# Raport końcowy

## Analiza efektów wsparcia – identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

Warszawa, 3 grudnia 2013 roku

Zamówienie jest współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

# Spis treści

**1. Wprowadzenie ..... 11**

1.1. Cele badania ..... 11
1.2. Przedmiot badania ..... 13
1.3. Kryteria ewaluacyjne ..... 14

**2. Metodyka badania ..... 15**

2.1. Koncepcja realizacji badania ..... 15

2.1.1. Wstępna analiza dokumentów i raport metodologiczny ..... 15
2.1.2. Analiza danych wtórnych ..... 15
2.1.3. Analiza dokumentacji projektowej ..... 17
2.1.4. Ankieta internetowa (CAWI) ..... 17
2.1.5. Studia przypadku ..... 17
2.1.6. Obserwacja nieuczestnicząca ..... 18
2.1.7. Analiza danych i panel ekspertów ..... 18

2.2. Szczegółowa metodyka odpowiedzi na pytania badawcze ..... 18

**3. Wyniki badania ..... 20**

3.1. Ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu ..... 20

3.1.1. Jaki jest stopień osiągania przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu (w momencie złożenia wniosku o płatność końcową)? ..... 21
3.1.2. Czy, a jeśli tak to które z zaplanowanych wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte przez beneficjentów? Jakie są tego przyczyny? ..... 26
3.1.3. Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie przez beneficjentów może być zagrożone? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników? ..... 29
3.1.4. Jak należy ocenić szansę osiągnięcia przez beneficjentów poszczególnych wskaźników rezultatu? ..... 30
3.1.5. Czy, a jeżeli tak to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty przyczyniły/przyczynią się do realizacji wskaźnika: utworzone miejsca pracy określone dla całego programu w PO IiŚ? ..... 31
3.1.6. Czy, a jeżeli tak to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty wspierają inne niż umowa o pracę formy zatrudnienia (np. zatrudnienie w ramach tzw. kontraktu lekarskiego, innych umów cywilno-prawnych)? ..... 34
3.1.7. Czy, a jeżeli tak to w jaki sposób czynniki zewnętrzne wpływają na tworzenie u beneficjentów nowych miejsc pracy (w tym wskaźników z umowy o dofinansowanie)? ..... 37

3.2. Ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym ..... 39

3.2.1. Jaki jest stopień osiągania zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym? ..... 39
3.2.2. Czy, a jeśli tak to które ze wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte na poziomie ogólnokrajowym? Jakie są tego przyczyny? ..... 44
3.2.3. Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym może być zagrożone w roku docelowym 2013(2015)? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników? ..... 45
3.2.4. Jak należy ocenić szansę osiągnięcia na poziomie ogólnokrajowym poszczególnych wskaźników rezultatu założonych w dokumentach programowych? ..... 47
3.2.5. Jak stopień osiągania wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym? ..... 50
3.2.6. W jakim stopniu zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu? ..... 53

3.3. Identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych (tzn. nie zakładanych w dokumentach programowych) bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ ..... 57

3.3.1. Czy, a jeśli tak to jaki jest wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na: ..... 58

3.3.2. W jakim stopniu projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do poprawy stanu infrastruktury technicznej/jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej?....66
3.3.3. Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych projektów? ....69

3.4. Identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.... 71
3.5. Wytypowanie tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2012 .... 74

3.5.1. Jakie wskaźniki kontekstowe (tj. inne, niż wskaźniki produktu i rezultatu przyjęte dla Priorytetu XII PO IiŚ w dokumentach programowych) można wykorzystać do monitorowania oraz pomiaru efektów interwencji w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?....74
3.5.2. Jak zmieniała się wartość poszczególnych wskaźników kontekstowych w latach 2007-2012?....78
3.5.3. Jakie czynniki – poza interwencją w ramach Priorytetu XII PO IiŚ – mają wpływ na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych? (wraz z podaniem dokumentów/danych źródłowych stanowiących podstawę wnioskowania)....79

**4. Wnioski i rekomendacje z badania ....81**

**5. Studia przypadków ....84**

**6. Lista załączników....85**

6.1. Narzędzia badawcze.... 85

6.1.1. Arkusz do analizy danych projektowych....85
6.1.2. Kwestionariusz CAWI ....85
6.1.3. Scenariusz wywiadu pogłębionego w ramach stadium przypadku....85
6.1.4. Arkusz obserwacji nieuczestniczącej....85
6.1.5. Ramowy scenariusz panelu ekspertów....85

6.2. Lista projektów i beneficjentów biorących udział w badaniu .... 86

6.2.1. Lista projektów poddanych badaniu dokumentacji....86
6.2.2. Lista beneficjentów poddanych badaniu CAWI ....95
6.2.3. Lista beneficjentów wybranych do studiów przypadku ....98

6.3. Pełna dokumentacja badawcza z badan ilościowych i jakościowych .... 99

6.3.1. Tabele wynikowe z badań ilościowych ....99

6.4. Prezentacja multimedialna prezentująca cele badania, zastosowaną metodologię, wnioski i rekomendacje .... 99

# Streszczenie | Summary

## Cel badania

Głównym celem badania ewaluacyjnego było dokonanie identyfikacji oraz oceny bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ oraz oszacowanie przewidywanych długofalowych efektów realizacji tych projektów.

Cel główny badania został osiągnięty poprzez realizację celów szczegółowych: (1) ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu; (2) ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym; (3) identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ; (4) identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ; (5) wytypowanie tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2012.

## Objective of the study

The main objective was to identify and evaluate the direct effects of the implementation of projects under the Priority XII IE OP and to estimate the expected long-term effects of these projects' realisation.

The main objective of the study was achieved through the implementation of specific objectives: (1) assessment of the degree of realisation of result indicators planned in the project; (2) assessment of the degree of achievement of the result indicators at the national level planned in the program documents, (3) identification and evaluation of any additional direct effects of the implementation of projects under the Priority XII IE OP, (4 ) identification of the expected long-term effects of projects realised under the Priority XII IE OP, (5) predicting the so-called contextual indicators for the Priority XII IE OP and the analysis of changes in the values of these indicators in the years 2007-2012.

## Zakres badania

Przedmiotem badania objęto wszystkie siedem wskaźników rezultatu dla Priorytetu XII PO IiŚ tj.: (1) liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców); (2) mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców i poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców; (3) 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; (4) średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych; (5) średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej; (6) potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem; (7) liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów.

Badanie zrealizowano przy użyciu następujących kryteriów ewaluacyjnych: skuteczności, użyteczności i trwałości. Skuteczność dotyczyła celów związanych ze wskaźnikami, natomiast użyteczność i trwałość – efektów realizacji projektów (bezpośrednich nieplanowanych oraz długofalowych).

## Scope of the study

The subject of the study included all seven result indicators for the Priority XII IE OP, i.e.: (1) number of persons who received health care services in the scene (per 1000 inhabitants), and (2) median time to reach the scene of an emergency by the medical team from the time of notification acceptance by the medical dispatcher in the scale of each month in the cities of over 10 thousand of residents and out of the cities of over 10 thousand of residents, (3) number of patients treated during a year in stationary health care facilities subordinated to or supervised by the Minister of Health, Minister of National Defence, Minister of Interior and Administration, (4) average number of patients treated in the highly specialised hospitals within a month, (5) average age of the stationary radiological equipment, (6) potential number of specialized medical tests to be performed with the purchased equipment, (7) number of new jobs directly created.

The study was conducted using the following evaluation criteria: effectiveness, utility and sustainability. The effectiveness concerned the objectives related to the indicators, and the utility and sustainability - the effects of the projects' implementation (direct unscheduled and long-term effects).

## Zastosowana metodologia

Realizację badania rozpoczęła wstępna analiza dokumentów programowych oraz raportów z badań, służąca ostatecznemu doprecyzowaniu koncepcji i metodologii badania. Następnie uzgodniono raport metodologiczny i przystąpiono do analizy dokumentów strategicznych, programowych, prawnych oraz ewaluacyjnych, a także wszystkich 249 zakończonych projektów w tym Priorytecie (umów o dofinansowanie oraz wniosków o płatność końcową).

W dalszym kroku przeprowadzono badanie ankietowe techniką CAWI ze wszystkimi 205 beneficjentami tego Priorytetu, którzy zakończyli realizację projektów.

W następnym kroku, po wytypowaniu projektów zrealizowano 14 studiów przypadku projektów, które pozwoliły zidentyfikować efekty realizacji projektów, w tym osiągania wskaźników rezultatu. W studiach przypadku wykorzystano techniki wywiadów indywidualnych oraz obserwacji nieuczestniczącej.

Następnie dokonano całościowej analizy danych, poczynając od ostatecznej analizy danych zebranych poszczególnymi metodami, a następnie dokonując syntezy i interpretacji uzyskanych wyników w odniesieniu do poszczególnych problemów badawczych. Na tej podstawie opracowano odpowiedzi na problemy badawcze określone dla wszystkich obszarów badawczych.

## Methodology applied

Implementation of the study began with a preliminary analysis of program documents and research reports, which served for the final clarifying of the concept and methodology of the study. Thereafter the methodological report was agreed and the analysis of the strategic program documents proceeded, as well as legal and evaluation documents, and also all 249 projects completed under the Priority (grant contracts and requests for final payment).

In a further step, a CAWI survey was conducted with all 205 beneficiaries of this Priority who completed their projects.

In the next step, following the designation of projects, there were carried out 14 case studies of projects that enabled to identify the effects of the projects, including the achievement of result indicators. In the case studies there were used techniques of individual interviewing and non-participatory observation.

Then, an overall analysis of the data gathered was performed, starting from the final analysis of the data collected with the use of various methods, and then making a synthesis and interpretation of results in relation to particular research problems. On this basis, responses to the research problems identified for all the areas of research were developed.

Wyniki wszystkich analiz i badań zostały zinterpretowane przez panel ekspertów, który wyciągnął wnioski w kontekście celów badania.

## Najważniejsze wyniki i rekomendacje wypływające z badania ewaluacyjnego

### Ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu

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

Analiza wniosków o płatność końcową wykazała, że w momencie składania tego wniosku większość (ponad dwóch na trzech) beneficjentów nie osiąga nawet połowy zakładanej rocznej wartości wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)", w tym dwóch na pięciu w ogóle nie zaczęła badań zakupionym sprzętem. Średni poziom osiągnięcia wskaźnika we wszystkich 41 projektach wynosi 49% (a po korekcie – 54%).

Przy założeniu, że we wnioskach o płatność beneficjenci wskazywali rzeczywiste plany odnośnie liczby tworzonych miejsc pracy, poziom realizacji tego wskaźnika jest na bardzo wysokim poziomie – łącznie 90%. Praktycznie w 16 projektach już stworzono 100% lub więcej (156% w jednym przypadku) planowanych miejsc pracy, tylko w 3 projektach nie udało się jeszcze stworzyć miejsc pracy w ogóle, a w 1 projekcie (na razie 1 z 3 zaplanowanych miejsc pracy), niemniej jednak we wszystkich 4 przypadkach miejsca pracy zaplanowano w fazie operacyjnej, stąd jest jeszcze duża szansa na ich zrealizowanie. Tak dobre wyniki uzyskane przez analizowane projekty należy jednak zestawić z faktem, że we wnioskach o płatność końcową beneficjenci wskazali na plany stworzenia mniej niż połowy miejsc pracy zaplanowanych w umowach.

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

Zarówno wskaźnik „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", jak i „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" zostały już w większości przypadków osiągnięte, a nawet w wielu przypadkach przekroczone. W przypadku pierwszego wskaźnika jedynie trzech beneficjentów nie zrealizowało 4,5 tys. badań, ale 16 przekroczyło planowaną wielkość aż o 96 tys. głównie z powodu nowych możliwości zewnętrznych oraz usprawnienia procedury badań. W przypadku drugiego wskaźnika również jedynie 1-2 beneficjentów nie utworzyło 25 planowanych etatów, ale 3-4 innych beneficjentów utworzyło ponad 70 dodatkowych etatów. Bilans zatem jest w obu przypadkach znacząco dodatni. Przyczyny nieosiągnięcia wskaźników zawsze dotyczyły zewnętrznych czynników, jak niższy kontrakt z NFZ, zmniejszenie przyznanych dobo-karetek, brak potrzeb ze strony rynku, czy przeniesienie zatrudnienia poza jednostkę (outsourcing).

Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie przez beneficjentów może być zagrożone? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników?

Zarówno w przypadku wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", jak i wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" nie ma zagrożenia, że nie zostaną one osiągnięte przez beneficjentów. W obu przypadkach beneficjenci w większości zrealizowali założone w umowach wartości, a w przypadku różnic w stosunku do zapisów umowy – beneficjenci zrealizowali znacząco więcej dodatkowych jednostek obu wskaźników niż beneficjenci, którzy nie zdołali zrealizować zakładanych wielkości (bilans wynosi 21,4 razy w przypadku pierwszego wskaźnika i 3 razy więcej w przypadku drugiego).

Jak należy ocenić szansę osiągnięcia przez beneficjentów

The results of all analyses and studies were interpreted by a panel of experts that drew conclusions in the context of the objectives of the study.

## Major results and recommendations of the evaluation study

### Assessment of the degree of realisation of the result indicators planned in the projects

What is the degree of achievement of result indicators by the beneficiaries of the Priority XII IE OP planned in the projects (at the time of submitting application for final payment)?

Analysis of applications for final payment showed that at the time of submitting the application the majority (more than two out of three) of the beneficiaries did not reach even half of the projected annual value of the indicator "Potential number of specialized medical tests to be performed with the use of purchased equipment (Measure 12.2)", including two in five who do not even started any tests with the use of the purchased equipment. The average level of achievement of that indicator in all 41 projects is 49% (and after correction - 54%).

Assuming that in payment applications beneficiaries indicated the actual plans for the number of jobs created, the level of implementation of that indicator is very high - a total of 90%. Practically in 16 projects there have been created 100% or more (156% in one case) of the jobs planned, only 3 projects have not yet been able at all to create jobs in general, and in one project for now one of three scheduled jobs was created, however, in all four cases, the jobs are scheduled in the operational phase, so there is a good chance for them to be still realized. Such good results obtained by the analysed projects should however be weighed against the fact that in the final payment applications the beneficiaries indicated plans to create less than half of the jobs scheduled in the contracts.

Whether, and if so, which of the planned result indicators have not been yet achieved by the beneficiaries? What are the reasons?

Both the indicator "Potential number of specialized medical tests to be performed with the use of purchased equipment " and "Number of new jobs directly created (EPC)" have already been achieved in most cases, and even exceeded in many cases. For the first indicator only three beneficiaries did not achieve 4,5 thousand of tests, but 16 exceeded the planned amount by 96 thousand mainly due to the new external opportunities and improvement of the research procedure. For the second indicator also only 1-2 of the beneficiaries did not create 25 jobs planned, but 3-4 other beneficiaries formed more than 70 additional posts. Thus the balance in both cases is a significantly positive. Reasons for not achieving the indicators always focused on external factors, such as the lower contract with the NHF (National Health Fund), the reduction of ambulances provided per day, lack of needs from the market, or transfer of employment outside the given unit (outsourcing).

Can you identify the indicator/indicators whose achievement by the beneficiaries may be at risk? What factors may affect the failure to achieve the target values of the indicators?

Both in the case of the indicator "Potential number of specialized medical tests to be performed with the use of purchased equipment" and the indicator "Number of new jobs directly created (EPC)" there is no risk that they will not be achieved by the beneficiaries. In both cases the beneficiaries in majority realized the values established in the contracts, in the case of differences compared to the provisions of the contract - the beneficiaries realised significantly more additional units of both indicators than those beneficiaries who have failed to achieve the intended numbers (balance is 21,4 times more for the first indicator and three times more in the case of the second indicator).

How should the chance to achieve the result indicators be assessed?

poszczególnych wskaźników rezultatu?

W przypadku wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", szanse osiągnięcia przez beneficjentów tego wskaźnika rezultatu są niemal równe 100%, w przypadku dwóch beneficjentów nie zostanie osiągnięta niewielka część 3,6 tys. brakujących badań.

W przypadku wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" w przypadku dwóch beneficjentów, którzy nie osiągnęli zakładanych wartości tego wskaźnika, nie ma szans na ich uzyskanie (25 etatów), bowiem albo były one planowane podczas realizacji projektu, albo beneficjent nie ma już takiej potrzeby.

W obu przypadkach, w globalnym rozrachunku nie ma to znaczenia, bowiem nadwyżka nadprogramowego wykonania tych wskaźników jest kilku-kilkudziesięciokrotnie wyższa niż problemowe wskaźniki, których beneficjenci z dużym prawdopodobieństwem nie osiągną.

In the case of the indicator "Potential number of specialized medical tests to be performed with the use of purchased equipment ", the chances for the beneficiaries to reach this result indicator almost equal 100% and in case of only one beneficiary there will not be reached only a small part of 3,6 thousand missing tests.

In the case of the indicator "Number of new jobs directly created (EPC)" for two beneficiaries who have not attained the assumed value of the indicator there is no chance to obtain them (25 jobs) since they were either planned during the project implementation, or the beneficiary does not longer needs them.

In both cases it does not matter in the global analysis, because the excess of overplanned implementation of these indicators is a few-several times higher than the problem indicators that are not likely to be reached by the beneficiaries.

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

Spośród badanych beneficjentów co piąty (44) tworzy miejsca pracy w ramach realizowanych projektów (zarówno w fazie realizacyjnej, jak i operacyjnej). Łącznie stworzono netto (po odjęciu etatów zlikwidowanych) aż 524 etaty (po doszacowaniu 544), czyli więcej niż zaplanowano pierwotnie w umowach. Co trzecia umowa jest podpisywana z pracownikiem na czas nieokreślony, natomiast wśród umów czasowych dominują umowy długoletnie (przede wszystkim 5 letnie i ale również 2 letnie). Można zatem powiedzieć, że tworzone miejsca pracy są trwałe i po 5 latach pozostanie szacunkowo 380 (395) etatów.

Oznacza to, że beneficjenci traktują realizację projektów jako inwestycję długofalową, rozwiązującą problemy jednostek na długi czas. Nie jest to dla nich jedynie możliwość pozyskania środków na bieżące potrzeby inwestycyjne, tylko raczej inwestycje przyczyniające się do rozwoju strategicznego.

W PO IiŚ nie określono wartości docelowej wskaźnika dotyczącego liczby etatów (taką wartość określono jedynie dla Priorytetu XI na poziomie 280 EPC). Można jednak śmiało powiedzieć, że wyniki uzyskane w tym Priorytecie są na bardzo wysokim poziomie (przekraczają niemal dwukrotnie wartość docelową Priorytetu XI, przy czym jednocześnie w Priorytecie XII jest o 30% mniej środków ogółem).

Whether, and if so, to what extent the projects implemented under the XII Priority IE OP have contributed/will contribute to the implementation of the indicator: created jobs specified for the entire IE OP program?

Of all the surveyed beneficiaries one in five (44) creates jobs under the projects implemented (both in the implementation, and operational phase). Total net jobs created (deleted jobs eliminated) is as much as 524 posts (after more precise estimation 544), which is more than the number originally planned in the contracts. Every third contract with an employee is signed for an indefinite period, while among fixed-term contracts long-term contracts dominate (mainly signed for 5 years but also for two years). You could therefore say that the jobs created are permanent and it is estimated that after 5 years 380 (395) of the posts will remain.

This means that the beneficiaries of the projects treat the projects' implementation as long-term investment that addresses the problems of individuals for a longer time. However this is not the only possibility for them to raise funds for their current investment needs but rather investments that contribute to the strategic development.

The IE OP does not specify a target value for the indicator concerning the number of posts (that value was determined only for the Priority XI at the 280 EPC level). However, you can safely say that the results of this Priority are at a very high level (they almost twice exceed the target value of the Priority XI, and at the same time in the Priority XII there is 30% of total funds less).

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

Inne sposoby zatrudniania (niż umowa o pracę) stanowią ważny element polityki kadrowej beneficjentów, którzy zakończyli realizację projektów w Priorytecie XII PO IiŚ. Generalnie co piąty beneficjent zatrudnia pracowników w inny sposób niż umowy o pracę – łącznie 444 osób (po doszacowaniu 454). W trzech na czterech przypadkach jest to umowa cywilno-prawna, w większości kontrakt lekarski (co drugi przypadek) i inne umowy zlecenia (co czwarty przypadek). Pozostałe przypadki to praktyki, staże, kontrakty ratowników, pielęgniarek i wolontariat.

Co ciekawe, wyliczenia pokazują, że co trzeci beneficjent zatrudnia pracowników w jakikolwiek sposób (udział ten się zwiększył w porównaniu do beneficjentów zatrudniających wyłącznie na umowę o pracę, jak i wykorzystujących jedynie inne sposoby zatrudnienia). Jednakże z reguły najczęściej beneficjenci korzystają z obu form nawiązywania stosunku pracy (umowy i inne sposoby) w porównywalnym stopniu.

Whether, and if so, to what extent the projects implemented under the Priority XII IE OP support other than a contract of employment forms of employment (e.g. employment in the so-called medical contract, other civil -law contracts)?

Other (than a contract of employment) forms of employment are an important part of personnel policy of the beneficiaries who have completed implementation of projects in the Priority XII IE OP. In general, one in five beneficiary employs a worker on other basis than a contract of employment - a total of 444 people (after more precise estimation it is 454). In three out of four cases, it is civil-law contract, mostly medical contract (every second case) and other commission contracts (every fourth case). Other cases are apprenticeships, internships, contracts for paramedics, nurses and volunteers.

Interestingly, the calculations show that every third beneficiary employs persons in any possible way ( this proportion increased compared to beneficiaries employing only for an employment contract, as well as using only other means of employment). However, as a rule, most beneficiaries use both forms of establishing an employment relationship (contracts and other means) to a comparable extent.

Czy, a jeżeli tak to w jaki sposób czynniki zewnętrzne wpływają na tworzenie u beneficjentów nowych miejsc pracy (w tym wskaźników z umowy o dofinansowanie)?

Zmiana poziomu zatrudnienia u beneficjentów, którzy zrealizowali

Whether , and if so - how external factors influence the creation of new jobs at the beneficiaries' place (including indicators of the grant agreement)?

Change in the level of employment of the beneficiaries who have

projekty w Priorytecie XII jest spowodowana czynnikami zewnętrznymi – zmianą kontraktu z NFZ oraz zmianą polityki w różnych aspektach. Mniejsze znaczenie ma poziom zachorowalności ludności, dostępność absolwentów, czy przepisy dotyczące dostosowania sprzętu medycznego.

completed projects in the Priority XII is caused by external factors - the change of the contract with the NHF and policy changes in terms of different aspects. Less important is the level of incidence of the population, the availability of graduates, or the provisions relating to the adaptation of medical equipment.

## Ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym

## Assessment of the achievement of the result indicators planned in the program documents at the national level

Jaki jest stopień osiągania zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym?

Stopień osiągania zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym jest bardzo wysoki. Praktycznie wszystkie oprócz jednego wskaźnika dla Działania 12.1 „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców (os./rok)" przekroczyły już w 2012 roku wartość docelową. Natomiast omawiany wskaźnik uzyskał 92,5% wartości docelowej wskaźnika, a w przypadku zaakceptowania zmian proponowanych przez IP – 100%.

What is the level of attainment of the result indicators planned in the program documents at the national level?

The level of attainment of the result indicators planned in the program documents at the national level is very high. Virtually all but one indicator for the Measure 12.1 "Number of persons who received health care services in the scene per 1 000 inhabitants (persons/year)" has already exceeded the target value in 2012. However, the indicated indicator reached 92,5% of the target rate, and if you agree with the changes proposed by the IB - 100%.

Czy, a jeśli tak to które ze wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte na poziomie ogólnokrajowym? Jakie są tego przyczyny?

Pięć z sześciu wskaźników rezultatu zostało już osiągniętych na poziomie ogólnokrajowym. Jedynie wskaźnik „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców" nie został jeszcze osiągnięty – brakuje 7,5% do uzyskania wartości docelowej. Wynika to z czynników zewnętrznych – losowych, które regulują powstawanie zdarzeń, natomiast sama realizacja projektów nie ma wpływu na zwiększanie się wskaźnika, o ile jednostki docierają do wszystkich zdarzeń, które występują na danym obszarze. Zdaniem beneficjentów tak się właśnie dzieje.

Whether, and if so, which of the result indicators have not been yet achieved at the national level? What are the reasons?

Five of the six result indicators has already been achieved at the national level. Only the indicator "Number of persons who received health care services in the scene per 1 000 inhabitants" has not yet been achieved - there is still 7,5% missing to achieve the target value. This is due to external - random factors that regulate the formation of events, while the realization of projects itself does not affect the increase in the indicator provided the units reach all the events that occur in a given area. According to the beneficiaries, this is what happens.

Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym może być zagrożone w roku docelowym 2013(2015)? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników?

Osiągnięcie pięciu z sześciu wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym nie jest zagrożone w roku docelowym 2013(2015). Jedynie wskaźnik „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców" jest zagrożony, bowiem nie uda się osiągnąć wartości 79,2 zdarzeń na tysiąc mieszkańców, co wynika ze specyfiki wskaźnika i braku wpływu projektów na jego zwiększenie. Stąd zasadna staje się zmiana proponowana przez IP, dzięki której wartość docelowa zostanie obniżona o 5,8 zdarzeń na tysiąc mieszkańców – wówczas wskaźnik zostanie osiągnięty na poziomie 100%.

Is it possible to identify the result indicator/indicators the attainment of which at the national level may be at risk in the target year 2013 (2015)? What factors may affect the failure to achieve the target values of the indicators?

Achieving five out of the six result indicators at the national level is not at risk in the target year 2013 (2015). Only the indicator "Number of persons who received health care services in the scene per 1 000 inhabitants" is at risk because you can not reach the value of 79,2 events per thousand inhabitants, which results from the specificity of the indicator and the lack of impact of projects on the possible increase of the indicator. Hence, the amendment proposed by the IB becomes justified, through that amendment the target will be reduced by 5,8 events per thousand inhabitants - then the indicator will be achieved at the level of 100%.

Jak należy ocenić szansę osiągnięcia na poziomie ogólnokrajowym poszczególnych wskaźników rezultatu założonych w dokumentach programowych?

W przypadku pięciu z sześciu wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym szansę osiągnięcia założonych w dokumentach programowych wartości są 100-procentowe. Jedynie w przypadku jednego wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców", o czym była mowa już wyżej.

How there should be evaluated the chance to achieve at the national level the individual result indicators planned in the programming documents?

For five out of the six result indicators at the national level, the chance to achieve the value planned in the program documents are 100%. Only in the case of a single indicator "Number of persons who received health care services in the scene per 1 000 inhabitants" it is not sure, as already mentioned above.

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

Stopień osiągania wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym w sposób równomierny (rozkład normalny). Uzależniony jest on od różnych czynników, jak np. rodzaju obszaru, jaki beneficjent obsługuje (im obszar jest bardziej zurbanizowany, tym wartość wskaźnika wyższa) w przypadku wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia", czy wielkość szpitala w przypadku wskaźnika „Liczba osób leczonych

How the degree of achievement of result indicators in terms of the beneficiaries of the Priority XII IE OP translates into the achievement of the indicators at the national level?

The degree of achievement of result indicators by the beneficiaries of the Priority XII IE OP results in achievement of the indicators at the national level in a uniform manner (normal distribution). It depends on various factors such as the type of area where the beneficiary operates (the more urbanised is the area, the higher is the indicator value) in the case of the indicator "Number of persons who received health care services in the scene", or the size of a hospital in the case of the indicator "Number of patients treated per year in health care facilities subordinated to or

w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW" (i zależnego od niego wskaźnika „Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych"). W tych dwóch przypadkach rozkład nie jest normalny – charakteryzuje się równoważeniem małych szpitali dużymi, co powoduje uzależnienie wartości wskaźnika od kilku, kilkunastu beneficjentów. Z kolei w przypadku wskaźnika „Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej", mimo rozkładu normalnego, wpływ na wartość ogólnokrajową ma kilka szpitali posiadających relatywnie kilkukrotnie starszą aparaturę niż pozostali.

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

Stopień, w jakim zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu, był zróżnicowany, niemniej jednak w trzech na pięć wskaźników, mieścił się w przedziale 6-14% w ostatnim roku, 2012. Oczywiście, wpływ ten rósł niemal od zera począwszy od pierwszych lat do tego poziomu. W jednym przypadku („Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia") wpływ był nawet 2-3-krotnie niższy – wyniósł tylko 3%, a w innym („Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej") – 3-krotnie wyższy i wyniósł 35%. W każdym przypadku można zauważyć, że zmiany wskaźnika dokonywały się w większości dzięki projektom realizowanym w ramach Priorytetu XII.

## Identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

Czy, a jeśli tak to jaki jest wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na powstawanie efektów dodatkowych?

Projekty realizowane w ramach Priorytetu XII powodowały powstawanie efektów dodatkowych (niezamierzonych na etapie składania) w różnym stopniu i zakresie. Największy odsetek beneficjentów doświadczył zwiększenia jakości usług medycznych ratujących życie (40%) i pozostałych (30%), a co najważniejsze – ich skuteczności (28% w przypadku usług ratujących życie i 18% - pozostałych), co przekłada się bezpośrednio na poziom śmiertelności pacjentów. Oprócz tego znacząco zwiększyła się dostępność do usług medycznych (16-19%), głównie za sprawą nowych możliwości, jakie daje zakupiony sprzęt, a więc wzrostu liczby i zakresu nowych procedur (u 25-26% beneficjentów), ale także za sprawą skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na zabieg / diagnozę (u 15% beneficjentów) i ogólnie czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie do szpitala (u 10% beneficjentów). Czas oczekiwania na przyjęcie zmniejszył się m.in. dlatego, że część beneficjentów (8%) zwiększyła liczbę łóżek. Dodatkowym efektem realizacji projektów było zwiększenie efektywności zarządzania szpitalem u 12% beneficjentów objawiające się zmniejszeniem kosztochłonności procedur o 8% i rentowności funkcjonowania szpitala o 7%.

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

Projekty realizowane w ramach Priorytetu XII spowodowały również powstawanie efektów dodatkowych (niezamierzonych na etapie składania) w zakresie poprawy jakości infrastruktury (co odnotowało 75% beneficjentów) oraz wyposażenia (w tym przypadku było to aż 90% beneficjentów). W przypadku infrastruktury kluczowe było dostosowanie do wyższych standardów opieki nad pacjentem (63%) i do wymogów prawa (56%), a także poprawiono wygląd infrastruktury (51%). Dwukrotnie rzadziej działania wpłynęły na efektywność wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej (27%), drożność ciągów komunikacyjnych (24%), zwiększenie powierzchni (22%) i wprowadzenie udogodnień dla pacjentów (21%). Jeżeli chodzi natomiast o wyposażenie, to beneficjenci przede wszystkim wskazywali na poprawę jakości wyposażenia sal dla pacjentów (24%), wyposażenia części wspólnych (22%), a dwukrotnie rzadziej – poprawę jakości wyposażenia systemów zarządzania, czy tomografii

supervised by the Ministry of Health, Ministry of Defense, Ministry of Internal Affairs" (and dependent on the indicator "Average number of patients treated monthly in highly specialised hospitals"). In these two cases the distribution is not normal - it is characterized by balancing small hospitals with large ones, which results in dependence of values of the indicator on a few - dozen beneficiaries. On the other hand, in case of the indicator "Average age of fixed equipment for radiology", even though it is a normal distribution, the impact on the nationwide value is generated by a few hospitals with relatively few times older equipment than the others.

To what extent have the projects completed contributed to the level of realization of the result indicators planned in the program documents?

The extent to which the completed projects contributed to the level of realization of result indicators planned in the program documents varied, but in three out of the five indicators it was in the range between 6-14% in the last 2102 year. Of course, this impact has grown almost from scratch, starting from the first year, up to this level. In one case ("Number of people who received health services at the scene"), the impact was even 2-3-fold lower - it was only 3%, and in other case ("Average age of fixed equipment for radiology") - 3-fold higher and amounted to 35%. In any case, it may be seen that the changes in the indicator mostly took place thanks to projects implemented within the framework of the Priority XII.

## Identification and assessment of possible additional direct effects of the implementation of projects under the Priority XII IE OP

Whether, and if so, what is the impact of project implemented under the XII Priority IE OP for the creation of additional effects?

Projects realised under the Priority XII resulted in the formation of additional effects (unintended at the stage of submitting application) in a various extent and scope. The highest percentage of beneficiaries experienced the improved quality of life-saving medical services (40%) and other medical services (30%), and most importantly - their effectiveness (28% in the case of life-saving and 18% - the others), which translates directly to the level of mortality of the patients. In addition, there was a significant increase in the availability of medical services (16-19%), mainly due to the new opportunities offered by the purchased equipment, and thus the increase in the number and scope of new procedures (25-26% of beneficiaries), but also due to reducing the time of patients waiting for treatment/diagnosis (15% of beneficiaries), and generally the waiting time of patients in terms of admission to hospitals (10% of beneficiaries). The waiting time for admission decreased because some of the beneficiaries (8%) increased the number of beds. An additional effect of the projects' realisation was the increase in the efficiency of hospital management in terms of 12% of beneficiaries manifested with the increase of cost-effectiveness of procedures by 8% and the profitability of the hospital functioning by 7%.

To what extent the projects implemented under the Priority XII IE OP contributed to the improvement of the technical infrastructure/equipment quality in the health care facilities?

Projects implemented under the Priority XII also led to the formation of additional effects (unintended at the stage of application) in terms of improvement of the quality of infrastructure (which was reported by 75% of the beneficiaries) and equipment (in this case, it was as much as 90% of the beneficiaries). In the case of infrastructure it was crucial to adapt it to a higher standard of patient care (63%) and the requirements of the law (56%), moreover the appearance of the infrastructure was improved (51%). Double-less the operations affected the efficiency of using the existing space (27%), patency of passageways (24%), increasing of the surface area (22%) and introducing facilitations for patients (21%). As regards the equipment, the beneficiaries especially pointed to the improvement of the quality of equipment in rooms for patients (24%), common parts equipment (22%), and twice less - to the improvement of the quality of equipment of management systems, or computed tomography (10%).

komputerowej (10%).

Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych projektów?

Analiza efektów pod względem zakresu (odsetka beneficjentów, u których efekt wystąpił), skali (średniej siły efektu u beneficjentów), a także powiązań między efektami (wzmacniania) wykazała istnienie trzech grup. W pierwszej grupie znalazły się największe korzyści (związane z poprawą stanu infrastruktury i wyposażenia oraz z wynikającym z tego zwiększeniem jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie), w drugiej – korzyści dość częste, wzmacniające się wzajemnie, ale o małej sile (np. zwiększenie liczby i zakresu procedur medycznych, dostępność usług medycznych), w trzeciej znalazły się natomiast efekty rzadkie, ale silne, o przeciętnym poziomie współwystępowania (np. wzrost skuteczności udzielania świadczeń, liczby łóżek, czy efektywności funkcjonowania jednostek). Kluczowe jest jednak to, że zwiększenie jakości świadczeń medycznych, a także ich skuteczności okazało się silnym efektem, który może się przyczynić do zmniejszenia śmiertelności wśród pacjentów.

## Identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

Analiza danych zastanych oraz wyników badań terenowych wskazała na istnienie jednego silnego efektu długofalowego – zmniejszenia śmiertelności wśród pacjentów, który wystąpił u co trzeciego beneficjenta, w wielkości średnio 8%. Dodatkowymi efektami długoterminowymi było skrócenie okresu hospitalizacji, a także lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych, w wyniku czego rosła przelotowość łóżek szpitalnych – ale te efekty były widoczne jedynie u co dziesiątego beneficjenta.

## Wytypowanie tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2012

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

Na bazie przeprowadzonej analizy dokumentów i bazując na wynikach badania nieplanowanych efektów bezpośrednich i długofalowych stworzono zestaw wskaźników kontekstowych wpisujących się w cele Priorytetu XII oraz nie powielających wskaźników produktu i rezultatu w tym priorytecie. Rekomenduje się wprowadzenie zestawu wskaźników kontekstowych do monitorowania Priorytetu XII obejmujących następujące aspekty: (1) działalność stacjonarna szpitalnych oddziałów ratunkowych, w tym poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych, średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych, poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych; (2) Medyczne działania ratownicze, w tym poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych; (3) Wszystkie szpitale, w tym średni czas hospitalizacji, poziom śmiertelności na 100 tys. mieszkańców, w tym poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców; (4) Przeciętne dalsze trwanie życia.

Jak zmieniała się wartość poszczególnych wskaźników kontekstowych w latach 2007-2012?

Jeżeli chodzi o wskaźniki dotyczące działalności stacjonarnej szpitalnych oddziałów ratunkowych, to wskaźniki zmieniały się niekorzystnie, malało wykorzystanie łóżek, średni czas pobytu osiągnął najwyższą wartość w 2012 roku, a poziom śmiertelności rósł od 2009 roku. W przypadku medycznych działań ratowniczych poziom śmiertelności malał z 2,8% do 2,5% w 2012 roku. Korzystne były również wskaźniki dotyczące wszystkich szpitali, średni czas hospitalizacji malał z 7,8 dnia do 7,4 dnia w 2012 roku, poziom śmiertelności – z 836 do 774 na 100 tys. mieszkańców. Rosło natomiast przeciętne dalsze trwanie życia – w przypadku mężczyzn do poziomu 72,7 lat, a kobiet – 81 lat. Ogólne wskaźniki są zatem

What are the main benefits of the projects completed ?

Analysis of effects in terms of scope (the percentage of beneficiaries where the effect occurred), scale (the average power of effect at the beneficiaries' facilities), and the links between those effects (of strengthening) revealed the existence of three groups. The first group includes the biggest benefits (related to the improvement of the infrastructure and equipment and the consequent increase in the quality of medical services, including life-saving treatments), the second - fairly common benefits, reinforcing each other, but with low power (e.g. increasing the number and range of medical procedures, the availability of medical services), the third - effects that are rare, but severe, with an average level of co-occurrence (e.g. increase in the effectiveness of provision of services, number of beds, and the efficiency of the units' functioning). The key issue, however, is that the increase in the quality of medical services provided, and their effectiveness turned out to be a strong effect that may contribute to reduce mortality among patients.

## Identification of planned long-terms effects of the implementation of projects under the Priority XII IE OP

Analysis of existing data and the results of field studies demonstrated that there is a strong long-term effect - reducing mortality among patients, that occurred in case of every third beneficiary, the volume is on average at 8%. Additional long-term effects were: reducing the period of hospitalization, as well as better use of hospital beds, resulting in increased capacity of hospital beds - but these effects were seen in only one in ten of the beneficiaries.

## Choosing of contextual indicators for the Priority XII and analysis of the change in the value of these indicators in the years 2007-2012

What contextual indicators (i.e. other than the product and result indicators accepted for the Priority XII IE OP in the programming documents) may be used to monitor and measure the effects of interventions under the Priority IE OP XII?

Based on the analysis of documents and based on the results of the study of unplanned direct and long-term results, there was developed a set of contextual indicators enrolling in the objectives of the Priority XII that do not duplicate product and result indicators under this priority. It is recommended to introduce a set of contextual indicators, in order to monitor the Priority XII, covering the following aspects: (1) business stationary operations of hospital emergency departments, including the utilization of beds in the emergency departments, average length of stay of patients in the emergency departments, level of mortality in emergency departments; and (2) Medical emergency measures, including mortality level before or during the conduct of emergency services; (3) All hospitals, including the average length of hospital stay, mortality rate per 100 thousand inhabitants, including mortality due to cancer per 100 thousand inhabitants, (4) Average life expectancy.

How the value of the contextual indicators was changing in the years 2007-2012?

