty indywidualne i konkursowe:

Tabela 37 Przesunięcia czasowe w harmonogramie realizacji projektu spowodowane brakiem udziału środków z EFRR

	TRYB KONKURSOWY		TRYB INDYWIDUALNY		DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2	
	Liczebność N=194	Udział procentowy	Liczebność N=18	Udział procentowy	Liczebność N=171	Udział procentowy	Liczebność N=41	Udział procentowy
tak	135	69,59%	11	61,11%	114	66,67%	32	78,05%
nie	28	14,43%	2	11,11%	24	14,04%	6	14,63%
nie mam zdania	31	15,98%	5	27,78%	33	19,30%	3	7,32%
Suma	194	100,00%	18	100,00%	171	100,00%	41	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

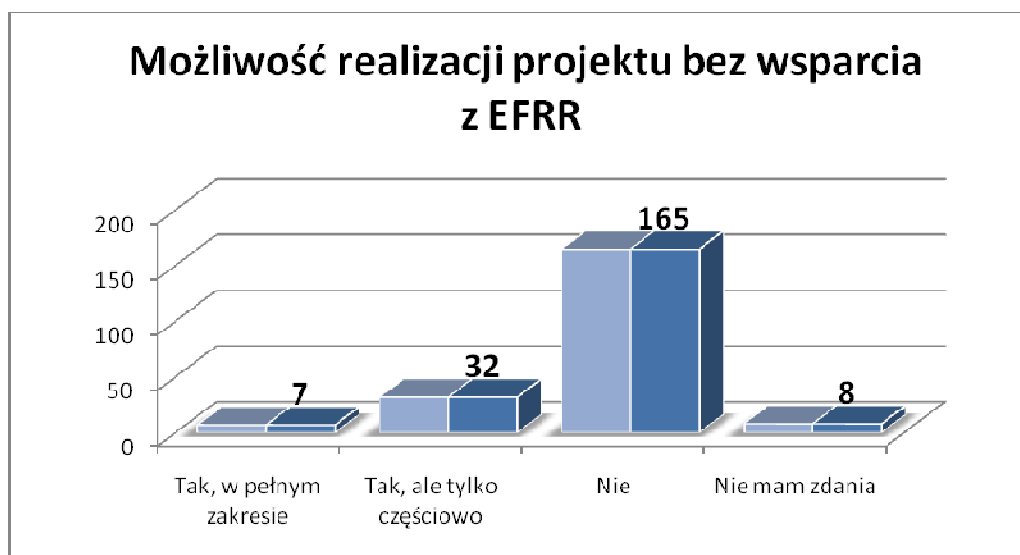
Wykres 17 Przesunięcia czasowe w harmonogramie realizacji projektu spowodowane brakiem udziału środków z EFRR dla priorytetu ogółem



Źródło: wyniki badania CATI

Blisko 80% badanych beneficjentów bez wsparcia z EFRR nie miałyby możliwości realizacji planowanego projektu. Realizację przedsięwzięć w okrojonym zakresie deklaruje 15% respondentów. Natomiast 3% wskazuje, iż bez wsparcia zrealizowałyby projekt w pełnym zakresie, zgodnie z zakładanym harmonogramem. Na poniższym wykresie przedstawiono wartościowe ujęcie udzielonych odpowiedzi.

Wykres 18 Możliwość realizacji projektu bez wsparcia z EFRR



Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 38 Możliwość realizacji projektu bez wsparcia z EFRR

22. Możliwość realizacji projektu bez wsparcia z EFRR	TRYB KONKURSOWY				TRYB INDYWIDUALNY			
	DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2		DZIAŁANIE 12.1		DZIAŁANIE 12.2	
	Liczebność N=159	Udział procentowy	Liczebność N=35	Udział procentowy	Liczebność N=12	Udział procentowy	Liczebność N=6	Udział procentowy
tak, w pełnym zakresie	4	2,52%	1	2,86%	2	16,67%		0,00%
tak, ale tylko częściowo	23	14,47%	6	17,14%	0	0,00%	2	33,33%
nie	125	78,62%	26	74,29%	10	83,33%	4	66,67%
nie mam zdania	7	4,40%	2	5,71%	0	0,00%		0,00%
Suma	159	100,00%	35	100,00%	12	100,00%	6	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Przeprowadzone badanie FGI wskazało, iż Beneficjenci/ potencjalni Beneficjenci Działania 12.1 bez uzyskania dotacji realizowałyby swoje projekty ze znacznymi przesunięciami czasowymi i na dużo mniejszą od zakładanej pierwotnie skalę.

Beneficjenci/ potencjalni Beneficjenci Działania 12.2 udzielili zbliżonych odpowiedzi. Część respondentów wskazała, iż zrealizowałaby projekt na mniejszą skalę lub w dłuższej perspektywie czasowej. Część całkowicie zrezygnowałaby z realizacji Projektu.

Uczestnicy panelu eksperckiego przychylają się do zebranych danych i potwierdzają, iż tylko nieznaczna część projektów bez udzielenia dotacji byłaby realizowana w niezmiennym zakresie i podobnym terminie.

Rekomendacje: nie dotyczy

8. Jakie byłyby możliwe inne źródła finansowania inwestycji? Czy rzeczywiście środki te mogłyby w pełni zaspokoić zapotrzebowanie na realizację konkretnego projektu/inwestycji?

Przeprowadzone badanie CATI daje następujące wyniki: najczęściej wskazywanym źródłem realizacji inwestycji w przypadku nieudzielenia wsparcia z EFRR są środki własne. Źródło to wskazuje ok.87% badanych, przy czym większość z nich wskazuje drugie źródło finansowania. Jest nim wsparcie organów założycielskich.

Tabela 39 Źródła finansowania – beneficjenci ogółem

Źródła finansowania	Liczebność N=30	Udział procentowy
Środki własne	26	86,66%
Wsparcie z organów założycielskich (jst, administracja centralna)	15	50%
Inne	2	0,60%

Źródło: wyniki badania CATI

W odniesieniu do uzyskania innego źródła finansowania niż fundusz europejski, prezentuje się w formie tabelarycznej stopień zaspokojenia zapotrzebowania przez alternatywne źródła finansowania na realizację konkretnego projektu/inwestycji. Tylko 43% badanych wskazuje na realizację planowanej inwestycji w pełnym zakresie z wykorzystaniem alternatywnych źródeł finansowania.

Tabela 40 Zaspokojenie przez środki zapotrzebowania na realizację konkretnego projektu/inwestycji

Zaspokojenie przez środki zapotrzebowania na realizację konkretnego projektu/inwestycji	Liczebność N=168	Udział procentowy
Tak, w pełnym zakresie	73	43,45%
Tak, ale tylko częściowo	52	30,96%
Nie	29	17,26%
Nie mam zdania	12	7,14%
Brak	2	1,19%
Suma	168	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Uczestnicy badania FGI dla Działania 12.1 wskazują POIiŚ jako jedyne źródło dofinansowania ratownictwa medycznego z funduszy unijnych (zgodnie z Linią Demarkacyjną). Badani beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci Działania 12.2. jako alternatywne źródła finansowania wskazują fundusze organu założycielskiego. Ponadto respondenci wskazali na brak możliwości finansowania inwestycji ze środków zaoszczędzonych w ramach kontraktu z NFZ (wylączenia prawne). Ostatnią wskazaną opcją jest sponsoring, niestety ciągle mało w Polsce popularny.

Rekomendacje: nie dotyczy

III. Prognoza osiągnięcia wartości docelowych wskaźników (uwzględniony zostanie zarówno poziom alokacji przeznaczony na Działanie, jak również harmonogramy naboru wniosków i harmonogramy realizacji projektów).

1. Jakie są wartości poszczególnych wskaźników w momencie realizacji badania ewaluacyjnego?

Poniżej przedstawiono tabelaryczne zestawienie wartości poszczególnych wskaźników wg stanu na dzień 12 października 2010r.

Tabela 41 Poziom osiągnięcia wskaźników programowych wg stanu na 12 października 2010r.

		Nazwa wskaźnika	Realizacja wg stanu na dzień 12-10-2010	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta	Zakładana wartość docelowa
Wszystkie projekty	PA	Liczba projektów (szt.)	79 projektów złożyło wnioski o płatność końcową, natomiast 57 projektów ma złożony wniosek o płatność końcową i wypłacone zostały im środki	312*	500
	RA	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)	1857,9 (dane za rok 2008)	dane statystyczne	1460,3
	RA	Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców) (os./rok)	76,9 (dane za 2009 r.)	dane statystyczne - trudne do oszacowania	79,2
	RA	Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy (ekwiwalent pełnego czasu pracy)	5	83	wartość dla PO IiŚ 5950
Działanie 12.1	PA	Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt.)	180 (na podstawie wniosków o płatność końcową, 224- na podstawie wszystkich wniosków o płatność)	344	600
	PA	Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (szt.)	0	16	16
	RA	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca	5,58 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców 13 minut poza miastem powyżej 10 tys. Mieszkańców (dane za rok 2009)	Do 8 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców, do 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców	Do 8 minut w miesiące powyżej 10 tys. mieszkańców, do 15 minut powyżej 10 tys. mieszkańców
	PB	Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej (szt.)	0	51**	sprawozdawczość beneficjentów
	PB	Liczba wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej (szt.)	0	72**	sprawozdawczość beneficjentów
	PB	Liczba utworzonych centrów urazowych (szt.)	0	13	8 (9)
	PB	Liczba przebudowanych lub wyremontowanych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyl. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrów urazowych) (szt.)	0	100	100
	PB	Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego	0	11	9
PB	Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia w ramach działania(szt)	0	44	44	
Działanie 12.2	PA	Liczba przebudowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej	0	60	60
	PA	Liczba przebudowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej			
	RA	Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej [lata]	8,43 (dane za 2009)	dane statystyczne	10
	RA	Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych ¹ (tys. os.)	120,18 (dane za 2008)	dane statystyczne	89,6
	RB	Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (szt./rok)	0	840 580	bd

* w oparciu o ogłoszone 4 postępowania konkursowe oraz projekty indywidualne

Źródło: dane na 12 października 2010r. udostępnione przez Instytucję Pośredniczącą

Jak wynika z powyższego zestawienia, w przypadku wskaźników:

- 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),
- liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców) (os.)/rok, wartość aktualnie osiągnięta przewyższa zakładaną wartość docelową.

Natomiast w przypadku wskaźnika liczba projektów (szt.), osiągnięta dotychczas wartość nie daje podstaw do stwierdzenia, że założona wartość docelowa zostanie osiągnięta. Z uwagi na niemal wyczerpaną wielkość alokacji, wartość przedmiotowego wskaźnika może jedynie nieznacznie wzrosnąć w stosunku do stanu z 12 października 2010r.

Realizacja projektów w ramach Działania 12.1 może stanowić podstawę do stwierdzenia, że wartość docelowa dla przedstawionych powyżej w tabeli wskaźników zostanie osiągnięta, a nawet przekroczona. Jedyne wyjątek stanowi wskaźnik Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt.). Niestety, w tym przypadku osiągnięta do 12 października 2010r. wartość wskaźnika nie rokuje na wzrost do poziomu założonego w dokumentacji programowej. Potwierdzają to również szacunki Instytucji Pośredniczącej.

W przypadku Działania 12.2, wartości obecnie osiągnięte, jak i szacowane, dorównują lub przewyższają zakładanym wartościom docelowym dla Działania 12.2.

Wnioski: jedynie dwa z analizowanych osiemnastu wskaźników w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia wydają się być zagrożone pod względem osiągnięcia zakładanej wartości docelowej (liczba projektów oraz liczba zakupionych ambulansów). Ponadto zaobserwowano, że już na obecnym poziomie realizacji wskaźników produktu osiągnięte zostają wskaźniki rezultatu, a nieosiągnięcie wartości docelowych dwóch wskaźników produktu nie wpłyną negatywnie na rezultaty.

Rekomendacje: nie dotyczy

2. Czy wartości docelowe wskaźników zostały trafnie oszacowane? Czy są realne do osiągnięcia? Jeżeli nie, z czego wynikają ewentualne rozbieżności?

Zgodnie z deklaracjami respondentów IDI, postęp w osiąganiu wartości docelowych poszczególnych wskaźników na poziomie Działania jest na bieżąco monitorowany, a w razie zidentyfikowania realnych zagrożeń - podejmowane są działania zaradcze. Jako przykład można podać realokację środków z Działania 12.2 do 12.1 (15 mln euro), co stworzyło warunki do wzrostu wartości wskaźników, w przypadku których istnieje bardzo duże ryzyko nie osiągnięcia założonych wartości, tj. liczba projektów oraz liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego.

Wartości docelowe wskaźników na poziomie Działania były szacowane na wstępnym etapie programowania, z uwzględnieniem dostępnych wówczas danych oraz przy danym kursie euro. Biorąc pod uwagę odmienne uwarunkowania okresu, w którym poziom docelowy był określany, oraz okresu wdrażania Priorytetu, zespół badawczy w tym upatruje przyczyn ewentualnych rozbieżności w wartości osiągniętej i zakładanej.

Z perspektywy beneficjentów wartości docelowe wskaźników realizacji projektów są trafnie oszacowane oraz realne do osiągnięcia. Poniżej przedstawia się wynik wywiadu telefonicznego wspomaganego komputerowego, przeprowadzonego na próbie 212 beneficjentów wsparcia udzielanego w ramach Działania 12.1 i 12.2 w przedmiotowym obszarze.

Respondenci na pytanie „Czy w Pani/Pana opinii wskaźniki realizacji Państwa projektu zostały trafnie oszacowane?”, odpowiedzieli w następujący sposób:

Tabela 42 Trafność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci ogółem

20. Trafność oszacowania wskaźników realizacji projektów – Priorytet XII	Liczebność N=212	Udział procentowy
Tak	209	98,58%
Nie	3	1,42%
Nie mam zdania	-	-
Suma	212	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 43 Trafność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.1

Trafność oszacowania wskaźników realizacji projektów – Działanie 12.1	Liczebność N=171	Udział procentowy
Tak	169	98,83%
Nie	2	1,17%
Nie mam zdania	-	-
Suma	171	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 44 Trafność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.2

Trafność oszacowania wskaźników realizacji projektów – Działanie 12.2	Liczebność N=41	Udział procentowy
Tak	40	97,56%
Nie	1	2,44%
Nie mam zdania	-	-
Suma	41	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Jak wynika z powyższych tabel, niemal wszyscy respondenci potwierdzają trafność oszacowania wskaźników realizacji projektów. Osoby, które udzieliły odpowiedzi przeczącej zostały poproszone o odpowiedź na pytanie „Co wpłynęło na obecną nierealność wartości wskaźników?”. Jedynie 1 osoba wskazała, że przyczyną jest „ogólna sytuacja szpitala”, pozostałe dwie nie były w stanie wskazać konkretnego powodu takiego stanu rzeczy.

W ramach wywiadu beneficjenci zostali również poproszeni o odpowiedź, czy w chwili obecnej wskaźniki projektu są możliwe do osiągnięcia. Poniżej prezentuje się wyniki badania w tym obszarze, w podziale na Działania oraz tryb konkursowy i indywidualny.

Tabela 45 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci ogółem

19. Możliwe osiągnięcie wskaźników projektu na chwilę obecną – Priorytet XII	Liczebność N=212	Udział procentowy
Tak	177	83,49%
Nie	28	13,21%
Nie mam zdania	7	3,30%
Suma	212	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 46 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.1

Możliwe osiągnięcie wskaźników projektu na chwilę obecną – Działanie 12.1	Liczebność N=171	Udział procentowy
Tak	148	86,55%
Nie	19	11,11%
Nie mam zdania	4	2,34%
Suma	171	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 47 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.2

Możliwe osiągnięcie wskaźników projektu na chwilę obecną – Działanie 12.2	Liczebność N=41	Udział procentowy
Tak	29	70,73%
Nie	9	21,95%
Nie mam zdania	3	7,32%
Suma	41	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 48 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach trybu konkursowego

Możliwe osiągnięcie wskaźników projektu na chwilę obecną – tryb konkursowy	Liczebność N=194	Udział procentowy
Tak	164	84,54%
Nie	25	12,89%
Nie mam zdania	5	2,58%
Suma	194	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 49 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach trybu indywidualnego

Możliwe osiągnięcie wskaźników projektu na chwilę obecną – tryb indywidualny	Liczebność N=18	Udział procentowy
Tak	13	72,22%
Nie	3	16,67%
Nie mam zdania	2	11,11%
Suma	18	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Z powyższych zestawień wynika, że beneficjenci wsparcia udzielanego w ramach Działania 12.1 nieco wyżej oceniają realność osiągnięcia wskaźników dla projektu od beneficjentów Działania 12.2. (odpowiednio 87 i 71% odpowiedzi twierdzących). Respondenci reprezentujący podmioty realizujące projekt w trybie konkursowym częściej niż w przypadku beneficjentów wyłonionych w trybie indywidualnych wskazywali, że na chwilę obecną wskaźniki projektu są możliwe do osiągnięcia (odpowiednio 85 i 72%).

Ogółem, na podstawie wyników badania CATI można stwierdzić, że beneficjenci uznają założone wartości wskaźników projektu za trafnie oszacowane i realne do osiągnięcia (odpowiedzi twierdzące na poziomie odpowiednio 99 i 83%). Potwierdzają to również odpowiedzi beneficjentów na pytanie „Czy w związku ze wskazanymi wcześniej trudnościami mogą wystąpić problemy z osiągnięciem zaplanowanych w projekcie wartości wskaźników?”.

Tabela 50 Występowanie problemów dotyczących wskaźników – beneficjenci ogółem

14. Występowanie problemów dotyczących osiągnięcia zaplanowanych w projekcie wartości wskaźników	Liczebność N=212	Udział procentowy
Tak	12	5,66%
Nie	195	91,98%
Nie mam zdania	4	1,89%
Brak	1	0,47%
Suma	212	100,00%

Zródło: wyniki badania CATI

Jedynie kilka procent respondentów wskazuje na problemy w realizacji projektu związane z ryzykiem nieosiągnięcia zakładanych wartości wskaźników. Na pytanie „Które wskaźniki mogą nie zostać osiągnięte?”, wśród 12 osób, których dotyczyło pytanie, 2 osoby wskazały wskaźniki rezultatu (w tym jedna doprecyzowała, że chodzi o liczbę badań), w jednym przypadku była to zakładana liczba wygenerowanych nowych miejsc pracy, jedna osoba wskazała liczbę zakupionych ambulansów, pozostałe nie podały konkretnego wskaźnika.

W wyniku przeprowadzonego zogniskowanego wywiadu grupowego, beneficjenci:

- Działania 12.1 – wszyscy uczestnicy wywiadu potwierdzili, że w przypadku realizowanych przez nich projektów wartość wskaźników została trafnie oszacowana oraz jest realna do osiągnięcia (beneficjenci monitorują jedynie wskaźnik liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego),

- Działania 12.2 – uczestnicy wywiadu byli podzieleni, część z nich nie widziała zagrożeń co do osiągnięcia założonych wskaźników, jednak zgłoszono pewne wątpliwości co do deklarowanej wartości wskaźnika potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych wykonanych z wykorzystaniem zakupionego sprzętu.

Rekomendacje: nie dotyczy.

3. W jaki sposób, na podstawie jakich danych określano wartości docelowe wskaźników na poziomie Działań? Kto był za te prace odpowiedzialny?

Wartości docelowe wskaźników na poziomie Działań zostały oszacowane przez Instytucję Pośredniczącą. System wskaźników został opracowany na wstępnym etapie programowania Priorytetu. Respondenci IDI wskazali, że dla oszacowania wartości docelowej wskaźników produktu i rezultatu dla poszczególnych Działań, wzięto pod uwagę przede wszystkim:

- wysokość alokacji przy danym kursie euro,
- szacunkową średnią wartość projektów,
- statystyki publikowane przez Główny Urząd Statystyczny
- dane Ministerstwa Zdrowia.

Rekomendacje: nie dotyczy

4. Na podstawie jakich danych źródłowych, jakich informacji beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników w swoich wnioskach? Czy źródła te były właściwe i rzetelne?

Poniżej przedstawia się wynik wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego CATI, przeprowadzonego na próbie 212 beneficjentów wsparcia udzielanego w ramach Działania 12.1 i 12.2 w obszarze danych źródłowych szacowania wartości docelowych wskaźników oraz ich poprawności. Dane przedstawiono w podziale na Działania oraz tryb wyboru projektów.

Tabela 51 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – beneficjenci ogółem

18. Dane, na podstawie których, zostały oszacowane wartości wskaźników w projekcie – Priorytet XII	Liczebność N=212	Udział procentowy
Ogólnodostępne dane statystyczne, np. GUS	71	33,49%
Badania własne	136	64,15%
Inne	41	19,33%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 52 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – beneficjenci Działania 12.1

Dane, na podstawie których, zostały oszacowane wartości wskaźników w projekcie – Działanie 12.1	Liczebność N=171	Udział procentowy
Ogólnodostępne dane statystyczne, np. GUS	60	35,08%
Badania własne	106	61,98%
Inne	32	18,12%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 53 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – beneficjenci Działania 12.2

Dane, na podstawie których, zostały oszacowane wartości wskaźników w projekcie – Działanie 12.2	Liczebność N=41	Udział procentowy
Ogólnodostępne dane statystyczne, np. GUS	11	26,82%
Badania własne	30	73,17%
Inne	9	21,95%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 54 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – tryb konkursowy

Dane, na podstawie których, zostały oszacowane wartości wskaźników w projekcie – tryb konkursowy	Liczebność N=194	Udział procentowy
Ogólnodostępne dane statystyczne, np. GUS	62	31,95%
Badania własne	125	64,43%
Inne	37	19,07%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 55 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – tryb indywidualny

Dane, na podstawie których, zostały oszacowane wartości wskaźników w projekcie – tryb indywidualny	Liczebność N=18	Udział procentowy
Ogólnodostępne dane statystyczne, np. GUS	9	16,67%
Badania własne	11	61,11%
Inne	4	22,22%

Źródło: wyniki badania CATI

Jak wynika z powyższych tabel, beneficjenci podczas szacowania wartości wskaźników w projekcie opierają się głównie na badaniach własnych. Około 1/3 badanych deklaruje korzystanie z danych ogólnodostępnych (częściej w przypadku projektów realizowanych w trybie konkursowym niż indywidualnym).

W wyniku przeprowadzonego zogniskowanego wywiadu grupowego, beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci:

- Działania 12.1 – wszyscy uczestnicy wywiadu potwierdzili, że w przypadku realizowanych przez nich projektów wartość wskaźników została określona na podstawie analizy potrzeb, a w efekcie przedmiotu projektu (beneficjenci monitorują jedynie wskaźnik liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego),
- Działania 12.2 – uczestnicy wywiadu potwierdzili, że były to głównie badania własne, dla oszacowania liczby badań, jaka zostanie wykonana zakupionym sprzętem posłużono się deklaracjami tzw. personelu białego.

Zgodnie z wynikami przedstawionymi w poprzedniej części opracowania, beneficjenci objęci badaniem CATI oraz FGI uznają przyjęte wartości wskaźników za trafnie oszacowane, stąd można też przyjąć, że również, źródła, które w tym celu wykorzystali są poprawne.

Rekomendacje: nie dotyczy.

5. Jak dotychczas osiągnięte wartości wskaźników na poziomie poszczególnych Działań rokuja na osiągnięcie ich wartości docelowych?

Zarówno w wyniku analizy danych udostępnionych przez Instytucję Pośredniczącą, jak i odpowiedzi respondentów IDI, zespół badawczy stwierdził, że ryzyko nie osiągnięcia wartości docelowych dotyczy jedynie dwóch wskaźników:

- liczba projektów,
- liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego.

Pozostałe wskaźniki, co przedstawiono w poprzedniej części opracowania, nie budzą wątpliwości co do osiągnięcia zakładanego w dokumentacji programowej poziomu, stąd w niniejszej analizie zostaną pominięte.