With regard to the indicators concerning stationary operations of hospital emergency departments, the indicators have changed unfavourably, the use of beds decreased, average length of stay has reached its peak in 2012, and the mortality rate has grown since 2009. In the case of medical emergency response, mortality rate decreased from 2,8 % to 2.5 % in 2012. The indicators concerning all hospitals were also positive, the average length of stay decreased from 7,8 days to 7,4 days in 2012, the mortality rate - from 836 to 774 per 100 thousand inhabitants. Whereas the average life expectancy grew - for men to the level of 72.7 years of age and for women - 81 years of age. General indicators are therefore favourable, and changes occurred in those indicators (except stationary

korzystne, a ich zmiany (oprócz stacjonarnych SOR) są pozytywne.

Jakie czynniki – poza interwencją w ramach Priorytetu XII PO IiŚ – mają wpływ na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych?

Wszystkie wskaźniki kontekstowe dotyczą bezpośrednio lub pośrednio poziomu zdrowia. Stąd czynniki, które na nie wpływają (oprócz projektów) to przede wszystkim czynniki zewnętrzne, a więc biologiczne, społeczne, warunki życia i pracy, ale także samobójstwa czy wypadki komunikacyjne. Oprócz tego możemy wyróżnić szereg czynników indywidualnych, jak styl życia (np. brak ruchu, poziom higieny), nawyki żywieniowe (prowadzące do nadwagi i otyłości), palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zachowanie na drodze lub zachowania seksualne.

ER) are positive.

What factors - apart from the intervention under the Priority XII IE OP - have an impact on the value of contextual indicators selected?

All contextual indicators relate directly or indirectly to the health situation. Thus, the factors that do affect them (except for projects) are mainly external factors, i.e. biological, social factors, living and working conditions , but also suicides and traffic accidents. In addition, we may identify in that context a number of individual factors, such as lifestyle (e.g. lack of exercise, hygiene), eating habits (leading to overweight and obesity), smoking, use of alcohol , driving behaviour or sexual behaviour.

# 1. Wprowadzenie

Głównym celem Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* Programu Operacyjnego *Infrastruktura i Środowisko* jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe Priorytetu 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.

W ramach priorytetu XII wsparcie uzyskują projekty przyczyniające się do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie (ratownictwo przedszpitalne oraz szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe). Realizowane są inwestycje polegające na zakupie wysokiej jakości specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów), projekty związane z budową i remontem oraz doposażeniem baz lotniczego pogotowia ratunkowego oraz z budową i remontem lądowisk dla helikopterów zlokalizowanych w bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnych oddziałów ratunkowych, a także projekty dotyczące rozbudowy, przebudowy, remontu oraz doposażenia zakładów opieki zdrowotnej (szpitalne oddziały ratunkowe i centra urazowe) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego, w tym dotyczące zakupu wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W ramach Priorytetu XII PO IiŚ wsparcie uzyskują także 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 polegały na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym w nowoczesny sprzęt medyczny.

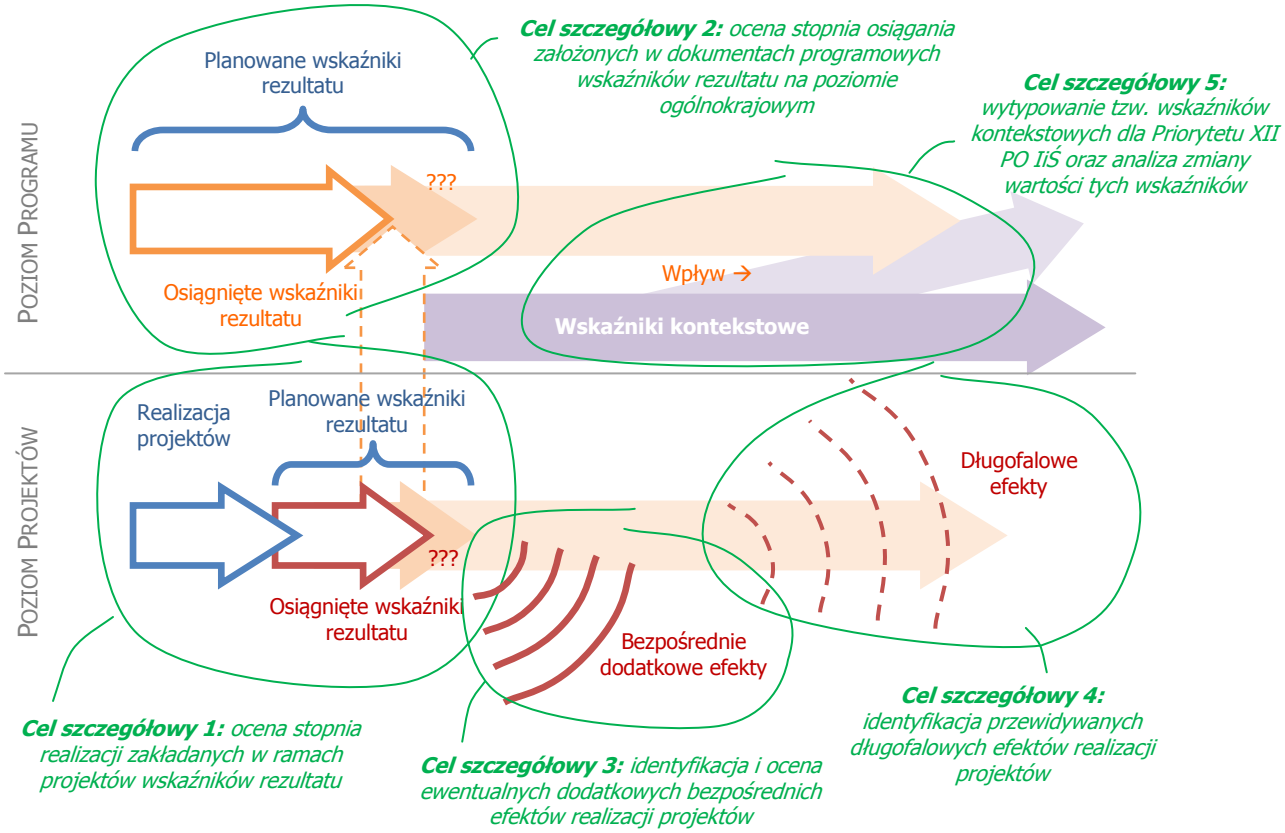
## 1.1. Cele badania

**Głównym celem** badania ewaluacyjnego było:

**Diagram 1.** **Cel główny badania.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów SIWZ.

Realizacja głównego celu badawczego polegała zatem na **porównaniu faktycznie osiągniętych** (na moment realizacji badania) na skutek interwencji rezultatów ze **stanem docelowym**, jaki określono w dokumentach programowych na etapie programowania wsparcia. **Bezpośrednie efekty** realizacji projektu oraz zmiany, jakie nastąpiły w wyniku wdrożenia projektu u konkretnego beneficjenta pomocy obrazują **wskaźniki rezultatu** (wskaźnik rezultatu informuje o bezpośrednich zmianach, jakie nastąpiły w wyniku wcielenia w życie danego przedsięwzięcia). Tym samym w celu realizacji celów badania niezbędne było dokonanie **oceny stopnia osiągania przez poszczególnych beneficjentów** wsparcia zakładanych **wartości docelowych wskaźników rezultatu** oraz zestawienie tych danych z wartościami wskaźników rezultatu agregowanymi na poziomie ogólnokrajowym.




**Rysunek 1.** **Mapa logiczna celów szczegółowych.**

Źródło: opracowanie własne.

Cel główny badania został osiągnięty poprzez **realizację następujących celów szczegółowych**:

**Cel szczegółowy 1**: ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu

**Cel szczegółowy 2**: ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym

**Cel szczegółowy 3**: identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych (tzn. nie zakładanych w dokumentach programowych) bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

**Cel szczegółowy 4**: identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

**Cel szczegółowy 5**: wytypowanie tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2012

## 1.2. Przedmiot badania

Przedmiotem badania objęto wszystkie wskaźniki rezultatu dla Priorytetu XII PO IiŚ, które zebrano wraz z przypisaniem do odpowiednich Działań, w poniższej tabeli:

**Tabela 1. Zestawienie wskaźników rezultatu dla Priorytetu XII PO IiŚ wraz z przypisaniem do odpowiednich Działań.**

| Lp. | Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | Działanie 12.1 | Działanie 12.2 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) | na 1000 mieszk. na rok | **Tak** | |
| 2 | Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców | min | **Tak** | |
| | Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców | min | **Tak** | |
| 3 | 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. os. / rok | | Tak |
| 4 | Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych | tys. os. / m-c | | Tak |
| 5 | Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej | lata | | Tak |
| 6 | Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem | szt. | | Tak |
| 7 | Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów | EPC | **Tak** | Tak |

Źródło: Szczegółowy opis priorytetów POIiŚ.

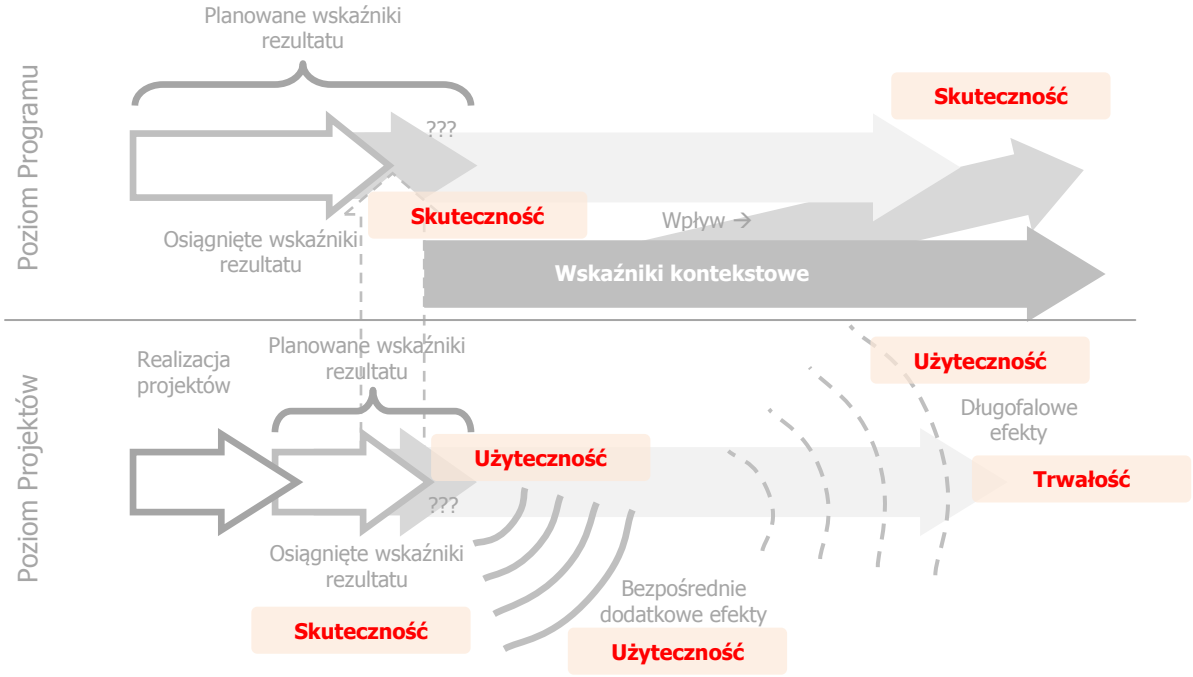
Ponadto, przedmiotem badania były wskaźniki dodatkowych bezpośrednich efektów realizowanych projektów, efektów długofalowych oraz wskaźniki kontekstowe dla Priorytetu XII POIiŚ.

## 1.3. Kryteria ewaluacyjne

Badanie zrealizowano przy użyciu następujących kryteriów ewaluacyjnych:

- **skuteczność** – ocena, w jakim stopniu – dzięki realizacji projektów – osiągnięto zaplanowane rezultaty – dokonano porównania bezpośrednich efektów realizacji projektów oraz poziomu osiągania docelowych wartości wskaźników rezultatu;
- **użyteczność** – ocena, w jakim stopniu projekty realizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do poprawy stanu infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej wraz z identyfikacją także ewentualnych nieplanowanych na etapie programowania efektów realizacji interwencji;
- **trwałość** – ocena, w jakim stopniu efekty utrzymują się po zakończeniu interwencji – w tym aspekcie w ramach badania dokonano identyfikacji przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach XII Priorytetu PO IiŚ.

Poszczególne kryteria ewaluacyjne dotyczyły różnych celów szczegółowych realizacji badania, jak przedstawia to poniższy rysunek:




**Rysunek 2.** **Badanie kryteriów ewaluacyjnych przez poszczególne cele szczegółowe.**

Źródło: opracowanie własne.

Skuteczność dotyczyła celów związanych ze wskaźnikami, natomiast użyteczność i trwałość – efektów realizacji projektów (bezpośrednich nieplanowanych oraz długofalowych).

# 2. Metodyka badania

## 2.1. Koncepcja realizacji badania

### 2.1.1. Wstępna analiza dokumentów i raport metodologiczny

Umowę na badanie podpisano 28 sierpnia 2013 roku. Realizację badania rozpoczęła **wstępna analiza dokumentów** programowych oraz raportów z badań, służąca ostatecznemu doprecyzowaniu koncepcji i metodologii badania, a zwłaszcza opracowaniu projektów narzędzi badawczych. Projekt raportu metodologicznego przygotowano i przekazano Zamawiającemu 11 września 2013 roku.

Do 25 września 2013 roku uzgodniono z Zamawiającym **raport metodologiczny** i przekazano jego ostateczną wersję wraz z projektami **narzędzi badawczych**.

**Akceptacja raportu metodologicznego** umożliwiła rozpoczęcie właściwej części badania, która przypadła na okres października 2013 roku. Prace badawcze zorganizowano w taki sposób, aby w miarę możliwości wykorzystywać w kolejnych etapach badania – przy gromadzeniu danych kolejnymi metodami – wyniki wcześniej zrealizowanych etapów. Dlatego gromadzenie danych oraz ich analiza w pewnej mierze się przeplatały: tam, gdzie to było wskazane, analiza danych następowała bezpośrednio po ich zgromadzeniu, tak aby móc wykorzystać jej wyniki do lepszego (bardziej precyzyjnego) ukierunkowania zainteresowań badawczych w trakcie realizacji kolejnych metod, poprzez ewentualne udoskonalenie (w uzgodnieniu z Zamawiającym) narzędzi badawczych (np. kwestionariusza CAWI po analizie dokumentacji projektowej).

### 2.1.2. Analiza danych wtórnych

Pierwszym etapem badania właściwego była kontynuacja rozpoczętej już w początkowej fazie **analizy danych zastanych**: pogłębiona analiza dokumentów strategicznych, programowych i prawnych oraz raportów, podręczników i danych statystycznych.

Przeanalizowano również dokumenty niezbędne do **wytypowania tzw. wskaźników kontekstowych** dla Priorytetu XII PO IiŚ, przeprowadzenia analizy zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2012 oraz wskazania czynników mających wpływ na wartości tych wskaźników. Wykaz przeanalizowanych dokumentów przedstawiono poniżej. Na etapie analizy wyników analiza danych wtórnych dostarczyła wiedzy kontekstowej, pozwalając tym samym na bogatszą interpretację wyników.

W badaniu danych wtórnych wykorzystano następujące źródła danych:

1. ECHIM (2012), *ECHI shortlist, version 2012, with overview, criteria and comments*, dokument pobrany 7.09.2013 ze strony http://www.echim.org/indicators.html
2. ECHIM (2012), *Implementation Of European Health Indicators – First Years*, Final Report of the Joint Action for ECHIM, Tuomi-Nikula A., Gissler M., Sihvonen A.P., Kilpeläinen K., raport pobrany 7.09.2013 ze strony http://www.echim.org/finalreport.html
3. Eurostat (2013), *Dane statystyczne dotyczące zdrowia Komisja Europejska – Eurostat*, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction
4. Eurostat (2013), *Health statistics*, dane pobrane 7.09.2013 ze strony http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction
5. Eurostat (2012), *Eurostat regional yearbook 2012*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, raport pobrany 7.09.2013 ze strony: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/regional_yearbook
6. Eurostat (2011), *Europe in figures – Eurostat yearbook, 2011*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, raport pobrany 7.09.2013 ze strony: http://ec.europa.eu/health/reports/european/statistics/index_en.htm

7. European Union, *European Core Health Indicators (ECHI)*, wskaźniki pobrane ze strony http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm
8. GUS, *Bank Danych Lokalnych*, zakładka *Ochrona zdrowia i opieka społeczna*, http://www.stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.hier?p_id=750862&p_token=1459406931, dostęp 7.09.2013.
9. GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski*, roczniki za lata 2007-2012 pobrane 7.09.2013 ze strony http://www.stat.gov.pl/gus/roczniki_PLK_HTML.htm
10. GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia* za lata 2007-2012 pobrane 7.09.2013 ze strony http://www.stat.gov.pl/gus/zdrowie_opieka_PLK_HTML.htm
11. Kocot E. (publ. niedat.), *Debata wokół wskaźników oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych proponowanych przez WHO*, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński Kraków, dokument pobrany 7.09.2013 ze strony http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Ewa%20Kocot.pdf
12. NFZ, *System Jednorodnych Grup Pacjentów*, https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Start.aspx (zestawienie obejmuje liczbę zrealizowanych produktów JGP oraz średni czas pobytu pacjenta ze względu na wiek, płeć, tryb przyjęcia i wypisu; rozpoznania zasadnicze ICD-10 i procedury medyczne ICD-9 i (udział powyżej 1%) dla wszystkich grup JGP, zrealizowanych w latach 2009-2012. Analiza została poszerzona o liczbę hospitalizacji i czas pobytu ze względu na zakres świadczeń. Dodatkowo każdą z tabel prezentującą wyniki dla całej Polski można przeglądać w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w podziale na typ świadczeniodawcy: gminny, powiatowy, miejski; niepubliczny; kliniczny; wojewódzki; inny)
13. OECD (2012), *Health at a Glance Europe 2012*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en, raport pobrany 7.09.2013 ze strony http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf
14. OECD (2012), *OECD Economic Surveys: Poland 2012*, OECD Publishing, ISBN: 9789264127289.
15. OECD (2013), *Health data online database*, internetowa baza wskaźników statycznych dotyczących ochrony zdrowia, dostęp 7.09.2013, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
16. OECD (2013), *List Of Variables In OECD Health Data 2013,* document pobrany 7.09.2013 ze strony http://www.oecd.org/els/health-systems/List-of-variables-OECD-Health-Data-2013.pdf.
17. OECD (2013), *OECD Health Data 2013*, OECD Publishing
18. Pączkowska M. (2009), *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków w 2008 roku* (również za lata 2005-2006), Warszawa, publikacja pobrana 7.09.2013 ze strony http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=4
19. Potyra K. J., Czerwińska-Jędrusiak B. (red.) (2009), *W 70 wskaźników dookoła zdrowia*, Centrów Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa.
20. PSBD (2011), *Analiza postępów wdrażania Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 w kontekście identyfikacji niezbędnych zmian zapisów Programu z uwzględnieniem krajowej rezerwy wykonania*, raport z badania ewaluacyjnego wykonanego dla MRR, Warszawa.
21. Sobczak A., Czechowska D., Dmowski M. (2008), *Sytuacja finansowa Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, publikacja pobrana ze strony http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=1.
22. WHO, *Global Health Observatory Data Repository*, zakładka *health systems*, http://apps.who.int/gho/data/node.main.475?lang=en
23. WHO, *WHO's annual World Health Statistics reports* za lata 2007-2013, pobrane ze strony http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html

### 2.1.3. Analiza dokumentacji projektowej

Równolegle, po uzyskaniu dostępu do danych, przeprowadzono analizę dokumentacji projektowej w siedzibie CSIOZ. Analizą były objęte:

- **umowy o dofinansowanie** wraz z załącznikami oraz aneksami do tych umów – dotyczące wszystkich zakończonych projektów – łącznie 250 umów o dofinansowanie[1];
- **wnioski o płatność końcową** złożone przez beneficjentów w ramach wszystkich zakończonych projektów – łącznie 250 wniosków o płatność końcową[2].

### 2.1.4. Ankieta internetowa (CAWI)

Po uzyskaniu bazy danych beneficjentów rozpoczęto realizację **badania ankietowego** z wykorzystaniem **techniki CAWI**. Dane uzyskane w wyniku badania zapisano w odpowiedniej bazie danych, umożliwiającej dokonywanie analizy statystycznej.

Badanie CAWI zrealizowano w studio CATI/CAWI Wykonawcy, z wykorzystaniem systemu CADAS *(Computer Assisted Data Acquisition System)*. System ten udostępnia cały pakiet elementów organizacyjnych, kontrolnych oraz zasoby informatyczne niezbędne do realizacji badań CAWI.

#### Dobór i wielkość próby

Badaniem CAWI objęto **wszystkich 205[3] beneficjentów** (podmiotów leczniczych), którzy uzyskali wsparcie ze środków Priorytetu XII PO IiŚ i zakończyli realizacje projektu. Był to zatem **dobór całkowity**.

Zakładano stopę zwrotu na poziomie **100% kompletnych ankiet**. Jako ankiety zrealizowane uznawano wyłącznie te ankiety, które zakończyły sie uzyskaniem kompletnie wypełnionego kwestionariusza ankietowego. Uzyskano **97% stopę zwrotu**. W trakcie badania okazało się, że jeden beneficjent ma rozwiązaną umowę ze względu na brak kontraktu z NFZ, w innym przypadku szpital połączył się z pogotowiem (pogotowie weszło w struktury szpitala) – i szpital wypełnił ankietę w imieniu pogotowia. Dlatego wykonano 200 ankiet na 205, pięciu beneficjentów nie wypełniło ankiety, czterech z Działania 12.1 i jeden – z Działania 12.2.

### 2.1.5. Studia przypadku

W następnym kroku, po wytypowaniu projektów zrealizowano **14 studiów przypadku** projektów Priorytetu XII PO IiŚ, które pozwoliły zidentyfikować efekty realizacji projektów, w tym osiągania wskaźników rezultatu.

Studia przypadku zostały opracowane na podstawie analizy dokumentacji wybranych projektów oraz wywiadów indywidualnych z przedstawicielami beneficjentów podczas wizyt na miejscu projektu. Dodatkowo badacze prowadzili obserwacje nieuczestniczące.

#### Dobór i wielkość próby

Dobór projektów do studiów przypadku miał charakter celowy. Lista projektów wytypowanych do badania została przedstawiona w załączniku 6.2.3.

---

[1] Mimo zaplanowania badania w 250 projektach, w trakcie wpisywania danych okazało się, że jedna umowa została rozwiązana, co nie było odnotowane w systemie informatycznym, wobec czego badaniu poddano *de facto* 249 umów.

[2] Jw.

[3] W praktyce zostało wysłanych 207 ankiet, ponieważ Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie występuje pod jednym NIP, natomiast stanowi odrębne jednostki organizacyjne w Gliwicach, Krakowie i Warszawie. Stąd dodatkowe dwie ankiety.

### 2.1.6. Obserwacja nieuczestnicząca

Obserwacja, będąca jedną z najbardziej podstawowych technik badań terenowych, w głównej mierze opierała się na celowej rejestracji wybranych przez obserwatora-badacza fragmentów rzeczywistości. Miała ona charakter „neutralnej rejestracji", mającej na celu uchronienie przed zniekształceniem informacji docierających do badacza w czasie przeprowadzanej obserwacji. Badacz w czasie procesu badawczego nastawiony był wyłącznie na czystą percepcję oraz zachowanie dystansu wobec badanej rzeczywistości tudzież przedmiotu obserwacji. Dodatkowo technika ta pozwoliła na nieingerowanie w autonomię i suwerenność badanych obiektów, co korzystnie wpłynęło na przebieg procesu badawczego. Badacz będąc niejako uczestnikiem obserwowanych zdarzeń, zachowywał jednocześnie status nieuczestniczącego w sytuacji szpitali, które były badane.

Obserwacje nieuczestniczące zostały zastosowane w ramach badania studiów przypadku wśród projektodawców.

### 2.1.7. Analiza danych i panel ekspertów

Następnie dokonano całościowej analizy danych, poczynając od ostatecznej analizy danych zebranych poszczególnymi metodami, a następnie dokonując syntezy i interpretacji uzyskanych wyników w odniesieniu do poszczególnych problemów badawczych. Na tej podstawie opracowano odpowiedzi na problemy badawcze określone dla wszystkich obszarów badawczych.

Wyniki wszystkich analiz i badań zostały zinterpretowane przez **panel ekspertów**, który wyciągnął wnioski w kontekście celów badania. Panel ekspertów dokonał zestawienia informacji uzyskanych z różnych źródeł, opinii i stanowisk różnych podmiotów na daną kwestię, a następnie wypracował wspólne stanowisko. Wspólne stanowisko miało charakter wartościujący, uwzględniający nie tylko dane pochodzące z danego projektu badawczego, ale również dane zewnętrzne oraz doświadczenie i wiedzę ekspertów.

## 2.2. Szczegółowa metodyka odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zaprezentowano w formie tabelarycznej zastosowanie poszczególnych technik badawczych do odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze:

**Tabela 2. Powiązanie technik badawczych z pytaniami badawczymi.**

| Lp. | Cel / Pytanie badawcze lub grupa pytań z celu szczegółowego badania | Metoda/technika badawcza | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Desk research | Badanie ankietowe | Studia przypadków | Obserwacja nieuczestniczą | Panel ekspertów |
| **I.** | **Ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu** | | | | | |
| 1. | Jaki jest stopień osiągania przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu (w momencie złożenia wniosku o płatność końcową)? | X | | | | |
| 2. | Czy, a jeśli tak to które z zaplanowanych wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte przez beneficjentów? Jakie są tego przyczyny? | X | X | | | X |
| 3. | Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie przez beneficjentów może być zagrożone? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników? | X | X | | | X |
| 4. | Jak należy ocenić szansę osiągnięcia przez beneficjentów poszczególnych wskaźników rezultatu? | X | X | | | |
| 5. | Czy, a jeżeli tak to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty przyczyniły/przyczynią się do realizacji wskaźnika: utworzone miejsca pracy określone dla całego programu w PO IiŚ? | X | X | | | |
| 6. | Czy, a jeżeli tak to w jakim stopniu zrealizowane w ramach XII Priorytetu PO IiŚ projekty wspierają inne niż umowa o pracę formy zatrudnienia (np. zatrudnienie w ramach tzw. kontraktu lekarskiego, innych umów cywilno - prawnych)? | X | X | X | | |
| 7. | Czy, a jeżeli tak to w jaki sposób czynniki zewnętrzne wpływają na tworzenie u beneficjentów | X | X | X | | X |

| Lp. | Cel / Pytanie badawcze lub grupa pytań z celu szczegółowego badania | Metoda/technika badawcza | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Desk research | Badanie ankietowe | Studia przypadków | Obserwacja nieuczestniczą | Panel ekspertów |
| | nowych miejsc pracy (w tym wskaźników z umowy o dofinansowanie)? | | | | | |
| **II.** | **Ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym** | | | | | |
| 1. | Jaki jest stopień osiągania zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym? | X | | | | |
| 2. | Czy, a jeśli tak to które ze wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte na poziomie ogólnokrajowym? Jakie są tego przyczyny? | X | X | | | X |
| 3. | Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym może być zagrożone w roku docelowym 2013(2015)? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników? | X | X | | | X |
| 4. | Jak należy ocenić szansę osiągnięcia na poziomie ogólnokrajowym poszczególnych wskaźników rezultatu założonych w dokumentach programowych? | X | X | | | X |
| 5. | Jak stopień osiągania wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym? | X | X | | | |
| 6. | W jakim stopniu zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu? | X | X | | | |
| **III.** | **Identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych (tzn. nie zakładanych w dokumentach programowych) bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ** | | | | | |
| 1. | Czy, a jeśli tak to jaki jest wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na:<br>i. zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia;<br>ii. skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, wykonanie diagnozy/zabiegu;<br>iii. zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów wsparcia;<br>iv. zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie;<br>v. podniesienie jakości usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie;<br>vi. zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów ratujących życie;<br>vii. zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia; | X | X | X | X | |
| 2. | W jakim stopniu projekty zrealizowane w ramach Priorytetu XII PO IiŚ przyczyniły się do poprawy stanu infrastruktury technicznej/jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej? (opis stanu infrastruktury beneficjentów przed uzyskaniem wsparcia i po zrealizowaniu inwestycji oraz dokonanie analizy wpływu interwencji na ogólną sytuację ochrony zdrowia w Polsce w oparciu o dostępne raporty, opracowania, dane statystyczne, itd.). | X | X | X | X | |
| 3. | Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych projektów? | X | X | X | | |
| **IV.** | **Identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ** | | | | | |
| 1. | Czy, a jeśli tak, to jakie można wskazać długofalowe efekty realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ? | X | X | X | | X |
| **V.** | **Wytypowanie tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007 – 2012** | | | | | |
| 1. | Jakie wskaźniki kontekstowe (tj. inne, niż wskaźniki produktu i rezultatu przyjęte dla Priorytetu XII PO IiŚ w dokumentach programowych) można wykorzystać do monitorowania oraz pomiaru efektów interwencji w ramach Priorytetu XII PO IiŚ? | X | | | | X |
| 2. | Jak zmieniała się wartość poszczególnych wskaźników kontekstowych w latach 2007-2012? | X | | | | |
| 3. | Jakie czynniki – poza interwencją w ramach Priorytetu XII PO IiŚ - mają wpływ na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych? (wraz z podaniem dokumentów/danych źródłowych stanowiących podstawę wnioskowania). | X | | | | X |

Źródło: opracowanie własne na podstawie zapisów SOPZ.

# 3. Wyniki badania

## 3.1. Ocena stopnia realizacji zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu

Cel szczegółowy 1 był przede wszystkim skorelowany z osiągnięciami beneficjentów, a więc dotyczył **skuteczności** realizacji projektów i po części – **trwałości** rezultatów (czy rezultaty są stabilne, czy zanikają). Dlatego, aby zrealizować ten cel, w pierwszej kolejności przeanalizowano **dokumenty programu** (POIiŚ), sprawozdania z realizacji, badania ewaluacyjne dot. wskaźników – źródło konieczne z uwagi na przeanalizowanie metodologii pomiaru wszystkich wskaźników rezultatu i ich wyliczania. Dodatkowo, przeanalizowano metodologię pomiaru wskaźników, w tym GUS (np. dot. *liczby osób, którym udzielono świadczenia zdrowotne w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok)).* W przypadku określania wysokości wskaźnika *„mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego…"* wykorzystano rejestry jednostek współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego prowadzone przez **wojewodów** (te dane zostały przekazane przez Zamawiającego).

Następnie wykorzystano źródła danych CSIOZ – określono wartości docelowe, jakie beneficjenci założyli w **umowach o dofinansowanie projektów**. Było to punktem wyjścia do analizy dotychczasowych osiągnięć. Przy określaniu dotychczasowych osiągnięć beneficjentów konieczne było posiadanie wiedzy o tym, do czego się oni zobowiązali. Z umów pozyskano również informacje, jak dawno zakończyły się projekty. Posłużyło to do odpowiedniego zbudowania kwestionariusza CAWI – zapewnienia odpowiedniego miejsca na dane z poszczególnych lat.

W dalszym kroku sprawdzono, w jakim stopniu w momencie zakończenia realizacji projektów beneficjentom udało się osiągnąć wskaźniki rezultatu. W tym celu przeanalizowano **wnioski końcowe o płatność**. Ponieważ koniec realizacji projektów to z reguły początek okresu osiągania wskaźników rezultatu, moment zakończenia realizacji projektu stanowił kamień milowy w osiąganiu wskaźników rezultatu, który został dokładnie określony przez beneficjentów – beneficjenci zostali zobowiązani do oszacowania wskaźników rezultatu we wnioskach o płatność końcową, dzięki czemu był to dobry punkt odniesienia do określenia osiągniętych wskaźników.

Posiadając dane z dokumentów można było rozpocząć **badanie CAWI** beneficjentów, które było kluczowe dla uzyskania informacji o faktycznie osiąganych wskaźnikach rezultatu, ale także o zagrożeniach dla realizacji wskaźników, szans na ich osiągnięcie, innych form zatrudnienia i czynników wpływających na nie.

Bazując na wynikach CAWI, wybrano najciekawsze pod względem form zatrudnienia **przypadki beneficjentów**, aby pogłębić analizę (**studia przypadków**). Różnorodność możliwości związanych z zatrudnianiem pracowników pod względem form wymagała szczegółowego przeanalizowania na konkretnych przypadkach, w konkretnych sytuacjach i okolicznościach, dlatego warto było wybrać do analizy beneficjentów, którzy stosują **najbardziej różnorodne formy zatrudnienia**.

Końcowym elementem był analiza zebranego materiału oraz dyskusja podczas **panelu ekspertów** dotycząca przyczyn nieosiągnięcia wskaźników rezultatu, możliwych zagrożeń w osiąganiu wskaźników oraz czynników wpływających na tworzenie nowych miejsc pracy. Dzięki tej technice uzyskano różne punkty widzenia na problem do rozwiązania, w tym przypadku były to przyczyny nieosiągnięcia wskaźników rezultatu, możliwe zagrożenia w osiąganiu wskaźników oraz czynniki wpływające na tworzenie nowych miejsc pracy. Dzięki zastosowaniu tej techniki po pierwsze zweryfikowano podawane przez beneficjentów informacje z ekspertami, po drugie, uczestnicy nie tylko analizowali zebrane dane, ale również wykorzystywali swoją wiedzę i doświadczenia do wartościowania wyników, a także do kształtowania wniosków i rekomendacji, wspólnych dla całego panelu.

### 3.1.1. Jaki jest stopień osiągania przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ zakładanych w ramach projektów wskaźników rezultatu (w momencie złożenia wniosku o płatność końcową)?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze i zbadać stopień osiągania wskaźników rezultatu sięgnięto przede wszystkim do danych projektowych, a więc do umowy o dofinansowanie (wartości docelowe wskaźników rezultatu) oraz wniosków końcowych o płatność (wartości osiągnięte na koniec realizacji projektu).

Z **danych pobranych z SIMIK 07-13** uzyskano podstawowe informacje o projektach: numerze umowy, działaniu, tytule, beneficjencie, formie prawnej beneficjenta, typie beneficjenta, a także o okresie realizacji projektu (dacie rozpoczęcia i zakończenia projektu) oraz o wartości projektu i jego dofinansowania.

Z **umów** (załącznika nr 7: Zestawienie wskaźników do monitorowania Projektu) pozyskano dane dotyczące wartości docelowych 7 wskaźników objętych badaniem, w tym wskaźników opisujących wpływ projektów na zatrudnienie.

Z kolei z **wniosków o płatność końcową** uzyskano informacje o uzyskanych wartościach wskaźników rezultatu w wyniku zrealizowania projektu (pkt 15b).

***

Przedstawienie wyników warto rozpocząć od przytoczenia zapisów umowy o dofinansowanie projektów dla POIiŚ, zgodnie z którymi (§9 pkt 1) *„Beneficjent zobowiązuje się przedstawiać Instytucji Wdrażającej […] 2) raporty z osiągniętych efektów, w tym efektów finansowych generowanych przez Projekt, w okresie 5 lat po zakończeniu realizacji Projektu.”*, a dalej (§9 pkt 6) *„Beneficjent jest zobowiązany do stosowania w załączniku nr 7 do Umowy, wnioskach o płatność oraz raportach z osiągniętych efektów wskaźników z aktualnego katalogu wskaźników obowiązkowych, zwanego dalej „katalogiem”*.

Wskazany w umowie katalog[4] obejmuje tylko jeden wskaźnik rezultatu, który beneficjenci byli zobowiązani sprawozdawać:

- Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (szt./rok) – wskaźnik rezultatu dla Działania 12.2.

Dodatkowo, wskaźnikiem obowiązkowym wykazanym w katalogu, był wskaźnik programowy *„Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy (EPC)”*, jednakże beneficjenci nie byli zobowiązani do jego monitorowania.

Oznacza to, że beneficjenci **nie byli zobowiązani do sprawozdawania** (umieszczania we wnioskach i monitorowania przez okres 5 lat po zakończeniu projektu) **pięciu z sześciu wskaźników rezultatu** dla Priorytetu XII i jednego wskaźnika z poziomu Programu. Rodzi to zatem poważne konsekwencje dla sprawności systemu monitorowania i realizacji zapisów umowy (§9 pkt 4) *„Instytucja Wdrażająca monitoruje realizację Projektu, a w szczególności osiąganie wskaźników Projektu określonych w załączniku nr 7 do Umowy”*.

Co więcej, beneficjenci Priorytetu XII **zostali całkowicie zwolnieni z obowiązku** sporządzania czterech raportów z osiągniętych efektów w ciągu 5 lat po zakończeniu realizacji projektu.[5]

W takiej sytuacji beneficjenci sprawozdają jeden wskaźnik jedynie we wniosku o płatność końcową. Oczywiście beneficjenci mogli wykorzystać wskaźniki rezultatu jako wskaźniki nieobowiązkowe, jednakże z dużym prawdopodobieństwem można było założyć, że

---

[4] Minister Rozwoju Regionalnego (dok. niedat.), *Katalog wskaźników obowiązkowych w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013*, pobrany w wrześniu 2013 roku ze strony www.mrr.gov.pl.

[5] Minister Rozwoju Regionalnego (2012), *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013. Wytyczne w zakresie sprawozdawczości Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Wersja ostateczna*, Warszawa 14 lutego 2012 roku, s. 6, przypis 2.

**beneficjenci będą unikać określania wartości docelowych** wskaźników rezultatów, które z natury są niepewne i niezależne od samego beneficjenta.

Badania potwierdziły te przypuszczenia. Z sześciu wskaźników rezultatu dla Priorytetu XII żaden z beneficjentów nie wybrał pięciu wskaźników (tylko jeden z beneficjentów określił *„Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)"*). Beneficjenci Działania 12.2 wykazywali natomiast jedynie wskaźnik obowiązkowy *„Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)"*, ale co należy podkreślić – w dwóch przypadkach beneficjenci nie wybrali tego wskaźnika mimo, iż z tytułu projektu ewidentnie wynika zakup aparatury i sprzętu medycznego.

Brak umieszczenia wszystkich wskaźników rezultatu w katalogu wskaźników obowiązkowych spowodował jeszcze jeden kluczowy problem, który utrudnił realizację niniejszego badania. Podczas badania CAWI beneficjenci często skarżyli się, że nikt wcześniej nie kazał im liczyć tych wskaźników, dlatego praca, którą teraz wykonują, aby wypełnić kwestionariusz jest dużo większa (kwestia przede wszystkim odszukiwania dokumentów i liczenia danych z przeszłości), a przez to obarczona większym prawdopodobieństwem popełnienia błędu.

Wniosek:

*Brak umieszczenia wskaźników rezultatu dla Programu w katalogu wskaźników obowiązkowych spowodował, że beneficjenci nie wybrali żadnego z pięciu wskaźników (na sześć istniejących) w umowach i nie monitorują ich. Sprawia to im poważne kłopoty podczas prowadzenia takich badań ewaluacyjnych jak to, ponieważ zmusza ich do odtwarzania rzeczywistości sprzed kilku lat. Beneficjenci nie byli przygotowani do monitorowania tych wskaźników.*

Rekomendacja:

*W przyszłym POIiŚ 2014-2020 należy zadbać o to, aby wszystkie wskaźniki z poziomu wskaźników strategicznych i wskaźników produktu dla Priorytetu były obowiązkowe dla beneficjentów – aby były zapewnione mechanizmy gromadzenia i zasilania tych wskaźników. Jeżeli jest to możliwe, wskaźniki produktu powinny być odwzorowane lub uszczegółowione na poziomie projektów, a ich wybranie powinno być obligatoryjne – z ewentualnym wskazywaniem wartości zero przez beneficjentów, których wskaźnik ten nie dotyczy.*

Powyższe problemy powodują również, że odpowiedź na pytanie badawcze odnoszące się tylko do wniosków o płatność – będzie ograniczone do dwóch wykazywanych przez beneficjentów wskaźników (jednego z poziomu Priorytetu, jednego z poziomu Programu).