Tabela 56 Szacunkowe wartości wskaźników, które nie rokują na osiągnięcie ich wartości docelowych

Nazwa wskaźnika	Realizacja wg stanu na dzień 31-12-2009	Realizacja wg stanu na dzień 12-10-2010	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta	Zakładana wartość docelowa
Liczba projektów (szt.)	15	79 projektów złożyło wnioski o płatność końcową, natomiast 57 projektów ma złożony wniosek o płatność końcową i wypłacone zostały im środki	312*	500
Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt.)	63	180 (na podstawie wniosków o płatność końcową, 224- na podstawie wszystkich wniosków o płatność)	344	600

* w oparciu o ogłoszone 4 postępowania konkursowe oraz projekty indywidualne

Źródło: dane na 12 października 2010r. udostępnione przez Instytucję Pośredniczącą

Jak wynika z tabeli powyżej według szacunków Instytucji Pośredniczącej, wartość docelowej liczby projektów realizowanych w ramach Działań 12.1 oraz 12.2 osiągnięta zostanie w stopniu 63%, a jeżeli chodzi o liczbę zakupionych ambulansów osiągnięta zostanie w stopniu 57%.

W ramach analizy dokumentacji zbadano udostępnione do wglądu przez Instytucję Wdrażającą wnioski o płatność złożone do dnia 1 września 2010r.

Tabela 57 Wartość wskaźnika liczba zakupionych ambulansów osiągnięta i docelowa deklarowana we wnioskach o płatność złożonych do dnia 1 września 2010r.

Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Wartość osiągnięta	Wartość docelowa	Stopień realizacji
Liczba zakupionych ambulansów ratowniczych (szt.)	produktu	245	269	91%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność udostępnionych w siedzibie Instytucji Wdrażającej (dokumentacja 86 projektów).

Rozbieżności pomiędzy przedstawionymi danymi mogą wynikać z faktu, że nie wszyscy beneficjenci złożyli do momentu przeprowadzania badania wnioski o płatność, bądź

dokument nie został przekazany do wglądu. Dla uzyskania wyniku obarczonego mniejszym błędem dokonano weryfikacji umów o dofinansowanie z beneficjentami konkursu 1/2008. Po przeanalizowaniu dokumentów projektowych, otrzymano wartość zgodną z szacunkami Instytucji Pośredniczącej, tj. 344 szt. ambulansów.

W przypadku wskaźnika „Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego”, podczas określania realnej wartości wskaźnika możliwej do osiągnięcia zespół badawczy wziął pod uwagę następujące uwarunkowania:

- przedmiotowe ambulanse możliwe były do zakupu jedynie w ramach konkursu 1/2008, gdzie proces kontraktacji został zakończony, stąd wartość możliwa do osiągnięcia nie może przekroczyć w ramach konkursu wartości oszacowanej przez Instytucję Pośredniczącą, czyli 344 sztuk,
- planowany na IV kwartał 2010r. konkurs, w ramach którego dofinansowaniu miały podlegać projekty obejmujące zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, został w dniu 5 listopada 2010r. wycofany z harmonogramu konkursów z informacją, że decyzja w sprawie konkursu zapadnie w I kwartale 2011r.,
- alokacja dla Działania 12.1 została niemal wyczerpana, przy kursie EBC z 18 października 2010r. wynoszącym 1 EUR = 3,9226 PLN pozostała do zagospodarowania alokacja to jedynie 13 964 090 zł.

Biorąc jednocześnie pod uwagę fakt, że przy danej alokacji dla konkursu 1/2008, tj. około 106 mln zł uda się sfinansować maksymalnie 344 ambulansów, koszt jednostkowy zakupu 1 szt. ambulansu można określić na poziomie 308 tys. zł (z uwzględnieniem wszystkich kosztów w projekcie, w tym promocja itp.). Zakładając, że nawet cała dostępna obecnie alokacja, tj. około 14 mln zł zostałaby przeznaczona wyłącznie na rzecz projektów polegających na zakupie ambulansów, środków wystarczy na sfinansowanie dostawy szacunkowo 45 szt. Łącznie, z wartością wskaźników, która powinna zostać osiągnięta jako wynik konkursu 1/2008, daje to 389 szt. ambulansów, czyli 64,8% wartości zakładanej dla Działania 12.1.

Jeśli chodzi o wskaźnik liczba projektów, zespół badawczy, dla oszacowania potencjalnej wartości wskaźnika przyjął następujące założenia:

- uwzględniając przedstawioną powyżej analizę, założono, że potencjalnych 45 szt. ambulansów zostanie zakupionych w ramach 18 projektów (wyliczenie: 138 projektów realizowanych w ramach konkursu 1/2008 daje max 344 ambulansów, a więc średnio przypada 2,5 ambulans/projekt),

Łącznie prognozowany wzrost wartości liczby projektów to 18 szt., do poziomu 330 szt., co daje 66% wartości docelowej.

W ramach panelu eksperckiego uzyskano od niezależnych ekspertów potwierdzenie przedstawionych **wniosków**, tj.:

- przy danej alokacji i bieżącym kursie euro nie jest możliwe osiągnięcie zakładanej wartości wskaźników „liczba projektów” oraz „liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego”.

Rekomendacje: aby zwiększyć poziom osiągnięcia wskaźników „liczba projektów” oraz „liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego” należy pozostałe do zagospodarowania środki w całości przeznaczyć na dofinansowanie typu projektu polegającym na zakupie ambulansów wraz z wyposażeniem. Zaleca się podjęcie starań w kierunku pozyskania dodatkowych środków w celu zwiększenia alokacji dla Działania 12.1, aby zmaksymalizować poziom realizacji przedmiotowych wskaźników.

6. Czy wskaźniki monitorowane przez beneficjentów w projektach przekładają się na wskaźniki monitorowane na poziomie Działania i Priorytetu? Czy występują w tym zakresie jakieś nieścisłości? Jaka jest ewentualnie ich skala?

Na podstawie Załącznika nr 5 do Szczegółowego opisu priorytetów POIiŚ – Tabela wskaźników produktu i rezultatu na poziomie działania oraz Katalogu wskaźników obowiązkowych.

Tabela 58 Porównanie zestawu wskaźników dla Działania 12.1 i 12.2 z katalogiem wskaźników obowiązkowych dla Beneficjentów

Wskaźniki dla Działania 12.1 i 12.2	Wskaźniki wg Katalogu wskaźników obowiązkowych
Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa	Liczba zakupionych ambulansów ratowniczych
Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego	Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (szt.)
Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej	Liczba przebudowanych instytucji ochrony zdrowia (szt.)
Liczba wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej	Liczba wyposażonych instytucji ochrony zdrowia (szt.)
Liczba utworzonych centrów urazowych	Liczba utworzonych centrów urazowych (szt.)
Liczba przebudowanych lub wyremontowanych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyl. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrów urazowych)	Liczba przebudowanych lub wyremontowanych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyl. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrów urazowych) (szt.)
Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego	Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego
Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia w ramach działania	Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia działania (szt.)
Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej (działanie)	Liczba przebudowanych instytucji ochrony zdrowia (szt.)
Liczba wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej (działanie)	Liczba wyposażonych instytucji ochrony zdrowia (szt.)
Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu	Brak odpowiednika
Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej	Brak odpowiednika
Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych	Brak odpowiednika
Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem	Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (szt./rok)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Załącznika nr 5 do SzOP oraz Katalogu wskaźników obowiązkowych

Z powyższego zestawienia wynika, że dla trzech wskaźników, monitorowanych na poziomie Działania, tj.: mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa, średni wiek aparatury radiologicznej oraz średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych, brak jest odpowiednika w Katalogu wskaźników obowiązkowych, którymi posługują się beneficjenci. Dla wspomnianych trzech wskaźników monitorowanych na poziomie Działania, a nie wykazywanych przez

beneficjentów, przyjęto, że źródłem danych będzie Ministerstwo Zdrowia (informacja wskazana w Załączniku nr 5 do SzOP).

Respondenci IDI potwierdzają, że w przypadku wskaźników, które nie muszą być wykazywane w sprawozdawczości beneficjentów, dane są generowane przez Ministerstwo Zdrowia i przedstawiane w formie sprawozdań okresowych i rocznych.

Analiza załączników do umów o dofinansowanie dla projektów realizowanych zarówno w ramach Działania 12.1, jak i Działania 12.2, potwierdza stosowanie przedstawionego powyżej katalogu wskaźników.

Beneficjenci w zdecydowanej większości wyrażają pozytywną opinię na temat wskaźników projektowych i możliwości realnego pomiaru rezultatów projektów poprzez zestaw wskaźników obowiązujących w ramach Priorytetu. Wyniki badania CATI przedstawiono w podziale na Działania oraz tryb wyboru projektów.

Tabela 59 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – beneficjenci ogółem

16. Odpowiedniość wyszczególnionych wskaźników dla Priorytetu XII oraz Działania, w ramach którego realizowany jest projekt	Liczebność N=212	Udział procentowy
Tak	196	92,45%
Nie	4	1,89%
Nie mam zdania	11	5,19%
Brak	1	0,47%
Suma	212	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 60 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – beneficjenci Działania 12.1

Odpowiedniość wyszczególnionych wskaźników dla Priorytetu XII oraz Działania, w ramach którego realizowany jest projekt – Działanie 12.1	Liczebność N=171	Udział procentowy
Tak	161	94,15%
Nie	3	1,75%
Nie mam zdania	7	4,09%
Suma	171	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 61 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – beneficjenci Działania 12.2

Odpowiedniość wyszczególnionych wskaźników dla Priorytetu XII oraz Działania, w ramach którego realizowany jest projekt – Działanie 12.2	Liczebność N=41	Udział procentowy
Tak	35	85,37%
Nie	1	2,44%
Nie mam zdania	4	9,76%
Brak	1	2,44%
Suma	41	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 62 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – tryb konkursowy

Odpowiedniość wyszczególnionych wskaźników dla Priorytetu XII oraz Działania, w ramach którego realizowany jest projekt – tryb konkursowy	Liczebność N=194	Udział procentowy
Tak	178	91,75%
Nie	4	2,06%
Nie mam zdania	11	5,67%
Brak	1	0,52%
Suma	194	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Tabela 63 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – tryb indywidualny

Odpowiedniość wyszczególnionych wskaźników dla Priorytetu XII oraz Działania, w ramach którego realizowany jest projekt – tryb indywidualny	Liczebność N=18	Udział procentowy
Tak	18	100,00%
Nie	-	-
Nie mam zdania	-	-
Suma	18	100,00%

Źródło: wyniki badania CATI

Jak wynika z powyższych tabel, beneficjenci Działania 12.1 częściej niż beneficjenci realizujący projekty w ramach Działania 12.2 wskazują, że wskaźniki wyszczególnione dla Priorytetu oraz Działania są odpowiednie (odpowiednio 94 i 85%).

W wyniku przeprowadzonego zogniskowanego wywiadu grupowego, beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci:

- Działania 12.1 – uczestnicy wywiadu stwierdzili, że wskaźnik projektowy, który wykazują, tj. liczba zakupionych ambulansów, jest jasny i nie sprawia trudności, potwierdzili, że wartość wskaźnika, którego nie muszą monitorować bezpośrednio, tj. mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, jest generowana na poziomie systemowym,
- Działania 12.2 – uczestnicy wywiadu potwierdzili, że wskaźniki projektowe odzwierciedlają rezultaty projektu; potwierdzili, że wartości wskaźników, których nie muszą monitorować bezpośrednio, tj. średni wiek aparatury radiologicznej oraz średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych, są generowane na poziomie systemowym.

Rekomendacje: nie dotyczy.

7. Czy środki finansowe przeznaczone na realizację Działania są wystarczające do osiągnięcia zakładanych wartości docelowych wskaźników?

W ramach przeprowadzonej analizy, której wyniki przedstawiono w poprzedniej części opracowania, zdiagnozowano, że przy obecnym poziomie alokacji oraz bieżącym kursie euro, środki finansowe przeznaczone na realizację Priorytetu XII nie są wystarczające do osiągnięcia wartości docelowych dwóch wskaźników:

1. Liczba projektów;
2. Liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego.

Nawet przy założeniu, że pozostała do zagospodarowania alokacja, tj. wg kursu euro opublikowanego przez EBC w dniu 18 października 2010r., około 14 mln zł, zostanie w całości przeznaczona na wsparcie projektów obejmujących zakup ambulansów, poziom wskazanych wskaźników nie przekroczy 70% zakładanej wartości docelowej.

Respondenci IDI również wskazali na duże ryzyko nie osiągnięcia wskaźnika liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego oraz wskaźnika liczba projektów.

Należy w tym miejscu podkreślić, że mimo nie osiągnięcia zakładanej wartości wskaźnika produktu, jakim jest liczba ambulansów zakupionych w wyniku wsparcia udzielanego w ramach Działania 12.1, wskaźnik rezultatu dla Działania, czyli mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego, jest na dzień dzisiejszy niższa od wartości zakładanej, a więc rezultat został osiągnięty mimo, że jedynie część projektów obejmujących zakup ambulansów została już zakończona. Osiągnięcie celów Działania powinno zatem nastąpić w zadowalającym stopniu mimo nie zrealizowania zakładanej wartości docelowej wskaźnika.

W przypadku wskaźnika liczba projektów, jego poziom nie przekłada się bezpośrednio na osiągane rezultaty wsparcia, stąd jego niska wartość nie może być podstawą negatywnej oceny efektów interwencji podejmowanych w ramach Priorytetu XII.

Rekomendacje: aby zwiększyć poziom osiągnięcia wskaźników „liczba projektów” oraz „liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego” należy pozostałe do zagospodarowania środki w całości przeznaczyć na dofinansowanie typu projektu polegającego na zakupie ambulansów wraz z wyposażeniem. Zaleca się pozyskanie dodatkowych środków w celu zwiększenia alokacji dla Działania 12.1, aby zmaksymalizować poziom realizacji przedmiotowych wskaźników.

8. Jaki jest „koszt jednostkowy” osiągnięcia kluczowych dla Działania wskaźników? Czy można go oszacować na podstawie aktualnego poziomu zaawansowania realizacji projektów oraz ich wartości?

Zespół badawczy dokonał zestawienia szacowanej wartości wskaźników kluczowych dla Działania 12.1 i 12.2 oraz wartości alokacji/wielkości wsparcia z UE wskazanej w umowach o dofinansowanie, przeznaczonych na osiągnięcie wskaźników.

Tabela 64 Koszt jednostkowy osiągnięcia kluczowych dla Działania wskaźników

Nazwa Wskaźnika	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta (w szt)	Koszt osiągnięcia wartości docelowej, wg wartości alokacji/umów o dofinansowanie (w PLN)	Koszt jednostkowy osiągnięcia wskaźnika (w PLN)
Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt)	344	106 296 683,77	309 001,99
Liczba wybudowanych/modernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (szt)	16	89 910 000,00	5 619 375,00
Liczba utworzonych centrów urazowych (szt.)	13	124 160 000,00	9 550 769,23
Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego	11	58 030 000,00	5 275 454,55
Liczba przebudowanych/wyremontowanych/doposażonych zakładów opieki zdrowotnej w ramach Działania 12.1	100	400 000 000	4 000 000,00
Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej w ramach Działania 12.2	60	540 510 000,00	9 008 500,00

Źródło: opracowanie własne

Dla wskaźników:

- liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego,
 - liczba utworzonych centrów urazowych,
 - liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego,
- jako koszt uzyskania 1 szt. przyjęto maksymalne wartości dofinansowania poszczególnych projektów dla każdego z trzech typów wspieranych w ramach Działania 12.1 projektów indywidualnych.

Z uwagi na ogólny charakter wskaźnika „Liczba przebudowanych i doposażonych zakładów opieki zdrowotnej” w ramach Działania 12.2, do obliczeń przyjęto wartość alokacji dla konkursu 3/2008 oraz projektów indywidualnych.

Analizy teoretycznie można dokonać zestawiając wartość do tej pory wydatkowanych środków oraz osiągniętą wartość wskaźników, jednak z uwagi na fakt, że w ramach projektów indywidualnych Działania 12.1 do dnia 18 października 2010r. nie wydatkowano ani złotówki, wynik badania byłby mocno zawężony.

Rekomendacje: nie dotyczy.

9. Jaki wpływ na osiąganie wartości docelowych wskaźników ma realokacja środków (przesunięcie części środków z Działania 12.2 do Działania 12.1)?

Zgodnie z zapisami Sprawozdania okresowego z wdrażania Priorytetu, realokacja środków (15 mln euro) nie powinna mieć negatywnego wpływu na osiąganie wartości docelowych wskaźników dla Działania 12.2, a znacząco zwiększy prawdopodobieństwo osiągnięcia założonego poziomu wskaźników dla Działania 12.1 w zakresie liczby zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa. Potwierdzają to również respondenci IDI oraz uczestnicy panelu eksperckiego.

Rekomendacje: nie dotyczy.

10. Czy harmonogramy naboru wniosków oraz harmonogramy realizacji poszczególnych projektów dają podstawę do stwierdzenia, że wartości docelowe wskaźników Programowych zostaną w pełni osiągnięte?

Termin naboru wniosków w ramach poszczególnych przeprowadzonych konkursów przedkładał się następująco:

- konkurs 1/2008 1-30 wrzesień 2008 r.
- konkurs 2/2008 02.10.2008-01.12.2008 r.
- konkurs 3/2008 04.12.2008-02.02.2009 r.
- konkurs 1/2010 04.03.2010-02.04.2010 r.

Dla Działania 12.2 nie przewiduje się już kolejnego naboru wniosków z uwagi na wyczerpania alokacji dla Działania (część środków została przeniesiona do Działania 12.1). Stąd projekty wybrane do dofinansowania do tej pory, uwzględniając docelowe wartości wskaźników deklarowane w umowach o dofinansowanie, determinują poziom wskaźników dla Działania 12.2. Oczywiście należy mieć na uwadze fakt, że nie wszyscy Beneficjenci osiągną wartości docelowe wskaźników. 4 listopada b.r. Instytucja Pośrednicząca wydała następujący komunikat: „w związku z faktem, iż dostępna w ramach Priorytetu XII PO IiŚ alokacja została już niemalże w całości wyczerpana, a także ze względu na utrzymujący się nadal spadkowy kurs euro, postępowania naborowe w zakresie zakupu ambulansów oraz budowy i remontu lądowisk dla helikopterów nie odbędą się w pierwotnie planowanych terminach, tj. zakup ambulansów – IV kwartał 2010r. oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów – I kwartał 2011r. Rozważenie możliwości realizacji ww. konkursów zapadnie na początku 2011 roku”.

W opinii części respondentów IDI harmonogramy naboru wniosków zostały zaplanowane w sposób pozwalający osiągnąć wartości docelowe wskaźników programowych. Ustalenie harmonogramu uwzględniało również zapas czasowy związany z ewentualnymi opóźnieniami realizacji projektów, tak aby nie zagrażało to w większym stopniu osiągnięciu wskaźników. Wprawdzie, zakończone zostały projekty w ramach konkursu 1/2008, a w przypadku konkursów 2/2008 oraz 3/2008 większość umów została podpisana jesienią 2010 roku. Złożone wnioski w konkursie 1/2010 w chwili przeprowadzania badania znajdowały się w trakcie oceny formalnej. Projekty w trybie indywidualnym również nie zostały w pełni zakończone, a ich realizacja przebiega zgodnie z zapisami pre-umów. Harmonogramy te, zdaniem respondentów nie zagrażają osiągnięciu wskaźników programowych. Zwrócono uwagę, że istnieje pewne ryzyko opóźnień wynikające z przetargów bądź realizacji prac budowlanych, uwzględniane z nienależytą starannością przez Beneficjentów, jednak jak podkreślono opóźnienia te w przeważającej większości nie przekraczają kilku miesięcy. Ponadto zdaniem respondentów osiągnięcie wskaźników produktu bądź rezultatu na poziomie projektów, pozwoli w skali kraju osiągnąć docelowe wskaźniki Programu. Z kolei nieosiągnięcie wskaźnika liczby zakupionych ambulansów zdaniem respondentów IDI wynika nie z przyczyn ustalonego harmonogramu naboru wniosków czy harmonogramu realizacji projektu, ale z braku wystarczających środków oraz obniżającym się kursem euro w stosunku do złotówki.

Rekomendacje: nie dotyczy

IV. Ocena wpływu realizowanych projektów na osiągnięcie:

- celów Działania,
- celów Priorytetu XII PO IiŚ.

1. W jakim stopniu realizowane projekty przyczyniają się do osiągnięcia celów Działania oraz celów Priorytetu XII PO IiŚ? Czy można stwierdzić, że w pełni realizują przyjęte założenia? Jeżeli nie, w jakim zakresie nie realizują przyjętych założeń? Jakie są tego przyczyny?

Głównym celem Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko jest podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie w szczególności zdrowia. Wzrost atrakcyjności Polski i regionów jest osiągany dzięki inwestycjom m.in. w obszarze zdrowia poprzez realizację m.in. celu głównego Priorytetu XII polegającego na wspieraniu i utrzymaniu dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy oraz celów Działania 12.1 „zmniejszenie śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i pozostałych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego” oraz w przypadku Działania 12.2 „zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych”.

Wsparcie w ramach działania 12.1 uzyskiwały projekty infrastrukturalne w zakresie ratownictwa przedszpitalnego (zespoły ratownictwa medycznego wpisane do wojewódzkich planów działania systemu) oraz szpitalnego (szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe). W związku z ustawowym wymogiem zapewnienia odpowiedniej dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego dofinansowanie dostały projekty polegające na doposażeniu tych jednostek w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego oraz związane z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach Działania 12.1 środki zostały przeznaczone także na budowę i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych. Jednym z kluczowych elementów wsparcia jest realizacja w trybie indywidualnym projektu polegającego na budowie i wyposażeniu wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. Jednocześnie dofinansowanie otrzymały projekty

indywidualne, polegające na budowie i remoncie oraz doposażeniu baz lotniczego pogotowia ratunkowego.

Ponadto w związku z realizacją celu Działania 12.2 pt. „zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych” wsparcie zostało przeznaczone dla projektów z zakresu inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia polegającej na przebudowie, rozbudowie, remoncie i wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy.

Realizowane projekty realizują cele Priorytetu XII oraz Działań 12.1 i 12.2. Badanie dokumentacji potwierdziło zgodność składanych wniosków o dofinansowanie projektów z celami Priorytetu PO IiŚ oraz poszczególnych działań. Wynikało to z wymogów formalnych nałożonych na wnioski o dofinansowanie, które powinny zawierać i zawierały informacje na temat obligatoryjnego opisanie zakresu w jakim dany projekt przyczynia się do realizacji działania, a przez to wpisuje się w cele Priorytetu.

Analiza dokumentów składanych przez beneficjentów wykazała, że projekty realizowane w ramach Działania 12.1 przyczyniać się będą do osiągania celów PO IiŚ, celu ogólnego Priorytetu oraz celów szczegółowych poprzez możliwość funkcjonowania zespołów w systemie zintegrowanego ratownictwa medycznego, dzięki któremu możliwe będzie dążenie do utrzymania zasady złotej godziny, skrócenia czasu dotarcia zespołu ratowniczego do osoby znajdującej się w stanie nagłym tj. w czasie nie dłuższym niż 8 minut w aglomeracjach miejskich oraz nie dłuższym niż 15 minut poza aglomeracją miejską, a także zmniejszenie liczby powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych, dzięki docieraniu nowoczesnymi ambulansami do poszkodowanych w krótszym czasie oraz zastosowaniu wysokiej klasy nowoczesnego sprzętu. Umożliwi to zmniejszenie ilości śmiertelnych przypadków, dzięki zwiększeniu skuteczności reanimacji, a także szybszy powrót do aktywności zawodowej poszkodowanych w wypadkach osób, którym udzielono skutecznej pomocy medycznej przedszpitalnej oraz szpitalnej. Z kolei inwestycje w infrastrukturę medyczną w ramach Działania 12.2 pozwolą prowadzić specjalistyczną diagnostykę zmian chorobowych u pacjentów oraz umożliwią lekarzom stawianie trafniejszych diagnoz medycznych. Jednocześnie nastąpi wzrost liczby obsługiwanych pacjentów, poprawa standardu wyposażenia medycznego szpitala i związana z tym zwiększona ilość świadczonych wysokiej jakości specjalistycznych usług medycznych przy jednoczesnym skróceniu czasu na oczekiwane badania i wyniki badań.

Ponadto realizacja projektów polegających na doinwestowaniu systemu ochrony zdrowia z natury rzeczy służy poprawie efektywności i jakości oferowanych usług medycznych dla obywateli realizując przyjęte założenia w dostosowywaniu jakości usług do warunków optymalnych dla krajów Wspólnoty.

W obszarze poszczególnych Priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko zostały wyznaczone mierniki wyznaczające efektywność założonych celów. Jak wynika z Tabeli 18 (str. 58) oraz Tabeli 21 (str. 60) realizowane projekty przyczynią się do osiągnięcia długoterminowych celów społeczno gospodarczych zawartych w Programie. Poza wymienionymi ówczesnie efektami o charakterze jakościowym, osiągnięte zostaną także efekty mierzalne, wyrażone w wartościach liczbowych. Przeprowadzona analiza dokumentów pozwala przypuszczać, że cele Działania 12.1 jakimi są obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego są osiągnięte poprzez realizowane projekty. Podobnie w przypadku Działania 12.2 cele: poprawa jakości wykonywanych usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia, szczególnie w obszarze chorób zawodowych, zostaną osiągnięte. Do pierwszej połowy października 2010 roku liczba podpisanych umów wynosiła 270, z czego w ramach Działania 12.1 – 220 umów, w tym: w ramach konkursu nr 1/2008 – 138 umów, konkursu nr 2/2008 – 79 umów oraz projekty indywidualne Działania 12.1 – 3 umowy. Z kolei w ramach Działania 12.2 podpisanych zostało 50 umów, w tym w konkursie nr 3/2008 – 45 umów oraz w trybie indywidualnym 5 umów. W związku z rozdysponowaniem większości środków (w przypadku Działania 12.1 poziom alokacji wynosi 78,6 %, w przypadku Działania 12.2 – 93,6 %), osiągnięcie wskaźnika produktu w postaci liczby zakupionych ambulansów jest zagrożone. W ocenie zespołu badawczego nie powinno to wpłynąć negatywnie na rezultaty Działania 12.1. W przypadku Działania 12.2 wielkości docelowe zostaną osiągnięte zgodnie z założeniami w dokumentach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Podczas przeprowadzania wywiadów pogłębionych respondenci wykazali pewne wątpliwości odnośnie ogłoszenia kolejnych konkursów, które to z kolei zostały potwierdzone oficjalną informacją na stronie CSIOZ. Pozwala to stwierdzić, że osiągnięcie niektórych zakładanych wskaźników w dokumentach programowych nie będzie możliwe. Na zakładaną wartość docelową wskaźnika nowo zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego wynoszącego 600 nowych ambulansów, szacowana wartość zakupionych ma wynieść 344, przy czym według stanu na pierwszą połowę października 2010 r. na podstawie wszystkich wniosków o płatność

zakupionych zostało 245 pojazdów ratownictwa medycznego. Realizowane projekty związane z zakupem ambulansów przyczyniły się do skrócenia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca w obszarze miejskim powyżej 10 tys. mieszkańców o 36 sekund oraz poza obszarem miejskim o 55 sekund porównując rok 2009 do 2007. Z kolei wskaźnik liczby wybudowanych/zmodernizowanych Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego osiągnięty będzie w 100%.

W przypadku wskaźnika liczby utworzonych centrów urazowych będzie on przekraczał zakładaną wartość docelową ujętą w dokumencie Programowym Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Według PO IiŚ w skali kraju utworzonych takich centrów miało być około 8-9, a na liście Projektów Indywidualnych, w ramach których będą realizowane centra urazowe zostało wpisanych 13 projektów. Odnośnie Działania 12.2 realizacja celów programowych kształtuje się na nieco wyższym poziomie w porównaniu do Działania 12.1. W ramach dofinansowania w zakresie przebudowy i doposażenia zakładów opieki zdrowotnej zostało opisanych 50 umów. Średni wiek aparatury radiologicznej według danych statystycznych kształtuje się poniżej 10 lat. Liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych także wskazuje na osiągnięcie zakładanego wskaźnika.

Podczas przeprowadzania badania zespół badawczy zdiagnozował przyczyny nieosiągnięcia w pełni celów Dokumentów Programowych PO IiŚ. Jako główna przyczyna niemożności osiągnięcia wymienionych celów Programowych zdiagnozowana została niewystarczająca ilość środków pieniężnych (Priorytet XII w ramach podziału środków w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko otrzymał 1 % dostępnych środków), obniżający się kurs euro oraz nieadekwatna wielkość niektórych wskaźników do wielkości przyznanych środków.

Forma dofinansowania projektów została oparta na sposobie wspierania z poziomu krajowego najważniejszych inwestycji w najważniejsze instytucje w systemie ochrony zdrowia. Co prawda, aby system ratownictwa medycznego działał w sposób kompleksowy, niezbędna jest dyslokacja zasobów w sposób mniej więcej równomierny na obszarze całego kraju, pozwalając zachować podobną jakość usług dla wszystkich obywateli i przyczyniając się do realizacji celów Priorytetu. W związku z inwestycjami w infrastrukturę służby zdrowia dobór projektów został dokonany w sposób umożliwiający zapelnienie luk geograficznych w dostępie do ratownictwa medycznego i wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych.

Tabela 65 Wpływ realizowanych projektów na cele Programowe

Stopień wpływu projektu	Liczebność N=212				Udział procentowy			
	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak
Osiągnięcie celów PO IiŚ (Cel główny PO IiŚ: poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu zdrowia, Cele Pr. XII Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy. Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.)	158	39	15	-	74,53 %	18,40 %	7,08%	-
Suma	212				100,00%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Również badani respondenci potwierdzają osiągnięcie i przez to realizację celów PO IiŚ. Aż 92,92% badanych respondentów stwierdziło, że realizowane przez nich projekty przyczyniają się do osiągnięcia celów Priorytetu oraz poszczególnych działań w stopniu przynajmniej średnim.

Zdaniem części beneficjentów projekty przyczyniają się do realizacji owych celów także w sposób, który nie jest mierzalny oraz trudny do określenia w wartościach liczbowych jak np. zmniejszenie śmiertelności mieszkańców wskutek komplikacji w przebiegu leczenia, w tym urazów spowodowanych przez zdarzenia nagłe.

Wnioski z badanej dokumentacji zostały potwierdzone przez respondentów IDI oraz ekspertów. Wskazali oni, że wszystkie projekty w ramach Priorytetu XII są pod tym kątem sprawdzane na ocenie formalnej i warunkiem niezbędnym przejścia oceny formalnej jest wskazanie zgodności celów Projektu z ww. celami.

Realizowane projekty jednocześnie przyczyniają się do osiągnięcia wyżej wymienionych celów, a mierzenie wpływu na osiągnięcie celów następuje poprzez mierzenie wpływu na określone wskaźniki. Według ekspertów przyznawanie dofinansowania odbywało się w taki sposób, aby możliwe było osiągnięcie celów zakładanych w dokumentach programowych PO IiŚ w zakresie możliwych dostępnych środków.

Rekomendacje: nie dotyczy

2. Czy realizowane projekty mają rzeczywisty wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym?

Zespół badawczy podejmując próbę statystycznego uwzględnienia rzeczywistego wpływu realizowanych projektów na obniżenie poziomu śmiertelności napotkał trudności związane z brakiem aktualnych, szczegółowych danych statystycznych (najaktualniejsze dane GUS z podziałem na przyczyny śmiertelności ludności obejmują dane za rok 2008). Zespół badawczy posiłkował się ogólnodostępnymi danymi statystycznymi na temat śmiertelności ludności ogółem. Wyniki zostały przedstawione w Tabeli „Umieralność z podziałem na strukturę wieku i płci”.

Według metodologii stosowanej przez Główny Urząd statystyczny osoby w wieku produkcyjnym to osoby wykonujące pracę przynoszącą dochód oraz zarejestrowani bezrobotni, przy czym przedział wiekowy takich osób kształtuje się następująco:

- mężczyźni pomiędzy 18. a 64. rokiem życia,

- kobiety pomiędzy 18. a 59. rokiem życia.

Z uwagi na relatywnie niewielki odsetek śmiertelności w porównaniu do pozostałych grup wiekowych oraz brak możliwości wydzielenia ilości osób w wieku 18-19 lat dane statystyczne grupy w przedziale wiekowym 15-19 zostały pominięte. Grupa ta nie przekracza 1-1,5% ilości zgonów, co mieści się w granicy błędu statystycznego.

Tabela 66 Umieralność z podziałem na strukturę wieku i płci

Struktura wieku	2007		2008		2009	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
20-24	1783	434	1706	391	1707	385
25-29	1894	504	2015	503	1868	477
30-34	2465	667	2501	633	2440	684
35-39	3228	871	3222	923	3226	980
40-44	5325	1694	5020	1646	4726	1551
45-49	10341	3726	9685	3367	8436	3101
50-54	16604	6281	16252	6257	15402	6162
55-59	20594	8955	20664	8828	20793	8932
60-64	17443		18829		20834	
suma	79677	23132	79894	22548	79432	22272
	102809		102442		101704	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Z tabeli powyżej wynika, że liczba zgonów w ciągu ostatnich 3 lat w niewielkim stopniu malała. Biorąc pod uwagę stale zmieniające się warunki społeczno-ekonomiczne ludności, brak aktualnych danych na temat bezpośrednich przyczyn śmiertelności (dane publikowane z 2 letnim opóźnieniem) nie da się jednoznacznie wskazać zakresu wpływu interwencji w ramach PO IiŚ na spadek ilości zgonów ludności w wieku produkcyjnym. Ponadto wpływ na to ma wiele czynników pośrednio przyczyniających się do obniżenia śmiertelności między innymi takich jak: poprawa warunków bytowych i ekonomicznych ludności, lepsza świadomość żywieniowa oraz zdrowotna, poprawa opieki zdrowotnej na którą nie mają wpływ wyłącznie interwencje w ramach PO IiŚ itd.. Na brak możliwości obiektywnej oceny wpływu realizowanych projektów na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym wpływa fakt rozpoczęcia inwestycji w ramach PO IiŚ w infrastrukturę ochrony zdrowia dopiero w roku 2009, z czego większość projektów jest w trakcie realizacji, a więc w ujęciu statystycznym ich rzeczywisty wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym jest bardzo trudny do określenia.

Wpływ realizowanych projektów na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym został również oceniony przez beneficjentów. Jego wyniki zostały przedstawione w tabeli „Wpływ realizowanych projektów na poziom śmiertelności”

Tabela 67 Wpływ realizowanych projektów na poziom śmiertelności w opinii beneficjentów Działania 12.1

	Liczebność N=171				Udział procentowy			
	bardzo mocno	średnio	nie wpływa /nie wiem	brak	bardzo mocno	średnio	nie wpływa /nie wiem	brak
obniżenie śmiertelności i osób w wieku produkcyjnym	84	59	28	-	49,12%	34,50%	16,37%	-
Suma	171				100,00%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Wśród respondentów biorących udział w badaniu przekonanie o bardzo wysokim wpływie realizowanych projektów na obniżenie śmiertelności osób w wieku produkcyjnym miało aż 49.12%. Z kolei 34,5% zadeklarowało umiarkowany wpływ interwencji w ramach PO IiŚ na obniżenie tego wskaźnika. Na uwagę zasługuje również fakt, że 16,37 % pytanym osób stwierdziło, że realizowany Projekt nie ma wpływu lub dana osoba nie jest przekonana o takim efekcie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia.

Prowadzone interwencje w ramach których zwiększa się potencjał systemu ochrony zdrowia w postaci nowego, unowocześnionego technologicznie sprzętu lub poprawie dostępności czy jakości usług na oddziałach powoduje powstanie rezultatu w postaci obniżeniu śmiertelności.

Wnioski płynące z analizy opinii respondentów IDI, ekspertów oraz beneficjentów zespół badawczy zdiagnozował, że wpływ taki istnieje, jednak wśród opinii wszystkich

respondentów określenie jego poziomu na obecnym etapie jest niezwykle trudne. Spowodowane jest to tym, iż projekty inwestycyjne nie są jeszcze zakończone, środki są dopiero wydatkowane, a ich wpływ oceniany może być w perspektywie najbliższych kilku lat. Z kolei ambulanse zostały zakupione w 2008 i rezultaty na podstawie monitoringu są już zauważalne, jednak wśród respondentów przeważała opinia, iż na głębszą ocenę trzeba poczekać do czasu udostępnienia bardziej szczegółowych danych statystycznych. W wyniku interwencji zapelnione zostały luki w systemie ratownictwa medycznego oraz poprawa czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, który nie przekracza 8 min w mieście oraz 15 min poza miastem przy zachowaniu jednocześnie odpowiedniej jakości sprzętu transportu ambulatoryjnego, co również w opinii części respondentów przyczyni się do obniżenia śmiertelności. Jako wadę miarodajnego określenia rzeczywistego wpływu interwencji na spadek śmiertelności osób w wieku produkcyjnym eksperci podkreślili brak udostępnianych aktualnych danych na temat przyczyn śmiertelności ludności.

Poprawa konkurencyjności inwestycyjnej Polski, a co za tym idzie poprawa stanu zdrowia zasobów pracy jest punktem odniesienia dla interwencji Priorytetu XII, w ramach którego dofinansowanie otrzymują projekty indywidualne o charakterze newralgicznym w służbie zdrowia np. budowa i wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów powiadamiania ratunkowego, centrów urazowych, budowa i remont oraz doposażenie baz pogotowia lotniczego czy wspieranie szpitali mających charakter ponadregionalny. Przyznawane środki w ramach Działania 12.1 zapelniają luki w dostępie do wysokiej jakości świadczeń medycznych i zdaniem ekspertów efekty wsparcia w postaci zachowania złotej godziny tj. nie przekraczania 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego znacznie wpłyną na zmniejszenie poziomu śmiertelności, powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych oraz szybszy powrót poszkodowanych do aktywności zawodowej. Inwestycje w projekty wpisujące się w Działanie 12.2 poprzez lepszą jakość oraz większą dostępność usług w postaci dodatkowych ilości badań zabiegów, skróceniu czasu powrotu do zdrowia zdaniem beneficjentów oraz respondentów IDI przyczynią się także do obniżenia poziomu śmiertelności wśród omawianej grupy ludności.

Rekomendacje: nie dotyczy

3. Czy wybrane projekty pozwolą na rzeczywistą poprawę sytuacji w zakresie ratownictwa medycznego, zwłaszcza pod kątem szybkiego dotarcia na miejsce zdarzenia oraz obniżenia poziomu śmiertelności

W ramach działania 12.1 dofinansowanie przeznaczone jest dla podmiotów związanych ratownictwem medycznym, oferujących pomoc w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. W związku z tym, iż nie wszystkie projekty w ramach tego działania zostały ukończone oraz braku aktualnych, jednolitych danych statystycznych zamieszczanych przez odpowiednie agendy rządowe na temat zmniejszenia śmiertelności wskutek poprawy ratownictwa medycznego, zespół badawczy nie był w stanie określić ilościowo, rzeczywistego wpływu interwencji na obniżenie poziomu śmiertelności osób. W związku z projektami związanymi z zakupem ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego możliwe było częściowe ocenienie wpływu interwencji w ramach PO IiŚ na skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Wskaźnik ten (tabela „Stan realizacji wskaźników dokumentów Programowych PO IiŚ”) uległ zmniejszeniu w obszarze miejskim powyżej 10 tys. mieszkańców o 36 sekund oraz poza obszarem miejskim o 55 sekund porównując rok 2009 do 2007. Poniżej przedstawiono typy projektów oraz szacowaną ich wartość, która zostanie osiągnięta poprzez dofinansowanie z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Tabela 68 Wskaźniki związane z ratownictwem medycznym

		Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta
Działanie 12.1	PA	Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego w wyniku interwencji Programu (szt.)	344
	PA	Liczba wybudowanych/zmodernizowanych wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (szt.)	16
	RA	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca	Do 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, do 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców
	PB	Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej (szt.)	51

	Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość, która zostanie osiągnięta
PB	Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej (szt.)	72
PB	Liczba utworzonych centrów urazowych (szt.)	13
PB	Liczba przebudowanych lub wyremontowanych zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym (z wyl. baz lotniczego pogotowia ratunkowego i centrów urazowych) (szt)	100
PB	Liczba wybudowanych i wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego	11
PB	Liczba zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia w ramach działania(szt)	44

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy dokumentów

Zakup nowych specjalistycznych środków transportu sanitarnego, spełniających standardy i wymogi prawa Wspólnotowego, zapewnia świadczenie usług w ramach ratownictwa przedszpitalnego na najlepszym poziomie, umożliwiając prócz możliwie najszybszego dotarcia na miejsce zdarzenia także dostarczenie pacjenta w odpowiednim czasie do odpowiedniej placówki medycznej, pozwalając zachować tzw. złotą godzinę. Realizowane projekty pozwoliły na częściowe wypełnienie luki na mapie dostępności do świadczeń medycznych w ramach ratownictwa medycznego, poprawiając jakość i pozwalając wyrównać szanse w dostępie do jak najszybciej udzielonej pomocy medycznej dla wszystkich obywateli. Realizacja inwestycji w postaci zakupu ambulansów przyczyni się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego, zapewniając podwyższenie poziomu bezpieczeństwa ludności w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego, co w rezultacie wpłynie na obniżenie poziomu śmiertelności obywateli.

W ramach Działania 12.1 przeznaczono środki na budowę/modernizację - 16 Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego. Wojewódzkie Centra Powiadamiania Ratunkowego mają znaczenie newralgiczne dla całego systemu medycznego, przyczyniając się do znacznego przyspieszenia i kompleksowości udzielania pomocy w nagłych przypadkach. W wyniku realizacji projektu polegającego na utworzeniu Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego powstanie 16 kompleksowych punktów przyjmowania i przekierowania zgłoszeń alarmowych do właściwych służb ratunkowych, w wyniku czego powstaje nowoczesny, kompatybilny system powiadamiania

ratunkowego zapewniający efektywniejszą współpracę podmiotów zaangażowanych w działania ratownicze. W systemie zintegrowanym, w którym Wojewódzkie Centra Powiadamiania Ratunkowego mają bezpośrednie połączenie z centralną bazą abonentów, możliwe jest natychmiastowe pozyskanie pełnych danych o abonencie, jak i lokalizacji (identyfikacji) miejsc, z którego wykonywane jest wywołanie alarmowe. Tak sprawnie funkcjonujący system powiadamiania ratunkowego zdaniem ekspertów ma ogromny wpływ na skuteczną koordynację działań wszystkich służb powołanych do niesienia pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, a w przypadku odbioru zgłoszeń od cudzoziemców również daje możliwość przekierowania rozmowy do operatora lub innego Wojewódzkiego Centrum Powiadomienia posługującego się danym językiem. Tym samym prowadzi to do skrócenia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia i szybszą pomoc, co w efekcie prowadzi do zmniejszenia poziomu śmiertelności.

Urazy są jedną z trzech najczęstszych przyczyn nagłych zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej. Organizacja sieci ośrodków wysokospecjalistycznych w postaci Centrów Urazowych umożliwi stworzenie lepszych warunków do leczenia osób po urazach oraz pozwoli zbliżyć wyniki leczenia pacjentów urazowych do standardów europejskich. Rocznie w Polsce obrażeniom ciała ulega około 3 milionów osób. Spośród nich ok. 300 tys. wymaga hospitalizacji, a 30 tys. umiera. Śmiertelność po urazach wynosi w naszym kraju 75 na 100 tys. rocznie. To o połowę więcej niż w USA i w Europie Zachodniej, gdzie śmiertelność szpitalną po urazach ocenia się na 1,5 %. W Polsce ocenia się ją na 4 %. Kalectwo pourazowe w naszym kraju dotyczy ok. 25 % pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów¹.

Taka organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych zmniejszy odsetek śmiertelności pourazowych. Rozmieszczenie centrów urazowych zostało ustalone w taki sposób, aby dostęp do tego typu opieki zdrowotnej mieli mniej więcej wszyscy w równym zakresie bez względu na przynależność do danego województwa. Świadczenia medyczne w ramach działania Centrów Urazowych zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.06.191.1410 - z dnia 20 października 2006 r.) mają być udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym szpitalu przez zespół lekarzy– w zależności od stanu zdrowia pacjenta urazowego oraz specjalistycznych oddziałów zabiegowych, znajdujących się w strukturze centrum urazowego. Interwencje w ramach Działania 12.1 w utworzenie centrów urazowych tym samym zapewniają optymalną

¹ Bip.kprm.gov.pl

i jakościową organizację świadczeń związanych z leczeniem mnogich obrażeń ciała przy jednoczesnym najszybszym kompleksowym leczeniem osób z wieloobrażeniowymi urazami, wpływając jednocześnie na obniżenie wskaźnika śmiertelności w nagłych przypadkach.

W ramach Priorytetu XII zostały przeznaczone również środki na szpitalne oddziały ratunkowe. Istota wpływu tego typu inwestycji na zmniejszenie wskaźnika śmiertelności została podkreślona przez ekspertów, według których fundamentalne znaczenie ma nie tylko szybkość dotarcia na miejsce zdarzenia, ale odpowiednio przygotowane i w pełni wyposażone placówki umożliwiające leczenie pacjenta. Podczas panelu eksperckiego wielokrotnie podkreślano, że jedną z głównych przyczyn nieskutecznych procesów leczenia w przypadkach nagłych jest zbyt długi czas oczekiwania pacjenta na dotarcie do specjalistycznego oddziału szpitalnego pozwalającego podjąć czynności leczenia z uwagi na właściwą diagnozę zagrożenia. Inwestycje w ramach których następuję przebudowa, wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej związanych z ratownictwem medycznym również zdaniem beneficjentów i potencjalnych beneficjentów wpływają na rzeczywistą poprawę systemu ratownictwa medycznego.

W Priorytecie XII przeznaczone zostały również środki na budowę, wyremontowanie oraz wyposażenie baz lotniczego pogotowia ratunkowego w liczbie 11 oraz projektów polegających na remoncie lub budowie lądowiska przy szpitalnym oddziale ratunkowym w liczbie 44. Skuteczne leczenie chorego to profesjonalna diagnostyka, właściwy dobór terapii oraz transport medyczny. Transport medyczny może być wykonywany w postaci transportu naziemnego lub powietrznego. W 2009 r. śmigłowce ratunkowe wykonały łącznie 5896 lotów, w tym 4359 do zdarzeń i 1537 transportów między szpitalnych o statusie ratowniczym². Podczas przeprowadzania badania w rozmowie z ekspertami podkreślana była zasada zachowania tzw. złotej godziny. Jest to czas w czasie którego tj. 60 minut pacjent powinien zostać poddany trafnie zdiagnozowanemu procesowi leczenia w odpowiedniej placówce medycznej. Transport lotniczy zdaniem ekspertów umożliwia w sposób dużo szybszy przetransportowanie chorego z jednego szpitala do innego lub dotarcie do poszkodowanego w miejscach trudno dostępnych dla transportu przyziemnego. Ponadto, aby taki transport mógł się odbyć niezbędne jest posiadanie czynnego lądowiska przez dany szpital. W ramach Projektu dotyczącego baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego wyremontowanych lub wyposażonych zostanie 11 baz, których

² Robert Gałązowski: Anestezjologia Intensywna Terapia, 2010, XLII, 3; 174-178.

lokalizacja jest ustalona przez LPR w porozumieniu z Wojewodami oraz Ministrem Zdrowia w sposób pozwalający dotrzeć do poszkodowanego w jak najkrótszym czasie.