## 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

Analiza stopnia osiągania przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ zakładanego w ramach projektów powyższego wskaźnika rezultatu (w momencie złożenia wniosku o płatność końcową) przysporzyła wielu kłopotów. Napotkano na wiele błędów w samych umowach i wiele różnych podejść do opisywania tego wskaźnika:

- wskaźnik ten był wybierany również przez beneficjentów Działania 12.1 (3 przypadki), te przypadki nie były brane pod uwagę w wyliczeniach;
- kolumna „Ogółem" we wnioskach o dofinansowanie raz była traktowana jako wielkość z ostatniego roku – wielkość roczna wskaźnika (34 przypadki), raz jako suma wszystkich lat (tylko 7 przypadków), podczas gdy drugie podejście jest zdaniem ewaluatorów poprawne;
- wartość bazowa (zarówno we wniosku o dofinansowanie, jak i we wniosku o płatność) w przypadku tego wskaźnika zawsze musi być równa zero, bowiem dotyczy on zakupionego w projekcie sprzętu, a zdarzyło się, że beneficjent wpisał liczbę różną od zera w obu dokumentach (1 przypadek) lub we wniosku o płatność (1 przypadek);
- określenie we wniosku o płatność wartości docelowej wskaźnika określonej w umowie o dofinansowaniu poprzez wskazanie całej sumy wskaźników, nawet do 2015 roku, (dwa przypadki) lub z niepoprawnego roku (3 przypadki), podczas gdy we wniosku

o płatność należy wpisać wartość z umowy z roku zakończenia projektu (lub z roku poprzedzającego lub następującego – w zależności od momentu zakończenia projektu), aby dane wykazywane podczas realizacji projektu były adekwatne do planów;

Wniosek:

*Powyższe błędy i różne podejścia do opisywania wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)" świadczą o trzech problemach: (1) nieprecyzyjnych wytycznych instytucji wdrażającej, (2) braku poinformowania beneficjentów o zasadach wpisywania i określania wartości wskaźnika lub nieczytania przez nich szczegółowo wytycznych, (3) braku wystarczającej kontroli osób zajmujących się podpisywaniem umów (błędy we wnioskach o dofinansowanie i załącznikach nr 7 do umów) i kontrolą oraz monitorowaniem (błędy we wnioskach o płatność).*

Rekomendacja:

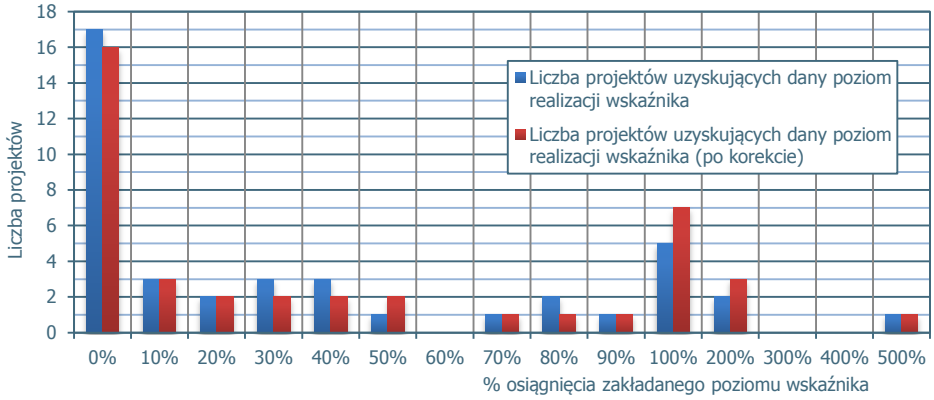
*Na potrzeby prowadzenia monitorowania Priorytetu XII w przyszłości należy obecnie zidentyfikowane błędy poprawić, mimo tego, iż są to projekty zakończone, bowiem proces monitorowania i ewaluacji Programu jeszcze się nie zakończył, a Program nie został zamknięty. Konieczny jest kontakt z beneficjentami i ustalenie poprawnej wartości wskaźników.*

Wskaźnik *„Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)"* wykazało **41 z 45 beneficjentów** projektów zakończonych z Działania 12.2. Należy jednak pamiętać, że dwóch beneficjentów powinno było wykazać ten wskaźnik, a tego nie zrobiło. W dalszych rozważaniach będą przedstawiane wyniki *bez korekty* i *po korekcie* (wartości docelowej z umowy, o czym była mowa wyżej, w ostatnim tirecie).

Jedynie **6 spośród 41** beneficjentów (zaledwie 15%) zrealizowało ten wskaźnik w momencie składania wniosku o płatność końcową (blisko 11 beneficjentów[6] po korekcie). 7 beneficjentów (17%) zrealizowało więcej niż połowę zakładanej wartości wskaźnika.

Jednocześnie **17 beneficjentów (41%) w ogóle nie zaczęła** osiągać tego wskaźnika, a więc nie zaczęła realizować badań za pomocą zakupionego sprzętu (po korekcie jest o 1 beneficjenta mniej). Należy tu zaznaczyć, że beneficjenci nie musieli osiągnąć wskaźnika w momencie składania wniosku o płatność, a w ciągu roku od zakończenia realizacji projektu.

Dane dotyczące częstości stopnia osiągania przez beneficjentów tego wskaźnika prezentuje poniższy wykres:




**Wykres 1.** **Częstość osiągania zakładanego w umowie poziomu wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)" (w momencie składania wniosku o płatność końcową).**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z wniosków o dofinansowanie i płatność [n=41].

[6] w tym jeden na poziomie 93% a drugi na poziomie 96%.

Wniosek:

*Analiza wniosków o płatność końcową wykazała, że w momencie składania tego wniosku większość (ponad dwóch na trzech) beneficjentów nie osiąga nawet połowy zakładanej rocznej wartości wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)", w tym dwóch na pięciu w ogóle nie zaczęła badań zakupionym sprzętem. Średni poziom osiągnięcia wskaźnika we wszystkich 41 projektach wynosi 49%[7] (a po korekcie – 54%).*

## 7. Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC) (Działanie 12.1 i 12.2)

Wskaźnik utworzonych nowych etatów dotyczy obu Działań, dlatego potencjalnie objętych zostanie 249 projektów. Niestety, zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy, jedynie **niewielka część projektów (35 projektów – 14%) zadeklarowało stworzenie miejsc pracy**, ale większość z nich – podczas etapu operacyjnego (29), co zwiększa szanse na długotrwałe zatrudnienie.

Podczas analizy nie obyło się również bez problemów związanych z błędami lub niejasnościami związanymi z wpisywaniem wartości tego wskaźnika do dokumentacji projektowej. Zdiagnozowano następujące problemy:

- różnice pomiędzy wnioskiem o dofinansowanie a załącznikiem nr 7 do umowy o dofinansowanie (15 przypadków),
- różne podejście do określania średniego czasu trwania takiego zatrudnienia, większość beneficjentów określała ten czas dla jednego zatrudnionego (średnio dla każdego z zatrudnionych), natomiast mniejszość określiła ten czas dla wszystkich łącznie zatrudnionych pracowników – to podejście jest metodycznie poprawne, bowiem bierze pod uwagę, że okresy zatrudniania pracowników mogą się różnić,
- nie wykazywanie we wniosku o płatność końcową nawet planowanych miejsc pracy z umowy, mimo, iż takie plany były zarówno we wniosku o dofinansowanie, jak i załączniku nr 7, nie wykazywanie również zrealizowanych miejsc pracy (6 przypadków, kiedy nie wykazano miejsc pracy w trakcie realizacji projektu, co powinno nastąpić na etapie wniosku o płatność końcową, teoretycznie nawet jeżeli planowano zatrudnienie w okresie operacyjnym, wartość z umowy również powinno się wpisać).

Takie rozbieżności mogą mieć miejsce, jak wskazano podczas Panelu Ekspertów, ponieważ wielu beneficjentów po podpisaniu umowy rezygnowało z monitorowania stworzonych miejsc pracy w momencie, gdy dowiedzieli się, że poziom ten nie wpływał na przyznane podczas oceny punkty. Spowodowało to wiele komplikacji dla instytucji pośredniczących, bowiem każdy przypadek musiał być oddzielnie rozpatrywany (w kontekście możliwości osiągnięcia pierwotnie założonych celów bez zatrudniania dodatkowych osób).

Wniosek:

*Powyższe błędy i różne podejścia do opisywania wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" świadczą o trzech problemach: (1) nieprecyzyjnych wytycznych instytucji wdrażającej, (2) braku poinformowania beneficjentów o zasadach wpisywania i określania wartości wskaźnika lub nieczytania przez nich szczegółowo wytycznych, (3) braku wystarczającej kontroli osób zajmujących się podpisywaniem umów (błędy we wnioskach o dofinansowanie i w załącznikach nr 7 do umów) i kontrolą oraz monitorowaniem (błędy we wnioskach o płatność).*

Rekomendacja:

*Na potrzeby prowadzenia monitorowania Priorytetu XII w przyszłości należy obecnie zidentyfikowane błędy poprawić, mimo tego, iż są to projekty zakończone, bowiem proces*

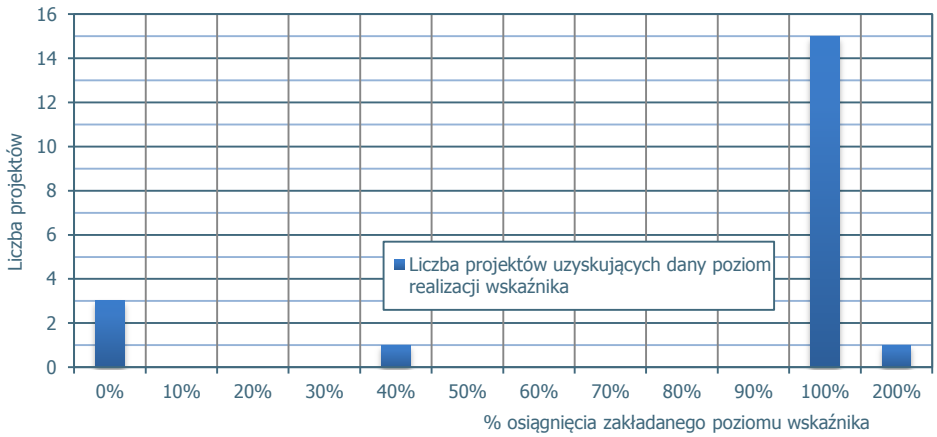
[7] średni poziom był liczony jako iloraz sumy wartości osiągniętych wskaźników w momencie składania wniosku o płatność końcową oraz sumy wartości planowanych do osiągnięcia z umów o dofinansowanie projektów.

*monitorowania i ewaluacji Programu jeszcze się nie zakończył, a Program nie został zamknięty. Konieczny jest kontakt z beneficjentami i ustalenie poprawnej wartości wskaźników na etapie wniosków o płatność końcową.*

Jak wskazano wyżej, **35 beneficjentów zobligowało się** (według załącznika nr 7) do stworzenia miejsc pracy w ramach swoich projektach, w tym w **12 projektach** miejsca pracy miały powstać podczas fazy realizacji projektu, a w **29 projektach** – w trakcie fazy operacyjnej. We wnioskach o płatność końcową beneficjenci wskazali, że zgodnie z zapisami umowy jedynie w **20 projektach zobowiązują się do stworzenia miejsc pracy**. Ostatecznie **udało się stworzyć miejsca pracy** (na moment składania wniosku o płatność) **jedynie w 17 projektach**, przy czym częściowo beneficjenci wykazali już miejsca pracy tworzone podczas fazy operacyjnej.

Jeżeli chodzi o liczbę etatów, to według załącznika nr 7 beneficjenci **planowali stworzyć blisko 500 miejsc pracy** w przeliczeniu na pełny etat (dokładnie 487,33), głównie w fazie operacyjnej (379 EPC). Zgodnie z zapisami wniosków o płatność końcową, beneficjenci deklarowali stworzenie już tylko 239,13 EPC, a faktycznie udało się stworzyć 214,13 EPC, czyli mniej niż połowę początkowo planowanych miejsc pracy (przy czym dane z wniosków o płatność nie obejmują prawie w ogóle fazy operacyjnej, stąd taki wynik nie jest powodem do obaw). W dalszej części raportu będą analizowane rzeczywiste (obecne) rezultaty beneficjentów, które w większym stopniu będą odpowiadać rzeczywistości.

Do analizy częstości poziomów osiągnięcia wskaźnika, wykorzystano jedynie wartości planowane, które beneficjenci wpisali do wniosków o płatność końcową:




**Wykres 2.** **Częstość osiągania zakładanego w umowie poziomu wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" (w momencie składania wniosku o płatność końcową).**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z wniosków o dofinansowanie i płatność [n=20].

Wniosek:

*Przy założeniu, że we wnioskach o płatność beneficjenci wskazywali rzeczywiste plany odnośnie liczby tworzonych miejsc pracy, poziom realizacji tego wskaźnika jest na bardzo wysokim poziomie – łącznie 90%. Praktycznie w 16 projektach już stworzono 100% lub więcej (156% w jednym przypadku) planowanych miejsc pracy, tylko w 3 projektach nie udało się jeszcze stworzyć miejsc pracy w ogóle, a w 1 projekcie (na razie 1 z 3 zaplanowanych miejsc pracy), niemniej jednak we wszystkich 4 przypadkach miejsca pracy zaplanowano w fazie operacyjnej, stąd jest jeszcze duża szansa na ich zrealizowanie. Tak dobre wyniki uzyskane przez analizowane projekty należy jednak zestawić z faktem, że we wnioskach o płatność końcową beneficjenci wskazali na plany stworzenia mniej niż połowy miejsc pracy zaplanowanych w umowach.*

### 3.1.2. Czy, a jeśli tak to które z zaplanowanych wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte przez beneficjentów? Jakie są tego przyczyny?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze i sprawdzić, które wskaźniki rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte przez beneficjentów wykorzystano dane z poprzedniego pytania, a następnie zapytano beneficjentów w **badaniu CAWI**, które wskaźniki osiągnęli do tej pory.

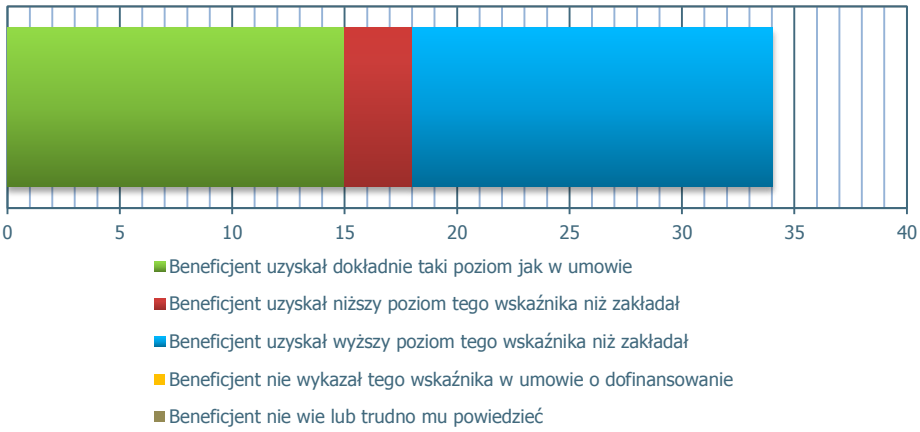
Wówczas możliwe było wyliczenie i analiza tych wskaźników, które nie zostały osiągnięte. Informacje uzyskane w ten sposób zostały uzupełnione i pogłębione o przyczyny nieosiągnięcia wskaźników. W czasie **panelu ekspertów** omówione zostały szczegółowo przyczyny nieosiągnięcia wartości docelowych wskaźników.

***

Konstrukcja tego pytania badawczego i wskazanie tylko na zaplanowane wskaźniki rezultatu ogranicza analizę do dwóch wskaźników, które pojawiły się w poprzednim pytaniu. Pozostałe wskaźniki zostaną przebadane w nieco innym kontekście w pkt 3.2.5 i 3.2.6.

#### 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

W pierwszej kolejności zapytano beneficjentów, czy obecnie w fazie operacyjnej projektu, udało się osiągnąć taki poziom potencjalnych badań medycznych w ciągu roku, jaki beneficjenci założyli w umowie o dofinansowanie projektu (w załączniku nr 7: *„Zestawienie wskaźników do monitorowania Projektu"*). Takie pytanie zadano tym respondentom badania CAWI, którzy zadeklarowali kupno specjalistycznej aparatury medycznej [n=26] w ramach swoich projektów[8].




**Wykres 3.** **Porównanie poziomu wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" uzyskanego w fazie operacyjnej projektu w porównaniu z zapisami umowy o dofinansowanie.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=34].

Powyższy wykres wskazuje, że wszyscy beneficjenci wykazali ten wskaźnik w umowach i w większości dobrze oszacowali i wykonali zakładane wartości wskaźnika (15 beneficjentów), a 16 beneficjentów uzyskało wyższy poziom wskaźnika niż zakładało w umowach. Jedynie trzech beneficjentów nie osiągnęło zakładanego poziomu wskaźnika. Żaden z beneficjentów nie wskazał odpowiedzi „nie wiem / trudno powiedzieć".

Wielkości, o jakie różniło się wykonanie wskaźnika od planów przedstawia poniższa tabela:

[8] różnica pomiędzy wielkością 45 w pkt 3.1.1, a tą wynika z tego, że w pkt 3.1.1 chodziło o projekty, natomiast w niniejszym punkcie, w badaniu CAWI, liczeni są beneficjenci.

**Tabela 3.** **Wielkości wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", o jakie różnią się osiągnięcia beneficjentów w porównaniu z umowami (w podziale na przekroczenie i nieosiągnięcie wskaźnika).**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nieosiągnięcie wskaźnika o… | tys. szt. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,23 | 1,27 |
| Przekroczenie wskaźnika o… | tys. szt. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7,31 | 26,72 | 62,37 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CAWI [n=12].

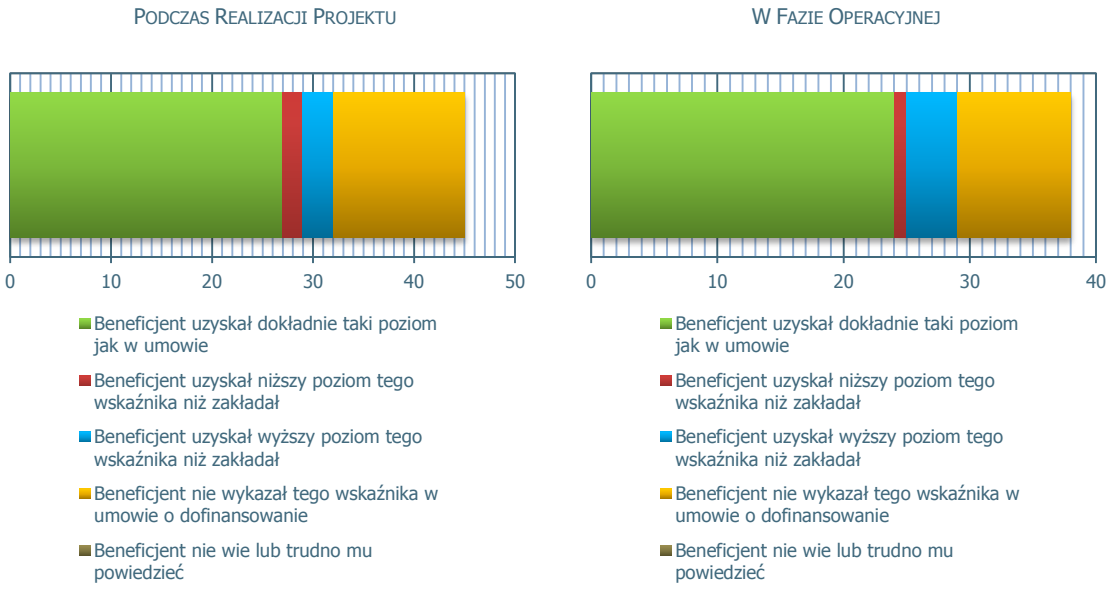
Powyższa tabela pokazuje, że **trzech beneficjentów nie zrealizowało 4,5 tys. badań** specjalistycznym sprzętem. Jako **przyczynę** obaj podali **brak środków finansowych** m.in. niższy kontrakt z NFZ niż zakładali.

Znacznie **więcej badań zostało wykonanych ponad plan** – łącznie 96,4 tys. Jako **przyczyny** takiego stanu rzeczy beneficjenci podawali **czynniki zewnętrzne** jak: znaczące poszerzenie możliwości diagnostycznych, liczba pacjentów wymagających wykonania badań była większa, wzrost liczby pacjentów w wyniku likwidacji konkurencyjnego szpitala, wyższe kontrakty z NFZ, a także **czynniki wewnętrzne**, jak brak możliwości idealnego oszacowania wartości wskaźnika, czy zwiększenie sprawności obsługi pacjentów – skrócenie czasu oczekiwania na badanie. Uczestnicy Panelu Ekspertów potwierdzili powyższe przyczyny wpływające na poziom osiągnięcia wskaźników, szczególnie na brak wpływu beneficjentów na czynniki zewnętrzne.

## 7. Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC) (Działanie 12.1 i 12.2)

Nowe etaty stworzono u co piątego beneficjenta (nie projektu), co jest wynikiem lepszym niż zakładano w umowach o dofinansowanie projektów (por. pkt 3.1.1).

W pierwszej kolejności zapytano beneficjentów, czy dzięki realizacji projektów udało się osiągnąć taki poziom liczby powstałych etatów, jaki beneficjenci założyli w umowie o dofinansowanie projektu (w załączniku nr 7: *„Zestawienie wskaźników do monitorowania Projektu"*).




**Wykres 4.** **Porównanie poziomu wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" uzyskanego w fazie operacyjnej projektu w porównaniu z zapisami umowy o dofinansowanie.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=45 i 38].

Analiza wyników badania CAWI wykazała, że przyczyną lepszego wyniku osiągania wskaźnika utworzonych etatów jest fakt, że **13 beneficjentów utworzyło etaty mimo, że nie planowała** tego na etapie składania wniosku o dofinansowanie i rozpoczynania realizacji projektu. Żaden z beneficjentów nie wskazał odpowiedzi „nie wiem / trudno powiedzieć".

Analizując beneficjentów, którzy wskazali taki wskaźnik we wnioskach, generalnie można powiedzieć, że znacząca **większość zrealizowała zakładane w umowach wielkości** tego wskaźnika zarówno w fazie realizacyjnej, jak i operacyjnej. Co więcej, kilku (3-4) beneficjentów stworzyła więcej etatów niż zakładało. Jedynie 1-2 beneficjentów nie zrealizowało planów. Szczegóły przedstawia poniższa tabela:

**Tabela 4. Wielkości wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)", o jakie różnią się osiągnięcia beneficjentów w porównaniu z umowami (w podziale na przekroczenie i nieosiągnięcie wskaźnika).**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nieosiągnięcie wskaźnika o... | EPC | 0,00 | 0,00 | 6,00 | 7,00 | 6,00 | 6,00 |
| Przekroczenie wskaźnika o... | EPC | 0,00 | 0,00 | 36,15 | 4,10 | 2,35 | 30,05 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CAWI [n=5].

Wśród przyczyn nieosiągnięcia zakładanej liczby etatów beneficjenci podają nie tylko brak potrzeby zatrudniania tak dużej liczby pracowników (czynnik zewnętrzny), ale także współpraca z lekarzami w ramach innych niż umowa o pracę form zatrudnienia (np. zatrudnienie w ramach tzw. kontraktu lekarskiego, innych umów cywilno-prawnych), co oznacza, że jednostki korzystają z outsourcingu pracy lekarzy, wykorzystując możliwości jakie daje rynek. Z jednej wypowiedzi wynikało bowiem, że szpital miał trudności w znalezieniu osób o odpowiednich kwalifikacjach i musiał zatrudnić osoby na kontrakt.

Wniosek:

*Zarówno wskaźnik „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", jak i „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" zostały już w większości przypadków osiągnięte, a nawet w wielu przypadkach przekroczone. W przypadku pierwszego wskaźnika jedynie trzech beneficjentów nie zrealizowało 4,5 tys. badań, ale 16 przekroczyło planowaną wielkość aż o 96 tys. głównie z powodu nowych możliwości zewnętrznych oraz usprawnienia procedury badań. W przypadku drugiego wskaźnika również jedynie 1-2 beneficjentów nie utworzyło 25 planowanych etatów, ale 3-4 innych beneficjentów utworzyło ponad 70 dodatkowych etatów. Bilans zatem jest w obu przypadkach znacząco dodatni. Przyczyny nieosiągnięcia wskaźników zawsze dotyczyły zewnętrznych czynników, jak niższy kontrakt z NFZ, zmniejszenie przyznanych dobo-karetek, brak potrzeb ze strony rynku, czy przeniesienie zatrudnienia poza jednostkę (outsourcing).*

### 3.1.3. Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie przez beneficjentów może być zagrożone? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto przede wszystkim do **danych projektowych** i zweryfikowano, które wskaźniki mogą nie zostać osiągnięte, zapytano też o to beneficjentów w **ankiecie CAWI** i **case study**. W ramach badań terenowych uzupełniono i pogłębiono także informacje na temat czynników, które mogą mieć na to wpływ. Na koniec wszystkie informacje zestawiono na **panelu ekspertów**.

***

#### 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

Analiza dokumentacji projektowej wykazała, że w momencie składania wniosku o płatność **większość (ponad dwóch na trzech) beneficjentów nie osiąga** nawet połowy zakładanej rocznej wartości tego wskaźnika, w tym dwóch na pięciu w ogóle nie zaczęła badań zakupionym sprzętem. Jednakże badanie CAWI obrazujące stan obecny (koniec 2012 roku) pokazuje, że jedynie trzech beneficjentów nie zrealizowało 4,5 tys. badań. Dlatego zostali oni zapytani, czy widzą szanse, że uda się nadrobić w tym (2013) lub w przyszłym roku realizację tego wskaźnika. Jeden z nich wskazał, że w 100% nadrobi różnice, a dwóch – w większości nadrobi różnicę, która obecnie wynosi 3,6 tys. badań. Dlatego **nie ma żadnego zagrożenia** osiągnięcia przez beneficjentów tego wskaźnika. Potwierdzili to uczestnicy Panelu Ekspertów twierdząc, że w momencie składania wniosku o płatność sprzęt jest dopiero w fazie rozruchu.

#### 7. Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC) (Działanie 12.1 i 12.2)

Analiza dokumentacji projektowej wykazała, że poziom realizacji tego wskaźnika w momencie składania wniosków o płatność jest na bardzo wysokim poziomie – łącznie 90% planowanej wielkości etatów już została stworzona. W 16 projektach już osiągnięto 100% lub więcej (156% w jednym przypadku) planowanych etatów, tylko w 3 projektach nie udało się jeszcze stworzyć miejsc pracy w ogóle, a w 1 projekcie (na razie 1 z 3 zaplanowanych miejsc pracy), niemniej jednak we wszystkich 4 przypadkach miejsca pracy zaplanowano w fazie operacyjnej, stąd jest jeszcze duża szansa na ich zrealizowanie.

Badanie CAWI miało potwierdzić to, co się dzieje w fazie operacyjnej w projektach. Sytuacja znacząco się poprawiła tym bardziej, że beneficjenci stworzyli etaty mimo, iż nie zapisali tego w projektach. Dodatkowo, mimo iż 1-2 beneficjentów (w zależności od fazy) nie utworzyło łącznie 25 planowanych etatów, to 3-4 innych beneficjentów utworzyło ponad 70 dodatkowych etatów. Bilans zatem jest znacząco dodatni i **nie ma żadnego zagrożenia** w ogólnym rozrachunku, że ten wskaźnik nie zostanie osiągnięty na poziomie zakładanym we wszystkich projektach.

Wniosek:

*Zarówno w przypadku wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", jak i wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" nie ma zagrożenia, że nie zostaną one osiągnięte przez beneficjentów. W obu przypadkach beneficjenci w większości zrealizowali założone w umowach wartości, a w przypadku różnic w stosunku do zapisów umowy – beneficjenci zrealizowali znacząco więcej dodatkowych jednostek obu wskaźników niż beneficjenci, którzy nie zdołali zrealizować zakładanych wielkości (bilans wynosi 21,4 razy w przypadku pierwszego wskaźnika i 3 razy więcej w przypadku drugiego).*

### 3.1.4. Jak należy ocenić szansę osiągnięcia przez beneficjentów poszczególnych wskaźników rezultatu?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze i ocenić szanse osiągnięcia poszczególnych wskaźników sięgnięto ponownie do **danych projektowych**. Dane uzupełniono i pogłębiono w ankiecie CAWI, w której beneficjenci bezpośrednio zostaną spytani, jakie widzą szansę na osiągnięcie każdego z założonych wskaźników rezultatu, natomiast z drugiej strony – na bazie dotychczasowych trendów w osiąganiu wartości wskaźnika (w kolejnych latach) przeanalizowane zostały szanse na osiągnięcie każdego ze wskaźników.

***

**6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)**

Analiza dokumentacji projektowej, poparta wynikami badania CAWI wykazała, że w przypadku tego wskaźnika wszyscy beneficjenci (oprócz trzech) albo uzyskali zakładany poziom wskaźnika, albo go przekroczyli. Z pośród tych trzech beneficjentów, którzy obecnie nie osiągnęli jeszcze zakładanego poziomu wskaźnika, jeden deklaruje, że uda mu się w 100% nadrobić niezrealizowane badania (900 szt.), natomiast dwóch beneficjentów w większości nadrobi niezrealizowane badania (większa część z 3 600 szt.).

**7. Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC) (Działanie 12.1 i 12.2)**

Analiza dokumentacji projektowej, poparta wynikami badania CAWI wykazała, że w przypadku tego wskaźnika wszyscy beneficjenci (oprócz dwóch) albo uzyskali zakładany poziom wskaźnika, albo go przekroczyli. Z pośród tych dwóch beneficjentów, którzy obecnie nie osiągnęli jeszcze zakładanego poziomu wskaźnika, jeden nie stworzył 21 etatów w okresie realizacji projektu i z uwagi na to, że jest to zakończony projekt, już ich nie stworzy. Powodem było nieujęcie w planie wojewódzkim zwiększenia ilość dobo-karetek do 6,0 i zmniejszenie ilości przyznanych dobo-karetek z 5,33 na 5,0. Drugi z beneficjentów, który nie stworzył 4 etatów już w fazie operacyjnej wskazał, że w ogóle nie uda się nadrobić tej różnicy, bowiem nie ma potrzeby zatrudniania większej liczby pracowników ze względu na ogólną tendencję do ograniczania zatrudnienia w jego placówce.

Wniosek:

*W przypadku wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem", szanse osiągnięcia przez beneficjentów tego wskaźnika rezultatu są niemal równe 100%, w przypadku jednego beneficjenta nie zostanie osiągnięta niewielka część 3,6 tys. brakujących badań.*

*W przypadku wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" w przypadku dwóch beneficjentów, którzy nie osiągnęli zakładanych wartości tego wskaźnika, nie ma szans na ich uzyskanie (25 etatów), bowiem albo były one planowane podczas realizacji projektu, albo beneficjent nie ma już takiej potrzeby.*

*W obu przypadkach, w globalnym rozrachunku nie ma to znaczenia, bowiem nadwyżka nadprogramowego wykonania tych wskaźników jest kilku-kilkunastokrotnie wyższa niż problemowe wskaźniki, których beneficjenci z dużym prawdopodobieństwem nie osiągną.*

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

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do **danych projektowych**. Pozyskano dane z umów o dofinansowanie / aneksów do umów o dofinansowanie, wniosków beneficjentów o płatność końcową, udostępnionych do wglądu w siedzibie Instytucji Pośredniczącej II stopnia (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Przedstawiono dane za lata 2007-2012 w ujęciu wskaźników:

- **produktu:** nowe miejsca pracy utworzone bezpośrednio w trakcie realizacji projektu i finansowane ze środków programu, tj. od momentu jego rozpoczęcia do chwili złożenia wniosku beneficjenta o płatność końcową (Działanie 12.1 i 12.2);
- **rezultatu:** przewidywana całkowita liczba utworzonych nowych etatów (EPC), tj. miejsca pracy utworzone bezpośrednio w efekcie realizacji projektu, które nie spełniają warunków zakwalifikowania ich jako wskaźnika produktu i jednocześnie powstałych najpóźniej do końca fazy operacyjnej projektu, tj. do 12 miesięcy od momentu złożenia wniosku beneficjenta o płatność końcową (Działanie 12.1 i 12.2).

Zgodnie z definicja określoną w Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej powyższe wskaźniki służą do pomiaru liczby pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o prace (nie dotyczą umów o dzieło oraz umów zlecenia). W związku z powyższym, w ramach ww. wskaźników wliczano wyłącznie umowy o prace.

Dane zestawiono z informacjami uzyskanymi od beneficjentów w **ankiecie CAWI**. W badaniu CAWI zapytano beneficjentów, ile miejsc pracy stworzyli podczas realizacji projektu i w fazie operacyjnej. Jednocześnie zapytano ich, ile miejsc pracy zostało zlikwidowanych w trakcie realizacji projektu i podczas eksploatacji tak, aby uzyskać wartość stworzonych etatów netto. Nie udało się rozdzielić liczby etatów stworzonych podczas faz realizacji i wdrażania efektów projektu, bowiem beneficjenci w większości przypadków wskazywali takie same wartości w obu fazach (powielali informacje), dlatego te informacje brano pod uwagę tylko raz. Jedynie w kilku przypadkach wartości były inne (te przypadki również włączono do analiz). Niemniej jednak mając dane z wniosków o płatność końcową i dane z badania CAWI udało się oszacować wielkość wskaźników produktu i rezultatu.

Ponieważ nie uzyskano 100% zwrotności z ankiet CAWI, wyniki przedstawiono zarówno z dokładnie uzyskanej liczebności ankiet, a także doszacowano brakujące ankiety proporcjonalnie do liczebności prób w obu Działaniach Priorytetu XII.

***

#### 7. Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC) (Działanie 12.1 i 12.2)

Zgodnie z zapisami wniosków o płatność końcową, beneficjenci faktycznie stworzyli 214,13 EPC, czyli mniej niż połowę początkowo planowanych miejsc pracy (487,33 EPC). Te wskaźniki można zgodnie z definicją uznać za **wskaźniki produktu**. W momencie przeprowadzania niniejszego badania (CAWI), beneficjenci stworzyli **aż 524 etaty** (po doszacowaniu 544), czyli więcej niż zaplanowano pierwotnie w umowach. Zatem można przyjąć, że stworzono ok. 310 (330) etatów stanowiących **wskaźniki rezultatu**.

**Tabela 5. Wielkości wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" utworzone i zlikwidowane w wyniku realizacji projektów beneficjentów Priorytetu XII.**

*Wyniki na uzyskanej próbie CAWI*

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | Liczba miejsc pracy stworzonych i utrzymywanych | | | | | | Liczba stworzonych etatów |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Liczba miejsc pracy (w przeliczeniu na pełny etat) utworzonych dzięki realizacji projektu | EPC | 22,00 | 31,50 | 167,35 | 221,90 | 362,62 | 504,60 | 544,05 |
| w tym dla kobiet | EPC | 9,00 | 14,50 | 52,50 | 68,00 | 154,75 | 224,75 | 238,25 |
| Liczba miejsc pracy (w przeliczeniu na pełny etat) zlikwidowanych w wyniku realizacji projektu | EPC | 0,00 | 2,00 | 6,00 | 8,50 | 9,00 | 19,00 | 20,00 |
| w tym dla kobiet | EPC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,50 | 2,50 | 6,50 | 7,50 |
| **Liczba miejsc pracy (w przeliczeniu na pełny etat) netto powstałych w wyniku realizacji projektu** | **EPC** | **22,00** | **29,50** | **161,35** | **213,40** | **353,62** | **485,60** | **524,05** |
| **w tym dla kobiet** | **EPC** | **9,00** | **14,50** | **52,50** | **65,50** | **152,25** | **218,25** | **230,75** |

*Wyniki po doszacowaniu brakujących ankiet CAWI*

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | Liczba miejsc pracy stworzonych i utrzymywanych | | | | | | Liczba stworzonych etatów |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Liczba miejsc pracy (w przeliczeniu na pełny etat) utworzonych dzięki realizacji projektu | EPC | 23,01 | 32,97 | 173,44 | 231,54 | 377,42 | 524,07 | 565,22 |
| w tym dla kobiet | EPC | 9,43 | 15,20 | 54,15 | 70,60 | 160,97 | 233,10 | 247,13 |
| Liczba miejsc pracy (w przeliczeniu na pełny etat) zlikwidowanych w wyniku realizacji projektu | EPC | 0,00 | 2,05 | 6,14 | 8,76 | 9,27 | 19,49 | 20,54 |
| w tym dla kobiet | EPC | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,62 | 2,62 | 6,69 | 7,74 |
| **Liczba miejsc pracy (w przeliczeniu na pełny etat) netto powstałych w wyniku realizacji projektu** | **EPC** | **23,01** | **30,92** | **167,29** | **222,78** | **368,15** | **504,59** | **544,69** |
| **w tym dla kobiet** | **EPC** | **9,43** | **15,20** | **54,15** | **67,98** | **158,35** | **226,41** | **239,39** |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników CAWI [n=44]. Pytania dotyczyły tych beneficjentów, którzy utworzyli lub zlikwidowali jakieś miejsca pracy w okresie realizacji projektów lub w fazie operacyjnej.

W wyniku realizacji projektów powstało 544 (565 po doszacowaniu) miejsc pracy w przeliczeniu na pełny etat, w tym 238 (247) dla kobiet. Jednocześnie beneficjenci wskazali, że niewielką część etatów musieli zlikwidować (głównie po realizacji projektów) – 20 (20,5), w tym 7,5 (7,7) dla kobiet.

Największy **przyrost liczby miejsc pracy** przypada na rok 2009, 2011 i 2012 – odpowiednio 132 (136), 140 (145) i 132 (136) pełnych etatów, przy czym przyrost miejsc pracy dla kobiet był znacząco wyższy jedynie w roku 2011 – 87 (90) pełnych etatów.

Wniosek:

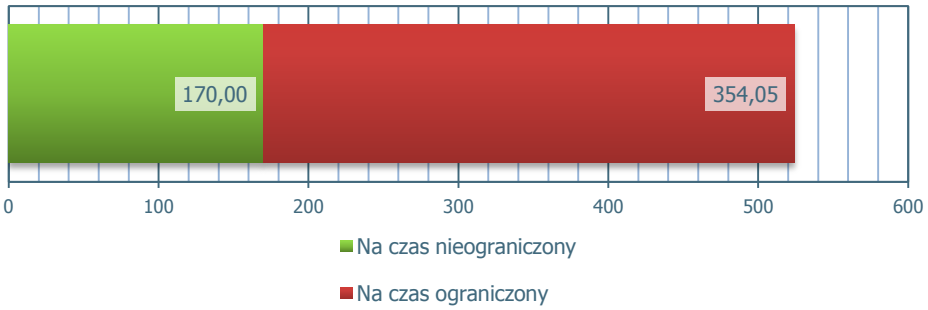
*Powyższe analizy pokazują, że skala tworzonych miejsc pracy przez beneficjentów jest ogromna. Niestety, zgodnie z tym, co wskazali uczestnicy Panelu Ekspertów, a potwierdziła analiza dokumentów, nie jest możliwe wykazanie w sprawozdaniach z realizacji Programu tych miejsc pracy, które nie zostały wpisane do umów. Ponieważ analizowane były projekty zakończone, w tych przypadkach, większość stworzonych miejsc pracy nie może być wykorzystana w monitoringu na poziomie Programu.*

Rekomendacja:

*Istnieje jednak możliwość uzupełnienia nadal trwających projektów o powstałe miejsca pracy (zdiagnozowanie i aneksowanie umów).*

Kluczowe jest jednak zbadanie, **na ile trwałe są miejsca pracy** tworzone w ramach projektów. O to również zapytano beneficjentów. Beneficjenci czasami podawali liczbę miesięcy dla wszystkich zatrudnionych (łącznie), ale najczęściej był to okres zatrudnienia jednego

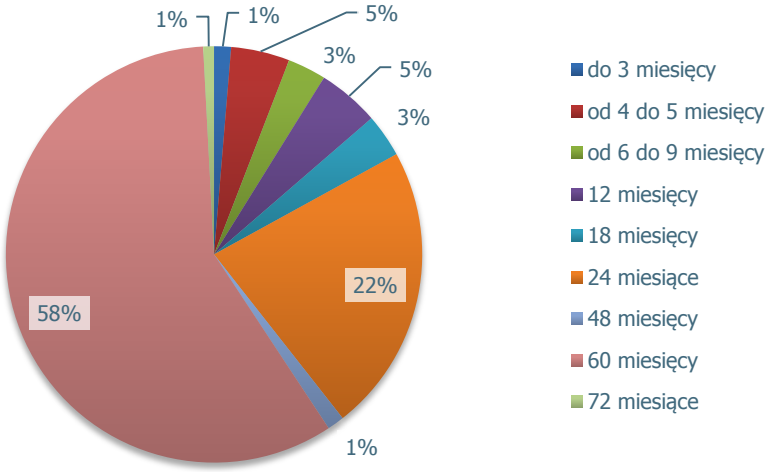
zatrudnionego (średni). Dlatego wszystkie wyliczenia sprowadzono właśnie do średniego okresu zatrudnienia, aby zweryfikować trwałość tych efektów.