Zdaniem ekspertów i beneficjentów jest to czynnik, który w znaczny sposób poprawia sytuację w zakresie ratownictwa medycznego zwłaszcza w niezwykle tragicznych sytuacjach, wymagających jak najszybszego transportu do wysoce specjalistycznego szpitala.

Poniżej przedstawiono wyniki ankiety CATI beneficjentów Działania 12.1.

Tabela 69 Wpływ realizowanych projektów ma wybrane cele Priorytetu XII – beneficjenci Działania 12.1

Stopień wpływu projektu na	Liczebność N=171				Udział procentowy			
	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak
skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia	110	37	24	-	64,33 %	21,64 %	14,04 %	-
Suma	171				100,00%			
obniżenie poziomu śmiertelności	94	54	22	1	54,97 %	31,58 %	12,87 %	0,58%
Suma	171				100,00%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Badanie opinii beneficjentów Działania 12.1 na temat wpływu realizowanych projektów na skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia pokazało, że również i zdaniem beneficjentów realizowane projekty przyczyniły się do skrócenia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Według nieco ponad 63 % respondentów realizowane projekty przyczyniły się w stopniu bardzo wysokim do skrócenia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Zdaniem 21,64% osób udzielających odpowiedzi taki wpływ był w stopniu średnim. Z kolei 14,04% respondentów wskazało brak wpływu lub nie posiadało wiedzy na temat ewentualnego wpływu projektów na skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.

Ta sama grupa respondentów odpowiadała na pytanie odnośnie wpływu wybieranych projektów na spadek poziomu śmiertelności. Zdaniem prawie 86,55 % respondentów taki wpływ jest zauważalny w stopniu co najmniej umiarkowanym.. Z kolei 12,87% respondentów stwierdziło, że projekty w ramach Działania 12.1 nie wpłynęły na spadek poziomu śmiertelności.

Rekomendacje: nie dotyczy

4. Czy poprzez realizowane projekty osiągnęte są cele związane z wyposażeniem szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego.

W związku z realizowanymi projektami zostało zakupionych 245 ambulansów. Planowana wartość wskaźnika zakupu nowych specjalistycznych środków transportu sanitarnego ma wynieść 344. Z kolei zakładana w dokumentach programowych PO IiŚ ilość miała wynieść 600. Osiągnięcie tych celów związanych z wyposażeniem szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego nie zostanie więc w pełni zrealizowane.

Poniżej w tabeli przedstawiono ocenę wpływu projektów na realizację celów związanych z wyposażeniem szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego przez Beneficjentów Konkursu nr 1 w ramach którego zakupione zostały ambulanse.

Tabela 70 Ocena wpływu projektów na podniesienie jakości sprzętu transportu sanitarnego

Stopień wpływu projektu na	Liczebność N=118				Udział procentowy			
	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak
	doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego	86	16	13	3	72,88 %	13,56 %	11,02 %
Suma	118				100,00%			

Zródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Zdaniem 86,44 % respondentów realizowane projekty przyczyniają się do osiągania omawianych celów. Stwierdzono również, że na etapie oceny projektu badana jest celowość zakupu sprzętu, co wyklucza inwestycje jedynie w odtworzenie sprzętu. Ponieważ beneficjent musi wnieść wkład własny do projektu, przyjmuje się, że będzie dokonywał racjonalnych wyborów. Dlatego też wśród odpowiedzi pojawiały się przede wszystkim twierdzące. Wskazano, że wybrane projekty powodują realne doposażenie oddziałów pogotowia, a nie tylko wymianę sprzętu. Dzięki programom operacyjnym z uwzględnieniem priorytetowych lokalizacji (wskazanych przez wojewodów) następuje zapelnianie luki w doposażeniu zespołów ratunkowych. W trakcie wywiadów z beneficjentami i potencjalnymi beneficjentami wskazano również, że z każdym kolejnym zakupem specjalistycznych środków transportu sanitarnego jakość zamawianego sprzętu jest wyższa, a sprzęt jest modyfikowany i częściowo dostosowany do indywidualnych potrzeb zespołów ratowniczych. Opinia beneficjentów została podzielona przez ekspertów, którzy zwrócili uwagę na niewystarczający poziom alokacji wpływający na brak osiągnięcia optymalnego poziomu realizacji celów związanych z doposażeniem szpitalnych

oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego.

Rekomendacje: nie dotyczy

5. Czy realizowane projekty w wystarczającym stopniu przyczyniają się do osiągnięcia celów określonych dla Priorytetu XII oraz poszczególnych Działań?

Celem Priorytetu XII jest bezpieczeństwo polegające na wspieraniu i utrzymaniu dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy .

Poprawa zdrowia ma służyć zaktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu jego podstawowych możliwości, co przyczyni się do wzrostu liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. Istotnym elementem zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy w Polsce jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, standardu wyposażenia w sprzęt medyczny oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego. Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego jest jednym z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności oraz niepełnosprawności, zwłaszcza z powodu wypadków drogowych, katastrof budowlanych, pożarów, katastrof naturalnych oraz chorób układu krążenia, co przyczynia się do wsparcia dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym. Oczekiwany efektem wsparcia jest m.in.: zachowanie zasady „złotej godziny”, co znacznie wpłynie na zmniejszenie poziomu powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych oraz szybszy powrót poszkodowanych do aktywności zawodowej.

W ramach Działania 12.1 wsparcie uzyskały projekty przyczyniające się do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie (ratownictwo przedszpitalne oraz szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe). W celu poprawy skuteczności udzielania pomocy przez szpitalne oddziały ratunkowe wyposażono je w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego. Wsparcie w tym zakresie dotyczyło także pogotowia ratunkowego. Umożliwi to dotarcie zespołu ratunkowego do osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia w ustawowym czasie nie dłuższym niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską. W związku z kończąca się alokacją w ramach Działania 12.1 zakładane wskaźniki odnośnie liczby ambulansów nie zostaną w pełni osiągnięte. Istotne było również wsparcie projektów związanych z budową i remontem oraz wyposażeniem baz lotniczego pogotowia ratunkowego, a także z budową i remontem lądowisk dla helikopterów zlokalizowanych w bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Jak wynika z opinii beneficjentów (tabela 69 na stronie

128) realizowane projekty przyczyniają się do osiągania celów programowych, a w opinii zespołu badawczego cele te w stopniu zadowalającym zostaną osiągnięte. Wsparcie uzyskiwały także projekty dotyczące rozbudowy, przebudowy, remontu oraz doposażenia zakładów opieki zdrowotnej (istniejące szpitalne oddziały ratunkowe wpisane do wojewódzkiego planu działania systemu i centra urazowe) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego, w tym zakupu wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W tym przypadku także zakładane wartości zostaną osiągnięte, a w przypadku centrów urazowych zostaną one przekroczone.

Kluczowym elementem wsparcia jest realizacja w trybie indywidualnym projektu polegającego na budowie i wyposażeniu wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. Liczba centrów zgodna będzie z zakładanymi wartościami i wyniesie 16 takich punktów powiadamiania ratunkowego, czyli tyle ile założono w PO IiŚ. W celu poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia, wsparcie w ramach Działania 12.2 uzyskiwały projekty w zakresie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, co jest kluczowe dla zapewnienia specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób, zarówno tych stanowiących główne przyczyny zgonów (tj. chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych), jak i chorób zawodowych. Inwestycje te polegają na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym w nowoczesny sprzęt medyczny. Realizowane projekty w czasie przeprowadzania badania pozwalały osiągnąć poziom nieco ponad 83% założonych celów w tym zakresie (podpisanych umów 50 na zakładaną wartość 60). Cele związane z wiekiem aparatury radiologicznej oraz ze średnią liczbą pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych osiągną wartość ustaloną w dokumentach Programowych. O stopień osiągnięcia celów PO IiŚ wskutek realizowanych projektów zapytano beneficjentów. Wyniki zostały przedstawione poniżej w tabeli.

Tabela 71 Stopień osiągnięcia celów dokumentów programowych PO IiŚ związanych z ochroną zdrowia

Stopień wpływu projektu na:	Liczebność N=212				Udział procentowy			
	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak
Osiągnięcie celów PO IiŚ (Cel główny PO IiŚ: poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu zdrowia, Cele Pr. XII Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy. Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.)	158	39	15	-	74,53%	18,40%	7,08%	-
Suma	212				100,00%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Według prawie 93% beneficjentów Działań 12.1 oraz 12.2 realizowane projekty przyczyniają się do osiągnięcia celów określonych dla Priorytetu XII oraz poszczególnych Działań.

W opinii respondentów wywiadów pogłębionych zakładane cele zostaną osiągnięte w stopniu zadowalającym. Część respondentów wskazywała na niewielki stopień środków pozostających do rozdysponowania oraz możliwość nieprzeprowadzenia planowanych konkursów. Podkreślano również, że potrzeby oraz zacofanie infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce są znaczne, a przyznane środki nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb.

Rekomendacje: nie dotyczy

V. Ocena efektywności i skuteczności wsparcia w ramach priorytetu XII do rzeczywistych potrzeb:

- w systemie ratownictwa medycznego,
- w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

1. Czy przyjęty sposób wyboru projektów daje gwarancję racjonalności i efektywności rozdysponowania środków w Priorytecie XII PO IiŚ w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, w tym ratownictwa medycznego?

Dokonano analizy kryteriów wyboru projektów w trybie konkursowym – nr 1/2008, 2/2008, 3/2008 oraz w trybie indywidualnym, zarówno dla Działania 12.1, jak i 12.2.

W tabeli poniżej przedstawiono kryteria wyboru projektów stosowane podczas oceny merytorycznej 1 stopnia projektów zgłoszonych w ramach konkursu 1/2008.

Tabela 72 Kryteria wyboru projektów – projekty polegające na zakupie ambulansów wraz z wyposażeniem

Kryterium	Zasady ogólne kryterium	Waga	Punktacja
Średni wiek ambulansu/ ambulansów podlegających wymianie (według stanu na dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po złożeniu wniosku o dofinansowanie lub według stanu na dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu)	Powyżej 11 lat	3	4
	Powyżej 9 – do 11 lat		3
	Powyżej 7 – do 9 lat		2
	Powyżej 5 – do 7 lat		1
Średni przebieg ambulansu lub ambulansów podlegających wymianie (według stanu na dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po złożeniu wniosku o dofinansowanie lub według stanu na dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu).	od 600 001 km	3	4
	500 001 – 600 000 km		3
	400 001 – 500 000 km		2
	300 001 – 400 000 km		1
Średni wiek wszystkich ambulansów, wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta (według stanu na dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po złożeniu wniosku o dofinansowanie lub według stanu na dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu). <u>kryterium stosowane w przypadku zakupu dodatkowego ambulansu</u>	Powyżej 9 lat	3	4
	Powyżej 7 – do 9 lat		3
	Powyżej 4 – do 7 lat		2
	Powyżej 2 – do 4 lat		1
	do 2 lat		0
Średni przebieg wszystkich ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, które są w posiadaniu beneficjenta (wg stanu na dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po złożeniu wniosku o dofinansowanie lub według stanu na dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu). <u>kryterium stosowane w przypadku zakupu dodatkowego ambulansu</u>	od 450 001 km	3	4
	300 001 – 450 000 km		3
	150 001 – 300 000 km		2
	do 150 000 km		1

Ponadto analizowana jest mediana czasu dotarcia na miejsca zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego oraz racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów w jednostce:

Mediana czasu dotarcia w skali miesiąca ambulansów wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (dane za 12 miesięcy poprzedzających dzień ogłoszenia naboru wniosków w przypadku, kiedy ambulans zostanie zakupiony po podpisaniu umowy o dofinansowanie lub dane za 12 miesięcy poprzedzających dzień zakupu ambulansu w przypadku, kiedy ambulans został już zakupiony i beneficjent ubiega się o refundację wydatków poniesionych w związku z realizacją projektu).	1. w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców - powyżej 8 minut - do 8 minut 2. poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców - powyżej 15 minut - do 15 minut	4	4 1 4 1
Racjonalność projektu w zakresie docelowych zasobów środków transportu sanitarnego wykorzystywanych na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.	Wskaźnik liczby ambulansów do liczby zespołów ratownictwa medycznego (po zrealizowaniu projektu) wynosi do 1.2 Wskaźnik liczby ambulansów do liczby zespołów ratownictwa medycznego (po zrealizowaniu projektu) wynosi powyżej 1.2	3	4 0

Źródło: Kryteria merytoryczne I stopnia, Typ projektu „Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego”

W tabeli poniżej przedstawiono kryteria merytoryczne I stopnia wyboru projektów stosowane podczas oceny projektów zgłoszonych w ramach konkursu 2/2008.

Tabela 73 Kryteria wyboru projektów – projekty polegające na przebudowie, rozbudowie i remoncie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego, zakupie wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii oraz budowie i remoncie lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu.	Oceniane będzie czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są niezbędne z punktu widzenia zakładanych celów projektu.	1	4 2 0
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań.	Oceniane będzie czy harmonogram jest kompletny i racjonalny.	1	2 1

				0
3.	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych.	Oceniane będzie doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych.	1	3 2 1 0
4.	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej.	Oceniany będzie poziom zobowiązań wymagalnych zakładu opieki zdrowotnej (w stosunku do wartości kontraktowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, m.in.: NFZ, MZ).	2	3 1 0
4a.		Oceniana będzie rentowność zakładu opieki zdrowotnej.	2	2 1 0
5.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat).	Oceniane będzie czy kosztorys jest oparty na aktualnych, niezawyżonych cenach rynkowych, zapewniających jednocześnie odpowiednią jakość zaplanowanych inwestycji (najlepsze efekty przy możliwie niższych cenach).	1	2 1 0
6.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu).	Oceniana będzie spójność informacji zawartych we wniosku i pozostałych dokumentach oraz zawarcie wyczerpującej analizy problemów (logika projektu).	1	4 0
7.	Kompleksowość projektu.	Oceniana będzie kompleksowość projektu w ujęciu zaspokojenia uzasadnionych potrzeb beneficjenta.	1	4 0
8.	Efektywność energetyczna projektu	Oceniane będzie uwzględnienie w projekcie energooszczędnych rozwiązań technicznych i/lub technologicznych.	2	1 0
9.			4	4 0
9a.	Struktura ZOZ	Oceniana będzie struktura ZOZ w zakresie kompleksowości oferty medycznej placówki	1	3 (za każdy oddział)

10.	Średnia liczba pacjentów obsługiwanych dziennie przez szpitalny oddział ratunkowy	Oceniana będzie potencjalnie najwyższa wartość dodana dla pacjentów (według danych za poprzedni rok).	4	3 2 0
11.	Efektywność zakładu opieki zdrowotnej.	Współczynnik wykorzystania łóżek na oddziałach wymienionych w kryterium 9 (dane za rok poprzedni)	3	4 3 2 0
12.	Odległość do sąsiedniego szpitalnego oddziału ratunkowego wynosi (po drogach publicznych).	Oceniane będzie znaczenie beneficjenta (dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze)	1	4 2 1
			4	4 3 2
13.	Dostępność infrastruktury ratownictwa medycznego na danym obszarze.	Oceniana będzie liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych w mieście.	2	4 0
14.	Lokalizacja inwestycji	Oceniana będzie lokalizacja inwestycji w szpitalnym oddziale ratunkowym	1	1 4 4 4 3 2 3 1
14 a.	Lokalizacja szpitalnego oddziału ratunkowego względem przebiegu tras A	Oceniane będzie położenie szpitalnego oddziału ratunkowego przy określonym rodzaju dróg.	2	4 3

				2 1
14 b.	Lokalizacja lądowiska względem szpitalnego oddziału ratunkowego	Oceniana będzie lokalizacja inwestycji z punktu widzenia dostępności szpitalnego oddziału ratunkowego dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	2	4 1 0
15.	Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy	Oceniana będzie działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie specjalizacji lekarskiej w dziedzinie ratownictwa medycznego	4	1 0
16.	Działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia w dziedzinie ratownictwa medycznego.	Oceniana będzie działalność dydaktyczna beneficjenta w zakresie kształcenia ratowników medycznych i pielęgniarek w dziedzinie ratownictwa medycznego.	2	3 1 0
17.	Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej (dotyczy projektów przewidujących zakup aparatury medycznej)	Oceniany będzie stan techniczny wymienianej aparatury medycznej (wiek)	4	4 3 2 0
18.	Działalność badawczo-naukowa beneficjenta	Oceniane będzie działalność badawczo-naukowa beneficjenta	4	1 0
19.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna.	Oceniana będzie efektywność techniczna i technologiczna projektu	3	2 0
20.	Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	Oceniane będą proponowane rozwiązania techniczne pod kątem dostosowania obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	1 0

21.	Zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk (dotyczy projektów przewidujących roboty budowlane w zakresie lądowisk dla helikopterów)	Oceniany będzie zakres robót budowlanych w zakresie lądowisk w odniesieniu do możliwości nocnego lądowania	2	2 0
22.	Lokalizacja lądowiska	Oceniana będzie lokalizacja lądowiska w zakresie spełnienia wymogów określonych w obowiązujących przepisach.	4	2 0

Źródło: Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu - Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego, zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii oraz budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Tabela 74 Kryteria wyboru projektów dla Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu.	Oceniane będzie czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są niezbędne z punktu widzenia zakładanych celów projektu.	1	4 2 0
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań.	Oceniane będzie czy harmonogram jest kompletny i racjonalny.	1	2 1 0
3.	Doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych.	Oceniane będzie doświadczenie beneficjenta w zarządzaniu projektami finansowanymi przy udziale środków zagranicznych.	1	3 2 1 0

4.	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej.	Oceniany będzie poziom zobowiązań wymagalnych zakładu opieki zdrowotnej (w stosunku do wartości kontraktowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, m.in.: NFZ, MZ.	2	3 1 0
4a.		Oceniana będzie rentowność zakładu opieki zdrowotnej.	2	2 1 0
5.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat).	Oceniane będzie czy kosztorys jest oparty na aktualnych, niezawyżonych cenach rynkowych, zapewniających jednocześnie odpowiednią jakość zaplanowanych inwestycji (najlepsze efekty przy możliwie niższych cenach).	1	2 1 0
6.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu).	Oceniana będzie spójność informacji zawartych we wniosku i pozostałych dokumentach oraz zawarcie wyczerpującej analizy problemów (logika projektu).	1	4 0
7.	Kompleksowość projektu.	Oceniana będzie kompleksowość projektu w ujęciu zaspokojenia uzasadnionych potrzeb beneficjenta.	1	4 0
8.	Efektywność techniczna i/technologiczna	Oceniana będzie efektywność techniczna i technologiczna projektu.	3	2 0
9.	Efektywność energetyczna projektu	Oceniane będzie uwzględnienie w projekcie energooszczędnych rozwiązań technicznych i/lub technologicznych.	1	4 0
10.	Zasoby kadrowe zakładu opieki zdrowotnej	Oceniane będą zasoby kadrowe beneficjenta w zakresie pracowników posiadających stopień lub tytuł naukowy w określonej dziedzinie medycyny	2	3 2 1 0
11.	Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia specjalizacyjnego	Oceniana będzie działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie specjalizacji lekarskich	4	1 4

	lekarzy			
12.	Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej	Oceniana będzie działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej	3	2 0
13.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonych dziedzinach medycyny	Oceniany będzie zakres udzielanych przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń opieki zdrowotnej w następujących dziedzinach medycyny: onkologia, neurologia (leczenia udarów), ortopedia urazowa i traumatologia, kardiologia inwazyjna	3	3 2 1 0
14.	Stan techniczny wymienianej aparatury medycznej	Oceniany będzie stan techniczny (wiek) wymienianej aparatury medycznej (dotyczy projektów przewidujących wymianę posiadanej aparatury medycznej) [jeżeli wniosek dotyczy zakupu więcej niż 1 aparatu, należy wyliczyć średnią wieku wszystkich aparatów objętych wnioskiem]	3	3 2 1 0
15.	Zakres (ponadregionalność) udzielanych świadczeń zdrowotnych	Oceniany będzie % udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom spoza województwa, w którym ZOZ prowadzi swoją działalność (dane za rok poprzedni)	4	4 3 2 1 0
16.	Współczynnik wykorzystania łóżek (dane za rok poprzedni)	Oceniana będzie efektywność beneficjenta	4	3 2 1 0
17.	Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	Oceniane będą proponowane rozwiązania techniczne pod kątem dostosowania obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	2	1 0

Źródło: : Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Tabela 75 Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu: Budowa i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (tryb indywidualny)

Nr	Kryteria	Opis kryterium	Waga	Punktacja
1.	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu.	Oceniane będzie czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są uzasadnione z punktu widzenia zakładanych celów projektu	1	4 2 0
2.	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań.	Oceniane będzie czy harmonogram jest kompletny i racjonalny.	1	2 1 0
3.	Sytuacja finansowa beneficjenta	Oceniany będzie poziom zobowiązań wymagalnych zakładu opieki zdrowotnej w stosunku do przychodów netto na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie.	2	2 2 0
3a		Oceniana będzie rentowność zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie.	2	2 1 0
3b		Oceniany będzie stosunek kosztów do przychodów zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:	2	2 1 0
3c		Oceniana będzie bieżąca płynność finansowa zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:	2	2 1 0
4.	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat).	Oceniane będzie czy kosztorys jest oparty na aktualnych, niezawyżonych i niezaniżonych cenach rynkowych, zapewniających jednocześnie odpowiednią jakość zaplanowanych inwestycji (najlepsze efekty przy możliwie najniższych cenach).	1	2 1 0

Nr	Kryteria	Opis kryterium	Waga	Punktacja
5.	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu).	Oceniana będzie spójność informacji zawartych we wniosku i pozostałych dokumentach oraz zawarcie wyczerpującej analizy problemów (logika projektu).	1	4 0
6.	Efektywność techniczna i/lub technologiczna.	Oceniane będzie czy projekt przewiduje nowoczesne rozwiązania techniczne i/lub technologiczne.	3	4 2 0
7.	Ważność projektu z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa.	Oceniane będzie czy cel realizacji projektu jest spójny z założeniami polityki zdrowotnej państwa oraz czy ma znaczenie z punktu widzenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce.	3	4 2 0
8.	Ważność projektu z punktu widzenia organizacji Euro 2012	Oceniane będzie czy projekt będzie miał znaczenie w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności podczas organizacji Euro 2012.	2	4 2 0
9.	Efektywność energetyczna projektu	Oceniana będzie uwzględnienie w projekcie energooszczędnych rozwiązań technicznych i/lub technologicznych	2	1 0

Źródło: Kryteria merytoryczne I dla Typu projektu: Budowa i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (tryb indywidualny).