**Wykres 5.** **Rodzaj zatrudnienia wykorzystywany w tworzonych miejscach pracy w ramach projektów w Priorytecie XII PO IiŚ.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=44]. Wykres dotyczy tylko tych respondentów, którzy zadeklarowali utworzenie / zlikwidowanie miejsc pracy w ramach projektów.

Badania wykazały, że **co trzecia umowa** podpisywana z osobami zatrudnionymi w trakcie realizacji lub w okresie operacyjnym projektów – jest na **czas nieokreślony**. Jest to dość dobry wynik, biorąc pod uwagę, że beneficjenci są zobowiązani do utrzymywania miejsc pracy jedynie w okresie trwałości projektów (chyba, że zaznaczą we wniosku inaczej, jeżeli wynika to z harmonogramu rzeczowo-finansowego).




**Wykres 6.** **Długość zatrudnienia wykorzystywana w tworzonych miejscach pracy na czas określony w ramach projektów w Priorytecie XII PO IiŚ [% oznaczają udział tworzonych etatów z danej kategorii w liczbie stworzonych etatów ogółem].**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=44]. Wykres dotyczy tylko tych respondentów, którzy zadeklarowali utworzenie / zlikwidowanie miejsc pracy w ramach projektów.

Potwierdzają to dalsze wyniki, opisujące długość trwania umów o pracę podpisywanych na czas określony. Okazuje się, że blisko dwie na trzy takie umowy są podpisywane na okres 5-6 lat. Oznacza to, że pracodawcy myślą w tych przypadkach równie strategicznie, co w przypadku umów na czas nieokreślony. Kolejną grupą umów są umowy podpisywane na 2 lata – stanowią one blisko co czwartą umowę. Z drugiej strony, umowy krótsze niż rok nie stanowią nawet co dziesiątej umowy i dotyczą przeważnie okresu realizacji projektu.

Wniosek:

*Spośród badanych beneficjentów co piąty (44) tworzy miejsca pracy w ramach realizowanych projektów (zarówno w fazie realizacyjnej, jak i operacyjnej). Łącznie stworzono netto*

*(po odjęciu etatów zlikwidowanych) aż 524 etaty (po doszacowaniu 544), czyli więcej niż zaplanowano pierwotnie w umowach. Co trzecia umowa jest podpisywana z pracownikiem na czas nieokreślony, natomiast wśród umów czasowych dominują umowy długoletnie (przede wszystkim 5 letnie i ale również 2 letnie). Można zatem powiedzieć, że tworzone miejsca pracy są trwałe i po 5 latach pozostanie szacunkowo 380 (395) etatów.*

*Oznacza to, że beneficjenci traktują realizację projektów jako inwestycję długofalową, rozwiązującą problemy jednostek na długi czas. Nie jest to dla nich jedynie możliwość pozyskania środków na bieżące potrzeby inwestycyjne, tylko raczej inwestycje przyczyniające się do rozwoju strategicznego.*

*W PO IiŚ nie określono wartości docelowej wskaźnika dotyczącego liczby etatów (taką wartość określono jedynie dla Priorytetu XI na poziomie 280 EPC). Można jednak śmiało powiedzieć, że wyniki uzyskane w tym Priorytecie są na bardzo wysokim poziomie (przekraczają niemal dwukrotnie wartość docelową Priorytetu XI, przy czym jednocześnie w Priorytecie XII jest o 30% mniej środków ogółem).*

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

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do **danych zastanych**. Dane zestawiono z informacjami uzyskanymi od beneficjentów w **ankiecie CAWI** i **case study**.

***

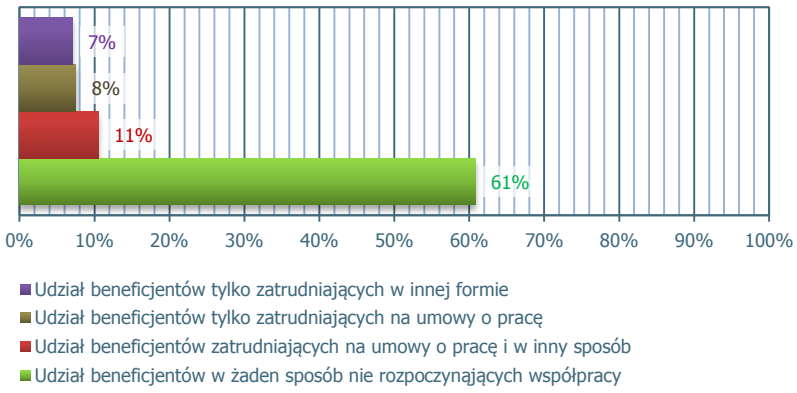
W dokumentacji projektowej beneficjenci nie pisali o innych formach zatrudniania pracowników tym bardziej, że ewentualne wskaźniki rezultatu dotyczyły umów o pracę. Dlatego, kluczowe do odpowiedzi na to pytanie badawcze, były wyniki badania CAWI, w którym beneficjenci zostali o to zapytani bezpośrednio.

Okazuje się, że beneficjenci **stosunkowo rzadko podejmują współpracę** z pracownikami na innych zasadach niż umowy o pracę – w podobnym stopniu jednak jak w przypadku umów o pracę (co piąty beneficjent).

**Wykres 7.** **Nawiązanie współpracy przez beneficjentów z pracownikami w inny sposób niż na umowę o pracę dzięki realizacji projektów.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

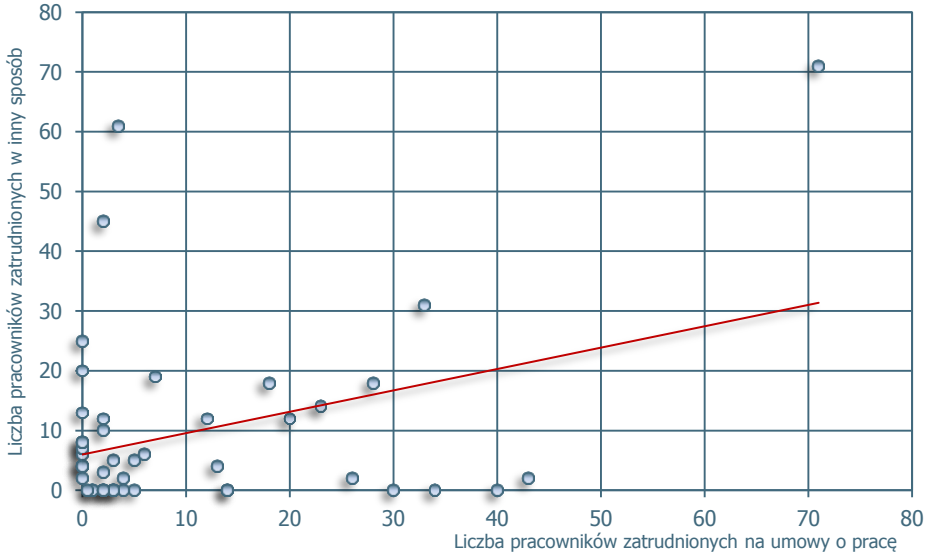
Co więcej, najczęściej zatrudnianiu pracowników na umowy o pracę towarzyszy również zatrudnianie ich w innej formie (11% beneficjentów), chociaż różnice nie są duże i podobny procent (7-8%) zatrudnia tylko w jeden sposób. Szczegóły przedstawia poniższy wykres:




**Wykres 8.** **Udział beneficjentów zatrudniających pracowników tylko na umowy o pracę lub tylko w inny sposób lub na oba sposoby, a także udział beneficjentów w ogóle nie nawiązujących współpracy z nowymi pracownikami.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

Ciekawe jest również, że beneficjenci korzystają z innych sposobów zatrudnienia w niemal równym stopniu (zatrudniając jedynie nieco mniej pracowników w ten sposób niż na umowę o pracę), co przedstawia poniższy wykres. Należy jednak mieć na uwadze, że w przypadku innych form zatrudnienia, respondenci byli pytani o liczbę osób, natomiast w przypadku umów o pracę, były to pełne etaty przeliczeniowe.




**Wykres 9.** **Zestawienie liczby pracowników (w przeliczeniu na pełny etat) zatrudnianych na umowę o pracę z liczbę pracowników zatrudnianych w inny sposób przez beneficjentów w projektach Priorytetu XII PO IiŚ.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=48]. Wykres obejmuje tylko tych beneficjentów, którzy wykazali zatrudnienie pracowników na umowę o pracę lub w inny sposób. Trend liniowy: $y = 0,3575x + 5,9928$, $R^2 = 0,1249$.

Łącznie dzięki innym sposobom współpracy z pracownikami, **zatrudniono 444 osób** (po doszacowaniu 455), z czego najwięcej na podstawie **kontraktu lekarskiego**. Szczegóły przedstawia poniższa tabela:

**Tabela 6.** **Liczba pracowników, z którymi beneficjenci podjęli współpracę w inny sposób niż na podstawie umów o pracę (dzięki projektom zrealizowanym w Priorytecie XII PO IiŚ).**

| Wyszczególnienie | Kontrakt lekarski | Inne umowy cywilno-prawne (umowy zlecenie) | Praktyka | Staż | Inna forma | Łącznie |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Liczba osób (tylko wyniki CAWI) | 209,00 | 103,00 | 0,00 | 47,00 | 25,00 | **444,00** |
| Liczba osób (po doszacowaniu) | 214,07 | 105,54 | 0,00 | 48,14 | 25,62 | **454,90** |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=41]. Tabela obejmuje tylko tych beneficjentów, którzy wykazali zatrudnienie pracowników w inny sposób.

Z co drugą osobą zatrudnianą w inny sposób niż umowa o pracę, podpisano kontrakt lekarski, a z co czwartą – umowę zlecenie, oznacza to, że 3 na 4 osoby były zatrudniane na umowy cywilno-prawne. Jest to zatem najbardziej popularny sposób zatrudniania wśród beneficjentów Priorytetu XII (poza umową o pracę). Pozostałe formy, jak praktyki, staże i inne odpowiadają łącznie za co czwarty przypadek takiego zatrudniania. Wśród innych form najczęściej pojawiały się: kontrakty z ratownikami (16 osób), wolontariat (13 osób), kontrakty pielęgniarskie (5 osób). Żaden z beneficjentów nie korzystał z umowy o dzieło.

Podczas studiów przypadku przedstawiciele beneficjentów wymieniali korzyści płynące z zatrudniania lekarzy na kontraktach: *„pracownik nie jest związany kodeksem pracy, swobodnie dysponuje czasem wolnym po dyżurze, ma możliwość dodatkowego zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej, sam odprowadza składki do ZUS i podatek, a szpital nie ponosi kosztów pracodawcy – jest to wygodne dla obu stron"*. Większość lekarzy prowadzi więc indywidualne praktyki. Jednak – jak zauważa dyrektor jednego ze szpitali – *„nie znaczy, że to jest lepsze od innego rozwiązania"*. Jak zaznacza dyrektor innego szpitala *„umowa o pracę na czas nieograniczony jest bardziej pożądana wśród świadczeniobiorców szpitala niż np. kontrakty lekarskie. Pomimo, że plusem kontraktów jest większa możliwość dodatkowego zarobkowania"*. Gwarantuje ona bowiem bezpieczeństwo i pewność pracy. Jest natomiast większym obciążeniem finansowym dla jednostek. Zatem oba rozwiązania mają swoje silne i słabe strony.

Wniosek:

*Inne sposoby zatrudniania (niż umowa o pracę) stanowią ważny element polityki kadrowej beneficjentów, którzy zakończyli realizację projektów w Priorytecie XII PO IiŚ. Generalnie co piąty beneficjent zatrudnia pracowników w inny sposób niż umowy o pracę – łącznie 444 osób (po doszacowaniu 454). W trzech na czterech przypadkach jest to umowa cywilno-prawna, w większości kontrakt lekarski (co drugi przypadek) i inne umowy zlecenia (co czwarty przypadek). Pozostałe przypadki to praktyki, staże, kontrakty ratowników, pielęgniarek i wolontariat.*

*Co ciekawe, wyliczenia pokazują, że co trzeci beneficjent zatrudnia pracowników w jakikolwiek sposób (udział ten się zwiększył w porównaniu do beneficjentów zatrudniających wyłącznie na umowę o pracę, jak i wykorzystujących jedynie inne sposoby zatrudnienia). Jednakże z reguły najczęściej beneficjenci korzystają z obu form nawiązywania stosunku pracy (umowy i inne sposoby) w porównywalnym stopniu.*

### 3.1.7. Czy, a jeżeli tak to w jaki sposób czynniki zewnętrzne wpływają na tworzenie u beneficjentów nowych miejsc pracy (w tym wskaźników z umowy o dofinansowanie)?

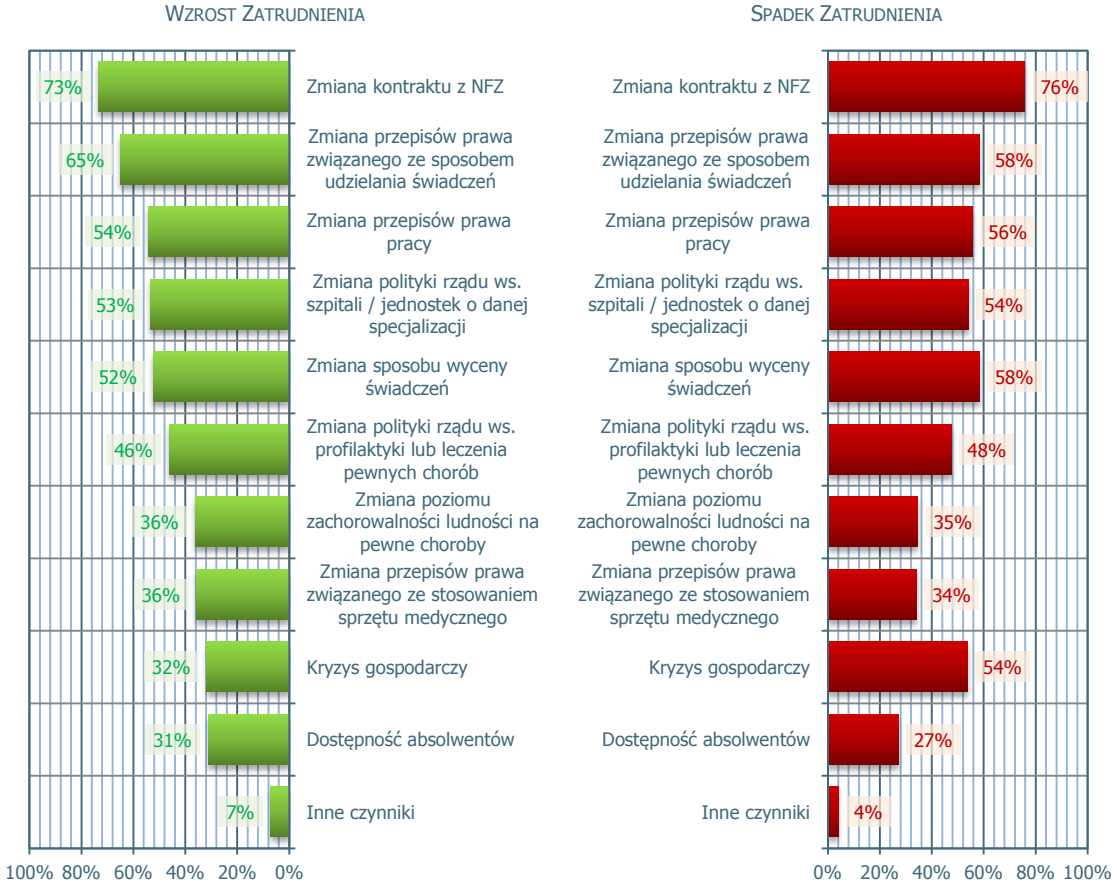
Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do **danych zastanych**. Dane zestawiono z informacjami uzyskanymi od beneficjentów w ankiecie **CAWI** i **case study**. **Panel ekspertów** pozwolił na omówienie i zweryfikowanie czynników wpływających na tworzenie u beneficjentów nowych miejsc pracy.

***

Beneficjenci wskazali **zdecydowanie na występowanie czynników zewnętrznych** mających wpływ na tworzenie nowych miejsc pracy i przez to na realizację wskaźników z umów o dofinansowanie. Co więcej, zdaniem beneficjentów czynniki te mają niemal równe (nieco większe przy likwidacji miejsc pracy) znaczenie w obu rozpatrywanych przypadkach – zwiększania i zmniejszania zatrudnienia.

Zdecydowanie zmiana zatrudnienia jest zależna od **czynników zewnętrznych**, na które tylko pośrednio wpływ maja instytucje ochrony zdrowia. Przede wszystkim jest to **zmiana kontraktu z NFZ** (pośrednio instytucja może mieć wpływ na jego wielkość) – w trzech na cztery przypadkach.

Dopiero w dalszej kolejności są to **zmiany przepisów prawa**, związane ze zmianą sposobu udzielania świadczeń (65% przy zwiększaniu zatrudniania, 58% - przy zmniejszaniu), prawa pracy (54% i 56% odpowiednio), polityki rządu dotyczącej szpitali i jednostek o danej specjalizacji (53% i 54%), sposobu wyceny świadczeń (52% i 58%) oraz polityki rządu dotyczącej profilaktyki lub leczenia pewnych chorób (46% i 48%).




**Wykres 10.** **Czynniki zewnętrzne wpływające na tworzenie u beneficjentów nowych miejsc pracy.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=200].

Pozostałe czynniki są mniej znaczące i dotyczą mniej niż połowy przypadków (jedynie kryzys gospodarczy stanowi czynnik zmniejszający poziom zatrudnienia w ponad połowie przypadków).

Taki rozkład czynników potwierdzili przedstawiciele jednostek biorących udział w studiach przypadku. Zdaniem kierownictwa jednego ze szpitali największy wpływ na tworzenie nowych miejsc pracy w szpitalu ma kontrakt z NFZ, mniejszy wpływ przypisuje się sytuacji gospodarczej w kraju, polityce zdrowotnej rządu czy zmianom zachorowalności ludności na niektóre choroby. Zdaniem przedstawiciela innego szpitala, oprócz kontraktu z NFZ, kluczowe znaczenie ma dostępność absolwentów, co dzięki funkcjonowaniu w mieście uniwersytetu medycznego nie jest zagrożone. Ale takie głosy są w mniejszości, co pokazują wyniki badania ilościowego (CAWI).

### Wniosek:

*Zmiana poziomu zatrudnienia u beneficjentów, którzy zrealizowali projekty w Priorytecie XII jest spowodowana czynnikami zewnętrznymi – zmianą kontraktu z NFZ oraz zmianą polityki w różnych aspektach. Mniejsze znaczenie ma poziom zachorowalności ludności, dostępność absolwentów, czy przepisy dotyczące dostosowania sprzętu medycznego.*

## 3.2. Ocena stopnia osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym

Czynności jakie podjęto w celu szczegółowym 2 skupiły się na analizie **skuteczności** osiągania założonych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu. **Badanie dokumentów** było kluczową techniką rozpoczynającą badanie w tym zakresie. Dane zastane posłużyły przede wszystkim do określenia wartości docelowych wskaźników na poziomie ogólnokrajowym oraz poziomów osiągnięć dotychczasowych wartości wskaźników. Wykorzystano tutaj dokumenty programu (PO IiŚ), sprawozdania z realizacji, badania ewaluacyjne dot. wskaźników – źródła konieczne z uwagi na konieczność określenia wartości założonych w Programie i osiąganych przez beneficjentów wskaźników, a także CSIOZ – źródło niezbędne do pozyskania danych z wniosków o płatność końcową beneficjentów. Wykorzystane zostały tu dane pozyskane przy realizacji celu 1.

Następnie przeprowadzono **badanie CAWI**, dzięki któremu znaleziono przyczyny nieosiągania wskaźników rezultatu, a także określono zagrożenia dla realizacji wskaźników i szans na ich osiągnięcie.

Wyniki badania zostały przeanalizowane przez **panel ekspertów**, który dokonał oceny uzyskanych danych oraz wypracował odpowiedzi na zadane pytania badawcze. Technika ta była konieczna do uzyskania różnych punktów widzenia na rozwiązywany problem – nieosiągnięcia wskaźników na poziomie krajowym, zagrożeń z tym związanych oraz szans osiągnięcia założonych wartości wskaźników. Dzięki zastosowaniu tej techniki po pierwsze zweryfikowano podawane w sprawozdaniach / wnioskach o płatność oraz CAWI – informacje z ekspertami, po drugie, wypracowano wnioski i rekomendacje, które były wspólne dla całego panelu. Ta technika była ważna również z powodów eksploracyjnych – wiedza ekspertów w tak niejednoznacznych i zawiłych kwestiach jak przyczyny danego stanu rzeczy lub szanse na osiągnięcie zakładanego poziomu – była nieodzowna i nie do przecenienia.

### 3.2.1. Jaki jest stopień osiągania zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze i zbadać stopień osiągania wskaźników rezultatu na poziomie krajowym sięgnięto przede wszystkim do **danych projektowych** oraz **dokumentów programowych** – sprawozdań z realizacji Programu. Badaniem objęto wszystkie wskaźniki rezultatu dla Priorytetu XII PO IiŚ:

***

1. **Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1)**

Dane ogółem dotyczące tego wskaźnika prezentuje poniższa tabela. Zawarto w niej zarówno dane wynikające z dokumentów, jak i wyniki badania CAWI. W trakcie badania pozyskano dane od poszczególnych beneficjentów Działania 12.1 i obliczono wartości wskaźnika zgodnie z metodologią wyliczania ww. wskaźnika przez GUS. W wyniku realizacji badania zebrano również wartości bezwzględne wskaźnika w odniesieniu do każdego z beneficjentów oraz wielkość populacji, jaką zabezpiecza dany beneficjent. Wskaźnik dla każdego z beneficjentów został określony poprzez podzielenie liczby osób, którym dana jednostka udzieliła świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia przez wielkość populacji rejonu, jaki dane jednostka obejmuje i przez 1.000.

Niestety, w badaniu CAWI beneficjenci często błędnie określali parametry (poprzez podawanie wielkości w jednostkach, nie w tysiącach jednostek). Należało zatem wszystkie te nieścisłości zweryfikować, dodatkowo, w kilku przypadkach wskaźnik jednostkowy (dla beneficjenta) wynosił kilkakrotnie więcej niż dla innych beneficjentów (np. ponad 600), dlatego niezbędny był kontakt z beneficjentami i rozwianie wątpliwości.

**Tabela 7. Dane dotyczące ogólnej liczby osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia za lata 2007-2012 (dane ogółem).**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2005 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) *według dokumentów* | na 1000 mieszk. na rok | **79,1** | 77,6 | 78,4 | 76,9 | 75,1 | 74,1[9] | 74,1 | **79,2 /73,4[10]** |
| Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) *według CAWI* | na 1000 mieszk. na rok | - | 68,63 | 67,74 | 69,15 | 68,69 | 70,02 | 73,25 | - |

Źródło: dane GUS, dane beneficjentów, wyniki badania CAWI.

Wyniki uzyskane dwoma technikami (badania dokumentów i CAWI) są zdecydowanie podobne, szczególnie w roku 2012 (w roku 2011 dane są z innego źródła – Małego Rocznika Statystycznego). W pozostałych latach (szczególnie tych początkowych) dane pozyskane z CAWI są niższe niż te pozyskane z dokumentów. Wynika to z faktu, że w pierwszych badanych latach wielu beneficjentów wpisywało zero, głównie z powodu faktu, iż wcześniej obowiązki te pełniła inna jednostka. Nie jest to natomiast spowodowane tendencją samego wskaźnika.

Obecnie **uzyskano 92,5% wartości docelowej** wskaźnika, a w przypadku zaakceptowania zmian proponowanych przez IP – **100%**.

## 2. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)

Dane ogółem dotyczące tego wskaźnika prezentuje poniższa tabela. Sposób pomiaru jest zgodny z definicją mediany czasów dotarcia zespołów ratownictwa medycznego[11] wykazywanych w sprawozdaniach z interwencji tych zespołów. Dodatkowo, wskazano wyniki badania CAWI, dzięki czemu zweryfikowano dotychczasowe dane, a także pozyskano dane dotyczące roku 2012.

**Tabela 8. Dane dotyczące median czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca za lata 2007-2012 (dane ogółem).**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca. - w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców *według dokumentów* | min | **6,00** | 6,18 | 6,00 | 5,58 | 6,00 | 6,00 | Nd | **8,00** |
| - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców *według dokumentów* | min | **13,00** | 13,92 | 12,94 | 13,00 | 13,00 | 13,00 | Nd | **15,00** |
| - w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców *według CAWI* | min | – | 7,14 | 7,03 | 6,79 | 6,56 | 6,40 | 6,36 | – |
| - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców *według CAWI* | min | – | 14,02 | 13,53 | 13,05 | 13,05 | 12,72 | 12,46 | – |

Źródło: rejestry prowadzone przez wojewodów, wyniki badania CAWI.

---

9 Zgodnie z wartością z Małego Rocznika Statystycznego Polski 2012.

10 IP zgłosiła propozycję zmiany wartości docelowej na 73,4 na 1000 mieszkańców w wersji 4,0 PO IiŚ.

11 Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca jest wartością występująca w środku ciągu ww. czasu dotarcia dla danego miesiąca, który jest uporządkowany rosnąco lub malejąco; gdy dana liczba jest parzysta, mediana jest średnią arytmetyczna dwóch centralnych liczb w uporządkowanym ciągu, gdy nieparzysta jest wartością środkowa.

Dane pozyskane dwoma metodami nieco się różnią – wyniki badania CAWI wskazują na nieco wyższe mediany czasu dotarcia niż dane pozyskane od IP, niemniej jednak w ostatnim roku 2011, a także w 2012 roku – mediana dla miast powyżej 10 tys. mieszkańców spadła poniżej 13 minut.

Mimo, iż zaplanowano wzrost mediany w okresie 2006-2015, w rzeczywistości mediana malała (co widać w obu metodach zbierania danych) i obecnie jest dużo niższa niż zakładana wartość docelowa. Ponieważ jednak celem działań jest jak najkrótszy dojazd do pacjentów, stopień osiągnięcia zaplanowanego w dokumentach programowych tego wskaźnika rezultatu na poziomie ogólnokrajowym jest zatem **znacznie wyższy niż zakładano**.

### 3. Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2)

W trakcie badania pozyskano dane dotyczące liczby osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW od IP (projekty zakończone) za lata 2007-2011 i od poszczególnych beneficjentów Działania 12.2 dzięki badaniu CAWI za lata 2007-2012. Dane ogółem dotyczące tego wskaźnika prezentuje poniższa tabela:

**Tabela 9. Dane dotyczące potencjalnej liczby osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW za lata 2007-2012 (dane ogółem).**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2005 (wartość bazowa) | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 *według dokumentów* | tys. os. / rok | **1 274,50** | 1 711,60 | 1 857,90 | 2 022,29 | 1 761,73 | 1 756,80 | Nd | **1 460,30** |
| 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 *według CAWI* | tys. os. / rok | – | 1 567,00 | 1 637,06 | 1 711,59 | 1 794,61 | 1 763,90 | 1 794,91 | – |
| Po doszacowaniu *według CAWI* | tys. os. / rok | – | 1 609,35 | 1 681,30 | 1 757,85 | 1 843,11 | 1 811,57 | 1 843,42 | – |

Źródło: dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) oraz Mały Rocznik Statystyczny Polski, wyniki badania CAWI.

Powyższa tabela pokazuje, że stopień osiągnięcia zaplanowanego w dokumentach programowych wskaźnika rezultatu na poziomie ogólnokrajowym jest zatem **znacznie wyższy niż zakładano i wynosi 120%** (według danych IP za 2011 roku) i **126%** (według danych CAWI po doszacowaniu brakujących ankiet).

### 4. Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[12] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2)

Zamawiający przekazał Wykonawcy dane dotyczące średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w poszczególnych szpitalach wysokospecjalistycznych za lata 2007-2011 (dane ogółem). Jednocześnie zebrano dane od poszczególnych beneficjentów w drodze badań ankietowych typu CAWI.

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

Na spotkaniu z Zamawiającym ustalono, że dane niezbędne do przedstawienia tego wskaźnika zostaną pozyskane ze wskaźnika nr 1 („Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW") tylko dla szpitali podległych MZ. Wskaźnik wyliczono poprzez podzielenie wskaźnika nr 1 przez 12 (aby uzyskać średnią wielkość na miesiąc). Dane ogółem dotyczące tego wskaźnika prezentuje poniższa tabela:

**Tabela 10. Dane dotyczące średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w poszczególnych szpitalach wysokospecjalistycznych za lata 2007-2011 (dane ogółem).**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych *według dokumentów* | tys. os. / m-c | **85,30** | 110,50 | 120,18 | 168,53 | 146,81 | 146,40 | Nd | **89,60** |
| Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych *według CAWI* | tys. os. / m-c | – | 121,05 | 126,66 | 132,46 | 139,19 | 135,78 | 137,65 | – |
| Po doszacowaniu *według CAWI* | tys. os. / m-c | – | 125,71 | 131,53 | 137,55 | 144,54 | 141,00 | 142,95 | – |

Źródło: dane CSIOZ, wyniki badania CAWI.

Podobnie, jak w przypadku poprzedniego wskaźnika, średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w poszczególnych szpitalach wysokospecjalistycznych **przekroczyła wartość docelową** (89,60) w znaczącym stopniu: według danych IP stopień realizacji wartości docelowej **wyniósł w 2011 roku 163%**, natomiast według wyników CAWI (po doszacowaniu brakujących 5 ankiet) – **160% w 2012 roku**.

## 5. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2)

Zamawiający przekazał dane dotyczące średniego wieku stacjonarnej aparatury radiologicznej występującego u potencjalnych beneficjentów Działania 12.2 za lata 2007-2012. Zamawiający przekazał także dane dotyczące średniego wieku stacjonarnej aparatury radiologicznej występującego u beneficjentów Działania 12.2, którzy zakończyli realizację projektów (za lata 2007-2012) dla każdego beneficjenta oddzielnie. Wówczas do kwestionariusza CAWI dodano istniejące wartości tak, aby respondent mógł zweryfikować, zmienić lub uzupełnić istniejące dane w bazie MZ. Dane ogółem dotyczące tego wskaźnika prezentuje poniższa tabela:

**Tabela 11. Dane dotyczące średniego wieku stacjonarnej aparatury radiologicznej występującej u potencjalnych oraz rzeczywistych beneficjentów (w projektach zakończonych) Działania 12.2 za lata 2007-2012.**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (wskaźnik dla potencjalnych beneficjentów) *według dokumentów* | lata | **16,00** | 8,79 | 8,27 | 8,43 | 7,95 | 6,96 | 7,98 | **10,00** |
| Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (wskaźnik dla beneficjentów projektów zakończonych) *według dokumentów* | lata | **16,00** | 8,08 | 8,29 | 8,06 | 6,84 | 4,96 | 6,57 | **10,00** |
| Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (wskaźnik dla beneficjentów projektów zakończonych) *według CAWI* | lata | – | 7,45 | 7,69 | 7,99 | 6,97 | 5,89 | 6,16 | – |

Źródło: dane beneficjentów, wyniki badania CAWI.

Budowa tego wskaźnika ma to do siebie, że co roku jego wartość rośnie o jeden (sprzęt się starzeje), stąd oprócz zweryfikowania, czy osiągnięto wartość docelową należy zbadać, czy będzie ona utrzymana w roku 2015.

Obie metody pomiaru wskazują, że średni wiek aparatury radiologicznej wynosi nieco ponad 6 lat w 2012 roku, co daje duży margines bezpieczeństwa, nawet dla roku 2015, kiedy obecny sprzęt będzie starszy o 3 lata. **Bez jakichkolwiek nowych zakupów wartość docelowa zostanie dotrzymana**, bowiem średni wiek aparatury wyniesie ok. 9-9,5 roku.

## 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

W trakcie badania pozyskano dane z dokumentacji projektowej (umów o dofinansowanie / aneksów do umów o dofinansowanie, wniosków beneficjentów o płatność końcową) udostępnionej do wglądu w siedzibie Instytucji Pośredniczącej II stopnia (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Jednocześnie zapytano beneficjentów o obecny poziom specjalistycznych badań medycznych, które wykonali zakupionym w projektach sprzętem. W poniższej tabeli przedstawiono dane za lata 2007-2012:

**Tabela 12. Dane dotyczące potencjalnej liczby specjalistycznych badań medycznych, które zostaną bądź zostały wykonane zakupionym sprzętem w projektach zakończonych w Działaniu 12.2 za lata 2007-2012.**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Łącznie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem *według umów o dofinansowanie projektu* | tys. szt. | – | 0,0 | 0,1 | 0,8 | 77,5 | 307,8 | 444,9 | **831,1** |
| Liczba specjalistycznych badań medycznych, które wykonano zakupionym sprzętem do złożenia wniosku o płatność końcową *według wniosków płatność końcową* | tys. szt. | – | Bd. | Bd. | Bd. | Bd. | Bd. | Bd. | **248,3** |
| Liczba specjalistycznych badań medycznych, które wykonano zakupionym sprzętem *według CAWI* | tys. szt. | – | 1,7 | 1,7 | 2,6 | 65,5 | 747,5 | 943,4 | **1 762,3** |
| Liczba specjalistycznych badań medycznych, które wykonano zakupionym sprzętem *według CAWI (po doszacowaniu)* | tys. szt. | – | 1,7 | 1,7 | 2,7 | 67,3 | 767,7 | 968,8 | **1 809,9** |

Źródło: dane z umów o dofinansowanie projektów, wniosków o płatność końcową, wyniki badania CAWI.

Ten wskaźnik nie ma określonej wartości docelowej, stąd nie jest możliwa odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu wskaźnik jest osiągany. Pewnym punktem odniesienia może być wartość, jaką zaplanowali beneficjenci w umowach o dofinansowanie projektów – 831 tys. szt. O ile w momencie składania wniosków o płatność zrealizowali oni niemal 30% wartości z umów, o tyle w momencie realizacji badania CAWI **przekroczyli dwukrotnie zaplanowane wartości** (1,76 mln badań, a po doszacowaniu – 1,8 mln badań). Widać jednak, że tak dobre wyniki miały miejsce dopiero w 2011-2012 roku, kiedy większość projektów się zakończyła i sprzęt zakupiony w ramach projektów na dobre zaczął funkcjonować w strukturach szpitalnych.

Wniosek:

*Stopień osiągania zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym jest bardzo wysoki. Praktycznie wszystkie oprócz jednego wskaźnika dla Działania 12.1 „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców (os./rok)" przekroczyły już w 2012 roku wartość docelową. Natomiast omawiany wskaźnik uzyskał 92,5% wartości docelowej wskaźnika, a w przypadku zaakceptowania zmian proponowanych przez IP – 100%.*

### 3.2.2. Czy, a jeśli tak to które ze wskaźników rezultatu nie zostały jeszcze osiągnięte na poziomie ogólnokrajowym? Jakie są tego przyczyny?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto przede wszystkim do **danych projektowych** oraz **dokumentów programowych** i **sprawozdań** z realizacji Programu. W trakcie **badania CAWI** beneficjenci zostali zapytani o przyczyny nieosiągania wskaźników rezultatu. W czasie **panelu ekspertów** omówiono przyczyny niezrealizowania wskaźników i zweryfikowano wagi oraz ryzyka wynikające z CAWI (prawdopodobieństwo wystąpienia danej przyczyny równoznaczne z ryzykiem).

***

**1. Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1)**

Ten wskaźnik nie został jeszcze osiągnięty, ale tylko w przypadku, jeżeli zmiany proponowane przez IP nie zostaną przyjęte.

Projekty realizowane w ramach Działania 12.1 nie mają wpływu na wielkość tego wskaźnika tj. na liczbę zdarzeń w ratownictwie medycznym. Liczba interwencji wynika z ogólnego stanu zdrowia mieszkańców danego rejonu operacyjnego podległego ZRM, poziomu bezpieczeństwa na drogach, warunków pogodowych itp. Są to **czynniki zewnętrzne – losowe**, niezależne od samych jednostek. Praktycznie wszyscy pytani beneficjenci (z kilkoma wyjątkami) to potwierdzili tzn. obsługują oni wszystkie zdarzenia na swoim terenie i nie jest możliwe zwiększenie tego wskaźnika. Jak zauważył jeden z beneficjentów: *„nie ma korelacji pomiędzy posiadaniem nowej karetki a liczbą wystąpień wypadków i zachorowań"*, a także: *„ilość wezwań nie zależy od wieku i wyposażenia ambulansów"*.

Jedynie dwóch beneficjentów wskazało, że przyczyną utrudniającą zwiększenie wskaźnika jest nieprzystosowana do udzielania większej liczby świadczeń struktura organizacyjna w instytucji, a dwóch innych wskazało na brak środków finansowych np. niższy kontrakt z NFZ niż zakładano, w tym przerwa w udzielanym kontrakcie na ratownictwo medyczne (ten beneficjent wykazał, że w tym roku nadrobi wielkość wskaźnika o 4 tys. zdarzeń). Jeden beneficjent wskazał na przejęcie części przypadków przez Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną.

Wniosek:

*Nie jest sytuacją dobrą zwiększanie wartości wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia", tylko jego racjonalizacja. Jeżeli jednostki obsługują wszystkie zdarzenia – jest to sytuacja wystarczająca, żeby uznać, że cele Działania zostały spełnione. Cała polityka zdrowotna dąży do zmniejszania liczby interwencji tj. zmniejszenie ilości wypadków i zdarzeń.*

*Projekty mają za to wpływ na zwiększenie jakości usług tzn. zmniejszenie mediany czasu dojazdu do miejsca zdarzenia, poprawę skuteczności udzielanych świadczeń zdrowotnych, profesjonalną pomoc, poprawę komfortu transportu pacjenta z miejsca zdarzenia.*

Rekomendacja:

*Należy obniżyć poziom wartości docelowej wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia" do poziomu sugerowanego przez IP tj. 73,4, ponieważ (1) dążenie do zwiększenia wartości tego wskaźnika jest nieracjonalne, (2) cele tego Działania zostały osiągnięte, (3) trend spadkowy wskaźnika pokazuje pozytywne zmiany w społeczeństwie – spadek liczby zdarzeń, a więc wzrost bezpieczeństwa, zmniejszenie zachowań ryzykownych itp.*

2. **Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)**

   Wartość docelowa tego wskaźnika została już osiągnięta.