Tabela 76 Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
1	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat)	Oceniane będzie czy kosztorys jest oparty na aktualnych, niezawyżonych i niezaniżonych cenach rynkowych, zapewniających jednocześnie odpowiednią jakość zaplanowanych inwestycji (najlepsze efekty przy możliwie najniższych cenach).	1	2 1 0
2	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu.	Oceniane będzie czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są niezbędne z punktu widzenia zakładanych celów projektu	1	4 2 0
3	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań	Oceniane będzie czy harmonogram jest kompletny i racjonalny	1	2 1 0
4	Szybkość obsługi zgłoszeń	Ocenię poddany zostanie wpływ projektu na szybkość dokonywania zgłoszeń o zdarzeniach nagłych	4	4 0
6	Usprawnienie działania służb przyjmujących zgłoszenia o zdarzeniach nagłych	Ocenię poddany zostanie wpływ projektu na możliwość zwiększenia mobilności obecnych i przyszłych zasobów ludzkich do realizacji innych zadań	3	2 0

7	Wpływ projektu na wywiązanie się ze zobowiązań wynikających z regulacji wspólnotowych.	Ocenię poddany zostanie wpływ projektu na spełnienie regulacji wspólnotowych, w szczególności odnoszących się do kwestii świadczenia usługi numeru 112	4	4 2 0
8	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu).	Oceniana będzie spójność informacji zawartych we wniosku i pozostałych dokumentach oraz zawarcie wyczerpującej analizy problemów (logika projektu).	1	4 0
9	Ważność projektu z punktu widzenia organizacji Euro 2012	Oceniane będzie czy projekt będzie miał znaczenie w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności podczas organizacji Euro 2012.	2	4 2 0

Źródło: Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego

Tabela 77 Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu: Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych (tryb indywidualny)

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
1	Adekwatność inwestycji do założonego celu projektu.	Oceniane będzie czy planowane inwestycje (działania) w ramach projektu są uzasadnione z punktu widzenia zakładanych celów projektu.	1	4 2 0
2	Racjonalność i kompletność harmonogramu działań.	Oceniane będzie czy harmonogram jest kompletny i racjonalny. Harmonogram w postaci wykresu Gantta powinien przedstawiać, jakie elementy projektu będą realizowane w poszczególnych miesiącach, dodatkowo z podziałem na kwartaly i za jaką kwotę. Harmonogram powinien być czytelny i spójny z wnioskiem o dofinansowanie.	2	2 1 0
3	Sytuacja finansowa zakładu opieki zdrowotnej.	Oceniany będzie poziom zobowiązań wymagalnych zakładu opieki zdrowotnej w stosunku do przychodów netto na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku	2	2 1 0

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
		o dofinansowanie:		
3a		Oceniana będzie rentowność zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie	2	2 1 0
3b		Oceniany będzie stosunek kosztów do przychodów zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie	2	2 1 0
3c		Oceniana będzie bieżąca płynność finansowa zakładu opieki zdrowotnej na koniec roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:	2	2 1 0
4	Efektywność wydatków projektu (relacja nakład – rezultat).	Oceniane będzie czy kosztorys jest oparty na aktualnych, niezawyżonych i niezaniżonych cenach rynkowych, zapewniających jednocześnie odpowiednią jakość zaplanowanych inwestycji (najlepsze efekty przy możliwie najniższych cenach)	1	2 1 0
5	Spójność projektu i wyczerpująca analiza problemów (logika projektu).	Oceniana będzie spójność informacji zawartych we wniosku i pozostałych dokumentach oraz zawarcie wyczerpującej analizy problemów (logika projektu).	1	4 0
6	Kompleksowość projektu	Oceniana będzie kompleksowość projektu w ujęciu zaspokojenia uzasadnionych potrzeb infrastruktury Centrum Urazowego.	1	4 0
7	Efektywność energetyczna projektu.	Oceniane będzie uwzględnienie w projekcie energooszczędnych rozwiązań technicznych i/lub technologicznych.	2	1 0
8	Efektywność zakładu opieki zdrowotnej.	Oceniane będzie wykorzystanie łóżek na oddziałach, w których udzielane są świadczenia w dziedzinach 1-5, określonych w kryterium 11 (wg danych za rok poprzedzający rok składania wniosku o dofinansowanie).	3	4 3 2 0
9	Obszar działania Centrum Urazowego.	Oceniany będzie obszar działania Centrum Urazowego w zakresie populacji zabezpieczanej w zakresie świadczeń zdrowotnych.	3	4 2
10	Kompleksowość usług medycznych zakładu opieki zdrowotnej	Oceniany będzie zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład opieki zdrowotnej w zakresie jego kompleksowości.	1	1 (za każdy oddział) 0

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
11	Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy.	Oceniana będzie działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie specjalizacji lekarskich w dziedzinach ratownictwa: 1- anestezjologii, 2- chirurgii, 3- ortopedii, 4- neurochirurgii, 5- chirurgii naczyń, 6- torakochirurgii, 7- kardiochirurgii.	3	4 3 2 1 0
11a		1. Oceniana będzie działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie prowadzenia staży kierunkowych w dziedzinach ratownictwa: 2. anestezjologii, 3. chirurgii, 4. ortopedii, 5. neurochirurgii, 6. chirurgii naczyń, 7. torakochirurgii, 8. kardiochirurgii, 9. medycyny ratunkowej.	2	1 (za każdą dziedzinę) 0
12	Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia przeddyplomowego.	Oceniana będzie działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w dziedzinach: 1- medycyna ratunkowa, 2- anestezjologia, 3- chirurgia, 4- ortopedia.	4	1 (za każdą dziedzinę) 0
13	Działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia w dziedzinie medycyny ratunkowej.	Oceniana będzie działalność dydaktyczna zakładu opieki zdrowotnej w zakresie kształcenia ratowników medycznych, pielęgniarek i lekarzy w dziedzinie medycyny ratunkowej.	2	3 2 1 0
14	Działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej wynikająca z jego statutu.	Oceniana będzie działalność badawczo-naukowa zakładu opieki zdrowotnej wynikająca z jego statutu.	4	1 0
15	Efektywność techniczna i/lub technologiczna.	Oceniana będzie efektywność techniczna i technologiczna projektu.	3	2 0
16	Znaczenie projektu w kontekście potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych.	Ocenianie będą proponowane rozwiązania techniczne pod kątem dostosowania obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych.	2	1 0

Lp.	Kryterium	Opis kryterium	Waga	Punktacja
	niepełnosprawnych.			

Źródło: Kryteria merytoryczne I dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu: Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych (tryb indywidualny).

Ocena projektów w ramach Priorytetu XII dokonywana jest na każdym etapie przez dwóch niezależnych ekspertów. W opinii zespołu badawczego daje to gwarancję, bezstronności i obiektywizmu ocenianych projektów, tym samym prowadząc do najbardziej racjonalnego wyboru. Zasadniczo przeprowadzający badanie ocenili konstrukcję formularza jako narzędzie skuteczne i pozwalające efektywnie pozyskać informacje umożliwiające ocenę projektów zgodnie z wyznaczonymi kryteriami. W opinii respondentów IDI specyfikacja kryteriów została skonstruowana w taki sposób, aby zawierała podstawowe informacje o przedsięwzięciu oraz by zapisy odzwierciedlały poszczególne kryteria. Duże zróżnicowanie typów projektów uniemożliwiło stworzenie jednolitego zestawu kryteriów dla Programu i zdeterminowało stosowanie nieco odmiennych kryteriów w rozróżnieniu na poszczególne typy projektów ,tj. realizowane w trybie konkursowym bądź w trybie indywidualnym (przedstawione w tabelach powyżej). Wspólnym mianownikiem wszystkich kryteriów są cele Programu. Selekcja projektów pod względem zgodności z celami Programu zapewniona jest w szczególności na etapie oceny formalnej podczas której sprawdzana jest między innymi zgodność projektu z celami Programu. W opinii respondentów system wyboru projektów pozwala rozdysponować środki w ramach Priorytetu w sposób racjonalny poprzez nawiązanie do preferencji wskazanych w Programie. Wynika to z uwagi, iż wybierane są projekty najlepiej wpisujące się w realizację celów Programu oraz bezpośrednio nawiązujące do nich w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, w tym ratownictwa medycznego. Respondenci IDI stwierdzili, że system wyboru projektów z zakresu ratownictwa medycznego, mimo, że prowadzący do dużego rozproszenia środków, skutkuje poprawą sytuacji w ujęciu systemowym. Jeśli chodzi o wsparcie udzielane w trybie konkursowym, eksperci sygnalizowali, że większy nacisk powinien być kładziony na wpisywanie się projektów w cele strategiczne związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce. Stwierdzono, iż konkursowy charakter pozwala wydatkować środki w sposób

racjonalny oraz efektywny, wspierając inicjatywy najbardziej tego wymagające. Z kolei w ramach trybu indywidualnego pomoc uzyskują projekty wnoszące istotny wkład w realizację newralgicznych celów zdrowotnych w regionie i kraju. Podczas panelu eksperckiego również potwierdzono zasadność i racjonalność wydatkowania środków poprzez wybór projektów w obecnym systemie. Eksperti wskazali, że kryteria wyboru zostały sformułowane w sposób promujący projekty przyczyniające się do realizacji najważniejszych potrzeb i celów zapisanych w programie przy jednoczesnym zachowaniu efektywnego sposobu wyboru projektów. Rozróżnienie poszczególnych kryteriów w ramach odrębnych konkursów oraz rodzaju projektów otrzymujących dofinansowanie w trybie indywidualnym z podziałem na zasady ogólne kryterium, wagę oraz możliwe uzyskane punkty pozwalają na wyróżnienie projektów najbardziej pożądanym w punktu widzenia preferencji sformułowanych dla każdego z Działań.

Aby środki były rozdysponowane w sposób najbardziej optymalny, ich wybór musi być dokonany poprzez kryteria pozwalające użyteczne weryfikowanie wniosków poprzez spełnienie warunków obiektywności, jednoznaczności i weryfikowalności. Są to bowiem elementy powiązane ze sobą, których jednoznaczna i przejrzysta interpretacja pozwala dokonać najbardziej racjonalnych wyborów. Kryteria te wskazują raczej na poprawne formułowanie wniosków, skutkujących wyborem określonych projektów. Zatem system punktowej oceny projektów w ramach poszczególnych konkursów oraz trybów indywidualnych zamieszczonych w tabelach powyżej oceniono jako adekwatny. Kryteria formalne oraz merytoryczne II stopnia oceniane są metodą 0/1 (kryterium jest spełnione/ kryterium nie jest spełnione). Ocena 0/1 na etapie oceny formalnej w tym zakresie polega na weryfikacji czy dany projekt oraz w jakim stopniu wpisuje się w cele dokumentów oraz czy projektodawca powołuje się we wniosku aplikacyjnym na określone dokumenty strategiczne. Analiza w odniesieniu do kryteriów merytorycznych I stopnia (zamieszczone w tabelach powyżej) zawiera system punktowy, zdaniem zespołu badawczego oraz respondentów, adekwatny do wagi poszczególnych kryteriów. Większa waga przypisana jest kryteriom oceniającym projekt w świetle dostosowania do odpowiednich wymogów prawnych wynikających z dokumentów krajowych lub europejskich czy też ważnych ze względu na szczególny interes społeczny (np. wiek czy przebieg karetek pogotowia ratunkowego, prowadzenie działalności badawczej, dydaktycznej bądź ze względu na lokalizację).

Podsumowując system wyboru projektów umożliwia ocenę projektów pod kątem zgodności z osiąganiem celów Programu. Zarówno trzy etapowość systemu, sposób oceny

na poszczególnych etapach przez dwie niezależne osoby oraz zakres kryteriów sformułowanych dla projektów otrzymujących dofinansowanie w poszczególnych trybach (konkursowy/indywidualny) jest optymalny dla zapewnienia wyboru najlepszych jakościowo projektów, co przekłada się na wydatkowanie środków w sposób racjonalny i efektywny.

Rekomendacje: zaleca się, aby w kryteriach merytorycznych I stopnia stosowanych w trybie konkursowym uwzględnić kryterium dotyczące stopnia wpisywania się projektu w cele strategiczne związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce o znacznej rozpiętości punktowej.

2. Czy sposób wyboru projektów daje gwarancję, że wsparcie dociera tam, gdzie jest najbardziej potrzebne?

W pierwszym pytaniu badawczym niniejszego obszaru, w sposób szczegółowy zaprezentowane zostały stosowane w bieżącym okresie programowania kryteria wyboru projektów, zarówno w trybie konkursowym, jak i indywidualnym.

Zgodnie z wypowiedziami respondentów IDI, uczestników zogniskowanych wywiadów grupowych, a także respondentów wywiadów swobodnych, przyjęty sposób wyboru projektów daje gwarancję, że wsparcie dociera tam, gdzie jest najbardziej potrzebne.

Jeśli chodzi o adekwatność udzielanego wsparcia w stosunku do zdiagnozowanych potrzeb, dokonano analizy zapisów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w wersji zaakceptowanej przez Komisję Europejską. Poniżej przedstawiono skrócony opis zdiagnozowanych potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych oraz ratownictwa medycznego.

Infrastruktura ochrony zdrowia zapewniająca świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych.

Poprawa sytuacji zdrowotnej Polaków wymaga działań ukierunkowanych na poprawę dostępności do opieki zdrowotnej oraz jakości świadczeń zdrowotnych, co wiąże się m.in. z koniecznością poprawy stanu infrastruktury zdrowotnej.

Średni wiek budynków użytkowanych przez szpitale kliniczne i instytuty wynosi 48 lat. Spośród tych budynków 12,5% jest pod opieką konserwatora zabytków, a w przypadku 6,3% budynków nie jest możliwe przeprowadzenie modernizacji, celem dostosowania budynków do aktualnych przepisów prawa.³

Infrastruktura techniczna systemu ochrony zdrowia oprócz budynków obejmuje także urządzenia techniczne oraz medyczne. Ich dobra jakość, w tym dobry stan techniczny jest warunkiem niezbędnym dla efektywnego działania systemu ochrony zdrowia. Z analiz liczby i stanu aparatury medycznej funkcjonującej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej wynika, że występuje nierównomierne nasycenie aparaturą w skali kraju, a jej znaczna część jest przestarzała. Najgorsza sytuacja dotyczy sprzętu do rentgenodiagnostyki.

³ Źródło: Dokument Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007 – 2013.

Braki w podstawowej infrastrukturze instytucji świadczących usługi wysokospecjalistyczne pokazują wyraźnie, iż infrastruktura ta nie odpowiada potrzebom nowoczesnego systemu ochrony zdrowia i wymaga pilnej modernizacji.

Brak jest również pełnego zintegrowanego systemu informatycznego w szpitalach i zakładach opieki zdrowotnej, który zapewniałby decydom i innym podmiotom odpowiedzialnym za ochronę zdrowia kompleksowy zasób informacji. Struktura obecnego systemu informacyjnego, zarówno w sferze funkcjonalnej, informacyjnej jak i technicznej, nie stanowi uporządkowanego układu, a relacje łączące poszczególne elementy infrastruktury są słabe i niewystarczające⁴.

Ratownictwo medyczne w Polsce.

Stan dróg w Polsce oraz obciążenie wezwaniami sprawiają, że czas eksploatacji środków transportu jest krótszy niż w innych krajach Unii Europejskiej. Według danych wojewodów, w roku 2006 w systemie ratownictwa medycznego użytkowanych było ponad 300 samochodów wymagających bezwzględnie wymiany ze względu na znaczne zużycie (przebieg powyżej 300 tys. km, rok produkcji – 2000 i wcześniej). Koszt jednego ambulansu typu „W” z wyposażeniem przedziału medycznego wynosi minimum 300 tys. zł. Dla usprawnienia funkcjonowania systemu należy zakupić 600 samochodów w okresie 2007-2013. Istotnym elementem sprawnego systemu ratownictwa medycznego jest transport z wykorzystaniem śmigłowców. Istnieją potrzeby związane z budową lub remontem baz lotniczego pogotowia ratunkowego oraz z budową lub remontem lądowisk dla helikopterów – w bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnych oddziałów ratunkowych. Obecnie w Polsce istnieje 16 stałych baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz jedna baza sezonowa. Ponadto w całym kraju są użytkowane 92 lądowiska zlokalizowane przy szpitalach, spośród których jedynie 29 jest przystosowanych do lądowania w nocy. Docelowo ma funkcjonować 20 baz stałych oraz 332 lądowiska dla helikopterów.

Duże znaczenie dla systemu ratownictwa medycznego ma również stworzenie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz dostosowanie już powstałych oddziałów do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Część oddziałów ratunkowych spośród już funkcjonujących wymaga dalszego doposażenia i dostosowywania do wymagań określonych we właściwych przepisach. Około 100 szpitalnych oddziałów ratunkowych wymaga gruntownej

⁴ Źródło: Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2015.

rozbudowy lub modernizacji. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, stanowi, że jednostkami systemu ratownictwa medycznego są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, zaś z systemem współpracują jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, ujęte w wojewódzkim planie działania systemu. Dla sprawnego funkcjonowania zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego niezbędne jest wsparcie dla funkcji powiadamiania służb ratowniczych o zdarzeniach nagłych. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym przewiduje utworzenie w tym celu wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego, które będą miały za zadanie przyjmowanie zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i kierowanie ich do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego, zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa.

Dokonując zestawienia interwencji podejmowanych w ramach Działania 12.1 i 12.2 PO IiŚ, stwierdzono, że udzielane wsparcie odpowiada na określone w dokumentacji programowej potrzeby w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych oraz ratownictwa medycznego. W ramach panelu eksperckiego uzyskano potwierdzenie niniejszego **wniosku**, jednak z zastrzeżeniem, że alokacja dla Priorytetu XII jest zdecydowanie zbyt niska w stosunku do ogromu potrzeb polskiej służby zdrowia.

Rekomendacje: nie dotyczy

3. Czy należy dokonać jakichś zmian, modyfikacji w systemie wyboru projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, aby promować projekty, które będą zapewniały osiągnięcie najważniejszych celów?

Zgodnie z zapisami raportu ewaluacyjnego pn. „Ewaluacja systemu oceny i wyboru projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013”, większość przedstawicieli instytucji systemu wskazywała na brak konieczności zmian w zakresie procedur wyboru projektów w obecnej perspektywie.

Z uwagi na fakt, że typy projektów, jakie będą wspierane w ostatnich konkursach w ramach wdrażania Priorytetu, zostały już wybrane, trudno wskazywać na możliwość zmian, aby promować projekty, które będą zapewniały osiągnięcie najważniejszych celów. W obecnym

momencie zaangażowania wdrażania Priorytetu należy raczej skupić się na monitorowaniu i dążeniu do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników, które obrazują przecież cele przypisane Działaniom i Priorytetowi.

Wynik badania IDI oraz przeprowadzonych wywiadów swobodnych potwierdzają tę tezę. Natomiast w toku panelu eksperckiego została zgłoszona sugestia, aby w toku oceny uwzględnić kryterium dotyczące stopnia wpisywania się projektu w cele strategiczne związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce, a nie jedynie potwierdzenie, że projekt wpisuje się w dokumenty strategiczne.

Rekomendacje: tak jak w przypadku pierwszego pytania badawczego z niniejszego obszaru: zaleca się, aby w kryteriach merytorycznych I stopnia stosowanych w trybie konkursowym uwzględnić kryterium dotyczące stopnia wpisywania się projektu w cele strategiczne związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce.

4. Czy sposób rozdysponowania wsparcia daje gwarancję optymalnego wykorzystania środków w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?

Jak wynika z przedstawionej w poprzedniej części opracowania analizy potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych i ratownictwa medycznego oraz przyjętych do wsparcia typów projektów w ramach ogłoszonych czterech konkursów oraz trybu indywidualnego Działania 12.1 i 12.2, stwierdzono, że istnieją podstawy do stwierdzenia, że sposób rozdysponowania wsparcia daje gwarancję optymalnego wykorzystania środków w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.

Respondenci badania IDI potwierdzili, że środki rozdysponowywane w ramach Priorytetu są wykorzystywane w optymalny sposób, o czym świadczy m.in.:

- zagospodarowywanie na bieżąco oszczędności generowanych w toku realizacji projektów, głównie w wyniku zakończenia postępowań przetargowych i osiągnięcie niższej od zakładanej wartości projektu,
- w razie potrzeby dokonywanie realokacji środków między działaniami, aby przy danych nakładach uzyskać jak najlepsze rezultaty.

Niezależni eksperci w ramach przeprowadzonego panelu eksperckiego potwierdzili **wnioski** z niniejszej analizy: sposób rozdysponowania wsparcia daje gwarancję optymalnego wykorzystania środków w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.

Rekomendacje: brak

5. Czy sposób rozdysponowania wsparcia daje gwarancję, iż projekty będą odpowiadały na najważniejsze potrzeby w zakresie wsparcia systemu ratownictwa medycznego i infrastruktury ochrony zdrowia?

Realizowane w ramach Działania 12.1 i 12.2 projekty stanowią odpowiedź na zidentyfikowane potrzeby w zakresie wsparcia systemu ratownictwa medycznego i infrastruktury ochrony zdrowia. Potwierdza to wynik badania IDI oraz wywiadów swobodnych. Dofinansowane przedsięwzięcia wpisują się w cele wskazywane w dokumentach strategicznych, co w sposób szczegółowy zostało przedstawione w innej części raportu.

W opinii respondentów IDI alokacja na cały Priorytet nie może rozwiązać wszystkich problemów polskiej służby zdrowia, nie mniej nawet tak niski poziom alokacji dla Priorytetu, musi umożliwić zrealizowanie newralgicznych inwestycji w zakresie poprawy stanu infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych oraz wsparcia ratownictwa medycznego. Dofinansowanie zostało skonstruowane w taki sposób, aby środki trafiły tam, gdzie są najbardziej potrzebne.

Rekomendacje: brak

6. Jakie zidentyfikowano bariery mające wpływ na efektywne i skuteczne zaspokajanie potrzeb w ramach systemu ratownictwa medycznego oraz infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym?

Respondenci IDI sygnalizują pewien dysonans pomiędzy ambitnymi celami dla Priorytetu, a skalą wsparcia dla poszczególnych beneficjentów i tym samym zasięgiem oddziaływania podejmowanych interwencji. W opinii części uczestników badania z poziomu krajowego powinno wspierać się najważniejsze inwestycje oraz instytucje, tymczasem duża część alokacji w ramach Działania 12.1 jest rozdysponowywana na rzecz dostawy 1, 2 czy 3 szt.

ambulansów, udzielanej dużej liczbie podmiotów. W ramach panelu eksperckiego zweryfikowano tę tezę. Uczestnicy stwierdzili, że duże rozproszenie w rozdysonowaniu tych środków nie świadczy o ich nieracjonalności, gdyż podejmowane interwencje wpisują się w założenia systemowe oraz prowadzą do poprawy sytuacji w ratownictwie medycznym w skali kraju.

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce należą do jednych z najniższych wśród krajów członkowskich Unii Europejskiej. Podczas badania zdiagnozowano, że Polska ochrona zdrowia cierpi na brak nowoczesnej infrastruktury: obiekty szpitalne częstokroć nie spełniają podstawowych wymogów dyrektyw Wspólnotowych, aparatura medyczna jest przestarzała, a wiele jednostek boryka się z problemami finansowania działalności operacyjnej. Niekorzystna sytuacja ekonomiczna sektora przekłada się wprost na jakość leczenia i dobrostan pacjentów. Zdiagnozowanymi barierami wpływającymi na efektywne i skuteczne zaspokajanie potrzeb w ramach infrastruktury ochrony zdrowia o charakterze ponadregionalnym są historyczne zapóźnienie ekonomiczne Polski, odczuwalne dysproporcje w jakości życia mieszkańców w porównaniu z zamożnymi regionami Unii Europejskiej, brak odpowiednich inwestycji w ochronę zdrowia – przestarzała infrastruktura oraz ograniczenia w dostępie do specjalistycznych procedur. Innym niepokojącym, a istotnym zjawiskiem, którego skutki w pewien sposób mogą ograniczać świadczenie usług specjalistycznych o charakterze ponadregionalnym to odpływ kadry specjalistycznej do innych ośrodków na terenie Wspólnoty. Według ekspertów szpitale o charakterze ponadregionalnym często prowadzone w formie publicznych zakładów opieki zdrowotnej finansują koszty udzielanych świadczeń głównie z przychodów z NFZ, określonych najczęściej jednostronnie przez płatnika. Placówki te posiadają więc ograniczone własne możliwości finansowania poważnych inwestycji w infrastrukturę zdrowia. Zauważono, że owszem placówki takie mają możliwości pozyskania bezzwrotnego wsparcia ze środków budżetu państwa, jednak z uwagi na obecną niekorzystną sytuację makroekonomiczną nie jest możliwe dokonywanie odpowiednich inwestycji w ramach takiego wsparcia. Uczestnicy zogniskowanego wywiadu grupowego podkreślili, iż inwestycje ze środków własnych placówek w głównej mierze związane są jedynie z nakładami odtworzeniowymi i pracami modernizacyjnymi. Brak doposażenia placówek w nowoczesny sprzęt skutkujący coraz to większymi trudnościami technicznymi w świadczeniu specjalistycznych usług oraz wzrostem kosztów utrzymania przestarzałej aparatury. W opinii uczestników badania IDI wsparcie instytucji świadczących specjalistyczne usługi z poziomu krajowego pozwala wyrównać poziom dostępu oraz

świadczonych usług zaspokajających wysublimowane potrzeby medyczne w sposób najbardziej racjonalny i efektywny poszerzając zakres i jakość świadczonych usług.