3. **Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2)**

   Wartość docelowa tego wskaźnika została już osiągnięta.

4. **Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[13] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2)**

   Wartość docelowa tego wskaźnika została już osiągnięta.

5. **Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2)**

   Wartość docelowa tego wskaźnika została już osiągnięta.

6. **Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)**

   Wartość docelowa tego wskaźnika nie została określona, jednakże beneficjenci uzyskali dwukrotnie wyższe wartości badań zakupionym sprzętem, niż zakładali w umowach o dofinansowanie projektów.

Wniosek:

*Pięć z sześciu wskaźników rezultatu zostało już osiągniętych na poziomie ogólnokrajowym. Jedynie wskaźnik „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców" nie został jeszcze osiągnięty – brakuje 7,5% do uzyskania wartości docelowej. Wynika to z czynników zewnętrznych – losowych, które regulują powstawanie zdarzeń, natomiast sama realizacja projektów nie ma wpływu na zwiększanie się wskaźnika, o ile jednostki docierają do wszystkich zdarzeń, które występują na danym obszarze. Zdaniem beneficjentów tak się właśnie dzieje.*

### 3.2.3. Czy można zidentyfikować wskaźnik/wskaźniki rezultatu, których osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym może być zagrożone w roku docelowym 2013(2015)? Jakie czynniki mogą mieć wpływ na nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźników?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze wykorzystano wiedzę z **poprzedniego pytania** badawczego (zebraną podczas desk research i badania CAWI). Dane zostały zweryfikowane i omówione w czasie **panelu ekspertów**. Ryzyka zostały przypisane do poszczególnych wskaźników i wskazano te wskaźniki, których osiągnięcie może być zagrożone.

***

1. **Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1)**

   Przyczyny nieosiągnięcia wskaźników oraz charakter projektów i brak wpływu na liczbę zdarzeń wskazują, że bez zaakceptowania zmian wartości docelowej wskaźnika (proponowanej przez IP) nie uda się osiągnąć wartości 79,2 zdarzeń na tysiąc mieszkańców. Czynniki są identyczne do

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

wskazanych wyżej. Ponieważ są one **czynnikami zewnętrznymi** oraz mają charakter losowy – ani beneficjenci, ani instytucje zaangażowane we wdrażanie Priorytetu nie mają na nie wpływu.

Niektórzy beneficjenci sugerowali, że należy zwiększyć obszar funkcjonowania ratownictwa medycznego ich jednostek, ale nie jest to rozwiązanie dobre, bowiem wskaźnik ma charakter względny tzn. wraz ze zwiększeniem obszaru (mianownik wskaźnika) rośnie liczba zdarzeń (licznik), stąd wynik pozostanie bez zmian, chyba że proporcje się zmienią – a to zależy właśnie od czynników zewnętrznych.

Z drugiej strony nieosiągnięcie wartości docelowej wskaźnika jest sytuacją pozytywną, o ile ratownictwo medyczne dociera do wszystkich zdarzeń, które pojawiają się na jej terenie.

**2. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)**

Osiągnięcie tego wskaźnika rezultatu na poziomie ogólnokrajowym nie jest zagrożone w roku docelowym 2013(2015).

**3. Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2)**

Osiągnięcie tego wskaźnika rezultatu na poziomie ogólnokrajowym nie jest zagrożone w roku docelowym 2013(2015).

**4. Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[14] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2)**

Osiągnięcie tego wskaźnika rezultatu na poziomie ogólnokrajowym nie jest zagrożone w roku docelowym 2013(2015).

**5. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2)**

Osiągnięcie tego wskaźnika rezultatu na poziomie ogólnokrajowym nie jest zagrożone w roku docelowym 2013(2015).

**6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)**

Wartość docelowa tego wskaźnika nie została określona.

Wniosek:

*Osiągnięcie pięciu z sześciu wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym nie jest zagrożone w roku docelowym 2013(2015). Jedynie wskaźnik „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców" jest zagrożony, bowiem nie uda się osiągnąć wartości 79,2 zdarzeń na tysiąc mieszkańców, co wynika ze specyfiki wskaźnika i braku wpływu projektów na jego zwiększenie. Stąd zasadna staje się zmiana proponowana przez IP, dzięki której wartość docelowa zostanie obniżona o 5,8 zdarzeń na tysiąc mieszkańców – wówczas wskaźnik zostanie osiągnięty na poziomie 100%.*

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

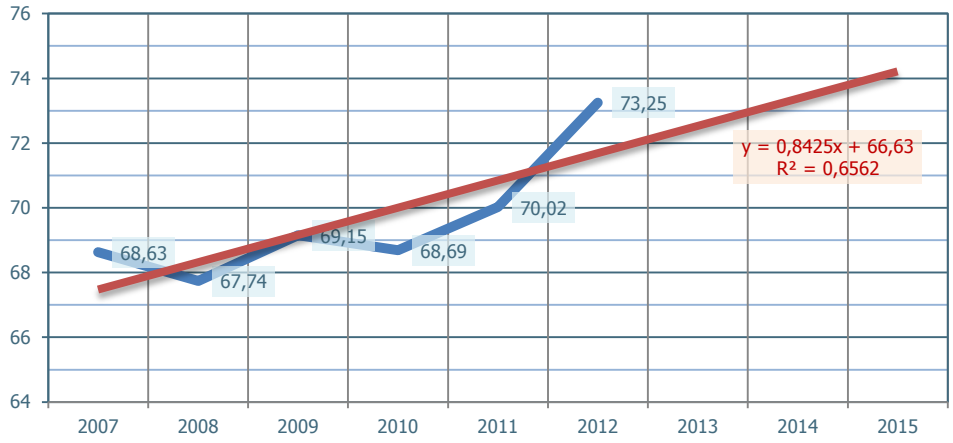
### 3.2.4. Jak należy ocenić szansę osiągnięcia na poziomie ogólnokrajowym poszczególnych wskaźników rezultatu założonych w dokumentach programowych?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze wykorzystano **tę samą wiedzę**. To pytanie jest uzupełnieniem poprzednich pytań, wobec czego **panel ekspertów**, bazując na czynnikach wpływających na osiąganie wskaźników i ryzykach z tym związanych, ocenił szanse na osiągnięcie każdego ze wskaźników. W tym celu przygotowana została również **analiza trendów** w osiąganiu wskaźników oraz **analiza kosztochłonności** osiągania wskaźników (czy wystarczy pozostałej alokacji na osiągnięcie wartości docelowej wszystkich wskaźników).

***

1. **Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1)**

Jak wskazano wyżej, **szanse osiągnięcia na poziomie ogólnokrajowym tego wskaźnika rezultatu jest niewielka**, biorąc pod uwagę czynniki zewnętrzne wpływające na jego wielkość. Nie jest możliwe też wyznaczenie kosztochłonności osiągania tego wskaźnika, gdyż pozyskiwanie jednostki rezultatu jest niezależne od ponoszonych kosztów.



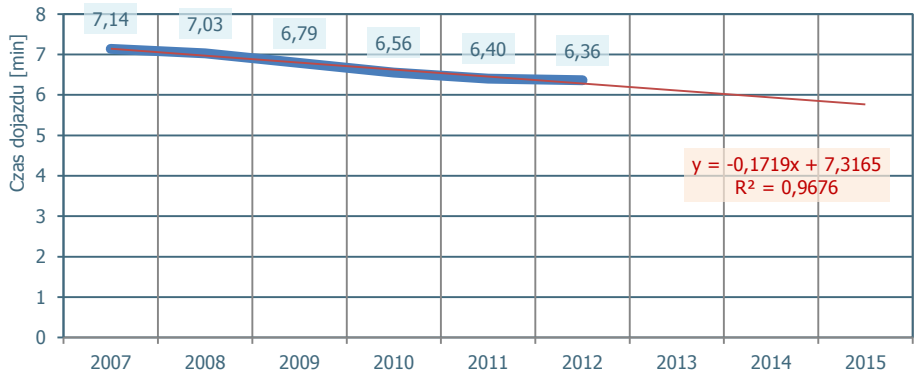

**Wykres 11.** **Poziom osiągania wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców) (os./rok)" wraz z trendem liniowym.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=101].

Trend wyznaczony na bazie wyników CAWI również nie jest wiarygodny, mimo iż zgodnie z nim w 2015 roku uzyskany zostanie poziom 74 zdarzeń na 1000 mieszkańców. W początkowych latach jednostki wskazywały na brak udzielanych zdarzeń, co zaniżyło wartości określone dla całego kraju. Z kolei trend wyznaczony na podstawie danych wtórnych jest spadkowy, a więc wartość docelowa byłaby jeszcze niższa (trend ten jest wzięty pod uwagę przez propozycję zmiany wartości docelowej proponowanej przez IP).

2. **Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)**

Szanse na osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym tego wskaźnika rezultatu założonego w dokumentach programowych są 100-procentowe. Niemniej jednak warto sprawdzić, czy trend osiągania tego wskaźnika nie jest niekorzystny.



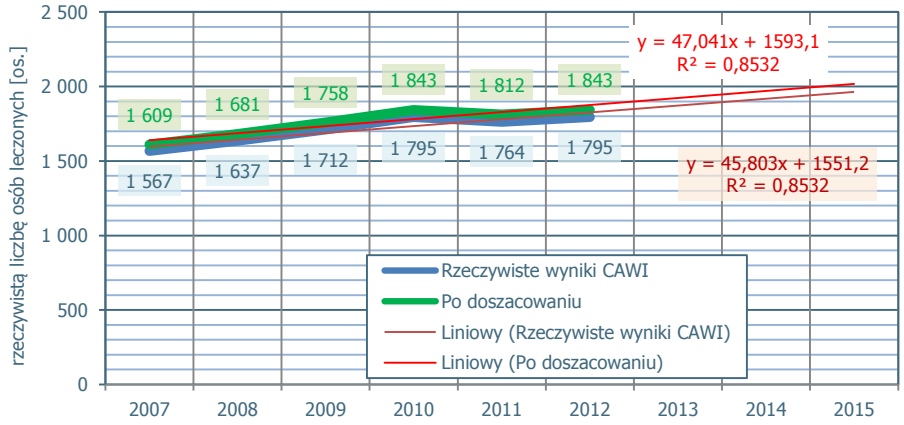

**Wykres 12.** **Poziom osiągania wskaźnika „Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca" wraz z trendem liniowym.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=96].

W przypadku tego wskaźnika trend jest malejący, co oznacza zmniejszanie się czasu dojazdu karetek na miejsca zdarzeń, a zatem **realizacja tego wskaźnika nie jest zagrożona**.

## 3. Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2)

Szanse na osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym tego wskaźnika rezultatu założonego w dokumentach programowych są 100-procentowe. Niemniej jednak warto sprawdzić, czy trend osiągania tego wskaźnika nie jest niekorzystny.



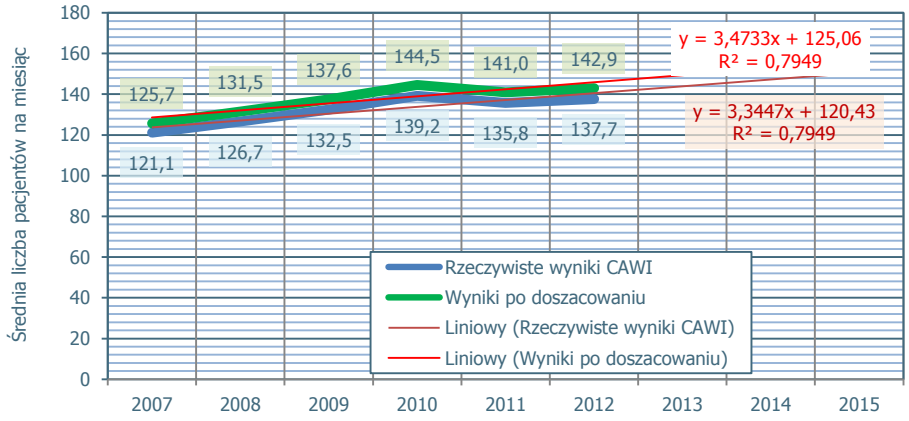

**Wykres 13.** **Poziom osiągania wskaźnika „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok)" wraz z trendem liniowym.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=41].

W przypadku tego wskaźnika trend jest rosnący, co oznacza zwiększanie się liczby osób leczonych z roku na rok, a zatem realizacja tego wskaźnika nie jest zagrożona.

## 4. Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[15] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2)

Szanse na osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym tego wskaźnika rezultatu założonego w dokumentach programowych są 100-procentowe. Niemniej jednak warto sprawdzić, czy trend osiągania tego wskaźnika nie jest niekorzystny.




**Wykres 14.** **Poziom osiągania wskaźnika „Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych (tys. os/miesiąc)" wraz z trendem liniowym.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=29].

Podobnie, jak w przypadku poprzedniego wskaźnika, rosnący trend wskazuje na brak zagrożeń w realizacji wskaźnika.

## 5. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2)

Szanse na osiągnięcie na poziomie ogólnokrajowym tego wskaźnika rezultatu założonego w dokumentach programowych są 100-procentowe. Jednocześnie przeprowadzona wcześniej analiza wskazuje, że nawet przy zaprzestaniu zakupów przez beneficjentów na obecnym poziomie, wartość docelowa w roku 2015 nadal zostanie dotrzymana.

## 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

Wartość docelowa tego wskaźnika nie została określona.

Wniosek:

*W przypadku pięciu z sześciu wskaźników rezultatu na poziomie ogólnokrajowym szansę osiągnięcia założonych w dokumentach programowych wartości są 100-procentowe. Jedynie w przypadku jednego wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia na 1 000 mieszkańców" istnieje zagrożenie, o czym była mowa już wyżej.*

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

### 3.2.5. Jak stopień osiągania wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym?

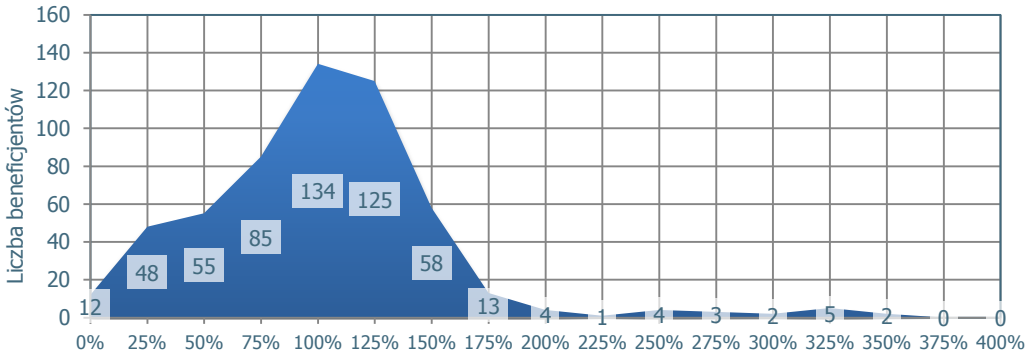
Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto przede wszystkim do **danych projektowych** oraz **dokumentów programowych** (zebranych w poprzednich pytaniach). Porównany został stopień osiągania wskaźników u poszczególnych beneficjentów ze stopniem osiągania wskaźników na poziomie krajowym. Dzięki temu możliwa była odpowiedź na pytanie pomocnicze, czy osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym jest wynikiem realizacji kilku kluczowych projektów, czy wszystkich projektów w równym stopniu.

W tym celu wskaźnik rezultatu osiągany przez każdego beneficjenta podzielono przez średni wskaźnik dla Programu i w procentach określono odchylenie wartości beneficjenta od wartości średniej (100% oznacza uzyskanie przez beneficjenta dokładnie wartości średniej dla Priorytetu w danym roku). Następnie obliczono częstości poziomów, wskazując jak wielu beneficjentów uzyskało wartość z danego przedziału.

***

**1. Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1)**

W przypadku tego wskaźnika stopień osiągania go przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ ma rozkład normalny, chociaż widać pewne odchylenia.



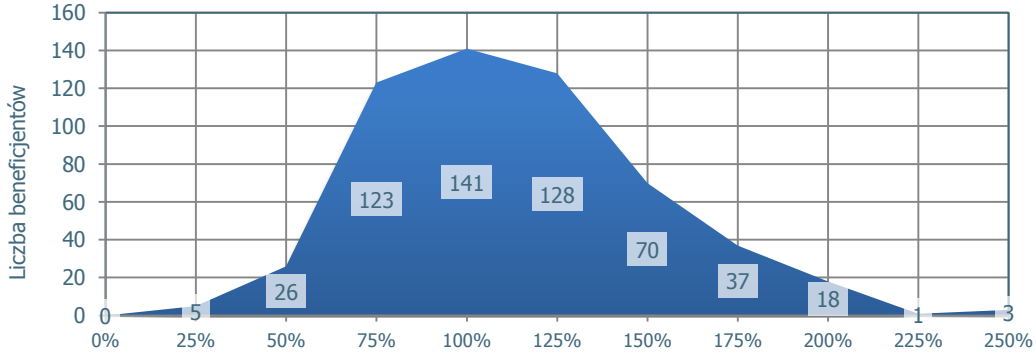

**Wykres 15.** **Częstość poziomu osiągania wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców) (os./rok)" przez beneficjentów w odniesieniu do średniej dla Priorytetu w danym roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=101].

Najwięcej beneficjentów uzyskało wartość zbliżoną do średniej wartości dla Priorytetu w danym roku (134). Natomiast widoczna jest znacząca przewaga beneficjentów, którzy uzyskali nieco większą wartość wskaźnika niż średnia w porównaniu do analogicznego przedziału poniżej średniej. Z drugiej strony, widać znaczący udział beneficjentów, którzy uzyskali bardzo niskie wartości wskaźnika w porównaniu do średniej. Takie wyniki uzyskali beneficjenci z małych obszarów (małych miasteczek). Z kolei znacząco wyższe wartości wskaźnika w porównaniu do średniej pojawiają się głównie w dużych aglomeracjach.

**2. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)**

W przypadku tego wskaźnika stopień osiągania go przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ ma również rozkład normalny.



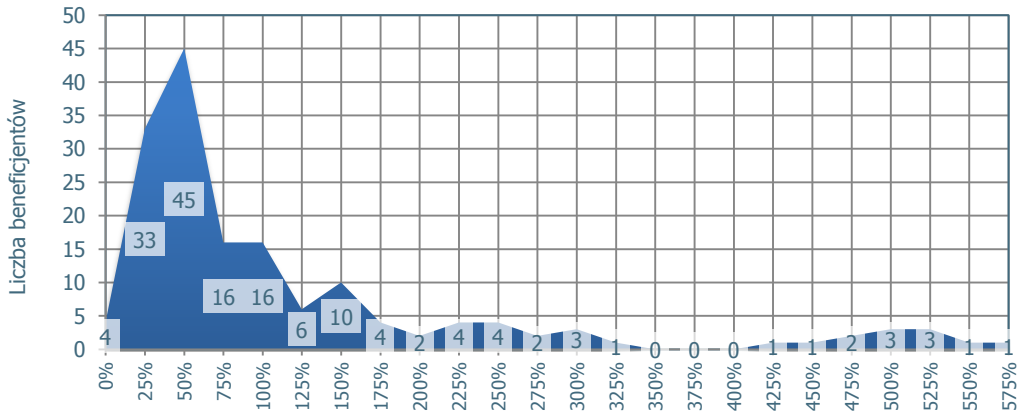

**Wykres 16.** **Częstość poziomu osiągania wskaźnika „Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca" przez beneficjentów w odniesieniu do średniej dla Priorytetu w danym roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=96].

Analizując powyższy wykres można powiedzieć, że stopień osiągania tego wskaźnika rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ **przekłada się w równym stopniu** na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym. Nie można zauważyć zróżnicowania lub jakichkolwiek anomalii, które mogłyby mieć wpływ na osiąganie wartości tego wskaźnika w przyszłości.

## 3. Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2)

W przypadku tego wskaźnika stopień osiągania go przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ ma zróżnicowany rozkład, co przedstawia poniższy wykres.




**Wykres 17.** **Częstość poziomu osiągania wskaźnika „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok)" przez beneficjentów w odniesieniu do średniej dla Priorytetu w danym roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=41].

Analizując powyższy wykres można powiedzieć, że stopień wpływu tego wskaźnika rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym **jest podzielony na trzy grupy**. Przede wszystkim największą grupę stanowią małe szpitale, osiągające połowę średniej liczby pacjentów (45 szpitali), drugą grupę stanowią szpitale, które mają 2-3 razy więcej pacjentów niż wynosi średnia (16 szpitali). Można wyznaczyć również grupę dużych szpitali, które przekraczają 4-5 razy średnią liczbę pacjentów i jest ich najmniej (12). Oznacza to, że małe szpitale są równoważone przez duże szpitale. Istnieje zatem duże

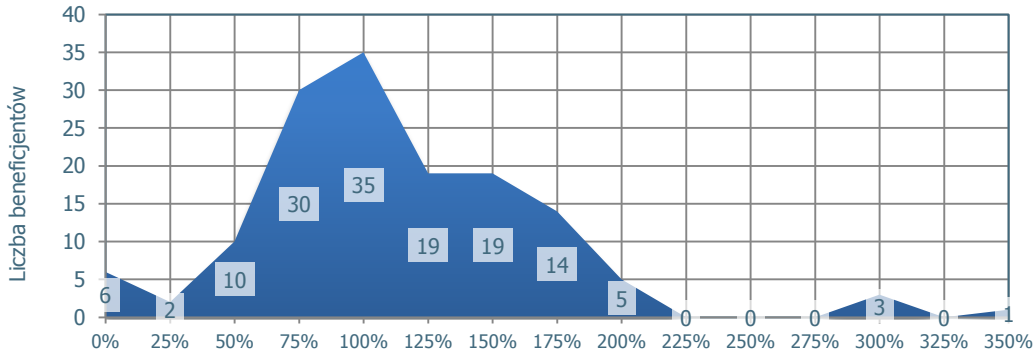
ryzyko, że zmiany spowodowane u kilku dużych beneficjentów mogą **w znaczącym stopniu wpłynąć na zmiany wskaźnika na poziomie ogólnokrajowym**.

### 4. Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[16] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2)

Sytuacja w przypadku tego wskaźnika jest analogiczna do sytuacji poprzedniego wskaźnika, dlatego nie będzie w tym miejscu odrębnie omawiana.

### 5. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2)

W przypadku tego wskaźnika stopień osiągania go przez beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ ma również rozkład normalny.




**Wykres 18.** **Częstość poziomu osiągania wskaźnika „Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej" przez beneficjentów w odniesieniu do średniej dla Priorytetu w danym roku.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=34].

Analizując powyższy wykres można powiedzieć, że stopień osiągania tego wskaźnika rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ **przekłada się w równym stopniu** na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym. Istnieją jednak 4 szpitale, które posiadają bardzo starą aparaturę radiologiczną, której wiek przekracza 3-krotność średniej, stąd **odnowienia jej w tych jednostkach mogłoby bardzo korzystnie wpłynąć** na wartość wskaźnika na poziomie ogólnokrajowym. Tą zasadę można zastosować do szpitali, które posiadają aparaturę 2-krotnie starszą niż średnia (5 jednostek). Uczestnicy Panelu Ekspertów wskazali na możliwe wytłumaczenie tej sytuacji. Beneficjenci mogą trzymać stary sprzęt na stanie (jako nieaktywny, ale wykazywany), ponieważ koszty utylizacji / likwidacji takiego sprzętu są zbyt wysokie i brakuje im dostępnych środków na ten cel.

### 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

W przypadku tego wskaźnika nie jest celowe wyliczenie wpływu tego wskaźnika rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym. Jest to wskaźnik dotyczący jedynie interwencji, w związku z czym jest różnie osiągany w latach przez różnych beneficjentów (w zależności od momentu zakończenia projektu). Dlatego jego analiza wykazywałaby znacząco dużo wartości bliskich zeru.

Wniosek:

*Stopień osiągania wskaźników rezultatu u beneficjentów Priorytetu XII PO IiŚ przekłada się na osiąganie wskaźników na poziomie ogólnokrajowym w sposób równomierny (rozkład normalny).*

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

*Uzależniony jest on od różnych czynników, jak np. rodzaju obszaru, jaki beneficjent obsługuje (im obszar jest bardziej zurbanizowany, tym wartość wskaźnika wyższa) w przypadku wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia", czy wielkość szpitala w przypadku wskaźnika „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW" (i zależnego od niego wskaźnika „Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych"). W tych dwóch przypadku rozkład nie jest normalny – charakteryzuje się równoważeniem małych szpitali dużymi, co powoduje uzależnienie wartości wskaźnika od kilku, kilkunastu beneficjentów. Z kolei w przypadku wskaźnika „Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej", mimo rozkładu normalnego, wpływ na wartość ogólnokrajową ma kilka szpitali posiadających relatywnie kilkukrotnie starszą aparaturę niż pozostali.*

### 3.2.6. W jakim stopniu zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto przede wszystkim do **danych projektowych** oraz **dokumentów programowych**. Była to kontynuacja, dopełnienie analizy przeprowadzonej na potrzeby poprzedniego pytania badawczego.

***

**1. Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1 000 mieszkańców (os./rok) (Działanie 12.1)**

W ramach badania CAWI beneficjenci określili, w jakim stopniu projekty wpłynęły na realizację tego wskaźnika, przy czym należy to rozumieć głównie jako udział zdarzeń obsługiwanych przez karetki zakupione w wyniku realizacji projektów we wszystkich obsługiwanych zdarzeniach przez daną jednostkę. Jak wskazują sugestie beneficjentów w ankiecie CAWI i rozmowy z nimi podczas studiów przypadku, w większości przypadków projekty nie wpływały na zwiększenie liczby obsługiwanych zdarzeń, ale na jakość obsługi.

**Tabela 13. Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII na realizację wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia".**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2005 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia (na 1000 mieszkańców) | na 1000 mieszk. na rok | **79,1** | 68,63 | 67,74 | 69,15 | 68,69 | 70,02 | 73,25 | **79,2 /73,4**[17] |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | na 1000 mieszk. na rok | – | 0,09 | 0,78 | 1,00 | 1,63 | 2,02 | 2,27 | – |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | % wartości wskaźnika | – | **0,13%** | **1,16%** | **1,45%** | **2,37%** | **2,88%** | **3,10%** | – |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI.

Powyższa tabela pokazuje, że udział zdarzeń obsługiwanych sprzętem z projektów rósł na przestrzeni 2007-2012 roku – miarę realizacji i kończenia działań związanych z zakupem karetek – z **0,13% do 3,1%**. Jest to najniższy wynik spośród wszystkich wskaźników rezultatu, spowodowany głównie znaczącą liczbą obsługiwanych zdarzeń i stosunkowo niewielkim odsetkiem karetek, które zostały zakupione w ramach projektów, w ogólnej liczbie karetek, jaką dysponują beneficjenci.

[17] IP zgłosiła propozycję zmiany wartości docelowej na 73,4 na 1000 mieszkańców w wersji 4,0 PO IiŚ.

## 2. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca (Działanie 12.1)

Realizacja projektów polegających na zakupie karetek zdecydowanie spowodowała skrócenie czasu dojazdu na miejsce zdarzenia, co potwierdzili beneficjenci w badaniu, mimo, iż wielu z nich twierdzi, że skrócenie czasu dojazdu byłoby możliwe w większym zakresie, gdyby udrożnić szlaki transportowe i poprawić ich jakość. Niemniej jednak beneficjentom udało się w miastach pow. 10 tys. mieszkańców o **11,2% skrócić czas dojazdu** (potwierdza to spadek globalnej mediany z 7,14 do 6,36 minut).

**Tabela 14. Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII na realizację wskaźnika „Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca".**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca. - w mieście powyżej 10 tyś. mieszkańców | min | **6,00** | 7,14 | 7,03 | 6,79 | 6,56 | 6,40 | 6,36 | **8,00** |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | min | – | 0,11 | 0,26 | 0,49 | 0,69 | 0,80 | 0,71 | – |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | % | – | **1,56%** | **3,65%** | **7,15%** | **10,57%** | **12,50%** | **11,22%** | – |
| - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców | min | **13,00** | 14,02 | 13,53 | 13,05 | 13,05 | 12,72 | 12,46 | **15,00** |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | min | – | 0,12 | 0,33 | 0,80 | 0,89 | 1,04 | 1,23 | – |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | % | – | **0,87%** | **2,41%** | **6,12%** | **6,82%** | **8,15%** | **9,85%** | – |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI.

Poza miastami pow. 10 tys. mieszkańców, spadek mediany był niższy i **wyniósł 10%**, co oznacza, że cały spadek globalnej wartości mediany (z 14,02 do 12,46 minut) **dokonał się dzięki realizacji projektów**.

Nieco mniejszy procentowo spadek mediany poza miastami pow. 10 tys. mieszkańców nie oznacza, że jest to wynik gorszy, bowiem w skali bezwzględnej spadek wyniósł aż 1,56 minuty, podczas gdy w miastach pow. 10 tys. mieszkańców – jedynie 0,78 minuty.

## 3. Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok) (Działanie 12.2)

Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW rosła z 1,61 mln w 2007 do 1,84 mln – w 2012, a więc o 234 tys. osób. Rósł również wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII na ten wskaźnik – od 0% **do 6,3%**.

**Tabela 15. Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII na realizację wskaźnika „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW (tys./rok)".**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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. os. / rok | **1 274,50** | 1609,35 | 1681,30 | 1757,85 | 1843,11 | 1811,57 | 1843,42 | **1 460,30** |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | tys. os. / rok | – | 0,00 | 9,02 | 2,94 | 50,80 | 102,90 | 118,56 | – |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | % | – | **0,00%** | **0,54%** | **0,17%** | **2,76%** | **5,68%** | **6,43%** | – |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI.

W przypadku tego wskaźnika również można zauważyć, że **wzrost liczby leczonych osób dokonał się w znaczącym stopniu dzięki realizacji projektów** (łącznie jest to 284 tys. os. w ciągu całego okresu), chociaż wzrost w poszczególnych latach był różny. Wynika to z wielu przyczyn. Podczas studium przypadku, jeden z beneficjentów stwierdził: *„Nie spodziewaliśmy się nawet, że tak się zwiększy ilość pacjentów, którzy będą do nas trafiać. Wynika to z kilku przyczyn. Z pewnością duże znaczenie ma rosnąca renoma szpitala wśród pacjentów – mieszkańcy sąsiednich powiatów zgłaszają się do szpitala […], zamiast w swojej miejscowości. Jedyne w województwie lądowisko przystosowane do przyjmowania wszelkiego rodzajów helikopterów również sprzyja napływowi pacjentów spoza powiatu."* Przekłada się to na zwiększanie kontraktu z NFZ i większe szanse przy aplikowaniu w konkursach ze względu na coraz bogatszą ofertę.

## 4. Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych[18] (tys. os/miesiąc) (Działanie 12.2)

Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych jest pochodną poprzedniego wskaźnika, stąd wyniki są również podobne. W tym przypadku wartość wskaźnika rosła z 121 tys. os./miesiąc do 137,6 tys. os./miesiąc, a więc wzrosła o 16,6 tys. os./miesiąc.

**Tabela 16. Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII na realizację wskaźnika „Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych (tys. os/miesiąc)".**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych | tys. os. / m-c | **85,30** | 121,05 | 126,66 | 132,46 | 139,19 | 135,78 | 137,65 | **89,60** |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | tys. os. / m-c | – | 0,00 | 0,73 | 0,24 | 4,12 | 7,54 | 8,41 | – |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | % | – | **0,00%** | **0,58%** | **0,18%** | **2,96%** | **5,55%** | **6,11%** | – |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI.

Projekty spowodowały wzrost wskaźnika o 8,4 tys. os./miesiąc w 2012 roku, a zatem **o 6,11%**. W skali wszystkich lat wzrost ten był znaczący – wyniósł 21 tys. osób na miesiąc, można powiedzieć, że **projekty w znacznym stopniu przyczyniły się do wzrostu tego wskaźnika**.

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

## 5. Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej (Działanie 12.2)

Największy wpływ projektów widać w przypadku wskaźnika średniego wieku stacjonarnej aparatury radiologicznej. Projekty przyczyniły się do jego spadku aż **o 2,18 lat w 2012 roku, a więc o 35,5%**.

**Tabela 17. Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII na realizację wskaźnika „Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej".**

| Wskaźnik w skali ogólnej | Jedn. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013(2015) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej | lata | **16,00** | 7,43 | 7,68 | 7,98 | 6,95 | 5,88 | 6,14 | **10,00** |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | lata | – | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,52 | 1,94 | 2,18 | – |
| Wpływ projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII | % | – | **0,00%** | **0,19%** | **0,18%** | **7,44%** | **32,99%** | **35,46%** | – |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI.

W tym przypadku również widać **znaczący wpływ projektów** na zmiany średniego wieku aparatury, bowiem w latach 2007-2009, kiedy niewiele projektów się kończyło, średni wiek rósł, natomiast od 2010 do 2011 roku, gdy największa grupa projektów kończyła się, wskaźnik ten malał znacząco (o 1,9 roku). W 2012 roku średni wiek ponownie zaczyna rosnąć, bowiem liczba projektów realizowanych nie jest wystarczająca, aby powstrzymać wzrost wskaźnika (co roku każdy sprzęt starzeje się, więc co roku wartość wskaźnika zwiększa się o 1).

## 6. Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)

W przypadku tego wskaźnika, całość uzyskanej wartości wskaźnika wynikała z realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.

Wniosek:

*Stopień, w jakim zakończone projekty wpłynęły na poziom realizacji zaplanowanych w dokumentach programowych wskaźników rezultatu, był zróżnicowany, niemniej jednak w trzech na pięć wskaźników, mieścił się w przedziale 6-14% w ostatnim roku, 2012. Oczywiście, wpływ ten rósł niemal od zera począwszy od pierwszych lat do tego poziomu. W jednym przypadku („Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia") wpływ był nawet 2-3-krotnie niższy – wyniósł tylko 3%, a w innym („Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej") – 3-krotnie wyższy i wyniósł 35%. W każdym przypadku można zauważyć, że zmiany wskaźnika dokonywały się w większości dzięki projektom realizowanym w ramach Priorytetu XII, zatem wpływ projektów był nieoceniony.*

## 3.3. Identyfikacja i ocena ewentualnych dodatkowych (tzn. nie zakładanych w dokumentach programowych) bezpośrednich efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

Czynności podjęte w celu szczegółowym 3 skupiły się na analizie **użyteczności** osiąganych efektów i przebiegały następująco. Badanie rozpoczęła **analiza danych statystycznych**, które opisywały wskazane przez Zamawiającego efekty, a także analiza różnych raportów i analiz z tego zakresu niezbędna do określenia innych efektów, wskazywanych w tych źródłach, a także do opisu efektów poprawy jakości infrastruktury. Stanowiło to punkt wyjścia do badań terenowych. Dodatkowo, przeanalizowano wnioski o dofinansowanie w zakresie wskazywanych przez beneficjentów dodatkowych efektów z realizacji projektów (wynikających z analizy kosztów i korzyści).

Posiadając dane z dokumentów rozpoczęto **badanie CAWI** beneficjentów, z którego pozyskano szczegółowe dane dotyczące tego, jakie efekty wystąpiły u beneficjentów i w jakim rozmiarze oraz jak bardzo poprawiła się infrastruktura techniczna. Przyjęto założenie, że w studiach wykonalności (informacje te wskazano we wnioskach o dofinansowanie) efekty są hipotetyczne, natomiast we wnioskach o płatność beneficjenci raczej nie będą pisać o tych efektach, albo jeżeli będą – zrobią to w sposób szczątkowy i niepełny, dlatego konieczne było przebadanie wszystkich beneficjentów dokładnie pod tym kątem w badaniu terenowym.

Różnorodność efektów, ich przyczyny, następstwa i powiązania wymagało szczegółowego przeanalizowania na **konkretnych przypadkach**, w konkretnych sytuacjach i okolicznościach, dlatego warto było wybrać do analizy beneficjentów, którzy uzyskali najbardziej spektakularne i rozległe efekty dodatkowe. Dlatego bazując na wynikach CAWI, wybrano najciekawsze pod względem efektów projekty (do przeprowadzenia **studiów przypadku**), a następnie zebrano informacje ze źródeł wtórnych (głównie ze stron internetowych). W dalszym kroku przeprowadzono wywiady pogłębione z przedstawicielami kierownictwa beneficjentów.

Na zakończenie, po uzyskaniu pogłębionych danych o efektach projektów, możliwa była ich weryfikacja (urealnienie) w oparciu o **obserwacje nieuczestniczące**. Podczas wywiadów indywidualnych z kierownictwem jednostek uzyskano jednostronną wiedzę respondentów. Dlatego kluczowe było zweryfikowanie tych efektów w rzeczywistości, bowiem kierownictwo jednostek – z uwagi na charakter efektów – mogło nie być w pełni obiektywne. W trakcie obserwacji badacz weryfikował w praktyce pozyskane wcześniej dane obserwując infrastrukturę, jej funkcjonowanie, sprawność, efektywność, jakość usług.

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

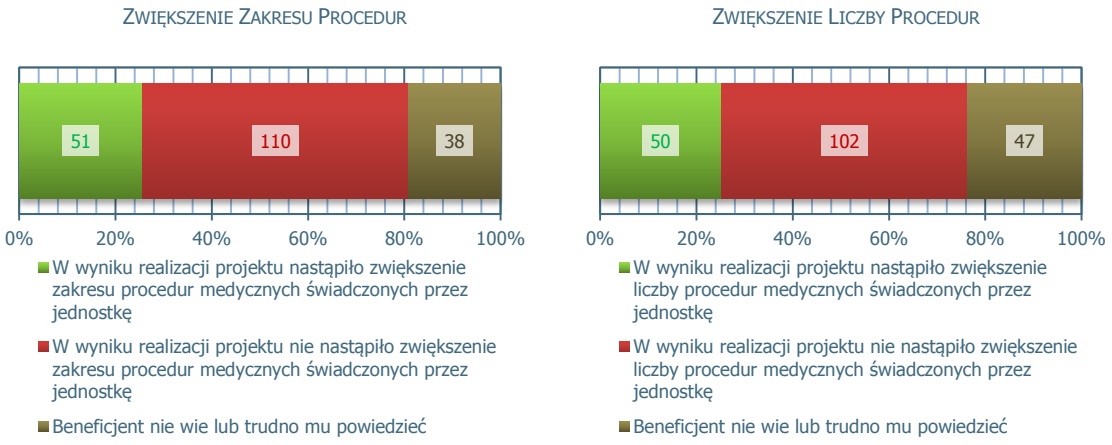
- Zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia;
- Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, wykonanie diagnozy/zabiegu;
- Zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów wsparcia;
- Zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie;
- Podniesienie jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie;
- Zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów ratujących życie;
- Zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia;

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do **danych zastanych**, a także zapytano o wpływ projektów samych beneficjentów w **ankiecie CAWI** i pogłębiono zagadnienie w ramach **case study**. Kluczowe było w tym przypadku dokonanie weryfikacji uzyskanych podczas **wywiadów indywidualnych** danych poprzez przeprowadzenie obserwacji nieuczestniczącej na miejscu u beneficjentów służącej zbadaniu wystąpienia w rzeczywistości wskazanych przez beneficjentów efektów.

***

### 1. Zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia

Dzięki realizacji projektów **co czwarty beneficjent** odnotował wzrost zakresu procedur i liczby procedur realizowanych w jego jednostce. Efekt ten dotyczy zarówno beneficjentów Działania 12.1, jak i Działania 12.2.