Rekomendacje: brak

VI. Ocena wpływu interwencji w ramach Priorytetu XII na osiągnięcie:

- celów całego PO LiŚ,
- celów Strategii Rozwoju Kraju (SRK),
- celów Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia (NSRO).

1. W jakim stopniu interwencje podejmowane w ramach Priorytetu XII PO LiŚ wpływają na osiągnięcie celów PO LiŚ, SRK i NSRO?

Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007- 2015 jest podstawowym dokumentem strategicznym określającym cele i priorytety polityki rozwoju w perspektywie najbliższych lat oraz warunki, które powinny ten rozwój zapewnić. Strategia Rozwoju Kraju jest nadrzędnym, wieloletnim dokumentem strategicznym rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, stanowiącym punkt odniesienia zarówno dla innych strategii i programów rządowych, jak i opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Głównym celem strategii jest podniesienie poziomu i jakości życia mieszkańców Polski: poszczególnych obywateli i rodzin. Cel główny oraz problemy społeczno – gospodarcze wynikające z zapóźnień rozwojowych, niedoinwestowania polskiej gospodarki oraz uwarunkowań zewnętrznych, wskazują na priorytety. Określają one najważniejsze kierunki i działania, dzięki którym możliwe będzie osiągnięcie celu głównego SRK. Jednym z priorytetów SRK, z którym ściśle powiązane są interwencje w ramach Priorytetu XII PO LiŚ jest Priorytet 2 – Poprawa stanu infrastruktury technicznej i społecznej. Priorytet ten zakłada poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych. Działania te, połączone z promocją zdrowego stylu życia, zmierzają do zapewnienia poprawy stanu zdrowia społeczeństwa w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską, a średnim poziomem stanu zdrowia ludności w Unii Europejskiej. Działania te zapewniają przede wszystkim lepsze wykorzystanie istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia i jej stale unowocześnianie. W ramach Priorytetu XII PO LiŚ wspierane są inwestycje podnoszące jakość świadczenia usług zdrowotnych poprzez inwestycje w nowoczesny sprzęt i jego równą dostępność dla wszystkich obywateli.

Realizowane projekty powiązane są również z Priorytetem 3 - Poprawa stanu infrastruktury technicznej i społecznej. Podnoszenie poziomu życia mieszkańców oznacza konieczność zapewnienia wystarczającego dostępu do między innymi usług zdrowotnych. Infrastruktura usług społecznych, w tym m.in. zdrowotnych, służy kształtowaniu jakości kapitału ludzkiego. Cele te są realizowane są m.in. poprzez lepsze wykorzystanie istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia oraz jej stale unowocześnianie. W ramach Działania 12.1 i 12.2 PO IiŚ wspierane są inwestycje podnoszące jakość i konkurencyjność usług medycznych, poprzez m.in. zakup nowoczesnego sprzętu transportu sanitarnego, diagnostycznego i leczniczego, jak też dostępność wysokospecjalistycznych usług medycznych dla wszystkich obywateli. Podejmowane w tej sferze działania mają wpływ na konkurencyjność polskiej gospodarki, co również wykazuje zgodność z SRK

Interwencje PO IiŚ zgodne są także z Priorytetem 6 SRK - Rozwój regionalny i podniesienie spójności terytorialnej. W okresie objętym Strategią wspomagane są regiony słabiej rozwinięte gospodarczo, przede wszystkim poprzez wspieranie rozwoju szeroko rozumianej infrastruktury m.in. z zakresu ochrony zdrowia. Dzięki realizowanym projektom następuje m.in. stworzenie warunków dla poprawy standardów życia ludności w tym zapewnienie dostępności do usług zdrowotnych.

Dokument Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia przedstawia analizę sytuacji społeczno-gospodarczej kraju i jej regionów, formułuje najważniejsze wyzwania dla kraju w perspektywie kolejnych lat oraz określa cele zmierzające do osiągnięcia spójności społeczno-gospodarczej i terytorialnej z krajami i regionami Wspólnoty. Celem strategicznym Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia dla Polski jest tworzenie warunków dla wzrostu konkurencyjności gospodarki opartej na wiedzy i przedsiębiorczości zapewniającej wzrost zatrudnienia oraz wzrost poziomu spójności społecznej, gospodarczej i przestrzennej. Cel strategiczny jest osiągnięty poprzez realizację horyzontalnych celów szczegółowych. Realizowane projekty w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wpisują się w następujące cele polityki spójności:

- 2 cel horyzontalny NSRO – poprawa jakości kapitału ludzkiego i zwiększenie spójności społecznej, który ma być realizowany m.in. poprzez „wzmocnienie potencjału zdrowotnego kapitału ludzkiego”
- 3 cel horyzontalny NSRO – budowa i modernizacja infrastruktury technicznej i społecznej mającej podstawowe znaczenie dla wzrostu konkurencyjności Polski, który obejmuje m.in. „wsparcie podstawowej infrastruktury społecznej”.

Jak zakłada NSRO zdrowie populacji jest jednym z kluczowych czynników produktywności i wzrostu gospodarczego oraz istotnym wyznacznikiem ogólnie pojętej jakości życia. W zakresie infrastruktury ochrony zdrowia istotne są działania służące poprawie infrastruktury ochrony zdrowia, zmniejszeniu nierówności w dostępie do infrastruktury medycznej oraz zwiększające efektywność w systemach opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w nowoczesny sprzęt, infrastrukturę oraz wiedzę.

Zespół badawczy zdiagnozował, że w Polsce występują znaczne różnice w stanie zdrowia mieszkańców w porównaniu z innymi krajami UE oraz duże nierówności, w poszczególnych regionach kraju w dostępie ludności do świadczeń opieki zdrowotnej. W kontekście polityki spójności poprzez realizowane projekty w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wdrażane są działania mające na celu wyrównywanie dostępu do opieki zdrowotnej i zapewnienie wysokiej jakości oraz równego poziomu bez względu na miejsce świadczonych usług. Cel ten jest osiągany poprzez realizowane projekty, które pozwalają stworzyć zintegrowany, wysokiej jakości system ratownictwa medycznego pozwalający na wczesne diagnozowanie zagrożeń, obniżanie poziomu absencji oraz przedłużenie aktywnego udziału w społeczeństwie. Projekty służą podwyższeniu jakości usług medycznych, których efektem w wymiarze społecznym jest wpływ na zmniejszenie śmiertelności, zmniejszenia skutków urazów i umożliwienie szybszego powrotu pacjentów do wykonywania obowiązków pracowniczych oraz znaczna poprawa dostępności wysokospecjalistycznych usług medycznych.

Głównym celem Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko jest podniesienie 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. Wzrost atrakcyjności Polski i regionów jest osiągany dzięki inwestycjom m.in. w obszarze zdrowia poprzez realizację m.in. celu szczegółowego Programu polegającego na wspieraniu utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy. W Programie zawarto postanowienie, że czynnikiem koniecznym stworzenia warunków otoczenia dla zatrudnienia wysoko kwalifikowanych specjalistów są w szczególności inwestycje w infrastrukturę zdrowia. Wsparcie dla inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, dzięki któremu następuje podniesienie dostępności i jakości infrastruktury ochrony zdrowia w systemie ratownictwa medycznego oraz o charakterze ponadregionalnym przekłada się na wzrost aktywnego udziału zdrowych osób na rynku pracy i podnosi konkurencyjność polskiej gospodarki.

W ramach badania CATI Beneficjenci wskazali stopień, w jakim realizacja ich projektu wpisuje się w poszczególne cele Programu, SRK i NSRO. Wyniki zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 78 Stopień wpływu projektów na osiągnięcie celów Programu, SRK i NSRO

Stopień wpływu projektu na	Liczebność N=212				Udział procentowy			
	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak	bardzo mocno	średnio	nie wpływa / nie wiem	brak
obniżenie śmiertelności osób w wieku produkcyjnym	101	67	44	-	47,65%	31,60%	20,75%	-
Suma	212				100,00%			
skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia	115	39	57	1	54,25%	18,40%	26,89%	0,47%
Suma	212				100,00%			
obniżenie poziomu śmiertelności	117	60	33	2	55,19%	28,30%	15,57%	0,94%
Suma	212				100,00%			
doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego	119	22	67	4	56,13%	10,38%	31,60%	1,89%
Suma	212				100,00%			

Osiągnięcie celów PO IiŚ (Cel główny PO IiŚ: poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu zdrowia, Cele Pr. XII Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy. Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.)	158	39	15	-	74,53%	18,40 %	7,08%	-
Suma	212				100,00%			
Osiągnięcie celów Strategii Rozwoju Kraju (Główny cel strategii - podniesienie poziomu i jakości życia mieszkańców Polski: poszczególnych obywateli i rodzin.)	138	54	20	-	65,09%	25,47 %	9,43%	-
Suma	212				100,00%			
Osiągnięcie celów Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia	134	53	21	4	63,21%	25,00 %	9,91%	1,89%
Suma	212				100,00%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CATI

Uśredniając, około 75-85% respondentów deklaruje, że realizowane projekty mają co najmniej średni wpływ na osiągnięcie wskazanych celów Programu, SRK i NSRO. Największa liczba badanych potwierdza bardzo silne wpisywanie się przedsięwzięć w osiągnięcie celów POIiŚ, w tym celu Priorytetu XII.

Na pytanie *Czy realizowane projekty mają rzeczywisty wpływ na obniżenie poziomu śmiertelności osób w wieku produkcyjnym?* stwierdzono, że wartość wskaźnika tego typu poprawia się w czasie wdrażania Priorytetu. Jednocześnie zwrócono uwagę, że na wskaźnik dot. poziomu śmiertelności mają wpływ także inne czynniki – stąd nie można tu mówić o jednoznacznym

i mierzalnym oddziaływaniu udzielonego wsparcia w tym zakresie. Ministerstwo zaczyna dopiero wydatkować środki, o obniżeniu poziomu śmiertelności jako rezultacie w wartościach mierzalnych, będzie można mówić w dalszej perspektywie czasu. Osoby udzielające informacji stwierdziły, że na tym etapie trudno jest jeszcze ocenić, czy wybrane projekty mają bezpośredni wpływ na wskaźnik. Do tego rodzaju wskaźników należy podchodzić z pewną rezerwą, ponieważ mimo odpowiedniego doposażenia placówek medycznych może pojawić się czynnik zewnętrzny sprzyjający wzrostowi śmiertelności, wtedy nie zostanie osiągnięty zamierzony rezultat. Rezultaty powinny być mierzone nie poprzez projekty, lecz realizowany program. Zwiększenie potencjału, czy to w liczbie ambulansów czy w jakości usług na oddziałach, wpływa na zwiększanie się dostępności świadczeń medycznych, a przez to obniża się wskaźnik śmiertelności.

Stwierdzono, iż wybierane projekty pozwolą na rzeczywistą poprawę sytuacji w zakresie ratownictwa medycznego, zwłaszcza pod kątem szybkiego dotarcia na miejsce zdarzenia oraz obniżenia poziomu śmiertelności poprzez dążenie do zachowania tzw. złotej godziny. Podkreślano jednak, że efekty będą widoczne dopiero po zakończeniu okresu programowania. Część ekspertów uważa, że będzie można dokonać wstępnej oceny sytuacji ratownictwa medycznego dopiero za kilka lat. Rezultaty będą możliwe do zweryfikowania w nieco dłuższej perspektywie. Respondenci stwierdzili, że wspierane są projekty w placówkach, w których pojawiły się problemy m.in. w doposażeniu, w związku z czym projekty powinny mieć wpływ na poprawę sytuacji ratownictwa medycznego. Z uwagi na występowanie dofinansowania projektów indywidualnych mających newralgiczne znaczenie dla służby zdrowia, wybieranych w specjalnej procedurze, dofinansowanie trafia do placówek wymagających wsparcia w pierwszej kolejności.

Na pytanie *Czy poprzez realizowane projekty osiągnęte są cele związane z doposażeniem szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego?* stwierdzono, że na etapie oceny projektu badana jest celowość zakupu sprzętu. Wśród odpowiedzi pojawiały się przede wszystkim twierdzące. Wskazano, że wybrane projekty powodują realne doposażenie oddziałów pogotowia, a nie tylko wymianę sprzętu. Dzięki przepisom zapewniającym dojazd ambulansów do poszkodowanego w czasie do 8 min w obszarze miejskim i do 15 minut poza obszarem miejskim, a także zgodnie z uwzględnieniem priorytetowych lokalizacji (wskazanych przez wojewodów i wynikających z Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym) następuje zapelnianie luki w doposażeniu zespołów ratunkowych.

Respondenci wskazali, że realizowane projekty przyczyniają się do osiągnięcia celów określonych dla Priorytetu XII oraz poszczególnych Działań.

Na podstawie wywiadów indywidualnych stwierdzono wpływ interwencji podejmowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów PO IiŚ, SRK, NSRO. Według respondentów podczas programowania wskaźników kierowano się dokumentami wyższą rangą jak SRK czy NSRO. Wyznacznikiem była także diagnoza sektora ochrony zdrowia, którą przeprowadziło Ministerstwo Zdrowia, na potrzeby NPR, która też ujmowała istotne deficyty inwestycyjne. W tym zakresie, w jakim Ministerstwo miało wiedzę o deficytach, Program powinien je zaspokoić, oczywiście adekwatnie do środków.

Rekomendacje: nie dotyczy

2. Czy na etapie przygotowania wniosków o dofinansowanie projektów potencjalni beneficjenci zwracali uwagę na odniesienia do celów Programu i dokumentów strategicznych? W jakim zakresie? Czy realizowane projekty realnie mają szansę przyczynić się do osiągnięcia celów ww. dokumentów?

Potencjalni beneficjenci na etapie przygotowania wniosków zobowiązani byli do wykazania zbieżności celów projektów oraz wkład projektów w realizację dokumentów strategicznych. Wynik przeprowadzonej analizy zawarty jest w tabeli poniżej.

Tabela 79 Odniesienie do celów Programów i dokumentów strategicznych przez beneficjentów

Rodzaj Dokumentu Strategicznego	Liczebność N=203	Udział procentowy
Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko	203	100%
Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia	156	76,8%
Strategia Rozwoju Kraju	72	35,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wniosków o dofinansowanie

Spośród badanych wniosków we wszystkich przypadkach potencjalni beneficjenci odnieśli się do celów PO IiŚ oraz do wkładu projektów w osiągnięcie celów wyżej wymienionego dokumentu, powołując się na stopień wpływu w realizację celów Programu. Wynik ten jest efektem podstawowego wymogu formalnego jakim było ujęcie zakresu wpisania się projektu w realizację PO IiŚ.

Prawie 77% badanych wniosków zawierało odwołanie do celów Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia.

W przypadku ujmowania wpływu projektów w realizację celów Strategii Rozwoju Kraju 35% wnioskodawców odwołało się do tego dokumentu. Według opinii zespołu badawczego wskutek przeprowadzonych wywiadów z beneficjentami oraz potencjalnymi beneficjentami częściowo był to wynik świadomości wnioskodawcy, że skoro projekt wpisuje się w cele PO IiŚ, które są ściśle powiązane ze SRK to automatycznie wpisuje się w cele SRK. Drugą zauważoną zależnością jest fakt, iż duży wpływ na to ma doświadczenie i wiedza osób sporządzających wnioski, która to z konkursu na konkurs ulegała poprawie.

W trakcie wywiadów z pracownikami IP, IP II stopnia oraz IZ zadawane było pytanie *Czy na etapie przygotowania wniosków o dofinansowanie projektów potencjalni beneficjenci zwracali uwagę na odniesienia do celów Programu i dokumentów strategicznych?* Odpowiedzi były zróżnicowane. Część respondentów odpowiadała, że nie zawsze beneficjenci zwracali uwagę na odnoszenie się do celów dokumentów strategicznych podczas przygotowywania wniosków. Często beneficjenci zlecali przygotowanie dokumentacji firmom, które nie znaly dokumentów szczegółowych, sektorowych. Kolejna grupa respondentów odpowiadała twierdząco, jednak nie zawsze ich zdaniem wnioski były przygotowywane z należytą starannością. Choć nie zawsze pola były wypełnione prawidłowo (wskazywanie jedynie nazwy dokumentu) beneficjenci są świadomi konieczności wykazania zgodności z właściwymi dokumentami strategicznymi. Zdaniem respondentów beneficjenci odnoszą się do celów Programu i dokumentów strategicznych, jednak w przypadku pierwszych konkursów beneficjenci nie odnosili się wprost do dokumentów. Z czasem świadomość wzrosła i nie ma obecnie problemów w tej tematyce, często w przypadku wątpliwości pojawiają się pytania ze strony beneficjentów. Jeden respondent wskazał na bardzo powierzchowne podejście do powyższych zagadnień. Beneficjenci nie traktowali opisów z należytą starannością, wpisując zazwyczaj jakąkolwiek treść, aby spełnić wymóg w zakresie powoływania się na cele programu i dokumentów strategicznych.

Opinie ekspertów dotyczące osiągnięcia założeń strategicznych dokumentów w przypadku realizowanych w ramach Priorytetu XII projektów nie są zbyt zróżnicowane. Programując cele wsparcia w priorytecie i wskaźniki oraz pozostałe założenia, Ministerstwo opierało się na dokumentach wyższych rangą, wpisując cele Priorytetu w założenia dokumentów strategicznych. Zdaniem respondentów oraz ekspertów, jeżeli projekt jest realizowany zgodnie z dokumentami programowymi i wpisuje się w cele priorytetu, to jest także zgodny z założeniami SRK czy NSRO.

Rekomendacje: nie dotyczy

VII. Ocena wpływu interwencji w ramach Priorytetu XII na osiągnięcie:

- założeń Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013 (SROZ),
- założeń w zakresie zdrowia publicznego wynikających z dokumentów UE.

1. Czy realizowane w ramach Priorytetu XII projekty przyczynią się do osiągnięcia założeń SROZ, jeśli tak, to w jakim stopniu? Jeśli nie, to na czym polegają rozbieżności?

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013 jest narzędziem kształtowania polityki zdrowotnej państwa w zakresie medycyny profilaktyczno-diagnostycznej oraz leczniczej. Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce (SROZ) przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku jako dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013. Strategia określa priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia. Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia (SROZ) jest częścią programu kompleksowego zmodernizowania i rozwoju Polski, zgodnego z priorytetami Strategii Lizbońskiej oraz wykorzystania publicznych środków wspólnotowych.

Możliwości rozwoju gospodarczego we współczesnych rozwiniętych gospodarkach oparte są przede wszystkim na sferze usług. Potencjał ten określony jest głównie poprzez inwestycje w system ochrony zdrowia i jego uwarunkowania. Cele zawarte w SROZ dotyczą poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego, co ma wpływ na wzrost liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. W perspektywie średnio i długookresowej ma to fundamentalne znaczenie w związku z szybkim starzeniem się społeczeństwa. Zwiększenie się populacji osób aktywnych zawodowo nastąpi dzięki zmniejszeniu liczby osób wyeliminowanych z rynku pracy wskutek niepełności, wydłużeniu się okresu aktywności zawodowej. W konsekwencji tego nastąpi poprawa konkurencyjności inwestycyjnej Polski, co doprowadzi do wzrostu poziomu dochodów obywateli i tym samym będzie miało wpływ na zdrowie populacji.

Celem nadrzędnym Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013 jest: „Poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno –gospodarczego kraju”. Osiągnięcie tego celu będzie możliwe przy kompleksowej i zintegrowanej realizacji czterech celów strategicznych:

Rysunek 1 Cel nadrzędny i strategiczne cele rozwoju ochrony zdrowia



Źródło: Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia

W zakresie realizacji 1 celu strategicznego - Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa istotny dla Działania 12.1 jest cel operacyjny 1.1 SROZ- Rozwój systemu ratownictwa medycznego. Zintegrowane Ratownictwo Medyczne ma na celu połączenie wszystkich podmiotów ratownictwa w jeden system mający wspólną sieć łączności, procedury ratownicze oraz sprzęt medyczny umożliwiającą realizację zasady: jednych noszy od miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego oraz zasadę złotej godziny. W tym celu w SROZ wskazano jako priorytetowe dla celu operacyjnego 1.1 działania w takich obszarach ratownictwa medycznego jak ratownictwo przedszpitalne (poprawa efektywności zespołów ratownictwa medycznego i sieci ambulansów ratunkowych, system powiadamiania ratunkowego, lotnicze pogotowie ratunkowe, standaryzacja postępowania służb ratowniczych). W dokumencie przewidziano działania do realizacji tych celów, które w znacznej mierze pokrywają się ze wskaźnikami Działania 12.1. Są to skrócenie czasu od wezwania alarmowego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczba centrów systemu powiadamiania ratunkowego, usprawnienie funkcjonowania systemu śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego w postaci liczby budowanych/wyremontowanych baz lotniczego pogotowia ratunkowego.

Realizowane projekty w ramach interwencji Priorytetu XII pokrywają się także z 2 celem strategicznym - Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a w szczególności 2.1- Maksymalizacja korzyści zdrowotnych przez zwiększenie efektywności i

jakości leczenia oraz 2.5- Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Ponadto interwencje Priorytetu XII wpisują w 3 cel strategiczny- Dostosowywanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych oraz w 4 cel strategiczny- Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej. Odzwierciedlenie znajduje to we wskaźnikach związanych z liczbą potencjalnych specjalistycznych badań medycznych, średniego wieku aparatury radiologicznej, średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych.

Pomimo poprawy sytuacji zdrowotnej, występującej w Polsce od szeregu lat, wskaźniki umieralności na choroby układu krążenia, choroby metaboliczne oraz nowotwory złośliwe pozostają w naszym kraju istotnie wyższe niż w krajach, które były członkami Unii Europejskiej przed przystąpieniem do niej Polski.

W opinii beneficjentów oraz respondentów wywiadów pogłębionych system ochrony zdrowia w Polsce daleki jest od uzyskiwania optymalnych efektów zdrowotnych, możliwych do osiągnięcia dzięki współczesnej wiedzy medycznej. Wobec poważnego ograniczenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną rośnie potrzeba ich efektywniejszego wykorzystania. Zastosowane rozwiązania projektów w ramach Priorytetu XII służą maksymalnej optymalizacji procesów leczenia, możliwych do uzyskania tylko dzięki nowoczesnemu sprzętowi i zapewnieniu pacjentom odpowiednich standardów opieki medycznej. Jednym z kluczowych zadań w ciągłym procesie podnoszenia standardów życia obywateli jest inwestowanie w infrastrukturę ochrony zdrowia. Obecnie alokacja zasobów w systemie ochrony zdrowia jest nie zawsze adekwatna do potrzeb zdrowotnych obywateli, a istniejąca infrastruktura wciąż często nie odpowiada wymaganiom. Zdaniem respondentów podjęte interwencje mają na celu optymalizację zasobów. Takim też działaniom poświęcone są realizowane projekty w ramach Działań 12.1 i 12.2. Dzięki ich realizacji możliwe jest wyeliminowanie przestarzałej infrastruktury, nie służącej stalemu podnoszeniu jakości ochrony zdrowia. Ponadto respondenci wywiadów pogłębionych podkreślili że zgodność wybieranych projektów ze Strategią Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce jest ściśle powiązana ze sobą. Dobór celów wsparcia w priorytecie i wskaźników był oparty na uprzedniej analizie strategicznych dokumentów, zwłaszcza SROZ. Projekty wpisując się w cele programowe Priorytetu XII PO IiŚ wpisują się jednocześnie w cele SROZ. Wśród ekspertów jest pełna zgodność, że realizowane

projekty w głównej mierze są skierowane to tej docelowej grupy osób, jednak pojawiła się uwaga dodatkowa, że środki są niewystarczające w stosunku do potrzeb - w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia wskazanych jest wiele potrzeb, a możliwe jest zaspokojenie jedynie ich wycinka.

Rekomendacje: nie dotyczy

2. W jakim stopniu interwencje podejmowane w ramach Priorytetu XII przyczyniają się do realizacji założeń w zakresie zdrowia publicznego wynikających z dokumentów UE?

Zgodnie z Traktatami ustanawiającymi Wspólnotę Europejską odpowiedzialność za świadczenie usług medycznych i opiekę zdrowotną spoczywa na państwach członkowskich. Rolą Wspólnoty Krajów Europejskich jest wspomaganie ich wysiłków, pomoc w prowadzonych akcjach, a przede wszystkim podejmowanie działań w sytuacji, gdy państwo członkowskie nie potrafi poradzić sobie z pojawiającymi się problemami. Traktaty zawierają około 30 artykułów odnoszących się do kwestii zdrowia publicznego. Zasada subsydiarności i proporcjonalności stanowi, że działania na poziomie Unii mogą być podejmowane tylko wtedy, gdy jest to najlepsze narzędzie do ich realizacji. Jednocześnie program wspólnotowy daje wyłączność państwom członkowskim w dziedzinie organizacji i świadczenia usług medycznych.

Strategiczne Wytyczne Wspólnoty

Wytyczne wskazują, iż w kontekście obecnej struktury demograficznej UE, starzejącego się społeczeństwa i przewidywanego spadku liczebności siły roboczej w przyszłości, konieczne jest podjęcie odpowiednich działań zmierzających do zwiększenia liczby lat pracy w dobrym zdrowiu swoich pracowników.

Pod względem stanu zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej istnieją znaczne różnice między regionami w Europie. Celem wytycznych jest, aby polityka spójności przyczyniała się do rozwoju infrastruktury opieki zdrowotnej, a tym samym do zwiększenia liczby lat pracy w dobrym zdrowiu, szczególnie w mniej zamożnych państwach członkowskich i regionach. Działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia oraz działania zapobiegawcze prowadzone przez Wspólnotę odgrywają ważną rolę w zmniejszaniu istniejących dysproporcji w zakresie stanu zdrowia. Odpowiedni poziom opieki zdrowotnej przekłada

się na większy poziom uczestnictwa w rynku pracy, dłuższe życie zawodowe, wyższą wydajność oraz niższe koszty opieki zdrowotnej i socjalnej. Celem Wytycznych Wspólnoty jest poprawa struktur długoterminowej opieki oraz inwestowania w ulepszanie infrastruktury ochrony zdrowia, w szczególności w miejscach, w których jej brak lub niewystarczający rozwój stanowią dużą przeszkodę dla rozwoju gospodarczego. Realizowane projekty wpisują się wprost w realizację tych celów. Podejmowane przedsięwzięcia mają na celu zwiększenie dostępności do procedur medycznych, a wdrażane rozwiązania technologiczne przyczyniają się do osiągnięcia wyższego poziomu świadczenia usług.

Wytyczne dążą do zapewnienia równowagi pomiędzy podwójnymi celami agencji zatrudnienia i wzrostu gospodarczego oraz spójności terytorialnej.

W kontekście obecnej struktury demograficznej UE, starzejącego się społeczeństwa i przewidywanego spadku liczebności siły roboczej w przyszłości, ważne jest podjęcie odpowiednich działań zmierzających do zwiększenia liczby lat pracy w dobrym zdrowiu swoich pracowników. Nakłady ponoszone przez Unię w sferę służby zdrowia mają na celu utrzymanie aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie dla jak największej liczby pracowników, pozwalając tym samym na kontynuowanie ich wkładu w gospodarkę i zmniejszanie poziomu zależności. Ma to bezpośrednie skutki dla wydajności i konkurencyjności, a także istotne pozytywne skutki dla ogólnej jakości życia. Pod względem stanu zdrowia i dostępu do opieki zdrowotnej istnieją znaczne różnice między Polską a innymi krajami w Europie. Interwencje w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniają się do rozwoju infrastruktury opieki zdrowotnej, której efektem w średnio i długookresowej perspektywie czasowej będzie wydłużenie sprawności psychofizycznej prowadzącej do wydłużenia wieku zdolności do pracy. Podejmowane działania mają na celu poprawę stanu zdrowia oraz odgrywają ważną rolę w zmniejszaniu istniejących dysproporcji w zakresie stanu zdrowia. Odpowiedni poziom opieki zdrowotnej jest punktem wyjścia większości dokumentów Unijnych. Realizowane projekty przyczyniają się do poprawy struktur długoterminowej opieki oraz inwestowania w ulepszanie infrastruktury ochrony zdrowia, w szczególności w miejscach, w których jej brak lub niewystarczający rozwój stanowią dużą przeszkodę dla rozwoju gospodarczego.

Realizowane projekty zatem wspierają utrzymanie dobrego poziomu zdrowia pracowników poprzez zapewnienie świadczenia usług medycznych, a w szczególności ratownictwa medycznego oraz wysokospecjalistycznych usług medycznych na odpowiednio wysokim poziomie, co bezpośrednio wpływa również na dostosowywanie jakości świadczonych

usług do standardów Europejskich.

Drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie ochrony zdrowia na lata 2008-2013

Zgodnie ze sprawozdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) o stanie zdrowia w Europie najważniejszymi przyczynami obciążenia chorobowego w regionie europejskim WHO w przeliczeniu na utracone potencjalne lata życia z uwzględnieniem niesprawności są: choroby niezakaźne, urazy zewnętrzne oraz zatrucia, a także choroby zakaźne. Siedem głównych grup chorób: choroba niedokrwienna serca, jednobiegunowe zaburzenia depresyjne, choroby naczyń mózgowych, zaburzenia związane z używaniem alkoholu, przewlekłe choroby płuc, rak płuc i urazy w wyniku wypadków drogowych.

Zatem istotnym zadaniem wynikającym z zadań programu, jest lepsza identyfikacja głównych obciążeń zdrowotnych we Wspólnocie. Program ma na celu pomoc w identyfikacji przyczyn nierówności w zakresie zdrowia. Szczegółowe zadania są realizowane przez działania mające na celu:

1. Poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli,
2. Promocję zdrowia, w tym zmniejszenie nierówności w zakresie zdrowia.

Unia Europejska wprost odnosi się do „zwiększenia inwestycji UE w ochronę zdrowia i projekty z nią związane”. W związku z powyższym zachęca się państwa członkowskie do przyznania kwestiom poprawy ochrony zdrowia priorytetowego znaczenia w poszczególnych krajowych programach rozwoju. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko daje możliwości zwiększenia inwestycji w ochronę zdrowia poprzez interwencje w Priorytecie XII.

Realizowane projekty polegają na doinwestowaniu służby zdrowia i są wspierane z funduszy strukturalnych. Odpowiadają na wskazania Drugiego Programu Wspólnotowego w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia w zakresie przeciwdziałania skutkom chorób odpowiadających na największą śmiertelność na terenie Wspólnoty. Efektem tego jest poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli poprzez lepszą jakość świadczeń medycznych, tym samym prowadzących do zmniejszenia wskaźnika śmiertelności. Niewątpliwie poprawa jakości transportu i sprzętu związanego z ratownictwem medycznym, doposażeniem placówek szpitalnych oraz tych świadczących wysokospecjalistyczne świadczenia o charakterze ponadregionalnym poprawiają dostęp do procedur medycznych, z jednoczesnym wyeliminowaniem aparatury niespełniającej współczesnych standardów. Podejmowane interwencje w regionach z niższym poziomem

dochodów na mieszkańca mają wpływ na realizację polityki zmniejszenia nierówności w zakresie zdrowia.

W trakcie wywiadów pogłębionych respondenci wskazywali, że realizowane Projekty wpisują się w zakres zdrowia publicznego wynikający z dokumentów Unijnych. Dobierając zakres celów i założeń w trakcie programowania punktem wyjścia były dokumenty Unijne, zwłaszcza te z zakresu ochrony zdrowia oraz strategiczne dokumenty krajowe. Podkreślono, że dystans w doposażeniu systemu ochrony zdrowia między Polską, a innymi krajami UE jest wciąż znaczny i aby w pełni realizować wszelkie założenia dokumentów strategicznych niezbędne są znacznie większe środki oraz odpowiednia koordynacja tych działań. Według ekspertów sposób wyboru projektów w obecnym systemie pozwala realizować założenia Dokumentów UE w stopniu takim na jaki pozwalają dostępne środki, a ewentualne nieosiągnięcie założonych celów może być wynikiem przede wszystkim zbyt dużego zapotrzebowania na wysokiej jakości świadczenia medyczne w stosunku do możliwości finansowych.

Projekty w ramach Priorytetu XII przyczyniają się do realizacji założeń w zakresie zdrowia publicznego wynikające z dokumentów UE z uwagi na ogromne potrzeby oraz niewystarczające środki w niewielkim zakresie. Z przeprowadzonej analizy dokumentów wynika, że ok. 50 % beneficjentów wykazuje w dokumentacji zgodność z dokumentami Unijnymi (Strategiczne Wytyczne Wspólnoty oraz Drugi wspólnotowy Program).

Rekomendacje: nie dotyczy

6. Zestawienie wniosków i rekomendacji

Lp.	Tytuł raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Proponowany sposób wdrożenia	Termin realizacji
		(strona w raporcie)	(strona w raporcie)			
1.	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	<p>Poziom kontraktacji środków można uznać za bardzo wysoki i zadowalający w odniesieniu do Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, zarówno jeśli chodzi o tryb konkursowy, jak i indywidualny,</p> <p>Poziom kontraktacji środków można uznać za dosyć wysoki i nie stanowiący dużego ryzyka nie zakontraktowania dostępnych środków finansowych w odniesieniu do Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego, w trybie konkursowym. Aktualna liczba podpisanych umów o dofinansowanie projektów indywidualnych jest jednak zbyt niska,</p> <p>Postęp w wydatkowaniu środków można uznać na wysoki i zadowalający w odniesieniu do trybu indywidualnego w ramach Działania 12.2, natomiast jeśli chodzi o tryb konkursowy poziom wydatkowania środków jest dość niski, wynika to jednak z niedawnego zakończenia podpisywania umów w ramach konkursu 3/2008. Z uwagi na charakter realizowanych projektów oraz zakończenie podpisywania umów, zakłada się, iż wydatkowanie środków postępować będzie w sposób bardziej dynamiczny, nie stanowiąc zagrożenia wykorzystania zakontraktowanych środków.</p> <p>Poziom wydatkowania środków w ramach Działania 12.1 nie jest zadowalający, szczególnie niepokój budzi nie wydatkowanie znacznych środków w ramach projektów indywidualnych. Zwraca się jednak uwagę, iż termin podpisywania umów w trybie indywidualnym przebiega zgodnie z zapisami wynikającymi z pre-umów.</p> <p>Aktualny stan certyfikowania środków w porównaniu do limitów ustalonych przez Radę Ministrów w ramach Priorytetu XII jest wysoki, znacznie przewyższający ustalone limity. Numery stron: 35 i 36</p>	<p>W ramach Działania 12.1 należy przyspieszyć proces kontraktacji środków. W przypadku konkursu 1/2008 nie wykorzystane środki należy przesunąć do puli innego konkursu. Należy możliwie jak najszybciej zakończyć podpisywanie umów w ramach konkursu 2/2008. W przypadku niemożności zakontraktowania całości alokacji środków dla konkursu 2/2008 należy dokonać realokacji na rzecz konkursu 1/2010. Zaleca się, aby w przypadku konkursu 1/2010, gdzie nie rozpoczął się jeszcze proces podpisywania umów, przygotować beneficjentów poprzez spotkania informacyjne do poprawnego sporządzenia załączników do umowy, aby proces kontraktacji w ramach przedmiotowego konkursu przebiegał możliwie jak najszybciej. Konieczne jest przyspieszenie podpisywania umów z beneficjentami projektów indywidualnych realizowanych w ramach Działania 12.1.</p> <p>Należy przyspieszyć proces wydatkowania środków w odniesieniu do projektów konkursowych realizowanych w Działaniu 12.2 oraz przedsięwzięć realizowanych w ramach Działania 12.1, zarówno w trybie indywidualnym, jak i konkursowym. Numer strony: 36</p>	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
2.	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	<p>Poziom kontraktacji w niskim stopniu zagraża zachowaniu zasady n+3/n+2. Numer strony: 42</p>	<p>W celu zminimalizowania ewentualnych skutków zbyt późnej kontraktacji środków na zachowanie zasady n+3/n+2, zaleca się, aby w ciągu najbliższych 3 miesięcy zakończyć podpisywanie umów z beneficjenciami wsparcia w ramach konkursu 2/2008. Za niezbędne uznaje się jak najszybsze finalizowanie umów z podmiotami realizującymi przedsięwzięcia w trybie indywidualnym Działania 12.1. Ponadto należy najpóźniej w II kwartale 2011r. zakończyć podpisywanie umów z beneficjentami konkursu 1/2010. W opinii zespołu badawczego, biorąc pod uwagę przebadane przedsięwzięcia, a także czas trwania i specyfikę planowanych do realizacji projektów, do końca 2011r. należy zakończyć kontraktację środków w ramach całego Priorytetu XII. Numer strony: 42</p>	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	II kwartał 2011

3.	<p>Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu</p>	<p>Ryzyko nie wykorzystania dostępnych środków finansowych można określić jako niskie. Przemawiają za tym przedstawione w pierwszej części opracowania wyniki analizy poziomu kontraktacji. W związku z faktem, że przeważająca większość środków została już objęta umowami o dofinansowanie, wydatkowanie dotacji to kwestia czasu. Zdiagnozowane trudności, to głównie niska jakość wniosków o płatność, co za tym idzie przedłużający się proces ich oceny. W efekcie wydatkowania, wydłuża to całą procedurę, ale nie stanowi czynnika ryzyka determinującego niemożność wydatkowania założonych kwot. Ponadto, należy wziąć pod uwagę fakt, że część projektów to przedsięwzięcia o długim okresie realizacji, przy czym wnioski o płatność na najwyższe kwoty będą złożone w końcowy etapie inwestycji. Stąd można zakładać, że wraz z kolejnymi kwartałami dynamika wydatkowania środków będzie coraz większa. Numer strony: 45</p>	<p>W celu ograniczenia negatywnego wpływu niezadowolającej jakości wniosków o płatność na proces wydatkowania środków zaleca się podjęcie działań zmierzających do ułatwienia beneficjentom sporządzania przedmiotowych dokumentów. Należy rozważyć możliwość przeprowadzenia większej ilości szkoleń z zakresu sporządzania wniosków o płatność oraz przygotowanie bardziej szczegółowej instrukcji dotyczącej sporządzania wniosku, co pozwoli wyeliminować elementarne błędy w dokumentacji, a tym samym skrócić czas oceny wniosku. W celu przyspieszenia procesu wydatkowania środków zaleca się odgórnie ustalony maksymalny termin zawierania umów o dofinansowanie z podmiotami, którym wydano decyzję o uzyskaniu dofinansowania Numer strony: 45</p>	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
4.	<p>Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu</p>	<p>Jakość składanych wniosków o dofinansowanie przez wnioskodawców w trybie indywidualnym i konkursowym wpływa w sposób znaczny na poziom wydatkowania środków w ramach Działań, a wszelka niedbałość oraz nierealność przyjętych założeń na etapie sporządzania wniosku skutkuje przedłużeniem okresu realizacji rzeczowej i rozliczenia projektu co wiąże za sobą wstrzymanie lub blokowanie środków przeznaczonych do wydatkowania. Numery stron: 52-53.</p>	<p>Z uwagi na fakt, iż na chwilę obecną nie przewiduje się kolejnych naborów wniosków w ramach Priorytetu XII, zalecenia dotyczące jakości składanej dokumentacji mogą stanowić jedynie wytyczne mając przełożenie na przyszły okres programowania. W celu polepszenia jakości dokumentacji aplikacyjnej rekomenduje się, aby na szkoleniach dla beneficjentów przeprowadzanych przez Instytucję Wdrażającą, większy nacisk kłaść na omawianie najczęściej popełnianych błędów i wskazywanie właściwego sposobu sporządzania dokumentów. Zaleca się również udostępnianie łatwych w odbiorze prezentacji i materiałów szkoleniowych w ww. temacie. Numer strony: 53 <input type="checkbox"/></p>	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy

5.	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	Ryzyko wolniejszego od zakładanego tempa wydatkowania środków spowodowane zbyt długotrwałym procesem kontraktacji środków, problemami z terminowością realizacji zadań (głównie trudności w pomyślnym zakończeniu procedury przetargowej), niska jakość składanych wniosków o płatność. Numer strony: 56	Zgodnie z wcześniejszymi rekomendacjami, należy przyspieszyć procedury kontraktacji środków, a także poprawić narzędzia ułatwiające beneficjentom sprawniejsze wnioskowanie o płatność (aktualne i dokładniejsze materiały instrukcyjne na temat wypełniania wniosków o płatność, spotkania informacyjne dla beneficjentów). Numer strony: 56	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
6.	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	Znaczna skala przesunięć w harmonogramach realizacji projektów wynikająca z procedury zamówień publicznych, zmiany parametrów sprzętu, długotrwały i zbyt sformalizowany proces uzyskiwania odpowiedzi z CSIOZ, opóźnienia w wypłacie zaliczek, brak jasno określonych wytycznych w związku z rozliczaniem projektów. Numer strony: 72	Zaleca się umieszczenie na stronie internetowej prezentacji/ materiałów dotyczących kwestii problemowych występujących w obszarze zamówień publicznych mających na celu uświadomienie beneficjentom niezbędnej do zaplanowania rezerwy czasowej w harmonogramach. Należy usprawnić kontakt beneficjentów z Instytucją Wdrażającą pod względem terminów obowiązującej procedury odpowiedzi na pisma; niezbędne uzgodnienia w kwestiach zmian harmonogramów czy zapisów SIWZ itp. dodatkowo wydłużają się z uwagi na czas jaki przysługuje IW na odpowiedź, co z kolei przyczynia się do przedłużenia okresu realizacji projektu. Należy usprawnić kontakt z Instytucją Wdrażającą pod kątem dyspozycyjności dla beneficjentów opiekunów ich projektów. Należy usprawnić proces sporządzania i składania wniosków o płatność (większa liczba szkoleń, dokładniejsza instrukcja wypełniania wniosków). Z uwagi na brak jasno określonych wytycznych dotyczących rozliczania projektu sugeruje się opracowanie materiałów szkoleniowych w tym zakresie, uwzględniających między innymi procedurę aneksowania umowy o dofinansowanie. Usprawnić należy proces przekazywania zaliczki. Numer strony: 73	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
7.	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	Brak realnej oceny harmonogramu realizacji projektu przez beneficjentów Numer strony: 75	Na etapie przygotowania beneficjentów do składania wniosków o dofinansowanie, należy położyć nacisk na realność założeń będących podstawą do stworzenia harmonogramu realizacji projektu poprzez poszerzenie instrukcji wypełniania wniosku aplikacyjnego pod kątem uwzględniania rezerwy czasowych m.in. na przeprowadzenie postępowania przetargowego z uwzględnieniem ewentualnych protestów i większe uświadamianie beneficjentów podczas szkoleń realizowanych przez Instytucję Wdrażającą. Numer strony: 75	Instytucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy

8	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	Ryzyko nieosiągnięcia dwóch wskaźników (liczba realizowanych projektów oraz liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego) w ramach Priorytetu XII, wynikające z rozbieżności okresu sporządzania prognoz dla Priorytetu oraz jego realizacji (zmieniający się kurs PLN w stosunku do EUR, szacunkowa średnia wartość projektów). Nieosiągnięcie wartości docelowych dwóch wskaźników produktu nie wpłynie negatywnie na rezultaty. Numer strony 100.	Zwiększyć poziom osiągnięcia wskaźników „liczba projektów” oraz „liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego”. Należy pozostałe do zagospodarowania środki w całości przeznaczyć na dofinansowanie typu projektu polegającego na zakupie ambulansów wraz z wyposażeniem. Zaleca się podjęcie starań w kierunku pozyskania dodatkowych środków w celu zwiększenia alokacji dla Działania 12.1, aby zmaksymalizować poziom realizacji przedmiotowych wskaźników. Numer strony 100.	Institucja Zarządzająca, Instytucja Pośrednicząca, Instytucja Wdrażająca,	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
9	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	Środki przeznaczone na realizację Działania 12.1 nie są wystarczające do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników (liczba realizowanych projektów oraz liczba ambulansów zakupionych na potrzeby ratownictwa medycznego). Nie wpłynęło to jednak negatywnie na osiągnięcie wskaźnika rezultatu "mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego". Numer strony 105.	Pozostałe do zagospodarowania środki w całości przeznaczyć na dofinansowanie typu projektu polegającego na zakupie ambulansów wraz z wyposażeniem. Zaleca się pozyskanie dodatkowych środków w celu zwiększenia alokacji dla Działania 12.1, aby zmaksymalizować poziom realizacji przedmiotowych wskaźników. Numer strony 106.	Institucja Zarządzająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
10	Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu	Przyjęty sposób wyboru projektów daje gwarancję racjonalności i efektywności rozdysponowania środków w Priorytecie XII PO IiŚ w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, w tym ratownictwa medycznego. System wyboru projektów z zakresu ratownictwa medycznego, mimo, że prowadzący do dużego rozproszenia środków, skutkuje poprawą sytuacji w ujęciu systemowym. Większy nacisk powinien być kładziony na wpisywanie się projektów w cele strategiczne związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce. Numery stron: 144-146, 150-151.	Zaleca się, aby w kryteriach merytorycznych I stopnia stosowanych w trybie konkursowym uwzględnić kryterium dotyczące stopnia wpisywania się projektu w cele strategiczne związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce, a nie jedynie potwierdzenie, że projekt wpisuje się w dokumenty strategiczne. Numer strony 150.	Institucja Wdrażająca	Zgodnie z procedurami stosowanymi przez adresata rekomendacji	Nie dotyczy
Część B						
rekomendacje kluczowe i horyzontalne (nie dotyczy)						

Źródło: opracowanie własne

SPIS TABEL

Tabela 1 Zestawienie metod badawczych	22
Tabela 2 Alokacja finansowa w ramach XII Osi Priorytetowej POiŚ (w euro)	24
Tabela 3 Alokacja finansowa w ramach XII Osi Priorytetowej POiŚ (w zł). Stan na 18 października 2010r.	24
Tabela 4 Stan kontraktacji środków w ramach Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego na dzień 18 października 2010r.	25
Tabela 5 Stan kontraktacji środków w ramach Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.	25
Tabela 6 Stan kontraktacji środków w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia.	26
Tabela 7 Stan kontraktacji środków w trybie konkursowym i indywidualnym w odniesieniu do potencjalnej kwoty dofinansowania.	28
Tabela 8 Stan wydatkowania (refundacja i zaliczki) i certyfikacji (refundacja) środków w ramach Działania 12.1 w PLN	31
Tabela 9 Stan wydatkowania (refundacja i zaliczki) i certyfikacji (refundacja) środków w ramach Działania 12.2 w PLN	32
Tabela 10 Stan wydatkowania (refundacja i zaliczki) i certyfikacji (refundacja) środków w ramach Priorytetu XII w PLN	32
Tabela 11 Aktualny stan kontraktacji środków w ramach poszczególnych konkursów i projektów indywidualnych.	38
Tabela 12 Certyfikowane środki w relacji do limitów ustalonych przez Radę Ministrów.	40
Tabela 13 Stopień certyfikacji środków w ramach poszczególnych Działań.	40
Tabela 14 Aktualny stan wydatkowania środków w ramach poszczególnych konkursów i projektów indywidualnych.	43
Tabela 15 Aktualny stan certyfikowania środków w ramach poszczególnych konkursów i projektów indywidualnych.	46
Tabela 16 Wydatki zadeklarowane do Komisji Europejskiej oraz kwoty refundacji w 2010r., wg stanu na dzień 30.09.2010 r.	46
Tabela 17 Stopień wydatkowania środków w poszczególnych trybach dofinansowania.	54
Tabela 18 Wartość osiągnięcia i docelowa podstawowych wskaźników produktu dla Działania 12.1, na podstawie wniosków o płatność złożonych do 1 września 2010r. oraz na podstawie danych udostępnionych przez Instytucję Pośredniczącą.	58
Tabela 19 Konkurs 1/2008- Etap realizacji rzeczowej.	59
Tabela 20 Konkurs 2/2008 - Etap realizacji rzeczowej	59
Tabela 21 Poziom osiągnięcia wskaźników dla Działania 12.2 wg stanu na 12 października 2010r.	60
Tabela 22 Konkurs 3/2008 - Etap realizacji rzeczowej	61
Tabela 23 Tryb indywidualny - Etap realizacji rzeczowej	61
Tabela 24 Etap realizacji rzeczowej – Priorytet XII ogółem.	62
Tabela 25 . Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji – beneficjenci ogółem	64