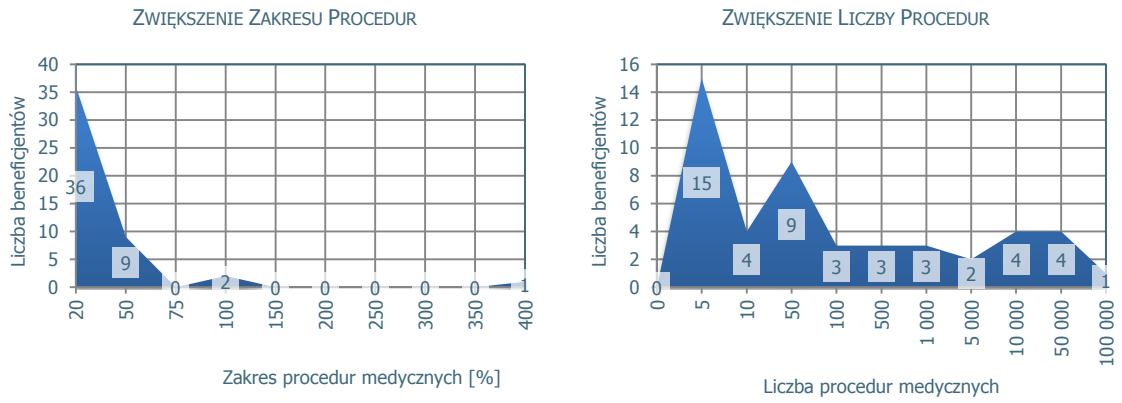

**Wykres 19.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na zwiększenie zakresu/liczby procedur medycznych świadczonych przez beneficjentów wsparcia.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

**Zakres procedur** zwiększył się średnio o 26%, a dodatkowo poniższy wykres pokazuje, że najwięcej beneficjentów zwiększyła zakres procedur właśnie o ok. 20%. Jedynie kilku beneficjentów wskazało na wartości pow. 100% (dwukrotnie i więcej).

Oprócz zakresu procedur, beneficjenci zwiększyli również **liczbę realizowanych procedur**. Wzrost ten był **znaczący**. Liczba procedur zwiększyła się średnio o 4,9 tys., ale w tym

przypadku rozkład zmian jest bardziej **różnorodny**. Często zwiększenie zakresu procedur szło w parze ze zwiększeniem liczby procedur: *„Realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia liczby i zakresu procedur medycznych (nie zakładanych w dokumentach programowych) jakie świadczy szpital. […] Pojawienie się nowej jednostki klinicznej – Kliniki Chorób Zakaźnych z Poradnią zaowocowało współpracą z Krajowym Centrum Współpracy do spraw AIDS. W klinice funkcjonuje oddział (jedyny w Polsce Południowo-Wschodniej), gdzie prowadzona jest hospitalizacja osób żyjących z wirusem HIV i chorych na AIDS. Jako efekt dodatkowy związany z realizacją projektu należy wymienić też rozszerzenie hospitalizacji na Oddziale Dziennym Chemioterapii."*



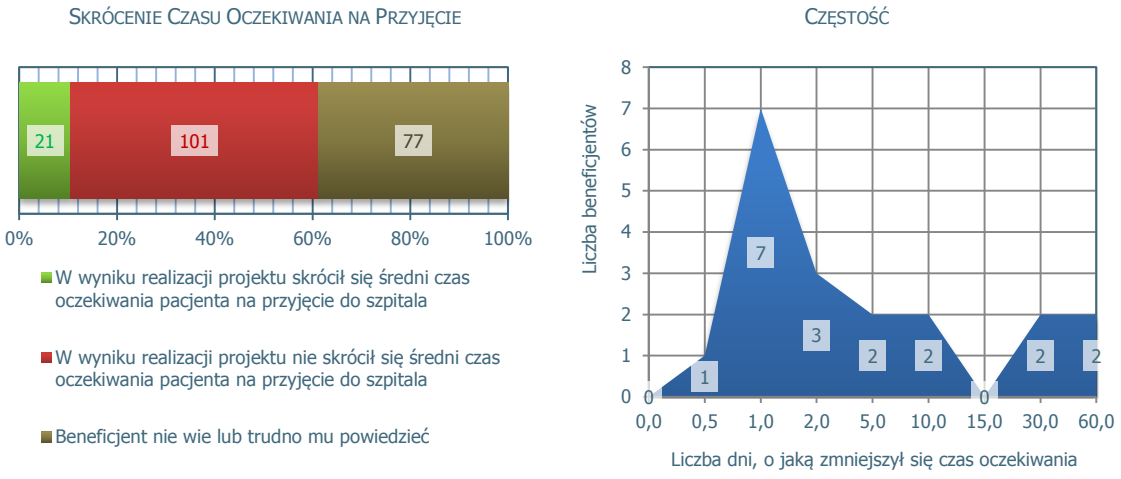

**Wykres 20.** **Częstość występowania zakresu i liczby procedur medycznych, o jaką beneficjenci zwiększyli świadczenie usług w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=48].

Najwięcej (15 beneficjentów) zmian było w obrębie 5 dodatkowych procedur, a także 50 procedur. Wielu beneficjentów uzyskało wzrost liczby realizowanych procedur na poziomie wyższym, idącym nawet w tysiące. Takie przypadki były jednak jednostkowe i nie zależały od Działania, w którym projekt był realizowany.

## 2. Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, wykonanie diagnozy/zabiegu

Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na **przyjęcie do szpitala** wystąpiło jedynie u co dziesiątego beneficjenta, a zatem było raczej **rzadkim efektem**, niemniej jednak **skala tego efektu była znacząca**. Przyczyny są różne, np. *„Skrócił się średni czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala ze względu na fizyczne rozdzielenie izby przyjęć na izbę przyjęć planową (niezależną od SOR) i izbę przyjęć, która zajmuje się tylko i wyłącznie rejestracją i przyjęciem pacjenta nagłego. Eliminuję się w ten sposób stratę czasu dzieląca pacjenta od przybycia do postawienia diagnozy. Pacjent po rozpoznaniu, wykonaniu zaopatrzenia lub postawieniu diagnozy jest kierowany odpowiednio na konkretny oddział szpitalny, pozostawiany na obserwację lub po opatrzeniu odsyłany do domu."*

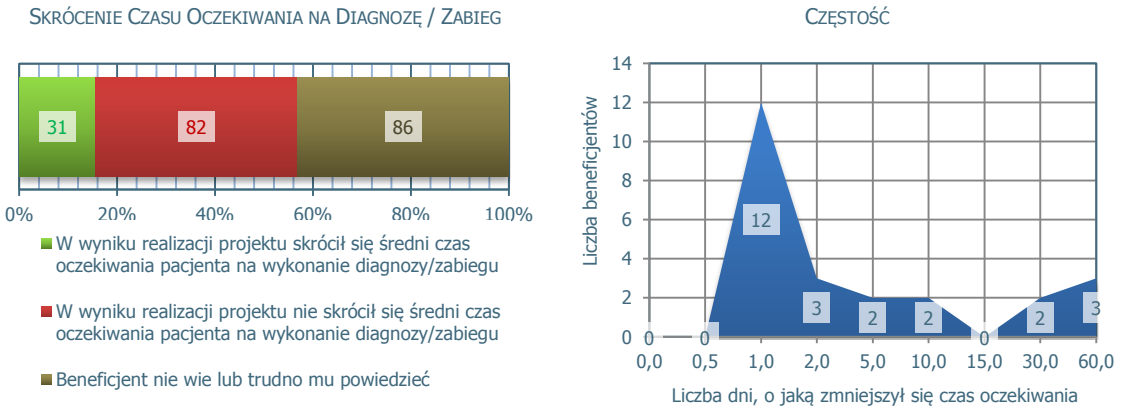



**Wykres 21.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

Warto tu zwrócić uwagę, że wyniki są zaburzone przez kilka projektów, w których okres, o jaki skrócił się czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, był znaczący i sięgał nawet 60 dni (średnia ukształtowała się na poziomie 9,05 dnia), stąd lepiej posługiwać się medianą, która wyniosła jedynie **2 dni**. Powyższy wykres pokazuje, że najczęściej okres oczekiwania na przyjęcie do szpitala **malał o 1-2 dni**.

Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na **wykonanie diagnozy/zabiegu** pojawiło się u nieco większego odsetka beneficjentów (**15%**), jednakże najczęściej wynosiło **1 dzień** (u 12 z 24 beneficjentów). Często oba aspekty skrócenia czasu występowały jednocześnie: *"Zakup rezonansu magnetycznego niewątpliwie przyczynił się do skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala. Pacjent planowy poddawany jest szybkiej diagnozie na miejscu, nie musi czekać w kolejce (przed projektem nawet do 2 tygodni) na przeprowadzenie badania u podwykonawcy. Podobnie jest w przypadku pacjenta nagłego, gdzie badanie rezonansem magnetycznym wykonuje się na cito poza jakakolwiek kolejką. Wcześniej było to niemożliwe. Także ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej wpływa na skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę. Po badaniu, wynik z opisem trafia bezpośrednio do terminala komputerowego w gabinecie lekarskim. Odbywa się to w ciągu jednego dnia".*



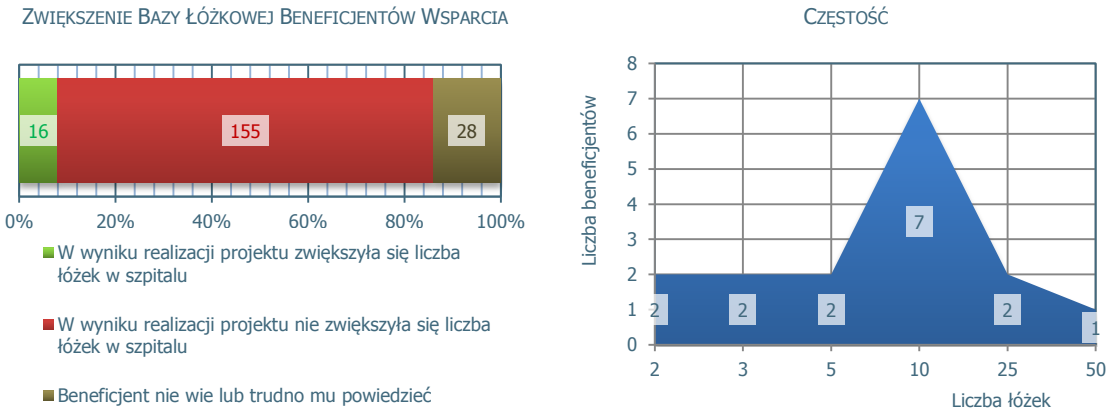

**Wykres 22.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wykonanie diagnozy/zabiegu.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

Można zauważyć jednak, że u 2 beneficjentów czas ten skrócił się aż o miesiąc, a u trzech – o 2 miesiące. Może mieć to znaczenie dla zwiększenia dostępności diagnostyki obrazowej, w tym onkologicznej na Górnym Śląsku, Lubelszczyźnie i w Warszawie.

## 3. Zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów wsparcia

Zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów nie nastąpiło na masową skalę, ale nie taki był główny cel Priorytetu XII. Jedynie niespełna **8% beneficjentów** wskazało na taki efekt projektów.




**Wykres 23.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na zwiększenie bazy łóżkowej beneficjentów wsparcia.**

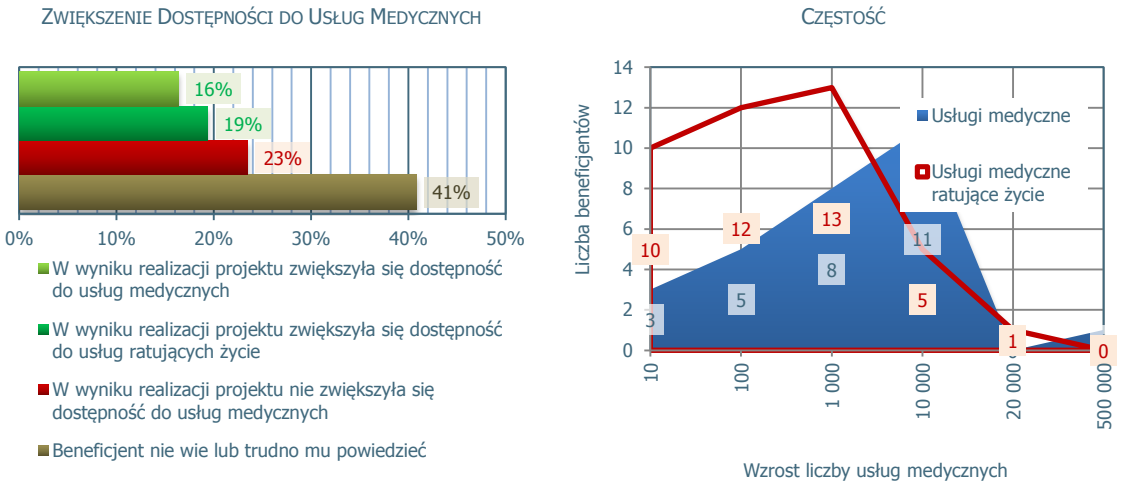
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

Jeżeli jednak efekt ten wystąpił, beneficjenci średnio zwiększali liczbę łóżek o 9,4, przy medianie równej 6 łóżek, a zatem rozkład zmian był w miarę normalny. Potwierdza to powyższy wykres. Najwięcej łóżek przybyło w szpitalach w Zabrzu (48), Warszawie (11) i Koszalinie (10).

## 4. Zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie

Możliwość realizacji większej liczby i zakresu procedur spowodowała znaczące **zwiększenie dostępności do usług medycznych** (u co szóstego beneficjenta), w tym – w większym stopniu (bo u co piątego beneficjenta) – dostępności do usług ratujących życie. Zwiększenie jakości badań często należy łączyć ze zmniejszeniem ich negatywnego wpływu na zdrowie pacjenta: *„jakość usług związana z badaniem RTG poprawiła się znacznie w porównaniu do okresu sprzed projektu. Nie mają miejsca sytuacje kiedy badanie należało z różnych przyczyn powtórzyć, co w przypadku konieczności ponownego naświetlania promieniami rentgena nie było korzystne dla zdrowia pacjenta".*

Zwiększenie dostępności (skrócenie czasu wykonywania badań i tym samym możliwość wykonania większej liczby badań) często idzie w parze ze wzrostem jakości badań, jak pokazuje przykład jednego ze studiów przypadku: *„realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia dostępności i jakości usług medycznych. Szpital ma możliwość wykonywania większej ilości usług, w tym nowo-oferowanych badań RMI. Poprawie uległa jakość dotychczas przeprowadzanych badań i zabiegów dzięki zakupowi nowego mammografu, aparatu RTG ramie typu C oraz zainstalowaniu systemu RIS/PACS".*



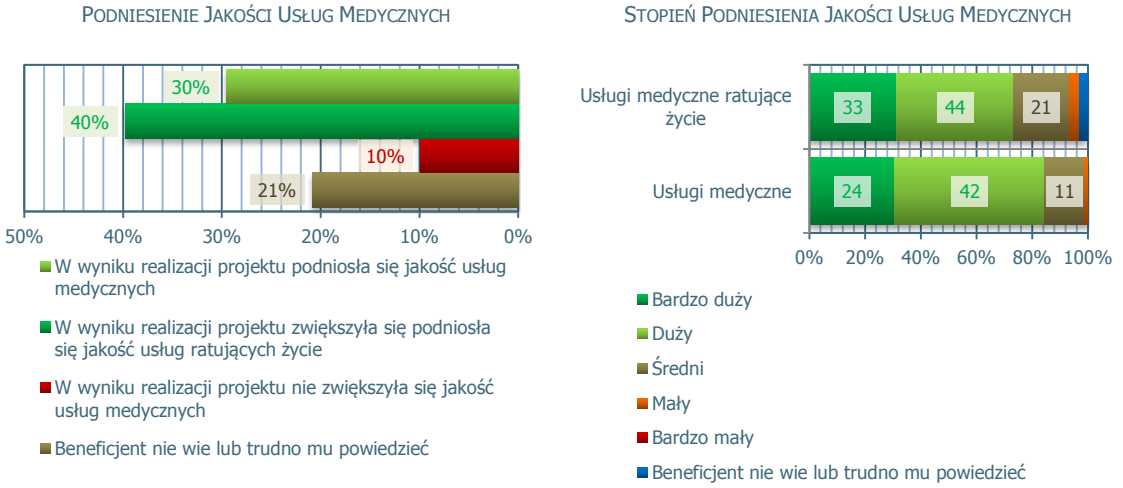

**Wykres 24.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na zwiększenie dostępności do usług medycznych, w tym do zabiegów ratujących życie.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199]. Możliwa była więcej niż jedna odpowiedź.

Wzrost dostępności do usług medycznych najłatwiej zweryfikować wzrostem liczby usług, które zostały wykonane. Analizując wyniki pokazane na powyższym wykresie można powiedzieć, że **wzrost dostępności był znaczący**, bowiem u jednego beneficjenta średnio wyniósł on 3 270 usług medycznych, a 780 usług ratujących życie – najczęściej w obu przypadkach było to jednak ok. **1-5 tys. usług**. Największy wzrost zanotowali jednak beneficjenci Działania 12.2 – szpitale w Warszawie (wzrost o 440 000 usług), Wałczu, Łodzi, Białymstoku, Gliwicach, chociaż czasami beneficjenci realizujący projekty w Działaniu 12.1 również uzyskiwali znaczący wzrost – jak w Koninie, czy Oświęcimiu.

## 5. Podniesienie jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie

Oprócz dostępności poprawiła się również **jakość istniejących usług** medycznych, w tym zabiegów ratujących życie.




**Wykres 25.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na podniesienie jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie.**

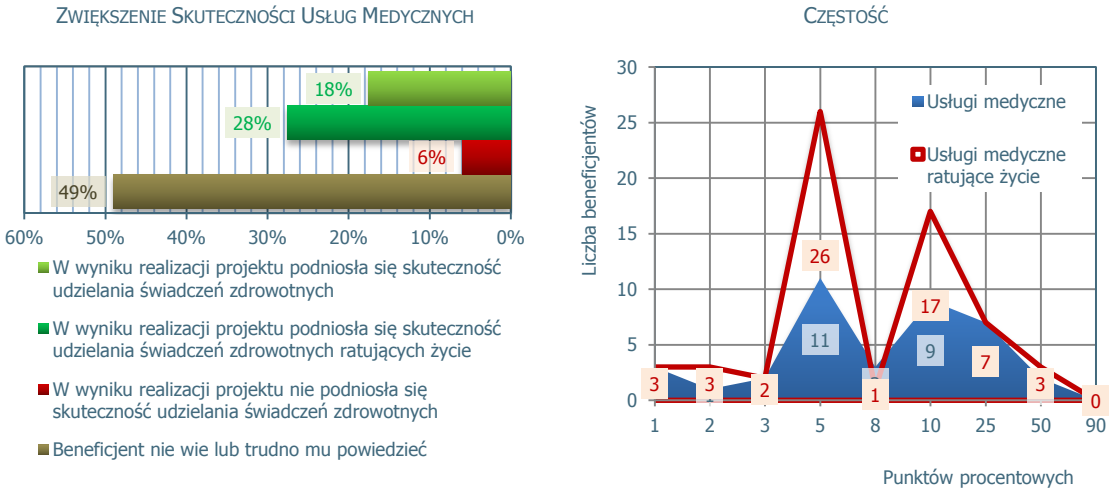
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199]. Możliwa była więcej niż jedna odpowiedź.

Poprawę taką zauważyło dwóch na pięciu beneficjentów (w przypadku zabiegów ratujących życie) i co trzeci beneficjent (w przypadku wszystkich usług medycznych). Jest to zatem **najczęściej pojawiający się efekt** bezpośredni projektów Priorytetu XII.

Nie tylko efekt ten jest najczęstszym efektem, ale również jego **siła jest oceniana bardzo wysoko** – znacząca większość beneficjentów (73-85%) uważa, że stopień podniesienia jakości usług był duży lub bardzo duży.

## 6. Zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów ratujących życie

Zarówno zwiększenie dostępności, jak i jakości usług medycznych powinno się przekładać na **wzrost skuteczności usług medycznych**. Tak też się dzieje w blisko 30% przypadkach (jeżeli chodzi o usługi ratujące życie) i 20% przypadkach (jeżeli chodzi ogólnie o zabiegi ratujące życie). Jest to zatem ogromny wpływ, który może się przekładać na zwiększenie stopnia wyleczalności pacjentów, a nawet zmniejszenie poziomu śmiertelności. Oczywiście idzie to w parze z jakością świadczonych usług, a tym samym z zadowoleniem pacjentów, co pokazuje jedno ze studiów przypadku: *„realizacja projektu zdecydowanie przyczyniła się do skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych przede wszystkim z powodu zakupionego nowego sprzętu służącego do bezpośredniego ratowania życia i zdrowia pacjenta. Nowy sprzęt jest mniej zawodny, bardziej dokładny co z pewnością idzie w parze z profesjonalnym zespołem medycznym i stanowi o zadowoleniu pacjenta. […] Nowe urządzenia medyczne są mniej awaryjne, nie ma w związku z tym sytuacji, kiedy pacjent nie może zostać odpowiednio szybko zdiagnozowany z powodu awarii sprzętu lub jego braku na oddziale ratunkowym. Stare, awaryjne urządzenia prowadziły do przedłużania procedur medycznych lub wręcz je uniemożliwiały”.*




**Wykres 26.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów ratujących życie.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199]. Możliwa była więcej niż jedna odpowiedź.

Jak wskazał podczas przygotowywania studium przypadku jeden z beneficjentów: *„Wyposażenie ambulansu w najwyższej jakości sprzęt medyczny zwiększyło skuteczność udzielania zabiegów ratujących życie. Jednak najważniejszą rolę w tym kontekście odgrywa zwiększenie niezawodności sprzętu ratunkowego zwiększające pewność przeprowadzenia skutecznej akcji ratowniczej. Dzięki zakupowi nowego ambulansu zespół ratowniczy nie musi się obawiać, czy sprzęt niezbędny do przeprowadzenia akcji ratunkowej będzie sprawny, tym bardziej, że ambulans, który został zastąpiony nadal jest w użytkowaniu beneficjenta jako ambulans*

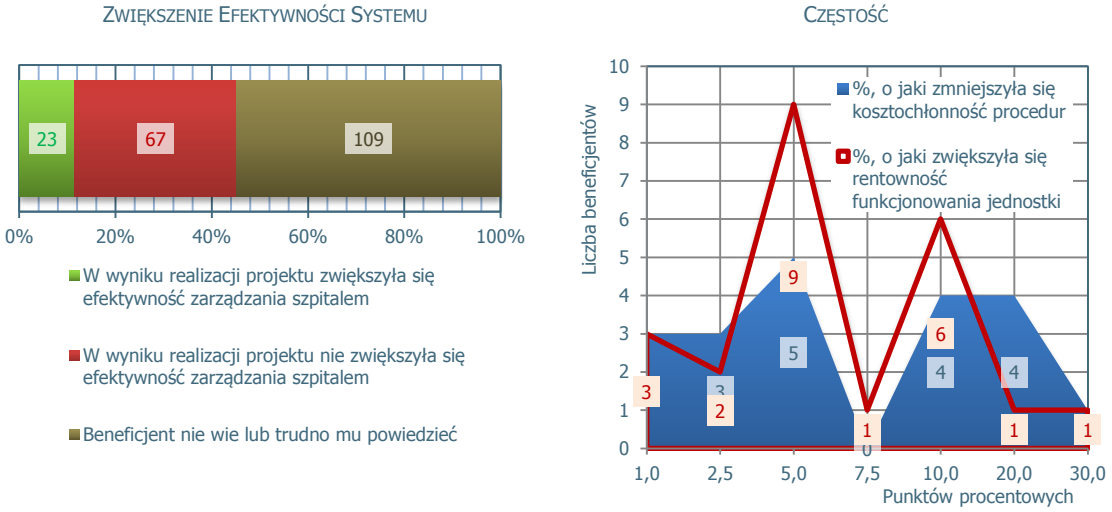
*transportowy, a zarazem pełni rolę ambulansu zastępczego, w sytuacji gdy ambulans zakupiony w ramach omawianego projektu jest poddawany pracom serwisowym."*

Poziom skuteczności usług medycznych zwiększył się o **średnio 9%**, przy czym **mediana wyniosła jedynie 5-6%**, co oznacza, że u wielu beneficjentów wzrost skuteczności był niski (na poziomie 5%), a u kilku beneficjentów wzrost był znacząco wysoki (50%), co potwierdza powyższy wykres. U sporej grupy beneficjentów jest zauważalny również wzrost na poziomie 10%.

## 7. Zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia

Ostatnim z rozpatrywanych efektów bezpośrednich (ale niezamierzonych) projektów realizowanych w ramach Priorytetu XII) było zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia, rozpatrywanych z punktu widzenia zmniejszenia kosztochłonności procedur oraz zwiększenia rentowności jednostek.

Okazuje się, że ten efekt dotyczy beneficjentów realizujących projekty zarówno w Działaniu 12.1, jak i 12.2. Nie jest on też efektem masowym – dotyczy jedynie 12% beneficjentów. **Zmniejszenie kosztochłonności** procedur udało się **średnio na poziomie 8,1%**, chociaż mediana wyniosła 5%, co oznacza, że beneficjenci głównie zmniejszają efektywność na niskim poziomie (jak się okazuje ok. 5%), chociaż można zauważyć również spadki na poziomie 10, czy 20%. Przykład zmniejszenia kosztochłonności procedur pokazuje jeden ze studiów przypadku: *„zrealizowany projekt miał największy wpływ na zakład radiologii, gdzie zdecydowanie zmniejszyła się kosztochłonność procedur związanych z wykonywaniem badań. Ubyły koszty związane z produkcją klasycznych błon radiologicznych, z utrzymaniem ciemni zdjęciowej, zakupem i utylizacją odczynników chemicznych, utrzymaniem archiwum zdjęciowego".*




**Wykres 27.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

**Poprawa rentowności jednostki** dotyczyła nieco większej liczby beneficjentów (23), jednakże średni poziom poprawy rentowności był na nieco **niższym poziomie (6,8%)**, ale mediana wyniosła tyle samo (5%). Największa grupa beneficjentów (9) zwiększyła bowiem rentowność jednostek o 5%, chociaż jest również spora grupa, która zwiększyła rentowność aż o 10%. W przypadku rentowności są to **znakomite wyniki**, chociaż rzadko oznacza to zysk w sferze materialnej: *„Udział w projekcie PO IiŚ przyczynił się do zwiększenia efektywności zarządzania szpitalem. Według opinii kierownictwa znacznej poprawie uległ wskaźnik rentowności (z -10 do -4) o 6 pp., poprawił się wynik finansowy i wskaźnik kapitału ogółem. Szpital przeprowadza badanie wydajności pracownika i ten wskaźnik po zakończeniu realizacji*

*projektu także wzrósł. Według opinii dyrekcji z pewnością udział w projekcie wpłynął na nowocześniejszy wizerunek szpitala i postrzegania go jako bardziej konkurencyjnego na rynku."*

Warto również zauważyć, że **przyczyną zwiększania efektywności** systemu ochrony zdrowia jest skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na zabieg / diagnozę, a także wszelkie działania poprawiające dostępność, jakość i skuteczność usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie.

Wniosek:

*Projekty realizowane w ramach Priorytetu XII powodowały powstawanie efektów dodatkowych (niezamierzonych na etapie składania) w różnym stopniu i zakresie. Największy odsetek beneficjentów doświadczył zwiększenia jakości usług medycznych ratujących życie (40%) i pozostałych (30%), a co najważniejsze – ich skuteczności (28% w przypadku usług ratujących życie i 18% - pozostałych), co przekłada się bezpośrednio na poziom śmiertelności pacjentów. Oprócz tego znacząco zwiększyła się dostępność do usług medycznych (16-19%), głównie za sprawą nowych możliwości, jakie daje zakupiony sprzęt, a więc wzrostu liczby i zakresu nowych procedur (u 25-26% beneficjentów), ale także za sprawą skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na zabieg / diagnozę (u 15% beneficjentów) i ogólnie czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie do szpitala (u 10% beneficjentów). Czas oczekiwania na przyjęcie zmniejszył się m.in. dlatego, że część beneficjentów (8%) zwiększyła liczbę łóżek. Dodatkowym efektem realizacji projektów było zwiększenie efektywności zarządzania szpitalem u 12% beneficjentów objawiające się zmniejszeniem kosztochłonności procedur o 8% i rentowności funkcjonowania szpitala o 7%.*

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

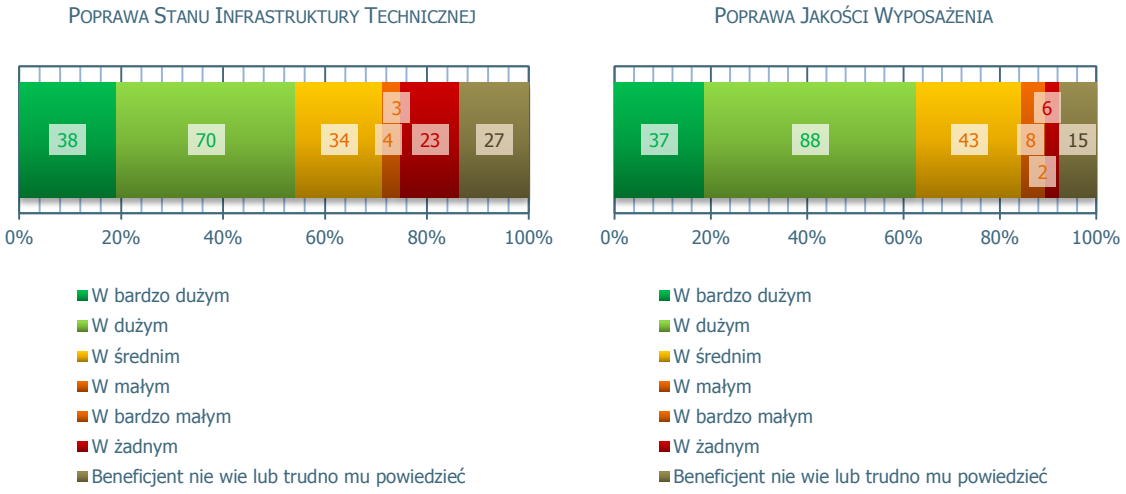
Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do **danych zastanych**. Dane uzupełniono w ramach badań terenowych: **CAWI** i **case study**.

W studiach przypadku znalazł się opis stanu infrastruktury beneficjentów przed uzyskaniem wsparcia i po zrealizowaniu inwestycji oraz dokonano analizy wpływu interwencji na ogólną sytuację ochrony zdrowia w Polsce w oparciu o dostępne raporty, opracowania, dane statystyczne, itd.

***

Poprawa stanu infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia dotyczy większości beneficjentów – jest to zatem **efekt masowy**, który spotkał trzech na czterech beneficjentów (w przypadku infrastruktury) i aż 9 na 10 (w przypadku wyposażenia).

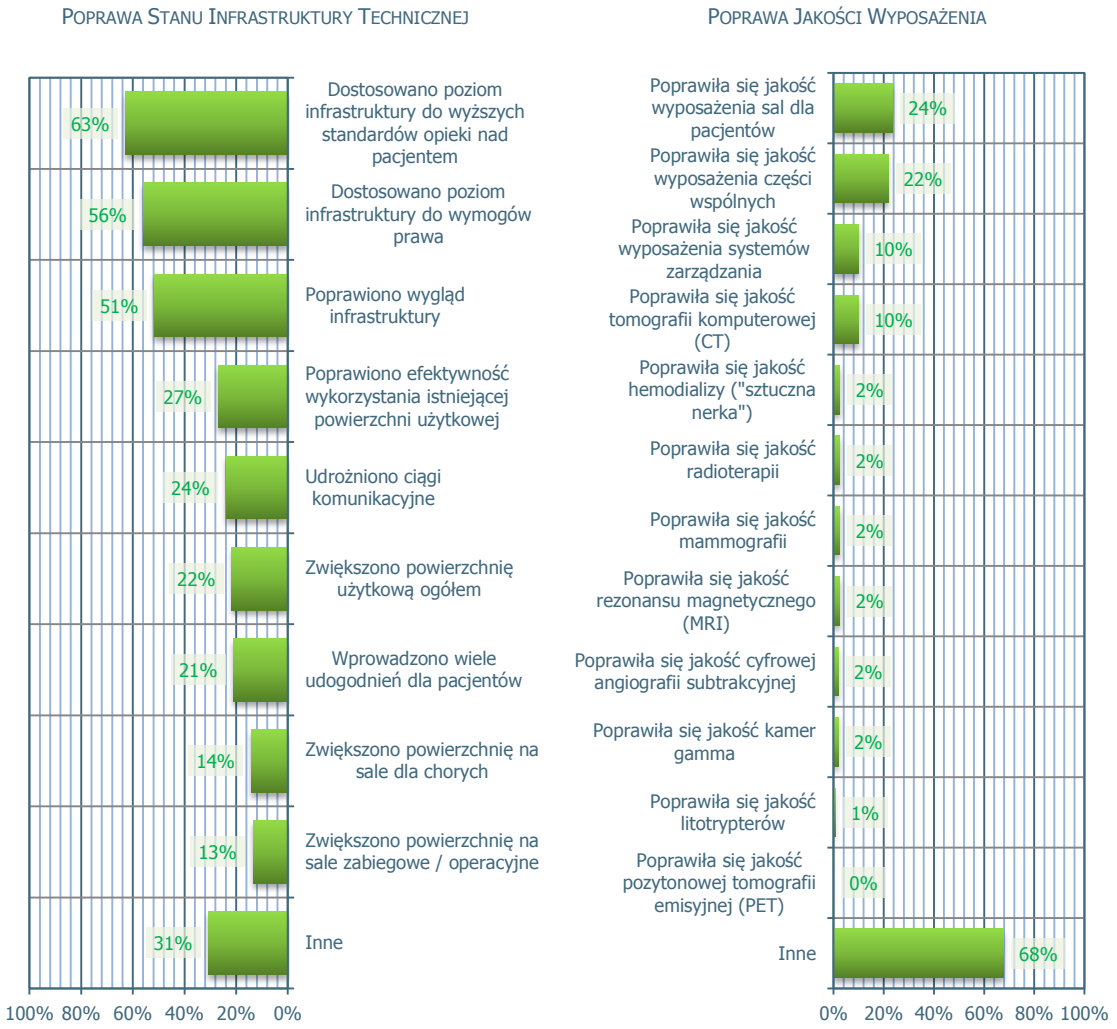
Warto również zauważyć, że **wpływ zrealizowanych projektów** w ramach Priorytetu XII na poprawę stanu infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej – jest przez znaczącą większość beneficjentów uznawany za **duży**, bądź **bardzo duży**. Najdobitniej wyrażają to słowa beneficjenta Działania 12.1 (pochodzące ze studium przypadku): *„projekt […] bardzo istotnie przyczynił się do poprawy jakości wyposażenia. Najbardziej jest to zauważalne z perspektywy personelu ratowniczego […] różnica pomiędzy wcześniej użytkowanym sprzętem a sprzętem zakupionym w ramach projektu jest najbardziej zauważalna wtedy, gdy zakupiony sprzęt jest w serwisie i zastępczo konieczne jest korzystanie ze starego ambulansu. Wtedy personel ratowniczy „odlicza godziny" do chwili ponownej możliwości użytkowania nowego ambulansu."*




**Wykres 28.** **Wpływ zrealizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ projektów na poprawę stanu infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199].

Kluczowe było zbadanie, w czym dokładnie przejawiała się poprawa infrastruktury i wyposażenia.




**Wykres 29.** **Rodzaj poprawianych elementów infrastruktury technicznej i jakości wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=149] dla infrastruktury i [n=178] dla wyposażenia. Pytani byli tylko ci respondenci, którzy wskazali zmiany w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o **infrastrukturę**, kluczowe było dostosowanie do **wyższych standardów** opieki nad pacjentem i do **wymogów prawa**, a także poprawiono **wygląd** infrastruktury.

Należy zaznaczyć, że najczęściej wskazywany efekt związany z infrastrukturą – dostosowanie do wymogów prawa – również powoduje powstanie innych efektów, co pokazuje przykład tego studium przypadku: *„Realizowany projekt przyczynił się do dostosowania oddziału ratunkowego do przepisów prawa poprzez zapewnienie łatwej komunikacji z oddziałem anestezjologii i odziałem intensywnej terapii, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej. Pojawiły się nowe ciągi komunikacyjne łączące te oddziały. Zwiększono powierzchnię obszarów funkcjonujących wewnątrz SOR, które prowadzą do lepszej segregacji i obsługi pacjenta. Przebudowano wejście i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych. Aktualne podjazd może pomieścić cztery karetki jednocześnie, dotychczas mogły podjechać dwie. Przy automatycznie rozsuwanym wejściu jest nawiew powietrza służący łagodzeniu różnicy temperatur pomiędzy otoczeniem i wnętrzem budynku. Powstało stanowisko dekontaminacji służące poddaniu pacjenta zabiegowi usunięcia zanieczyszczeń chemicznych bądź naturalnych. […] Wygląd infrastruktury i wyposażenia jest nowy, odpowiadający nowoczesnym standardom opieki nad pacjentem”.*

Dwukrotnie **rzadziej** działania wpłynęły na **efektywność** wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej, **drożność** ciągów komunikacyjnych, **zwiększenie** powierzchni i wprowadzenie **udogodnień** dla pacjentów (w postaci np. większej liczby łazienek z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych, powiększeniu poczekalni, zainstalowaniu klimatyzacji itp.). Jak podsumował jeden z beneficjentów: *„stworzono przestronne poczekalnie, lepsze wyposażenie gabinetów, poprawiono warunki sanitarno-epidemiologiczne, podniesiono standardy leczenia pacjentów"*. Inny beneficjent stwierdził: *„Przed rozbudową powierzchnia użytkowa SOR była 3 razy mniejsza niż obecnie"*, co pokazuje skalę zmian.

Wśród innych elementów beneficjenci wskazywali różne aspekty poprawy jakości opieki medycznej (np. jakość i szybkość wykonywania badań specjalistycznych), pracy i bezpieczeństwa pracowników (np. pomieszczenia kontaminacyjne), lepszą dostępność infrastruktury (np. lądowiska dla helikopterów, drogi dojazdowe), czy poprawę jakości infrastruktury, a więc elementy, które już wcześniej się przewijały przez analizy.

Jeżeli chodzi natomiast o **wyposażenie**, to beneficjenci przede wszystkim wskazywali na poprawę jakości wyposażenia **sal dla pacjentów** (24%), wyposażenia **części wspólnych** (22%), np. recepcję czynną 24 h/dobę z centrum monitoringu i stacją pogodową obsługująca lądowisko helikopterów, a dwukrotnie rzadziej – poprawę jakości **wyposażenia systemów zarządzania**, czy **tomografii komputerowej**. Poprawa jakości systemów zarządzania wpływa nie tylko na lepszą organizację pracy, oszczędność czasu, ale też bezpieczeństwo pacjentów, co pokazuje przykład jednego ze studiów przypadku: *„wprowadzony system porządkuje prace w zakładzie diagnostyki obrazowej, minimalizuje niemal do zera ryzyko pomyłki, polegające na niewłaściwym powiązaniu zdjęcia z danymi pacjenta. System RIS odpowiada za zarządzanie informacją związaną z danymi pacjenta, opisami badań, informacjami dotyczącymi konkretnych obrazów, takimi jak dawka promieniowania przy badaniu, czas ekspozycji. System PACS odpowiada za przekazywanie obrazów z urządzeń do serwera, archiwizację obrazów, przekazywanie obrazów w celach opisania do stacji diagnostycznych".*

Pozostałe efekty zostały wskazane jedynie przez 2% beneficjentów. Wielu beneficjentów wskazało na inne korzyści wynikające z poprawy jakości wyposażenia, niemniej jednak w większości pokrywają się one z poprzednimi wskazaniami (głównie chodzi tu o unowocześnienie sprzętu do ratowania życia, mniejszą awaryjność i poprawa stanu technicznego sprzętu, a także poprawę jakości świadczonych usług). Jeden z beneficjentów wskazał na bardzo ważną korzyść: *„poprawiła się jakość monitorowania parametrów życiowych pacjentów, poprawiła się dostępność do zabiegów stabilizujących podstawowe funkcje życiowe pacjentów."* Inni beneficjenci wskazywali ponownie na poprawę jakości wyposażenia sal zabiegowych, jakości diagnostyki obrazowej (np. wymiana zdjęć RTG z analogowych na cyfrowe), a co ciekawe, jeden z beneficjentów wskazał na *„poprawę jakości komunikacji z blokiem operacyjnymi pracowniami diagnostyki laboratoryjnej (m.in. poczta pneumatyczna)"*. W innym przypadku *„wprowadzono (w całym szpitalu) system elektronicznego przesyłania obrazów rentgenowskich, do którego trzeba było utworzyć stanowiska do odczytu tych zdjęć. Cały oddział został wyposażony w najnowsze urządzenia, personel ma możliwość błyskawicznego uzyskiwania wyników badań, co zacznie przyspiesza udzielane pomocy pacjentom"*. **Zakres zmian** dokonujących się w obrębie infrastruktury i wyposażenia jest zatem nie tylko **masowy**, ale również bardzo **różnorodny**.