Tabela 26 Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji- w podziale na konkursy	64
Tabela 27 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Konkurs 1/2008	68
Tabela 28 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Konkurs 1/2008	68
Tabela 29 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Konkurs 2/2008	69
Tabela 30 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Konkurs 2/2008	69
Tabela 31 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Konkurs 3/2008	70
Tabela 32 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Konkurs 3/2008	70
Tabela 33 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy - Tryb indywidualny	71
Tabela 34 Wpływ zmiany harmonogramu na opóźnienie realizacji projektu - Tryb indywidualny	71
Tabela 35 Uwzględnienie w harmonogramie projektu wszystkich najważniejszych czynników związanych z jego realizacją.....	76
Tabela 36 Czynniki brane pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu w podziale na działania oraz tryby: konkursowy i indywidualny.....	78
Tabela 37 Przesunięcie czasowe w harmonogramie realizacji projektu spowodowane brakiem udziału środków z EFRR.....	82
Tabela 38 Możliwość realizacji projektu bez wsparcia z EFRR.....	83
Tabela 39 Źródła finansowania – beneficjenci ogółem	84
Tabela 40 Zaspokojenie przez środki zapotrzebowania na realizację konkretnego projektu/inwestycji	85
Tabela 41 Poziom osiągnięcia wskaźników programowych wg stanu na 12 października 2010r.	87
Tabela 42 Trafność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci ogółem	89
Tabela 43 Trafność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.1	90
Tabela 44 Trafność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.2.....	90
Tabela 45 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci ogółem	91
Tabela 46 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.1	91
Tabela 47 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach Działania 12.2.....	91
Tabela 48 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach trybu konkursowego	92
Tabela 49 Realność osiągnięcia wskaźników dla projektu – beneficjenci w ramach trybu indywidualnego.....	92
Tabela 50 Występowanie problemów dotyczących wskaźników – beneficjenci ogółem.....	93

Tabela 51 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – beneficjenci ogółem.....	95
Tabela 52 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – beneficjenci Działania 12.1.....	95
Tabela 53 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – beneficjenci Działania 12.2.....	96
Tabela 54 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – tryb konkursowy.....	96
Tabela 55 Źródła danych, na podstawie których beneficjenci szacowali wartości docelowe wskaźników – tryb indywidualny.....	96
Tabela 56 Szacunkowe wartości wskaźników, które nie rokują na osiągnięcie ich wartości docelowych	98
Tabela 57 Wartość wskaźnika liczba zakupionych ambulansów osiągnięta i docelowa deklarowana we wnioskach o płatność złożonych do dnia 1 września 2010r. ...	98
Tabela 58 Porównanie zestawu wskaźników dla Działania 12.1 i 12.2 z katalogiem wskaźników obowiązkowych dla Beneficjentów.....	101
Tabela 59 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – beneficjenci ogółem.....	102
Tabela 60 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – beneficjenci Działania 12.1.....	103
Tabela 61 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – beneficjenci Działania 12.2.....	103
Tabela 62 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – tryb konkursowy	104
Tabela 63 Poprawność i użyteczność wskaźników dla Priorytetu XII – tryb indywidualny.....	104
Tabela 64 Koszt jednostkowy osiągnięcia kluczowych dla Działania wskaźników	107
Tabela 65 Wpływ realizowanych projektów na cele Programowe	114
Tabela 66 Umieralność z podziałem na strukturę wieku i płci.....	116
Tabela 67 Wpływ realizowanych projektów na poziom śmiertelności w opinii beneficjentów Działania 12.1	117
Tabela 68 Wskaźniki związane z ratownictwem medycznym	119
Tabela 69 Wpływ realizowanych projektów na wybrane cele Priorytetu XII – beneficjenci Działania 12.1.....	123
Tabela 70 Ocena wpływu projektów na podniesienie jakości sprzętu transportu sanitarnego	125
Tabela 71 Stopień osiągnięcia celów dokumentów programowych PO IiŚ związanych z ochroną zdrowia.....	128
Tabela 72 Kryteria wyboru projektów – projekty polegające na zakupie ambulansów wraz z wyposażeniem.....	130
Tabela 73 Kryteria wyboru projektów – projekty polegające na przebudowie, rozbudowie i remoncie obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego, zakupie wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii oraz budowie i remoncie lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.....	131

Tabela 74 Kryteria wyboru projektów dla Działania 12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.....	135
Tabela 75 Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu: Budowa i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (tryb indywidualny).....	138
Tabela 76 Kryteria merytoryczne I stopnia dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.....	140
Tabela 77 Kryteria merytoryczne I dla Działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”, Typ projektu: Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych (tryb indywidualny).....	141
Tabela 78 Stopień wpływu projektów na osiągnięcie celów Programu, SRK i NSRO.	156
Tabela 79 Odniesienie do celów Programów i dokumentów strategicznych przez beneficjentów.....	159

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1 Poziom kontraktacji alokacji dla działania 12.1 wg stanu na dzień 18 października 2010r.	26
Wykres 2. Poziom kontraktacji alokacji dla działania 12.2 wg stanu na dzień 18 października 2010r.	27
Wykres 3. Poziom kontraktacji alokacji dla Priorytetu XII POIiŚ wg stanu na dzień 18 października 2010r.....	27
Wykres 4. Udział zakontraktowanych środków w alokacji dla poszczególnych konkursów ogłoszonych w ramach Priorytetu XII	28
Wykres 5. Wartość alokacji przeznaczonej na konkursy w stosunku do wartości konkursów ogłoszonych.....	29
Wykres 6. Udział zakontraktowanych środków w szacunkowej kwocie dofinansowania projektów indywidualnych.....	29
Wykres 7. Stosunek środków wydatkowanych do wartości podpisanych umów dla Działania 12.1 wg stanu na 18 października 2010r.	33
Wykres 8. Stosunek środków wydatkowanych do wartości podpisanych umów dla Działania 12.2 wg stanu na 18 października 2010r.	33
Wykres 9. Stosunek wysokości certyfikowanych środków do wartości podpisanych umów w ramach Priorytetu XII wg stanu na 18 października 2010r.	35
Wykres 10. Aktualny poziom kontraktacji w stosunku do alokacji przewidzianej dla Działania 12.1 i 12.2.	37
Wykres 11 Etap realizacji rzeczowej, na której znajduje się projekt.....	62
Wykres 12 Widoczność zagrożenia dla realizacji celów projektów na obecnym etapie realizacji	63
Wykres 13 Zmiana zaplanowanego harmonogramu realizacji projektu, ze względu na zaistniałe problemy	67
Wykres 14 Wpływ zmiany harmonogramy na opóźnienie realizacji projektu	67
Wykres 15 Podstawy, na których szacowane i określane są harmonogramy realizacji projektów	76

Wykres 16 Czynniki brane pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu.....	77
Wykres 17 Przesunięcie czasowe w harmonogramie realizacji projektu spowodowane brakiem udziału środków z EFRR dla priorytetu ogółem.....	82
Wykres 18 Możliwość realizacji projektu bez wsparcia z EFRR	83

ANEKSY

Scenariusz wywiadu indywidualnego

1. Jak Pan/i ocenia stopień postępu kontraktowania środków finansowych w ramach Działania (12.1/12.2)? Czy Pana/i zdaniem istnieje istniejące ryzyko niewykorzystania zaplanowanych środków finansowych? Czy poziom kontraktacji może wpłynąć na brak realizacji zasady $n+3/n+2$? Jak Pan/i ocenia, z czego to może wynikać?
2. Jak w Państwa ocenie postępuje wydatkowanie środków w ramach Działania? Czy zostaną wszystkie wykorzystane? Co może temu przeszkodzić?
3. Jak wygląda poziom certyfikacji środków? Jak wpływa na realizację limitów przyjętych przez Radę Ministrów? Jeśli wpływa negatywnie, jak można temu przeciwdziałać?
4. Jak Pan/i ocenia zainteresowanie beneficjentów realizacją projektów w ramach Działania?
5. Czy wielkość składanych wniosków może wskazywać na wykorzystanie środków finansowych?
6. Jak Pan/i ocenia jakość składanych wniosków w zakresie merytorycznym? Czy jakość wniosków może wpływać na stopień i tempo wykorzystania środków w ramach Działania? Czym są spowodowane, jaka jest skala?
7. Czy widzi Pan/i inne (dodatkowe w stosunku do już omawianych) zagrożenia w wydatkowaniu środków w ramach Działania?
8. Jak ocenia Pan/i stan realizacji projektów w ramach Działania? Czy może Pan/i ocenić stan przygotowania projektów, których realizacja jeszcze się nie rozpoczęła? Czy obecny stan gwarantuje osiągnięcie celów projektów?
9. Jak Pan/i ocenia stan przygotowania beneficjentów do realizacji projektów? Czy posiadają odpowiednie zasoby kadrowe do obsługi administracyjnej projektu (przygotowywanie wniosków o płatność i sprawozdań, znajomość Ustawy PZP)
10. Czy projekty realizowane są zgodnie z przyjętymi harmonogramami? Jeśli nie, to z czego wynikają zmiany? Jaka jest ich skala? Jak te zmiany mogą wpłynąć na realizację rocznych limitów certyfikacji oraz zasady $n+3/n+2$? Jak mogą Państwo wpływać na usprawnienie realizacji projektów przez beneficjentów?
11. Czy przyjęte do realizacji projekty są dobrze zaplanowane? Jeśli nie, z czego to wynika? W jaki sposób jest to weryfikowane na poziomie konkursu i oceny wniosku o dofinansowanie? Na jakich założeniach przygotowują Państwo harmonogramy naborów? Czy uwzględniają Państwo cykl realizacji projektu? Ile czasu mija od

- ogłoszenia konkursu do podpisania umowy? Czy czas ten umożliwia realizację projektu zgodnie z założonym przez beneficjenta harmonogramem?
12. Czy znają Państwo obecny poziom realizacji Priorytetu / Działania? W jaki sposób kontrolują Państwo postęp wdrażania?
 13. Na jakich założeniach oparte były szacunki wartości docelowych wskaźników? Kto je przygotowywał? Na podstawie jakich danych źródłowych? Czy zostały trafnie oszacowane?
 14. Czy na obecnym etapie możliwe jest osiągnięcie zakładanych wartości docelowych wskaźników? Od czego to zależy? Jak według Pana/i można rokować na temat osiągnięcia wartości docelowych wskaźników na podstawie dotychczas osiągniętego poziomu wskaźników w ramach Działania?
 15. Czy poziomy monitorowania wskaźników są ze sobą spójne, tzn. czy wskaźniki monitorowane na poziomie projektów mogą być agregowane na poziom Działania, a te na poziom Priorytetu? Czy zauważyli Państwo jakieś nieścisłości w tym zakresie?
 16. Jak ocenia Pan wielkość środków finansowych przeznaczonych na realizację Działania i osiągnięcie wartości wskaźników docelowych? Czy konieczne i możliwe są rallocacje środków pomiędzy Działaniami (z Dz. 12.2 na Dz. 12.1)? Czy takie przesunięcia środków miałyby wpływ na osiągnięcie wartości docelowych wskaźników w ramach poszczególnych Działań?
 17. Jak Pan/i ocenia rzeczywisty wpływ realizacji projektów na realizację celów Priorytetu?
 18. Czy system wyboru projektów zapewnia realizację celów Działania? Jak wpływa na racjonalność i efektywność rozdysponowania środków w Priorytecie? Czy zapewnia zaspokojenie zdiagnozowanych potrzeb?
 19. Czy harmonogram naboru wniosków pozwala szacować, że docelowe wartości wskaźników zostaną osiągnięte? Czy zaplanowano odpowiednią ilość naborów?
 20. Czy sposób rozdysponowania wsparcia pozwala sądzić, że wykorzystanie środków w ramach Priorytetu jest optymalne? Czy środki odpowiadają potrzebom w zakresie Pr. XII?
 21. Jak realizacja projektów wpływa / wpłynie na wypełnienie założeń dokumentów strategicznych? (SROZ i dokumenty unijne). W jakim stopniu realizowane projekty wpływają na osiągnięcie celów Działania, Priorytetu? Czy założenia są wypełniane w pełni, a jeśli nie, to w jakim zakresie zauważyli Państwo lukę? Czy taka ocena jest

- możliwa z perspektywy IP i IP II? Czy osiągany stopień wpływu na osiąganie celów Działania i Priorytetu można uznać za wystarczający?
22. W jakim stopniu interwencje w ramach Pr. XII PO LiŚ wpływają na osiąganie celów całego Programu oraz dokumentów strategicznych, tj. SRK i NSRO?
 23. Czy beneficjenci zwracają uwagę na odnoszenie się do celów dokumentów strategicznych podczas przygotowywania wniosków o dofinansowanie? Czy projekty realizowane w ramach Dz. 12.1 i 12.2 mają realną możliwość przyczynienia się do celów tych dokumentów strategicznych?
 24. Czy realizowane projekty rzeczywiście mają wpływ na poziom śmiertelności osób w wieku produkcyjnym, czy poprawiają sytuację w ratownictwie medycznym (skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia), czy powodują realne doposażenie oddziałów pogotowia (a nie tylko wymianę sprzętu)? Czy taki wpływ projektów można rzeczywiście zmierzyć, wyizolować od innych czynników wpływających na te sytuacje?

Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego

Projekt scenariusza FGI zostanie przygotowany na podstawie wstępnych wniosków z analizy dokumentów oraz wywiadów CATI.

Poniżej znajdują się zakresy badawcze, które zostaną doprecyzowane w toku dalszych prac badawczych.

1. Z czego wynika zainteresowanie beneficjentów Działaniami w ramach Priorytetu XII PO LiŚ?
2. Na jakim etapie znajduje się realizacja projektów i stan przygotowania projektów jeszcze nie rozpoczętych? Jakie przeszkody napotyka się beneficjenci? Z czego wynikają? Jaki może mieć to wpływ na realizację projektów i osiągnięcie założonych celów i wartości wskaźników?
3. Czy projekty są realizowane zgodnie z harmonogramami? Jeśli nie, to z czego to wynika? Jak zmiany w harmonogramach wpływają na całościową realizację projektów i osiąganie ich celów?
4. Czy projekty można by zrealizować innymi środkami? Jeśli tak, to z jakich źródeł finansowania? Jak alternatywne finansowanie wpłynęłoby na realizację projektów – czasową, rzeczową.
5. Czy wartości wskaźników projektowych zostały trafnie oszacowane? Na podstawie jakich źródeł beneficjenci szacowali te wartości? Co miało wpływ na ich zmianę?

6. Czy realizowane projekty rzeczywiście wpływają na realizację celów Działania?
7. Czy realizowane projekty mają odniesienie i w jakim stopniu na osiąganie założeń SROZ i dokumentacji UE w zakresie zdrowia publicznego?

Kwestionariusz wywiadu CATI

1. W ramach jakiego Działania realizują Państwo projekt?
 1. 12.1
 2. 12.2
3. W jakim trybie realizują Państwo projekt?
 1. Tryb konkursowy
 2. tryb indywidualny (*przejsć do pytania 4*)
4. W ramach jakiego konkursu otrzymali Państwa dofinansowanie?
 1. 1/2008
 2. 2/2008
 3. 3/2008
5. Na jakim etapie realizacji rzeczowej znajduje się Państwa projekt?
 1. Poziom realizacji rezultatów ok 25%
 2. Poziom realizacji rezultatów ok 50%
 3. Poziom realizacji rezultatów ok 75%
 4. Projekt w fazie końcowej, poziom osiągnięcia rezultatów powyżej 90%
 5. nie mam zdania
6. Na jakim etapie realizacji finansowej znajduje się Państwa projekt?
 1. Wydatkowano ok 25% kwoty dofinansowania
 2. Wydatkowano ok 50% kwoty dofinansowania
 3. Wydatkowano ok 75% kwoty dofinansowania
 4. Projekt w fazie końcowej, wydatkowano powyżej 90% kwoty dofinansowania
 5. nie mam zdania
7. Czy na obecnym etapie realizacji projektu widzą Państwo zagrożenie dla realizacji celów projektu?
 1. tak
 2. nie
 3. nie mam zdania
8. Czy podczas realizacji projektu wystąpiły problemy z:

	Tak	Nie	Nie wiem
terminową realizacją zadań			

	Tak	Nie	Nie wiem
z przygotowaniem wniosku o płatność			
ze współpracą partnerami lub podwykonawcami			
związane z regulacjami prawnymi			
opóźnienia w wypłatach transz,			
Procedurami zawierania umów z wykonawcami (pzp)			
komunikacją z IP II (np. zmiana opiekuna, problemy z uzyskaniem informacji, wydłużony czas wydania decyzji, itp.)			
inne, jakie			
nie występowały (ją) żadne problemy z realizacją projektu <i>(jeśli odpowiedź „tak” przejść do pytania 11)</i>			

9. Czy w związku z problemami musieli Państwo zmieniać zaplanowany harmonogram realizacji projektu?

1. tak
2. nie *(przejdźcie do pytania 10)*
3. nie mam zdania *(przejdźcie do pytania 10)*

10. Zmiana harmonogramu wpłynęła na opóźnienie realizacji projektu o:

1. 1 miesiąc
2. 2-3 miesiące
3. 4-6 miesięcy
4. powyżej 6 miesięcy
5. nie spowodowała opóźnień
6. nie wiem

11. Na jakich podstawach szacowane i określone są harmonogramy realizacji projektów?

(pytanie wielokrotnego wyboru)

1. dotychczasowe doświadczenia z realizacji projektów
2. praktyka wynikająca z normalnego działania naszej placówki
3. terminy związane z ustawą PZP (prawo zamówień publicznych)

12. Czy w Państwa projekcie uwzględniono w harmonogramie projektu wszystkie najważniejsze czynniki związane z jego realizacją?

1. tak

2. nie (*przejsć do pyt. 13*)

3. nie wiem (*przejsć do pyt 14*)

13. Proszę wymienić, jakie czynniki brał Państwo pod uwagę (ankieter nie czyta kafeterii, tylko zaznacza wymieniane odpowiedzi. Respondent może wymienić kilka odpowiedzi oraz podać własne)

1. współpraca z partnerami lub podwykonawcami
2. procedury zawierania umów z wykonawcami (Ustawa Prawo Zamówień Publicznych)
3. opóźnienia w wypłatach transz (problemy z wnioskami płatniczymi)
4. inne, jakie

.....

14. Których elementów realizacji projektu nie wzięli Państwo pod uwagę w trakcie określania harmonogramu realizacji projektu? (ankieter nie czyta kafeterii, tylko zaznacza wymieniane odpowiedzi. Respondent może wymienić kilka odpowiedzi oraz podać własne)

1. współpraca z partnerami lub podwykonawcami
2. procedury zawierania umów z wykonawcami (Ustawa Prawo Zamówień Publicznych)
3. opóźnienia w wypłatach transz (problemy z wnioskami płatniczymi)
4. inne, jakie

.....

15. Czy w związku ze wskazanymi wcześniej trudnościami mogą wystąpić problemy z osiągnięciem zaplanowanych w projekcie wartości wskaźników?

1. tak
2. nie (*przejsć do pytania 16*)
3. nie mam zdania

16. Które wskaźniki mogą nie zostać osiągnięte?

.....
.....
.....

17. Czy wskaźniki wyszczególnione dla Priorytetu XII oraz Działania, w ramach którego realizują Państwo projekt, są odpowiednie do mierzenia realizacji tego projektu?

1. tak (*przejsć do pytania 18*)
2. nie

3. nie mam zdania (*przejdźcie do pytania 18*)

18. Jakich wskaźników opisujących Państwa projekt brakuje w wykazie?

.....
.....

19. Na podstawie jakich danych zostały oszacowane wartości wskaźników w Państwa projekcie?

1. ogólnodostępne dane statystyczne, np. GUS
2. badania własne
3. inne, jakie?

.....

20. Czy w chwili obecnej wskaźniki projektu są możliwe do osiągnięcia?

1. tak
2. nie
3. nie mam zdania

21. Czy w Pana opinii wskaźniki realizacji Państwa projektu zostały trafnie oszacowane?

1. tak (*przejdź do pytania 22*)
2. nie
3. nie mam zdania (*przejdź do pytania 22*)

22. Co wpłynęło na obecną nierealność wartości wskaźników?

.....
.....
.....

23. Czy realizowany przez Państwa projekt mógłby być realizowany bez wsparcia z EFRR (funduszy unijnych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, Działanie 12.1/12.2)?

1. tak, w pełnym zakresie
2. tak, ale tylko częściowo
3. nie (*przejdź do pytania 24*)
4. nie mam zdania (*przejdź do pytania 24*)

24. Z jakich źródeł finansowania?

1. środki własne
2. wsparcie z organów założycielskich (jst, administracja centralna)
3. inne, jakie

.....

.....

25. Czy rzeczywiście te środki mogłyby w pełni zaspokoić zapotrzebowanie na realizację konkretnego projektu/inwestycji?

3. tak, w pełnym zakresie
4. tak, ale tylko częściowo
5. nie
6. nie mam zdania

26. Czy realizacja projektu bez udziału środków EFRR spowodowałaby przesunięcie czasowe w harmonogramie realizacji projektu?

1. tak
2. nie
3. nie mam zdania

27. W jakim stopniu realizowany przez Państwa projekt wpływa na:

	bardzo mocno	średnio	nie wpływa	nie wiem
obniżenie śmiertelności osób w wieku produkcyjnym				
skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia				
obniżenie poziomu śmiertelności				
doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz pogotowia ratunkowego w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego				
Osiągnięcie celów PO IiŚ (Cel główny PO IiŚ: poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej przy równoczesnej ochronie i poprawie stanu zdrowia, Cele Pr. XII Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy. Obniżenie poziomu				

	bardzo mocno	średnio	nie wpływa	nie wiem
śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.)				
Osiągnięcie celów Strategii Rozwoju Kraju (Główny cel strategii - podniesienie poziomu i jakości życia mieszkańców Polski: poszczególnych obywateli i rodzin.)				
Osiągnięcie celów Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia				

28. Czy przygotowując wniosek o dofinansowanie, brali Państwo pod uwagę zgodność projektu z celami określonymi w innych dokumentach?

1. tak
2. nie (*przejdź do pytania 28*)
3. nie wiem

29. Z jakimi dokumentami?

1. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
2. Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015
3. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia
4. Strategie rozwoju województwa
5. Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia
6. inne, jakie?

.....

30. Czy jesteście Państwo zainteresowani dalszym pozyskiwaniem funduszy w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?

1. tak, w ramach Działania 12.1
2. tak, w ramach Działania 12.2
3. nie (zakończenie ankiety).

METRYCZKA

- rodzaj podmiotu
- wielkość podmiotu
- czy realizowali inny projekt współfinansowany z FS

Raport przygotowany przez konsorcjum składające się z firm
Grupa Gumulka – Kancelaria Prawa Finansowego Sp. z o.o. oraz
Grupa Gumulka – Audyt Sp. z o.o.

Katowice, dn. 20.12.2010 r.

Lucyna Raszka
Zastępca Kierownika Projektu