Wniosek:

*Projekty realizowane w ramach Priorytetu XII spowodowały również powstawanie efektów dodatkowych (niezamierzonych na etapie składania) w zakresie poprawy jakości infrastruktury (co odnotowało 75% beneficjentów) oraz wyposażenia (w tym przypadku było to aż 90% beneficjentów). W przypadku infrastruktury kluczowe było dostosowanie do wyższych standardów opieki nad pacjentem (63%) i do wymogów prawa (56%), a także poprawiono wygląd infrastruktury (51%). Dwukrotnie rzadziej działania wpłynęły na efektywność wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej (27%), drożność ciągów komunikacyjnych (24%), zwiększenie powierzchni (22%) i wprowadzenie udogodnień dla pacjentów (21%). Jeżeli chodzi natomiast o wyposażenie, to beneficjenci przede wszystkim wskazywali na poprawę jakości wyposażenia sal dla pacjentów (24%), wyposażenia części wspólnych (22%),*

*a dwukrotnie rzadziej – poprawę jakości wyposażenia systemów zarządzania, czy tomografii komputerowej (10%).*

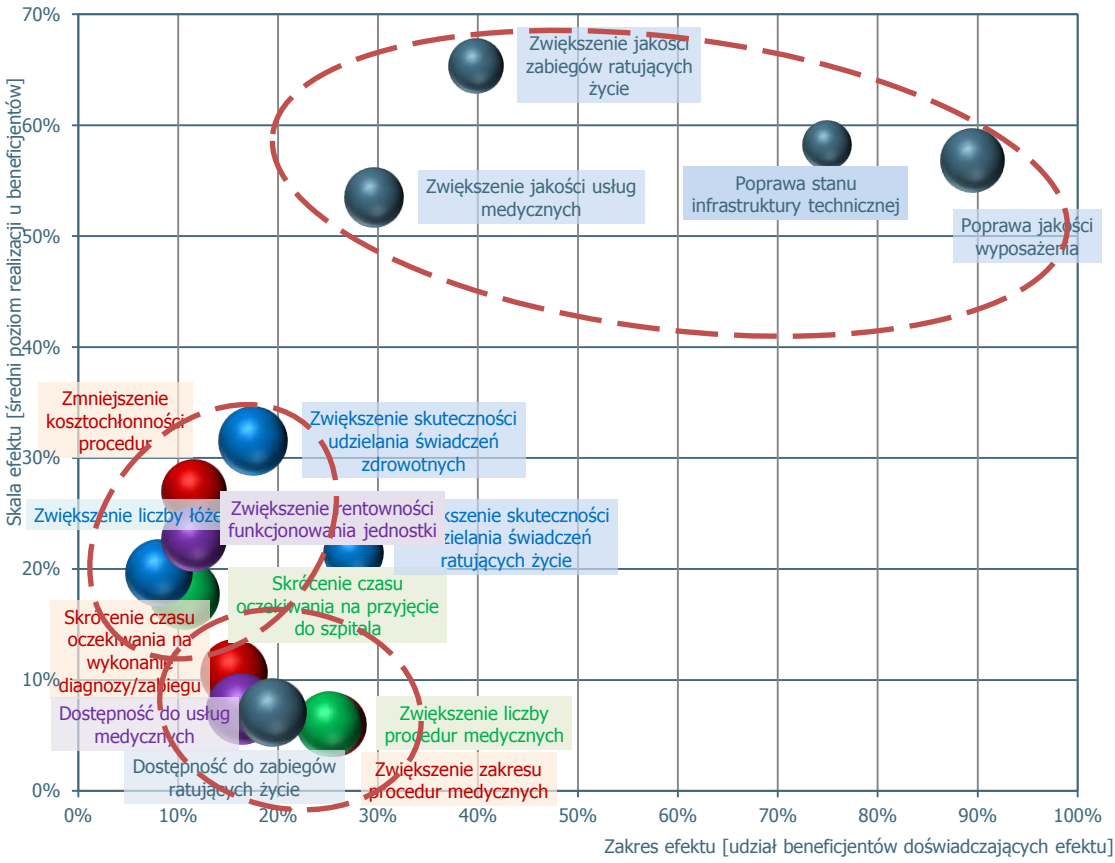
### 3.3.3. Jakie są największe korzyści wynikające ze zrealizowanych projektów?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do danych zebranych na potrzeby odpowiedzi na poprzednie pytania badawcze tego celu. W tym miejscu przeprowadzono gradację korzyści, które zostały ułożone pod względem **zakresu** (udziału liczby beneficjentów, u których wystąpiły efekty w liczbie ogółem) i **skali** (wielkości korzyści – wielkość korzyści wyliczono odnosząc średnią z odpowiedzi na skalę korzyści do maksymalnej odpowiedzi, która się pojawiła). Dodatkowo, określono **powiązania pomiędzy efektami**, a więc współwystępowanie efektów.

Całość badań zakończyło stworzenie swoistego **trójwymiarowego rankingu** zdiagnozowanych korzyści. Diagram reskalowano (od 0% – minimum do 100% – maksimum), aby uzyskać porównywalność wyników. Na osi x określono zakres efektów, na osi y – skalę, natomiast wielkość kul określa powiązanie pomiędzy efektami (najmniejsza kula oznacza powiązanie ze średnio 4,2 efektami – poprawa stanu infrastruktury technicznej; największa oznacza powiązanie ze średnio 9,0 efektami i dotyczy skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala oraz dostępność do usług medycznych).

***

Na poniższej macierzy przedstawiono wszystkie 15 efektów, które omówiono w tym rozdziale. Można zauważyć, że układają się one w trzy grupy efektów.




**Rysunek 3.** **Macierz korzyści.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI. Różne kolory zastosowano, aby odróżnić efekty. Wielkość kul zależy od stopnia powiązania efektów ze sobą liczonego jako % 15 efektów,

które maksymalnie mogą być ze sobą powiązane, w badaniu kule mają wymiar od 29% - najmniejsza kula do 60% - największa kula [n=199].

Pierwszą grupę stanowią **największe korzyści**. Są one związane z poprawą stanu infrastruktury i wyposażenia oraz z wynikającym z tego zwiększeniem jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie. Korzyści te charakteryzuje duży zakres występowania (**masowość**), ale także **znaczna siła** pozytywnego oddziaływania. **Powiązania** z innymi efektami są **umiarkowane**, chociaż w przypadku infrastruktury – jest to najsłabiej powiązany efekt. Tę grupę podsumowuje kierownik SOR w jednym ze studiów przypadku: *„najbardziej kluczowa jest poprawa wielkości obszaru i jakości przestrzeni lokalowej oraz zakup urządzeń medycznych zarówno diagnostycznych jak i leczniczych. Wszystko to wpływa na wzrost jakości pracy na oddziale co z kolei przekłada się na komfort pobytu i leczenia pacjenta"*, a także przedstawiciel szpitala, który za największą korzyść uważa *„podniesienie jakości świadczonych usług medycznych poprzez modernizację i doposażenie szpitala, co z kolei wpływa na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego miasta i całego regionu".*

**Drugą grupę** stanowią korzyści o **znacznym zakresie** (występujące u wielu beneficjentów), ale o **najniższej sile** (skali) oddziaływania. Korzyści te charakteryzuje również **największy poziom powiązania** z innymi. Mogą one powodować największe efekty synergii (wartości dodanej). Jak wskazał jeden z beneficjentów podczas studium przypadku: *„większa ilość pacjentów, spowodowana rozbudową i poszerzeniem możliwości SOR, oraz rosnącą „popularnością" wśród pacjentów, powoduje większe finansowanie oraz doposażenie innych oddziałów szpitala, ogólne podniesienie standardów obsługi, podnoszenie kwalifikacji kadry i pozytywną motywację".* Należą do tej grupy takie efekty jak: zwiększenie liczby i zakresu procedur medycznych, dostępność do usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie, skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie diagnozy/zabiegu oraz zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń ratujących życie.

Trzecią grupę stanowią korzyści o stosunkowo **niskim zakresie** (wykazywane przez najmniejszy odsetek beneficjentów), ale o **znaczącej skali**. Tę grupę charakteryzuje również **przeciętny poziom powiązań** z innymi korzyściami. Efekty z tej grupy – rzadkie, ale silne – są związane ze zwiększeniem skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych, skróceniem czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala, zwiększeniem liczby łóżek, a także zwiększeniem efektywności funkcjonowania jednostek beneficjentów. Okazuje się, że beneficjenci czasami bardzo precyzyjnie mierzą poziom efektów realizacji projektu, co pokazuje powiązanie efektów ze sobą oraz wartość dodaną: *„Według anonimowej ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów […] na pytanie dotyczące zadowolenia z czasu oczekiwania przyjęcia na SOR w 2012 roku zadowolonych było 75,97% przyjętych pacjentów. W porównaniu do satysfakcji na poziomie 67,50% w roku 2010 (przed końcem realizacji projektu) jest to niewątpliwy progres. Zdaniem kierownika oddziału skrócił się niewątpliwie czas diagnozy pacjenta na oddziale ratunkowym ze względu na możliwość przeprowadzenia badań nowoczesnym sprzętem. Dzięki temu dysponując takim samym zapleczem kadrowym można przyjąć większą liczbę pacjentów w tym samym czasie."*

Wniosek:

*Analiza efektów pod względem zakresu (odsetka beneficjentów, u których efekt wystąpił), skali (średniej siły efektu u beneficjentów), a także powiązań między efektami (wzmacniania) wykazała istnienie trzech grup. W pierwszej grupie znalazły się największe korzyści (związane z poprawą stanu infrastruktury i wyposażenia oraz z wynikającym z tego zwiększeniem jakości usług medycznych, w tym zabiegów ratujących życie), w drugiej – korzyści dość częste, wzmacniające się wzajemnie, ale o małej sile (np. zwiększenie liczby i zakresu procedur medycznych, dostępność usług medycznych), w trzeciej znalazły się natomiast efekty rzadkie, ale silne, o przeciętnym poziomie współwystępowania (np. wzrost skuteczności udzielania świadczeń, liczby łóżek, czy efektywności funkcjonowania jednostek). Kluczowe jest jednak to, że zwiększenie jakości świadczeń medycznych, a także ich skuteczności okazało się silnym efektem, który może się przyczynić do zmniejszenia śmiertelności wśród pacjentów.*

## 3.4. Identyfikacja przewidywanych długofalowych efektów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

Czynności jakie podjęto w celu szczegółowym 4 skupiły się na analizie **użyteczności**, a przede wszystkim **trwałości osiąganych efektów** i przebiegały w następujący sposób. Badanie rozpoczęła analiza raportów z badań, która pozwoliła określić możliwe do pojawienia się efekty długofalowe. Następnie na bazie wyników *desk research* przygotowano kafeterię do badania CAWI.

W kolejnym kroku przeprowadzono **badanie CAWI**, w którym beneficjenci zostali zapytani o przewidywane długofalowe efekty realizacji projektów. Warto tu zaznaczyć, że technika ta była kluczowa dla uzyskania informacji o efektach długofalowych – w żaden inny sposób nie było możliwe uzyskanie tych danych.

Bazując na wynikach CAWI, wybrano najciekawsze pod względem efektów długofalowych projekty (do przeprowadzenia **studiów przypadku**), a następnie przeprowadzono wywiady pogłębione z przedstawicielami beneficjentów (ze względu na wystąpienie tych efektów w przyszłości nie było możliwe wykorzystanie obserwacji uczestniczących, jednakże jeżeli beneficjenci wskazali, że już się one pojawiły, badacz mógł to zweryfikować podczas obserwacji).

Całość badań zakończyła analiza efektów przez **panel ekspertów**, ich pogrupowanie, ważenie i uzupełnienie. Technik ta była konieczna do uzyskania różnych punktów widzenia na efekty długofalowe, ich przyczyny, skalę i powiązania. Dzięki zastosowaniu tej techniki po pierwsze zweryfikowano z ekspertami podawane przez beneficjentów informacje, po drugie, wypracowano wnioski i rekomendacje, które były wspólne dla całego panelu.

Wykorzystanie ekspertów jako źródła danych była niezwykle cenne w przypadku badania tak odległych i złożonych kwestii, jakim są efekty projektów. Podczas panelu ekspertów mogli oni nie tylko analizować zebrane dane, ale również wykorzystywać swoją wiedzę i doświadczenia do wartościowania wyników, a także do kształtowania wniosków i rekomendacji.

Aby udzielić odpowiedzi na pytanie badawcze w tym celu szczegółowym: *„Czy, a jeśli tak to jakie można wskazać długofalowe efekty realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?"* wykorzystano przede wszystkim dane z **badań terenowych**. Jednakże wcześniej **badanie dokumentów** pozwoliło określić możliwe do wystąpienia efekty długofalowe tak, aby można było przygotować kafeterię dla **CAWI**. Po CAWI wykonano **studia przypadków**, które pozwoliły pogłębić, a szczególnie zapytać o przyczyny tych efektów i możliwe powiązania. Dane uzupełniono i zweryfikowano w czasie panelu ekspertów.

***

W pierwszej kolejności zweryfikowano trwałość dotychczasowych efektów, bowiem mogą one stanowić pewien kierunek poszukiwać efektów długoterminowych. Powinny być one jednak traktowane jedynie jako przyczyna powstawania efektów długoterminowych, w przeciwnym razie zaprzeczyłyby istocie tego typu efektów (przede wszystkim okresowi czasowemu).

Beneficjenci zapytani o **najbardziej trwałe efekty** realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, wskazali w głównej mierze na poprawę jakości wyposażenia (65%), a w dalszej kolejności – na poprawę stanu infrastruktury (39%).

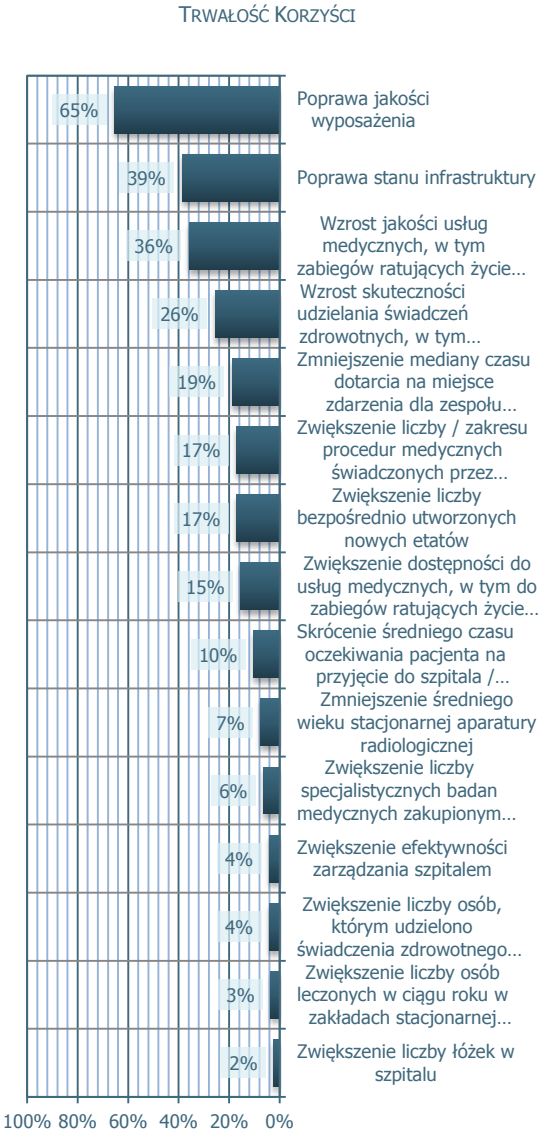
Te dwa efekty można uznać za **pra-przyczyny** pozostałych, a przede wszystkim wzrost jakości usług medycznych (36%) i ich skuteczności (26%).

Warto zauważyć, że te efekty stanowią jednocześnie najbardziej korzystne, zdaniem beneficjentów, efekty z realizacji projektów (por. pkt 3.3.3). Oznacza to, że są one **największe i najbardziej trwałe**.

Beneficjenci (19%) uznali za całkiem trwałe również skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oraz utworzone etaty (17%). Są to jedyne dwa wskaźniki rezultatu tak wysoko ocenione.

W tej grupie znajdują się również niezamierzone efekty bezpośrednie związane ze zwiększeniem liczby i zakresu procedur medycznych (trwałe dla 17% beneficjentów) oraz dostępności do usług medycznych (dla 15%).

Skrócenie średniego czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala / wykonanie diagnozy/zabiegu zostało ocenione jako trwałe jedynie przez co dziesiątego beneficjenta.




**Wykres 30.** **Najbardziej trwałe efekty (powyżej pięciu lat) zdaniem beneficjentów.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=199]. Pytanie dotyczyło wszystkich beneficjentów, niemniej jednak niektórzy nie udzielili odpowiedzi, stąd do mianownika wzięto liczbę respondentów, którzy wskazali chociaż jeden trwały efekt.

Trwałość poszczególnych efektów wykazała, że długotrwałe efekty muszą być związane z efektywnością i skutecznością świadczenia usług medycznych, co siłą rzeczy jest powiązane z dostępnością i czasem świadczenia usług. W tym duchu przeanalizowano dostępne dokumenty.

Ich analiza wykazała, że można wyróżnić trzy efekty długoterminowe, powiązane ze sobą: zwiększenie **wykorzystania łóżek** szpitalnych, skrócenie **czasu hospitalizacji** oraz jako ich rezultat – wzrost **przelotowości** łóżek szpitalnych. Jest to w zupełności zgodne z tym, co uzyskano z analizy trwałości efektów.

Jednakże analiza przyczynowo-skutkowa, podparta wynikami studiów przypadku wykazała, że kluczowym efektem długoterminowym realizacji projektów musi być **zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów**, w tym niemowląt. Potwierdzili to beneficjenci, jak na przykład w jednym ze studiów przypadku: *„Zachowanie wysokiej jakości i dostępności ratownictwa medycznego w dłuższym okresie czasowym przełoży się pośrednio na poprawę stanu zdrowia pacjentów w regionie. Efekty w postaci zmniejszenia umieralności, przyspieszenie*

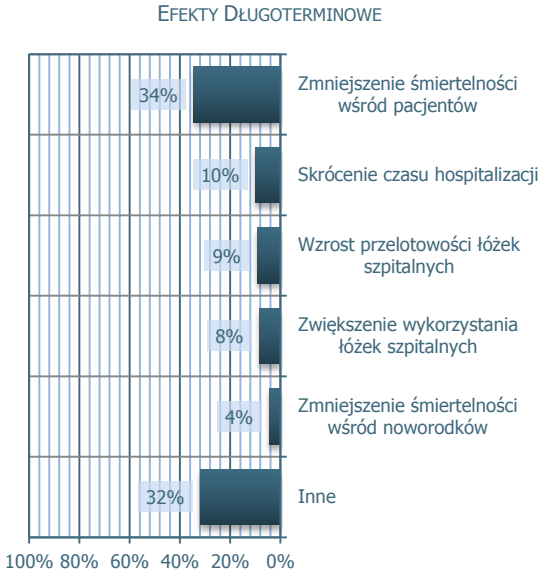
*powrotu do zdrowia wpłyną na zwiększenie zaufania pacjentów do służby zdrowia".* Wynika to z faktu, że *„parametry techniczne nowych ambulansów pozwalają jednocześnie na spełnienie nowych wymagań co do gabarytów przedziału medycznego, co ma istotne przełożenie na możliwości pełnego przeprowadzenia akcji ratunkowej w tym np. reanimacji pacjenta czy chociażby jego zaopatrzenia. Wszystko to ma ścisły związek z możliwością uratowania większej ilości poszkodowanych oraz ograniczenie ewentualnych powikłań pochorobowych".* W tym samym duchu wypowiedział się przedstawiciel szpitala podczas wywiadu: *„podniesienie jakości usług medycznych przyczynia się i będzie się przyczyniało w przyszłości do lepszej skuteczniejszej diagnostyki, co przełoży się bezpośrednio na zwiększenia szansy na szybszy powrót pacjenta do zdrowia, krótszą hospitalizację i zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów szpitala".*

W ten sposób powstała kafeteria do badania CAWI, którą opatrzono również pozycją „inne", aby beneficjenci mogli zaproponować swoje propozycje efektów długofalowych.

Wyniki nie pozostawiają złudzeń. Kluczowym efektem dla 34% beneficjentów okazało się **zmniejszenie śmiertelności** wśród pacjentów o średnio 8%, co jest ogromnym osiągnięciem. Większość beneficjentów uzyskała jednak niższe wyniki (mediana wynosi jedynie 5%); jedynie w kilku przypadkach poziom tego wskaźnika był niewspółmiernie wysoki.

Kluczowe dla zdrowia pacjentów było również **skrócenie czasu hospitalizacji**, na które wskazał co dziesiąty beneficjent. Pobyt w szpitalu skrócił się o niemal 3 dni (w najdłuższym przypadku o 14 dni).

Niewielu mniej beneficjentów wskazało na **wzrost przelotowości łóżek** – wskaźnik powiązany ze skróceniem czasu hospitalizacji. Przelotowość łóżek szpitalnych wzrosła średnio o 9% i ponownie większość beneficjentów zaobserwowała niższe wyniki (bowiem mediana wyniosła jedynie 5%), wyłącznie kilku określiło ten wskaźnik na znacząco wyższym poziomie (najwięcej 35%).




**Wykres 31.** **Długoterminowe efekty realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania CAWI [n=200].

Wzrost przelotowości łóżek był związany w wielu przypadkach ze zwiększeniem **poziomu wykorzystania** tych łóżek. Zwiększenie wykorzystania łóżek wyniosło średnio 12%, ale ponownie znacznie więcej beneficjentów uzyskało niewielką zmianę (bowiem mediana jest na poziomie 5%), podczas gdy kilku beneficjentów uzyskało znaczący wzrost (nawet w okolicy 100%).

Interesujące jest również to, że co trzeci beneficjent zaznaczył odpowiedź „inne", a zatem chciał wskazać własną propozycję długoterminowego efektu. Niestety, jak się okazało, wszystkie powielały już istniejące rezultaty bezpośrednie lub nieplanowane, jedynie inaczej je opisując (np. podniesienie bezpieczeństwa pacjentów, zaufania itp.).

Wniosek:

*Analiza danych zastanych oraz wyników badań terenowych wskazała na istnienie jednego silnego efektu długofalowego – zmniejszenia śmiertelności wśród pacjentów, który wystąpił u co trzeciego beneficjenta, w wielkości średnio 8%. Dodatkowymi efektami długoterminowymi było skrócenie okresu hospitalizacji, lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych, w wyniku czego rosła przelotowość łóżek szpitalnych – te efekty były widoczne u co dziesiątego beneficjenta.*

## 3.5. Wytypowanie tzw. wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ oraz analiza zmiany wartości tych wskaźników w latach 2007-2012

Celem było tu w szczególności wytypowanie odpowiednich wskaźników wraz z określeniem źródła danych i sposobu pomiaru, przeanalizowanie zmiany wartości tych wskaźników na przestrzeni lat 2007-2012 oraz wskazanie czynników wpływających na wartości wytypowanych wskaźników kontekstowych.

Czynności jakie zostaną podjęte w tym celu szczegółowym skupiły się na analizie skuteczności i użyteczności wskaźników kontekstowych i przebiegały według następujących kroków.

W pierwszym kroku zinwentaryzowano **wskaźniki statystyczne**, które są dostępne dla sektora zdrowia, a następnie zdiagnozowane te wskaźniki, które opisują zarówno działania podejmowane w projektach, jak i inne, niezwiązane z interwencją oraz czynniki na nie wpływające.

Sprawdzone zostały również inne badania i analizy z sektora zdrowia, w kontekście tego, jakie wskaźniki były w nich stosowane. Na bazie przeprowadzonej analizy, przygotowano **wstępny zestaw wskaźników kontekstowych**.

Końcowym elementem była analiza i weryfikacja zestawu wskaźników kontekstowych przez ekspertów i wypracowanie końcowego zestawu. **Panel ekspertów** to kluczowa technika, ponieważ wypracowanie zestawu wskaźników kontekstowych musiało zostać poddane dyskusji z udziałem osób zewnętrznych, doświadczonych w przygotowaniu i realizacji działań monitoringowych programów operacyjnych. Panel ekspertów umożliwił poznanie różnych punktów widzenia na wskaźniki kontekstowe, wypracowanie konsensusu i końcowego zestawu wskaźników kontekstowych, spełniających kryteria: ogólnej lub łatwej dostępności, opisywania podobnych działań/projektów niefinansowanych z POIiŚ. Panel odpowiedział również na pytanie o czynniki wpływające na wartości wskaźników kontekstowych.

Podczas panelu ekspertów uczestnicy mogli nie tylko analizować przygotowany zestaw wskaźników, ale również wykorzystywać swoją wiedzę i doświadczenia do kształtowania końcowego zestawu wskaźników, w tym dokładania zaproponowanych przez siebie wskaźników.

Po przygotowaniu zestawu wskaźników, zebrane zostały ich **wartości z okresu 2007-2012**.

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

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto przede wszystkim do **danych zastanych**, w tym analiz/raportów, danych statystycznych, opracowań tematycznych, itd. Przygotowany został **zestaw wskaźników**. Dane poddano analizie dodatkowo w ramach **panelu ekspertów** i wypracowano **końcowy zestaw wskaźników kontekstowych**.

***

Na świecie publikowanych jest wiele raportów i opracowań zawierających dane statystyczne dotyczące ochrony zdrowia – w tym wiele instytucji publikuje na swoich stronach informacje dotyczące wskaźników kontekstowych. W tym rozdziale zostaną przeanalizowane kluczowe instytucje gromadzące takie dane z zastrzeżeniem, że nie mogą się one powielać ze wskaźnikami produktu i rezultatu wykorzystywanymi w monitorowaniu Priorytetu XII PO IiŚ.

Ponieważ rozdziały 3.3 i 3.4 wykazały, że u beneficjentów występują efekty bezpośrednie nieplanowane i efekty długoterminowe w znaczącym wymiarze i stopniu, w identyfikacji potencjalnych wskaźników kontekstowych zwracano szczególną uwagę na te, odnoszące się do efektów w postaci poprawy zdrowotności pacjentów i efektywności funkcjonowania służby zdrowia. Tym bardziej, że jest to **zgodne z celem Priorytetu XII**: *„Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy"*, a także **z każdym z celów szczegółowych**:

*„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."*

W pierwszej kolejności zbadano zasoby **Banku Danych Lokalnych GUS**. W dziale *„Ochrona zdrowia i opieka społeczna"* występują dwa poddziały, które mogą zawierać propozycje wskaźników kontekstowych tematycznych (w podziale na Działania 12.1 i 12.2): *„Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne"* i *„Szpitale"*, a także ogólny dział *„Stan zdrowia ludności"*.

W dziale *„Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne"* mamy do dyspozycji grupę *„Dysponent jednostki"*, która zawiera liczbę jednostek (wskaźnik produktu), *„Działalność ambulatoryjna szpitalnego oddziału ratunkowego/izby przyjęć"* i *„Medyczne działania ratownicze"* zawierające osoby, którym udzielono świadczenia zdrowotnego (obecny wskaźnik rezultatu), ale w przypadku tej drugiej grupy można wyliczyć następujący (proponowany) **wskaźnik kontekstowy**:

- poziom śmiertelności pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych (wyjazdowych),

W kolejnej grupie *„Jednostki systemu ratownictwa medycznego"* znajdują się dane do wskaźników produktu - podobnie jak w grupie *„Skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego"*, zawierającej zespoły ratownictwa medycznego i zespoły wyjazdowe wraz z liczbą osób z kadry medycznej.

Kolejna grupa, *„Działalność stacjonarna szpitalnego oddziału ratunkowego"*, zawiera: liczbę łóżek, osób leczonych, łączną liczbę dni pobytu pacjentów (osobodni[19]) oraz osoby ze stwierdzonym zgonem przed podjęciem lub w trakcie czynności ratunkowych. Możliwe jest zatem wyliczenie kilku wskaźników, mogących stanowić propozycję **wskaźników kontekstowych**:

- poziom śmiertelności pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych (stacjonarnych),
- średni czas hospitalizacji,
- poziom wykorzystania łóżek.

W dziale *„Szpitale"* znajdują się informacje jedynie dotyczące szpitali ogólnych, podległych samorządom, stąd nie zawiera on danych adekwatnych do potrzeb wyznaczenia wskaźników kontekstowych dla Priorytetu XII PO IiŚ.

W dziale *„Stan zdrowia ludności"* również znajdziemy informacje o zachorowaniach na choroby weneryczne, zakaźne i zatrucia, gruźlicę, a także liczbę osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych i na odwyku. Nie są to zatem pasujące wskaźniki do głównego nurtu projektów realizowanych w Działaniu 12.2 (np. tomografii komputerowej, por. wykres 29). Jedynie gruźlica mogłaby być odpowiednią jednostką chorobową.

Kluczową instytucją monitorującą poziom zdrowia ludności jest **WHO** (World Health Organization), która corocznie publikuje raporty World health statistics[20]. W dziale *„Objęcie ochroną zdrowia"* organizacja publikuje dane dotyczące szczepień, opieki przedporodowej i porodowej, w tym udziału porodów przez cesarskie cięcie, a także chorób, jak HIV, gruźlicy, biegunka i malaria. Można znaleźć również informacje o przeciętnym dalszym trwaniu życia, poziomu śmiertelności (w podziale na dzieci do 5 roku życia, osoby w wieku 15-60 lat na 1 tys. osób). W dziale *„Specyficzne przyczyny śmiertelności i zachorowalności"* odnajdziemy informacje o przyczynach zgonów, w tym zgonów u dzieci do 5 roku życia, dorosłych, matek podczas porodów, a w kontekście zachorowalności – można uzyskać dane o zapadalności na

[19] Liczba osobodni jest to suma liczby dni pobytu wszystkich chorych w badanym okresie z tym, że dzień przyjęcia i dzień wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu (Por. CSIOZ, *Definicje*, dokument pobrany ze strony: www.csioz.gov.pl/src/files/mz/definicje/Definicje.pdf).

[20] WHO, *WHO's annual World Health Statistics reports* za lata 2007-2013, pobrane ze strony http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html

choroby i występowania chorób. Te elementy mogą być wykorzystane podczas tworzenia **wskaźników kontekstowych**.

W dziale *„System zdrowia"* publikowane są wskaźniki dotyczące zasobów ludzkich w podziale na profesje oraz wskaźniki wydatków na służbę zdrowia w odniesieniu do PKB (ogółem, publicznych i prywatnych) oraz *per capita*. Nie są to odpowiednie propozycje dla wskaźników kontekstowych. Podobnie, jak wskaźnik pokrycia kraju rejestracją zgonów (który dla Polski wynosi 100%) czy wskaźniki dotyczące łóżek szpitalnych, przypadających na 10 tys. ludności (zbierane również przez GUS), stanowiące wskaźniki produktu.

Dane dotyczące zdrowia publikuje również **Eurostat** w raporcie *Europe in figures – Eurostat yearbook, 2011*[21], gdzie w dziale 3 *„Zdrowie"* możemy odnaleźć informacje o przeciętnym dalszym trwaniu życia dla noworodków i 65-latków, przyczyny śmierci, opiece zdrowotnej oraz zdrowiu i bezpieczeństwie pracy. W pierwszej i drugiej grupie mamy właśnie dane dotyczące poziomu zdrowia i śmiertelności wśród ludności, co może być odpowiednie dla potrzeb wskaźników kontekstowych:

- przeciętne dalsze trwanie życia (0 i 65 lat),
- przyczyny śmierci (rak, rak płuc, rak jelita grubego, choroby układu krążenia, choroby serca, choroby układu oddechowego, wypadki transportowe) na 100.000 mieszkańców (na stronie Eurostat są dostępne również inne przyczyny śmierci); można zastosować tutaj również wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98.

Zresztą dane dotyczące przeciętnego dalszego trwania życia są dostępne również w GUS (w kategorii *„Ludność"*, w grupie *„Stan ludności i ruch naturalny"*).

**Inicjatywa ECHIM** wypracowała zestaw wskaźników[22], które opisują stan zdrowia Europejczyków. Zgodnie z raportem opisującym pierwsze lata wdrażania systemu monitorowania zdrowia[23]. Część z tych wskaźników zaproponowanych na krótkiej liście pokrywa się z omówionymi wcześniej, niemniej jednak jeden zasługuje na wskazanie, jako propozycja wskaźnika kontekstowego – dotyczy on bowiem efektów długofalowych:

- średni okres pobytu pacjentów w szpitalu (dni).

**OECD** w swoim raporcie[24] również powiela wskaźniki występujące w poprzednio cytowanych źródłach, szczególnie średni pobyt pacjentów w szpitalu czy zapadalność na choroby i śmiertelność. Niemniej jednak można odnaleźć kilka interesujących wskaźników związanych z jakością leczenia w szpitalach:

- śmiertelność w szpitalach po ostrym zawale mięśnia sercowego,
- śmiertelność w szpitalach w wyniku udaru,
- skala proceduralnych lub pooperacyjnych powikłań.

Podobnie, w zasobach statystycznych OECD[25] nie odnaleziono innych propozycji wskaźników, mogących stanowić wkład do zestawu wskaźników kontekstowych. OECD rozpoczęła również badanie **czasu oczekiwania** na opiekę zdrowotną, co mogłoby być pomocne w określeniu

---

[21] Eurostat (2011), *Europe in figures – Eurostat yearbook, 2011*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, raport pobrany 7.09.2013 ze strony: http://ec.europa.eu/health/reports/european/statistics/index_en.htm

[22] ECHIM (2012), *ECHI shortlist, version 2012, with overview, criteria and comments*, dokument pobrany 7.09.2013 ze strony http://www.echim.org/indicators.html

[23] ECHIM (2012), *Implementation Of European Health Indicators – First Years*, Final Report of the Joint Action for ECHIM, Tuomi-Nikula A., Gissler M., Sihvonen A.P., Kilpeläinen K., raport pobrany 7.09.2013 ze strony http://www.echim.org/finalreport.html

[24] OECD (2012), *Health at a Glance Europe 2012*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en, raport pobrany 7.09.2013 ze strony http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf

[25] http://stats.oecd.org/#

wskaźników kontekstowych, bazujących na skróceniu czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie do szpitala i zabieg/diagnozę. Niestety pierwszy raport OECD nie obejmuje Polski[26]. Taki wskaźnik byłby ważnym czynnikiem opisującym zmiany w systemie zdrowotnym, bowiem najczęstsze trudności związane z dostępem do lekarzy dotyczą długiego czasu oczekiwania[27].

W wyniku analizy z poprzednich rozdziałów oraz analizy dostępnych w statystyce wskaźników, zaproponowano następujący zestaw wskaźników kontekstowych, które przedstawiono panelowi ekspertów.

**Tabela 18. Zestaw wskaźników kontekstowych.**

| *Wskaźnik* | *Jedn.* | *Źródło* | *Sposób liczenia* |
|---|---|---|---|
| ***Grupa: Działalność stacjonarna szpitalnych oddziałów ratunkowych*** | | | |
| *Poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych* | *%* | *GUS* | *Łączna liczba dni pobytu pacjentów (osobodni) / (Średnia liczba łóżek x 365 dni)* |
| *Średni czas pobytu pacjentów na oddziałach ratunkowych* | *dni* | *GUS* | *Łączna liczba dni pobytu pacjentów (osobodni) / Leczeni ogółem* |
| *Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych* | *%* | *GUS* | *Osoby ze stwierdzonym zgonem przed podjęciem lub w trakcie czynności ratunkowych / Leczeni ogółem* |
| ***Grupa: Medyczne działania ratownicze*** | | | |
| *Poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych* | *%* | *GUS* | *Osoby ze stwierdzonym zgonem przed podjęciem lub w trakcie czynności ratunkowych / Osoby, którym udzielono świadczenia zdrowotnego ogółem* |
| ***Grupa: Wszystkie szpitale*** | | | |
| *Średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach* | *dni* | *Eurostat, OECD* | *In-patient average length of stay (in days) [All causes of diseases (A00-Z99) excluding V00-Y98]* |
| *Poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców* | *-* | *Eurostat* | *Causes of death - standardised death rate per 100 000 inhabitants - annual Data [hlth_cd_asdr] (All causes of death (A00-Y89) excluding S00-T98)* |
| *Poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców* | *-* | *Eurostat* | *Standardised death rate by 100 000 inhabitants (Death due to cancer, by sex)* |
| ***Grupa: Długość trwania życia*** | | | |
| *Przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na mężczyzn i kobiety, w wieku 0 i 65 lat* | *lata* | *GUS* | *Przeciętne dalsze trwanie życia* |

Źródło: opracowanie własne na podstawie zebranych i cytowanych źródeł.

Panel ekspertów zadecydował, że dwa wskaźniki z pierwszej grupy nie spełnią swoich funkcji. Poziom wykorzystania łóżek na oddziałach ratunkowych jest wskaźnikiem bardzo losowym, w niewielkim stopniu zależnym od dających się przewidzieć czynników (co pokazują wartości tego wskaźnika w poszczególnych latach). Te czynniki to liczba zdarzeń wynikająca z możliwych do wystąpienia katastrof, bezpieczeństwa na drogach i nie tylko oraz zatruć itp. Podobnie panel wypowiedział się o wskaźniku średniego czasu pobytu na oddziałach ratunkowych – ten wskaźnik również nie oddaje specyfiki całego systemu, w tym projektów realizowanych w ramach PO IiŚ. Czynniki, które wpływają na ten wskaźnik są pośrednio podobne do tych wskazanych wyżej. Zdecydowano o usunięciu tych wskaźników.

Panel ekspertów również negatywnie wypowiedział się na temat wskaźnika *„Poziom śmiertelności spowodowany nowotworami na 100 tys. mieszkańców"*. Zdaniem uczestników rozgraniczanie pomiędzy jednostkami chorobowymi związanymi z nowotworami jest

[26] Siciliani L., Borowitz M., Moran V. (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector - What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing

[27] Pączkowska M. (2009), *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków w 2008 roku* (również za lata 2005-2006), Warszawa, publikacja pobrana 7.09.2013 ze strony http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=4

nieuprawnione mimo, iż wiele projektów może się przyczyniać do jego zmniejszenia, niemniej jednak Program nie skupia się na wsparciu profilaktyki i leczenia wyłącznie nowotworów. Stąd zadecydowano o usunięciu tego wskaźnika i pozostawienia jedynie wskaźnika odnoszącego się do wszystkich jednostek chorobowych.

Panel ekspertów zaproponował również dodanie wskaźnika związanego z *„Poziom wykorzystania łóżek"* w szpitalach, niemniej jednak nie odnaleziono źródła takiego wskaźnika (jest on dostępny w GUS tylko dla szpitali gminnych, powiatowych i wojewódzkich), takich informacji nie zbiera również CSIOZ.

Wniosek:

*Na bazie przeprowadzonej analizy dokumentów i bazując na wynikach badania nieplanowanych efektów bezpośrednich i długofalowych stworzono zestaw wskaźników kontekstowych wpisujących się w cele Priorytetu XII oraz nie powielających wskaźników produktu i rezultatu w tym priorytecie. Panel Ekspertów wprowadził zmiany do zaproponowanego zestawu wskaźników (usunięcie kilku wskaźników).*

Rekomendacja:

*Rekomenduje się wprowadzenie zestawu wskaźników kontekstowych do monitorowania Priorytetu XII obejmujących następujące aspekty:*

- *Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych*
- *Poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych*
- *Średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach*
- *Poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców*
- *Przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na mężczyzn i kobiety, w wieku 0 i 65 lat*

### 3.5.2. Jak zmieniała się wartość poszczególnych wskaźników kontekstowych w latach 2007-2012?

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto do **danych zastanych**, przede wszystkim do danych statystycznych zbieranych przez GUS i inne instytucje – zgodnie z wykazem źródeł przygotowanym w poprzednim pytaniu.

***

Na bazie przeprowadzonych w poprzednim punkcie badań i analiz, stworzono zestaw wskaźników kontekstowych. W tym rozdziale określono wartości wybranych wskaźników korzystając ze źródeł określonych w tabeli.

**Tabela 19. Wartości w latach 2007-2012 wybranych wskaźników kontekstowych.**

| *Wskaźnik* | *Jedn.* | *Źródło* | *2007* | *2008* | *2009* | *2010* | *2011* | *2012* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Grupa: Działalność stacjonarna szpitalnych oddziałów ratunkowych*** | | | | | | | | |
| *Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych* | *%* | *GUS* | *Bd.* | *8,4%* | *3,0%* | *4,5%* | *4,7%* | *5,9%* |
| ***Grupa: Medyczne działania ratownicze*** | | | | | | | | |
| *Poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych* | *%* | *GUS* | *Bd.* | *2,8%* | *2,8%* | *2,7%* | *2,5%* | *2,5%* |
| ***Grupa: Wszystkie szpitale*** | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach* | *dni* | *Eurostat, OECD* | *7,8* | *7,9* | *7,7* | *7,6* | *7,4* | *Bd.* |
| *Poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców* | *-* | *Eurostat* | *836,3* | *819,0* | *809,2* | *773,7* | *Bd.* | *Bd.* |
| ***Grupa: Długość trwania życia*** | | | | | | | | |
| *Przeciętne dalsze trwanie życia:* | | | | | | | | |
| *– mężczyźni 0 lat* | *lata* | *GUS* | *71,0* | *71,3* | *71,5* | *72,1* | *72,4* | *72,7* |
| *– mężczyźni 65 lat* | *lata* | *GUS* | *14,6* | *14,7* | *14,7* | *15,1* | *15,3* | *15,4* |
| *– kobiety 0 lat* | *lata* | *GUS* | *79,7* | *80,0* | *80,1* | *80,6* | *80,9* | *81,0* |
| *– kobiety 65 lat* | *lata* | *GUS* | *18,9* | *19,0* | *19,1* | *19,4* | *19,7* | *19,7* |

Źródło: opracowanie własne na podstawie zebranych i cytowanych źródeł.

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

Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie badawcze sięgnięto przede wszystkim do **danych zastanych**, w tym analiz/raportów, opracowań tematycznych, itd. Dane poddano dodatkowej analizie w ramach **panelu ekspertów**.

***

WHO[28] w swoich raportach wyróżnia czynniki, które wpływają na poziom zdrowia ludzkości. Są wśród nich następujące:

- Dzieci w wieku <5 lat skarłowaciałe (%)
- Dzieci w wieku <5 lat z niedowagą dla wieku (%)
- Dzieci w wieku <5 lat z nadwagą dla wieku (%)
- Wskaźnik przedwczesnych urodzeń (na 100 żywych urodzeń)
- Niemowlęta karmione wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia (%)
- Niska masa urodzeniowa noworodków (%)
- Dorośli w wieku ≥ 15 lat, które są otyłe (%)
- Dostęp do poprawionych źródeł wody pitnej (%)
- Dostęp do urządzeń sanitarnych (%)
- Ludność korzystająca z paliw stałych (%)
- Rozpowszechnienie używania tytoniu wśród młodzieży (13-15 lat) (%)
- Rozpowszechnienie używania tytoniu wśród dorosłych (≥ 15 lat) (%)
- Spożycie alkoholu wśród dorosłych w wieku ≥ 15 lat (litrów czystego alkoholu rocznie na osobę)
- Ludność w wieku 15-24 lata posiadająca całkowitą i prawidłową wiedzę o HIV / AIDS (%)
- Rozpowszechnienie stosowania prezerwatyw przez ludzi młodych (15-24 lat) podczas stosunków o podwyższonym ryzyku (%)
- Częstość występowania podniesionego stężenia glukozy na czczo u osób w wieku ≥ 25 lat (%)
- Częstość występowania podwyższonego ciśnienia tętniczego u osób w wieku ≥ 25 lat (%).

[28] WHO, *WHO's annual World Health Statistics reports… op.cit.*

OECD[29] wskazuje również na kilka innych czynników, które wpływają na zdrowie ludności:

- Spożycia owoców i warzyw wśród dzieci,
- Spożycia owoców i warzyw wśród dorosłych,
- Aktywność fizyczna wśród dzieci.

Statystyki dotyczące przyczyn śmierci dostarczają informacji o chorobach (i innych przyczynach, takich jak samobójstwa, czy wypadki komunikacyjne), które prowadzą bezpośrednio do śmierci. Istnieje wiele czynników wpływających na śmiertelność – jak np.: wiek i płeć, a także **czynniki zewnętrzne**, takie jak: czynniki biologiczne, społeczne, warunki życia i pracy. Ponadto duże znaczenie mają tutaj również **indywidualne czynniki**, m.in. styl życia, nawyki żywieniowe, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zachowanie na drodze lub zachowania seksualne. Zgodnie z ogólną zasadą, śmiertelność jest wyższa u mężczyzn niż u kobiet, dla wszystkich grup wiekowych.[30]

Panel ekspertów wskazał również na kwestie związane z powyższymi czynnikami, ale dotyczącymi instytucji ochrony zdrowia. Chodzi o kwestie **profilaktyki**, która ma przede wszystkim na celu wcześniejszą diagnozę – a więc mniejsze zaawansowanie chorób i większe szanse na wyleczenie lub mniejsze powikłania.

Kolejną kwestią, wskazaną przez uczestników Panelu ekspertów, są **kompetencje lekarzy**, które wpływają nie tylko na możliwości wykorzystywania sprzętu w projektach, ale przede wszystkim na trafność diagnozy i skuteczność leczenia.

Wniosek:

*Wszystkie wskaźniki kontekstowe dotyczą bezpośrednio lub pośrednio poziomu zdrowia. Stąd czynniki, które na nie wpływają (oprócz projektów), to przede wszystkim czynniki zewnętrzne, a więc biologiczne, społeczne, warunki życia i pracy, ale także samobójstwa czy wypadki komunikacyjne. Oprócz tego możemy wyróżnić szereg czynników indywidualnych, jak styl życia (np. brak ruchu, poziom higieny), nawyki żywieniowe (prowadzące do nadwagi i otyłości), palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, zachowanie na drodze lub zachowania seksualne. Po stronie systemu ochrony zdrowia mamy natomiast do czynienia z profilaktyką i kompetencjami lekarzy.*

[29] OECD (2012), *Health at a Glance Europe 2012*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en, raport pobrany 7.09.2013 ze strony http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf

[30] Eurostat (2012), *Eurostat regional yearbook 2012*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, raport pobrany 7.09.2013 ze strony: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/regional_yearbook

# 4. Wnioski i rekomendacje z badania

Charakter tego badania ma wymiar w większości sprawozdawczo-monitoringowy, stąd wiele wniosków nie wpłynęło na wypracowanie adekwatnych rekomendacji.

W wyniku przeprowadzonego wieloetapowego procesu badawczego, udało się stworzyć szereg wniosków rodzących się z udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze, a także wypracować rekomendacje, które zweryfikowano podczas panelu ekspertów.

**Tabela 20. Tabela wniosków i rekomendacji z badania.**

| Lp. | Wniosek wynikający z badania (str. w raporcie) | Proponowana rekomendacja (str. w raporcie) | Proponowany sposób wdrożenia rekomendacji | Adresat rekomendacji | Termin realizacji |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Brak umieszczenia wskaźników rezultatu dla Programu w katalogu wskaźników obowiązkowych spowodował, że beneficjenci nie wybrali żadnego z pięciu wskaźników (na sześć istniejących) w umowach i nie monitorują ich. Sprawia to im poważne kłopoty podczas prowadzenia takich badań ewaluacyjnych jak to, ponieważ zmusza ich do odtwarzania rzeczywistości sprzed kilku lat. Beneficjenci nie byli przygotowani do monitorowania tych wskaźników (s. 22) | W przyszłym POIiŚ 2014-2020 należy zadbać o to, aby wszystkie wskaźniki z poziomu wskaźników strategicznych i wskaźników produktu dla Priorytetu były obowiązkowe dla beneficjentów – aby były zapewnione mechanizmy gromadzenia i zasilania tych wskaźników. Jeżeli jest to możliwe, wskaźniki produktu powinny być odwzorowane lub uszczegółowione na poziomie projektów, a ich wybranie powinno być obligatoryjne – z ewentualnym wskazywaniem wartości zero przez beneficjentów, których wskaźnik ten nie dotyczy (s. 22) | Wpisanie wskaźników programowych na listę wskaźników obligatoryjnych koniecznych do wpisania przez beneficjentów w projektach bez względu na to, czy je realizują (w takich przypadkach beneficjenci powinni wpisywać zero). Wówczas każdy beneficjent świadomie będzie podchodził do wybierania wskaźników spośród dostępnych i koniecznych wskaźników | MRR (pośrednio MZ) | Podczas prac nad PO IiŚ 2014-2020 i uszczegółowieniem |
| 2. | Błędy i różne podejścia do opisywania wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem (Działanie 12.2)" świadczą o trzech problemach: (1) nieprecyzyjnych wytycznych instytucji wdrażającej, (2) braku poinformowania beneficjentów o zasadach wpisywania i określania wartości wskaźnika lub nieczytania przez nich szczegółowo wytycznych, (3) braku wystarczającej kontroli osób zajmujących się podpisywaniem umów (błędy we wnioskach o dofinansowanie stanowiących załączniki do umów) i kontrolą oraz monitorowaniem (błędy we wnioskach o płatność) (s. 23) | Na potrzeby prowadzenia monitorowania Priorytetu XII w przyszłości należy podjąć próbę poprawienia obecnie zidentyfikowanych błędów, mimo tego, iż są to projekty zakończone, bowiem proces monitorowania i ewaluacji Programu jeszcze się nie zakończył, a Program nie został zamknięty. Konieczny jest kontakt z beneficjentami i ustalenie poprawnej wartości wskaźników (s. 23) | Pisemny kontakt z beneficjentami, u których wykryto błędy, aby pisemnie odpowiedzieli i skorygowali adekwatną dokumentację projektową | CSIOZ | I kwartał 2014 |

| Lp. | Wniosek wynikający z badania (str. w raporcie) | Proponowana rekomendacja (str. w raporcie) | Proponowany sposób wdrożenia rekomendacji | Adresat rekomendacji | Termin realizacji |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. | Powyższe błędy i różne podejścia do opisywania wskaźnika „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" świadczą o trzech problemach:<br>(1) nieprecyzyjnych wytycznych instytucji wdrażającej,<br>(2) braku poinformowania beneficjentów o zasadach wpisywania i określania wartości wskaźnika lub nieczytania przez nich szczegółowo wytycznych,<br>(3) braku wystarczającej kontroli osób zajmujących się podpisywaniem umów (błędy we wnioskach o dofinansowanie stanowiących załączniki do umów) i kontrolą oraz monitorowaniem (błędy we wnioskach o płatność)<br>(s. 24) | Na potrzeby prowadzenia monitorowania Priorytetu XII w przyszłości należy podjąć próbę poprawienia obecnie zidentyfikowanych błędów , mimo tego, iż są to projekty zakończone, bowiem proces monitorowania i ewaluacji Programu jeszcze się nie zakończył, a Program nie został zamknięty. Rekomenduje się kontakt z beneficjentami i ustalenie poprawnej wartości wskaźników na etapie wniosków o płatność końcową<br>(s. 24-25) | Pisemny kontakt z beneficjentami, u których wykryto błędy, aby pisemnie odpowiedzieli i skorygowali adekwatną dokumentację projektową | CSIOZ | I kwartał 2014 |
| 4. | Analizy pokazują, że skala tworzonych miejsc pracy przez beneficjentów jest ogromna. Niestety, zgodnie z tym, co wskazali uczestnicy Panelu Ekspertów, a potwierdziła analiza dokumentów, nie jest możliwe wykazanie w sprawozdaniach z realizacji Programu tych miejsc pracy, które nie zostały wpisane do umów. Ponieważ analizowane były projekty zakończone, w tych przypadkach, większość stworzonych miejsc pracy nie może być wykorzystana w monitoringu na poziomie Programu<br>(s. 32) | Rekomenduje się uzupełnienie nadal trwających projektów o powstałe miejsca pracy, których beneficjenci nie wpisali do umów i nie monitorują, niemniej jednak, które w rzeczywistości powstały<br>(s. 32) | Kontakt z beneficjentami projektów niezakończonych, ustalenie liczby powstałych etatów dzięki realizacji projektów i aneksowanie umów o dofinansowanie | CSIOZ | I kwartał 2014 |
| 5. | Nie jest sytuacją dobrą zwiększanie wartości wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia", tylko jego racjonalizacja. Jeżeli jednostki obsługują wszystkie zdarzenia – jest to sytuacja wystarczająca, żeby uznać, że cele Działania zostały spełnione. Cała polityka zdrowotna dąży do zmniejszania liczby interwencji tj. zmniejszenie ilości wypadków i zdarzeń.<br>Projekty mają za to wpływ na zwiększenie jakości usług tzn. zmniejszenie mediany czasu dojazdu do miejsca zdarzenia, poprawę skuteczności udzielanych świadczeń zdrowotnych, profesjonalną pomoc, poprawę komfortu transportu pacjenta z miejsca zdarzenia<br>(s. 44) | Należy obniżyć poziom wartości docelowej wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia" do poziomu sugerowanego przez IP tj. 73,4, ponieważ (1) dążenie do zwiększenia wartości tego wskaźnika jest nieracjonalne, (2) cele tego Działania zostały osiągnięte, (3) trend spadkowy wskaźnika pokazuje pozytywne zmiany w społeczeństwie – spadek liczby zdarzeń, a więc wzrost bezpieczeństwa, zmniejszenie zachowań ryzykownych itp.<br>(s. 44) | Wprowadzenie zmian do PO IiŚ (już dokonane), zatwierdzenie zmian przez KE | MZ, MRR, KE | IV kwartał 2014 |

| Lp. | Wniosek wynikający z badania (str. w raporcie) | Proponowana rekomendacja (str. w raporcie) | Proponowany sposób wdrożenia rekomendacji | Adresat rekomendacji | Termin realizacji |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. | Na bazie przeprowadzonej analizy dokumentów i bazując na wynikach badania nieplanowanych efektów bezpośrednich i długofalowych stworzono zestaw wskaźników kontekstowych wpisujących się w cele Priorytetu XII oraz nie powielających wskaźników produktu i rezultatu w tym priorytecie. Panel Ekspertów wprowadził zmiany do zaproponowanego zestawu wskaźników (usunięcie kilku wskaźników)<br>(s. 78) | Rekomenduje się wykorzystanie do monitorowania i pomiaru efektów interwencji w ramach Priorytetu XII następujących wskaźników kontekstowych:<br>➲ Poziom śmiertelności na oddziałach ratunkowych<br>➲ Poziom śmiertelności przed lub podczas prowadzenia czynności ratunkowych<br>➲ Średni czas hospitalizacji we wszystkich szpitalach<br>➲ Poziom śmiertelności (wszystkie przyczyny śmierci (A00-Y89) wyłączając S00-T98) na 100 tys. mieszkańców<br>➲ Przeciętne dalsze trwanie życia w podziale na mężczyzn i kobiety, w wieku 0 i 65 lat<br>(s. 78) | Wprowadzenie do systemu monitorowania PO IiŚ zaproponowanego zestawu wskaźników kontekstowych | MZ, MRR | I kwartał 2014 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

# 5. Studia przypadków

*Studia przypadków stanowią oddzielny dokument MS Word.*

# 6. Lista załączników

## 6.1. Narzędzia badawcze

### 6.1.1. Arkusz do analizy danych projektowych

*Arkusz do analizy danych projektowych został dołączony w odrębnym pliku.*

### 6.1.2. Kwestionariusz CAWI

*Kwestionariusz CAWI został dołączony w odrębnym pliku.*

### 6.1.3. Scenariusz wywiadu pogłębionego w ramach stadium przypadku

*Scenariusz wywiadu pogłębionego w ramach stadium przypadku został dołączony w odrębnym pliku.*

### 6.1.4. Arkusz obserwacji nieuczestniczącej

*Arkusz obserwacji nieuczestniczącej został dołączony w odrębnym pliku.*

### 6.1.5. Ramowy scenariusz panelu ekspertów

*Ramowy scenariusz panelu ekspertów został dołączony w odrębnym pliku.*

## 6.2. Lista projektów i beneficjentów biorących udział w badaniu

### 6.2.1. Lista projektów poddanych badaniu dokumentacji

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 1 | POIS.12.01.00-00-002/08 | Zakup ambulansów na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego Szpitala Powiatowego im. Dr A. Gacy i dr. J. Łaskiego NZOZ w Więcborku | 12.01 | NOVUM-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| 2 | POIS.12.01.00-00-005/08 | Podniesienie jakości usług świadczonych przez Miejską Stację Pogotowia Ratunkowego w Gdyni poprzez wymianę zużytego ambulansu na nowy z wyposażeniem | 12.01 | SPZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni |
| 3 | POIS.12.01.00-00-006/08 | Zakup nowego ambulansu z wyposażeniem w związku z planowanym w 2009 roku zakontraktowaniem dodatkowej karetki podstawowej przez POW NFZ | 12.01 | SPZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni |
| 4 | POIS.12.01.00-00-007/08 | Poprawa efektywności systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez wymianę dwóch zużytych ambulansów | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Toruniu |
| 5 | POIS.12.01.00-00-008/08 | Rozwój systemu ratownictwa medycznego w rejonie działania WSPR w Toruniu poprzez zakup podstawowego ambulansu ratunkowego | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Toruniu |
| 6 | POIS.12.01.00-00-009/08 | Zakup specjalistycznego ambulansu z wyposażeniem dla potrzeb ratownictwa medycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| 7 | POIS.12.01.00-00-011/08 | Poprawa efektywności systemu ratownictwa medycznego na obszarze działania WSPRiTS w Płocku poprzez zakup dwóch ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku |
| 8 | POIS.12.01.00-00-013/08 | Wzmocnienie systemu ratownictwa medycznego na terenie działania WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze poprzez zakup dwóch ambulansów sanitarnych | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze |
| 9 | POIS.12.01.00-00-016/08 | Podniesienie jakości działania systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację taboru ambulansów ratunkowych SP ZOZ WSS Nr 3 w Rybniku | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku |
| 10 | POIS.12.01.00-00-017/08 | Zakup ambulansu medycznego z wyposażeniem dla Zespołu Specjalistycznego RM SP ZOZ Nr 1 w Bełżycach obsługującego Powiat Lubelski | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach |
| 11 | POIS.12.01.00-00-019/08 | Zakup ambulansów na potrzeby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy |
| 12 | POIS.12.01.00-00-020/08 | Zakup ambulansów na potrzeby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy |
| 13 | POIS.12.01.00-00-021/08 | Poprawa efektywności ratownictwa medycznego poprzez wyposażenie SPZOZ w Sulechowie w specjalistyczny środek transportu sanitarnego | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie |
| 14 | POIS.12.01.00-00-022/08 | Zakup ambulansu z pełnym wyposażeniem na potrzeby specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w Trzciance | 12.01 | Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance |
| 15 | POIS.12.01.00-00-023/08 | Rozwój systemu ratownictwa medycznego poprzez zakup i wyposażenie specjalistycznych ambulansów dla Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu | 12.01 | Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu |
| 16 | POIS.12.01.00-00-026/08 | Rozwój systemu ratownictwa medycznego w Powiecie Świdnickim poprzez zakup dla SP ZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy 3 ambulansów sanitarnych | 12.01 | Powiat Świdnicki |
| 17 | POIS.12.01.00-00-027/08 | Unowocześnienie transportu sanitarnego przez Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu poprzez zakup 6 ambulansów specjalistycznych z wyposażeniem | 12.01 | Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu |
| 18 | POIS.12.01.00-00-028/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie |
| 19 | POIS.12.01.00-00-029/08 | Zakup ambulansu w celu obniżenia poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań wywołanych wypadkami na terenie Zagłębia Dąbrowskiego | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu |
| 20 | POIS.12.01.00-00-030/08 | Podniesienie jakości ratownictwa medycznego w rejonie działania Pogotowia Ratunkowego w Kaliszu poprzez wymianę trzech ambulansów ratunkowych | 12.01 | Pogotowie Ratunkowe w Kaliszu |
| 21 | POIS.12.01.00-00-031/08 | Zakup ambulansu sanitarnego wraz z wyposażeniem dla Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie | 12.01 | Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie |
| 22 | POIS.12.01.00-00-032/08 | Zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim poprzez odnowę i unowocześnienie bazy transportowej Zespołów Ratownictwa Medycznego | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku |
| 23 | POIS.12.01.00-00-033/08 | Modernizacja taboru ambulansów ratunkowych w Świętokrzyskim Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach | 12.01 | Swiętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach |
| 24 | POIS.12.01.00-00-034/08 | Wzrost skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego dzięki doposażeniu SPZOZ w Tomaszewie Lubelskim w środki transportu sanitarnego | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubleskim |
| 25 | POIS.12.01.00-00-036/08 | Zachowanie zasady "złotej godziny" poprzez wymianę środków transportu sanitarnego przez SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim |
| 26 | POIS.12.01.00-00-037/08 | Wymiana w drodze zakupu wyeksploatowanych ambulansów na nowe przez SPZOZ w Słubicach w celu zachowania zasady "złotej godziny" | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słubicach |
| 27 | POIS.12.01.00-00-038/08 | Wymiana dwóch ambulansów na ambulanse typu "R" i "W" wraz z wyposażeniem przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli - Powiat Zduńskowolski | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 28 | POIS.12.01.00-00-039/08 | Poprawa jakości i usług ratowniczych Szpitala Powiatu Bytowskiego, poprzez wymianę specjalistycznych środków transportu ratowniczego - ambulansów typu "S" i "P" stacjonujących w Bytowie oraz typu "P" stacjonującego w Miastku | 12.01 | Powiat Bytowski |
| 29 | POIS.12.01.00-00-041/08 | Zakup ambulansów przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku |
| 30 | POIS.12.01.00-00-042/08 | Wymiana ambulansu ratunkowego na potrzeby Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku | 12.01 | Stacja Pogotowia Ratunkowego w Słupsku |
| 31 | POIS.12.01.00-00-043/08 | Zakup dwóch ambulansów dla Szpitala Powiatowego w Nowej Dębie | 12.01 | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie |
| 32 | POIS.12.01.00-00-046/08 | Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w powiecie malborskim poprzez wyposażenie zespołów wyjazdowych w nowe pojazdy i sprzęt specjalistyczny | 12.01 | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Malborku |
| 33 | POIS.12.01.00-00-047/08 | Zakup ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem dla SPZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku |
| 34 | POIS.12.01.00-00-049/08 | Zakup ambulansu sanitarnego typu "W" wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego oddziału pomocy doraźnej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Ropczycach | 12.01 | Powiat Ropczycko-Sędziszowski |
| 35 | POIS.12.01.00-00-050/08 | Zakup specjalistycznego środka transportu sanitarnego (ambulans) wraz z wyposażeniem dla potrzeb specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w Piotrkowie Tryb | 12.01 | Samodzielny Szpital Wojewódzki im.Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim |
| 36 | POIS.12.01.00-00-051/08 | Poprawa jakości i efektywności usług medycznych dla pacjentów miasta Konina i powiatu konińskiego poprzez zakup ambulansów wraz z wyposażeniem | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Koninie |
| 37 | POIS.12.01.00-00-055/08 | Modernizacja systemu ratownictwa medycznego na terenie powiatu sieradzkiego poprzez zakup dwóch nowych karetek | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kard. St. Wyszyńskiego |
| 38 | POIS.12.01.00-00-056/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego na potrzeby Falck Medycyna Sp. z o. o. | 12.01 | FALCK Medycyna Sp z o.o. |
| 39 | POIS.12.01.00-00-057/08 | Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców powiatu szczecineckiego - karetki życia | 12.01 | Powiat Szczecinecki |
| 40 | POIS.12.01.00-00-059/08 [umowa rozwiązana] | Wymiana ambulansu ratunkowego z wyposażeniem medycznym dla Zespołu Ratownictwa Medycznego SP ZOZ w Mławie. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie |
| 41 | POIS.12.01.00-00-061/08 | Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez doposażenie Szpitala Powiatowego im. Jana Mikulicza w Biskupcu w specjalistyczny ambulans wraz z wyposażeniem. | 12.01 | Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu |
| 42 | POIS.12.01.00-00-062/08 | Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem przez Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej w Ełku - "Pro-Medica" w Ełku sp. z o.o. | 12.01 | "Pro-Medica" w Ełku spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| 43 | POIS.12.01.00-00-063/08 | Wymiana ambulansów ratunkowych z doposażeniem o system dysponowania zespołów wyjazdowych dla Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP Z w Mielcu | 12.01 | Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład |
| 44 | POIS.12.01.00-00-064/08 | Wymiana ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach |
| 45 | POIS.12.01.00-00-066/08 | Zakup ambulansu reanimacyjnego z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łańcucie | 12.01 | Powiat Łańcucki |
| 46 | POIS.12.01.00-00-067/08 | Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla Szpitala Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim | 12.01 | Powiat Tomaszowski |
| 47 | POIS.12.01.00-00-068/08 | Podniesienie dostępności do usług medycznych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu poprzez wyposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w ambulans | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu |
| 48 | POIS.12.01.00-00-070/08 | Poprawa jakości oraz skuteczności działań jednostek ratownictwa medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku poprzez wymianę ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem medycznym | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku |
| 49 | POIS.12.01.00-00-071/08 | Podniesienie poziomu ratownictwa medycznego poprzez wymianę ambulansu wraz z wyposażeniem przez ZZOZ w Jarocinie. | 12.01 | Powiat Jarociński |
| 50 | POIS.12.01.00-00-072/08 | Zakup ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego Prudnickiego Centrum Medycznego S.A. Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Prudniku | 12.01 | Prudnickie Centrum Medyczne S.A. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prudniku |
| 51 | POIS.12.01.00-00-075/08 | Wyposażenie Szpitala w Nowej Soli w specjalistyczne środki transportu sanitarnego | 12.01 | Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli |
| 52 | POIS.12.01.00-00-077/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego, ambulansów wraz z wyposażeniem, na potrzeby Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego | 12.01 | Krakowskie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| 53 | POIS.12.01.00-00-080/08 | Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyślu | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyślu |
| 54 | POIS.12.01.00-00-081/08 | Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego SPZOZ w Krotoszynie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie |
| 55 | POIS.12.01.00-00-083/08 | Zakup specjalistycznego ambulansu dla Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala im. Franciszka Żaczka w Pucku. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Franciszka Żaczka w Pucku |
| 56 | POIS.12.01.00-00-084/08 | Poprawa skuteczności ratownictwa przedszpitalnego poprzez wymianę wyeksploatowanych ambulansów w Wojewódzkim Pogotowiu Ratunkowym SP ZOZ w Lublinie. | 12.01 | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie |
| 57 | POIS.12.01.00-00-085/08 | Zakup ambulansów sanitarnych wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego ZZOZ w Ostrowie Wlkp. | 12.01 | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 58 | POIS.12.01.00-00-086/08 | Poprawa jakości ratownictwa medycznego w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach przez zakup ambulansu wraz z wyposażeniem | 12.01 | Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach |
| 59 | POIS.12.01.00-00-087/08 | Zakup ambulansu medycznego typu "B" wraz z wyposażeniem medycznym dla Gminnego Centrum Zdrowia Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku. | 12.01 | Gminne Centrum Zdrowia Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku |
| 60 | POIS.12.01.00-00-093/08 | Poprawa jakości, skuteczności i dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez zakup ambulansu z wyposażeniem dla ZOZ w Gnieźnie | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie |
| 61 | POIS.12.01.00-00-094/08 | Zakup ambulansu ratunkowego w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu pleszewskiego. | 12.01 | Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o. |
| 62 | POIS.12.01.00-00-095/08 | Zakup karetek na potrzeby SOR dla Szpitala Powiatowego w Limanowej w celu podniesienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu limanowskiego. | 12.01 | Szpital Powiatowy w Limanowej |
| 63 | POIS.12.01.00-00-096/08 | Poprawa dostępności, jakości i efektywności ratownictwa medycznego w powiecie kolskim poprzez zakup ambulansów z wyposażeniem dla SOR SP ZOZ w Kole | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole |
| 64 | POIS.12.01.00-00-097/08 | Zdążyć na czas! - zakup ambulansu ratunkowego dla ZOZ w Kłobucku | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku |
| 65 | POIS.12.01.00-00-099/08 | Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w Wielkopolsce poprzez wymianę ambulansów przez Rejonową Stację Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu | 12.01 | Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu |
| 66 | POIS.12.01.00-00-100/08 | Zakup dwóch ambulansów sanitarnych celem wymiany środków transportu dla potrzeb zespołów ratownictwa medycznego w Dziale Pomocy Doraźnej Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach | 12.01 | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach |
| 67 | POIS.12.01.00-00-101/08 | Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem | 12.01 | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem |
| 68 | POIS.12.01.00-00-102/08 | Zakup dwóch ambulansów z wyposażeniem dla Podstawowych Zespołów Ratownictwa Medycznego w Powiecie Mrągowskim przez Szpital Powiatowy w Mrągowie | 12.01 | Szpital Powiatowy im. Michała Kajki w Mrągowie |
| 69 | POIS.12.01.00-00-103/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego SP ZOZ w Turku | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku |
| 70 | POIS.12.01.00-00-104/08 | Pozyskanie ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów Ratownictwa Medycznego SP Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu |
| 71 | POIS.12.01.00-00-105/08 | Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia przez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o. | 12.01 | Szpital Tucholski Sp. z o.o. |
| 72 | POIS.12.01.00-00-108/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego WSPRiTS w Białej Podlaskiej | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Białej Podlaskiej |
| 73 | POIS.12.01.00-00-109/08 | Poprawa skuteczności udzielania pomocy Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez wymianę ambulansu wraz z wyposażeniem dla Pałuckiego Centrum Zdrowia | 12.01 | Pałuckie Centrum Zdrowia - spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| 74 | POIS.12.01.00-00-115/08 | Poprawa skuteczności udzielania pomocy w stanach zagrożenia zdrowotnego poprzez wymianę ambulansu pogotowia ratunkowego w Wodzisławiu Śląskim | 12.01 | Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Wodzisławiu Śląskim |
| 75 | POIS.12.01.00-00-116/08 | Wymiana dwóch ambulansów specjalistycznych z wyposażeniem dla Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu | 12.01 | Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego |
| 76 | POIS.12.01.00-00-117/08 | Poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego w Szpitalu Powiatowym im. A. Sokołowskiego w Złotowie poprzez wymianę infrastruktury medycznej | 12.01 | Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie |
| 77 | POIS.12.01.00-00-118/08 | Zakup dwóch ambulansów na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego w Pile | 12.01 | Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica |
| 78 | POIS.12.01.00-00-119/08 | Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego dla powiatu nidzickiego | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy |
| 79 | POIS.12.01.00-00-120/08 | Doposażenie Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie poprzez wymianę dwóch ambulansów | 12.01 | Powiat Tarnowski |
| 80 | POIS.12.01.00-00-121/08 | Świadczenia zdrowotne na wysokim poziomie w powiecie chełmińskim - zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie |
| 81 | POIS.12.01.00-00-122/08 | Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego w powiecie żywieckim poprzez zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla Działu Pomocy Doraźnej Zespołu ZOZ w Żywcu | 12.01 | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu |
| 82 | POIS.12.01.00-00-124/08 | Doposażenie Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie poprzez zakup nowego ambulansu | 12.01 | Powiat Tarnowski |
| 83 | POIS.12.01.00-00-125/08 | Zakup nowoczesnej karetki z wyposażeniem szansą na zwiększenie efektywności udzielania szybkiej pomocy w zakresie ratownictwa medycznego | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie |
| 84 | POIS.12.01.00-00-127/08 | Zakup ambulansu na potrzeby zespołów wyjazdowych działających w ramach SOR SP ZOZ w Leżajsku | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Leżajsk |
| 85 | POIS.12.01.00-00-129/08 | Zakup nowoczesnego ambulansu wraz z wyposażeniem na potrzeby Ratownictwa Medycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie |
| 86 | POIS.12.01.00-00-130/08 | Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla SPS ZOZ w Lęborku w celu poprawy jakości ratownictwa medycznego w Powiecie Lęborskim | 12.01 | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku |
| 87 | POIS.12.01.00-00-131/08 | Wymiana ambulansów wraz z wyposażeniem dla SPS ZOZ w Lęborku w celu poprawy ratownictwa medycznego w Powiecie Lęborskim | 12.01 | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 88 | POIS.12.01.00-00-133/08 | Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w Powiecie Kartuskim poprzez zakup ambulansów na potrzeby oddziału ratunkowego | 12.01 | Powiat Kartuski |
| 89 | POIS.12.01.00-00-134/08 | Zakup ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby Ratownictwa Medycznego Szpitala Specjalistycznego w Jaśle | 12.01 | Szpital Specjalistyczny w Jaśle |
| 90 | POIS.12.01.00-00-135/08 | Zapewnienie najwyższej efektywności działań ratownictwa medycznego w powiecie przasnyskim poprzez zakup 3 ambulansów | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu |
| 91 | POIS.12.01.00-00-137/08 | Wyposażenie Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu w ambulanse w celu zwiększenia efektywności działania zespołów ratownictwa medycznego | 12.01 | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu |
| 92 | POIS.12.01.00-00-138/08 | Zwiększenie efektywności działania zespołów ratownictwa medycznego w wyniku wymiany ambulansów przez SPZZOZ w Staszowie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie |
| 93 | POIS.12.01.00-00-139/08 | Poprawa skuteczności działań w stanie nagłego zagrożenia życia w powiecie staszowskim poprzez zakup dodatkowego ambulansu przez SPZZOZ w Staszowie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie |
| 94 | POIS.12.01.00-00-140/08 | Wymiana ambulansu na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego specjalistycznego w SP ZOZ Rypin | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| 95 | POIS.12.01.00-00-141/08 | Zakup ambulansu na potrzeby nowo utworzonego zespołu ratownictwa medycznego podstawowego w SP ZOZ Rypin | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| 96 | POIS.12.01.00-00-142/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem dla poprawy mobilności SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie |
| 97 | POIS.12.01.00-00-143/08 | Wymiana ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby ratownictwa medycznego w SP SPRiTS w Zamościu | 12.01 | Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu |
| 98 | POIS.12.01.00-00-144/08 | Zakup 2 ambulansów sanitarnych z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznego oraz podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego SP ZOZ w Garwolinie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie |
| 99 | POIS.12.01.00-00-146/08 | Poprawa infrastruktury ratownictwa medycznego powiatu obornickiego poprzez zakup ambulansu specjalistycznego wraz z wyposażeniem | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach |
| 100 | POIS.12.01.00-00-149/08 | Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego województwa podlaskiego poprzez wymianę ambulansów specjalistycznych w WSPR SP ZOZ w Suwałkach. | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdowotnej w Suwałkach |
| 101 | POIS.12.01.00-00-151/08 | Podniesienie jakości świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego poprzez doposażenie NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie w ambulans z wyposażeniem | 12.01 | NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o. |
| 102 | POIS.12.01.00-00-152/08 | Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego województwa podlaskiego poprzez wymianę ambulansów specjalistycznych w SP ZOZ WSPR w Białymstoku. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowania Ratunkowego w Białymstoku |
| 103 | POIS.12.01.00-00-153/08 | Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego województwa podlaskiego poprzez wymianę ambulansów specjalistycznych w WSPR SP ZOZ w Łomży. | 12.01 | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży |
| 104 | POIS.12.01.00-00-155/08 | Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu głubczyckiego poprzez zakup nowych ambulansów ratowniczych wraz z wyposażeniem | 12.01 | Powiat Głubczycki |
| 105 | POIS.12.01.00-00-157/08 | Wzrost dostępu do wysokiej jakości usług medycznych przedszpitalnych przez wymianę ambulansu z wyposażeniem dla ratownictwa medycznego SPZOZ w Bochni | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Bochni |
| 106 | POIS.12.01.00-00-158/08 | Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu myślenickiego i turystów poprzez wymianę zużytych ambulansów | 12.01 | Powiat Myślenicki |
| 107 | POIS.12.01.00-00-159/08 | Zakup podstawowych i specjalistycznych ambulansów na potrzeby Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach | 12.01 | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach |
| 108 | POIS.12.01.00-00-165/08 | Zakup specjalistycznych ambulansów dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nysie | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie |
| 109 | POIS.12.01.00-00-166/08 | Zakup specjalistycznych ambulansów wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Proszowicach w województwie Małopolskim | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach |
| 110 | POIS.12.01.00-00-167/08 | Zakup ambulansu wraz z wyposażeniem dla Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w powiecie oleckim przez "Olmedica w Olecku - Sp. z o.o." | 12.01 | "Olmedica w Olecku - Sp. z o.o." |
| 111 | POIS.12.01.00-00-168/08 | Zmniejszenie śmiertelnych następstw wypadków i powikłań zdrowia mieszkańców gminy Polanów poprzez zakup wysokiej klasy środka transportu sanitarnego | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Polanowie |
| 112 | POIS.12.01.00-00-169/08 | Poprawa skuteczności udzielania pomocy przedszpitalnej na terenie działania SP ZOZ w Lubartowie poprzez zakup ambulansów ratowniczych. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie |
| 113 | POIS.12.01.00-00-171/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego na potrzeby Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego | 12.01 | Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu |
| 114 | POIS.12.01.00-00-173/08 | Wymiana ambulansu podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w Zalewie szansą mieszkańców powiatu iławskiego na lepszy dostęp do świadczeń | 12.01 | Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie |
| 115 | POIS.12.01.00-00-174/08 | Zakup ambulansu na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w Iławie szansą mieszkańców powiatu iławskiego na lepszy dostęp do świadczeń | 12.01 | Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 116 | POIS.12.01.00-00-178/08 | Poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego w Bielskim Pogotowiu Ratunkowym poprzez wymianę 3 sztuk wyeksploatowanych karetek sanitarnych na nowe ambulanse dla zespołów specjalistycznych | 12.01 | Bielskie Pogotowie Ratunkowe |
| 117 | POIS.12.01.00-00-183/08 | Poprawa efektywności pracy zespołów ratownictwa medycznego w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie poprzez zakup dwóch nowoczesnych ambulansów | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej |
| 118 | POIS.12.01.00-00-185/08 | Usprawnienie ratownictwa medycznego w Województwie Lubelskim poprzez wymianę 6 ambulansów dla Stacji Ratownictwa Medycznego w Chełmie SP ZOZ | 12.01 | Stacja Ratownictwa Medycznego w Chełmie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| 119 | POIS.12.01.00-00-187/08 | Zakup specjalistycznego środka transportu wraz z wyposażeniem dla zespołu ratownictwa medycznego przy Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy | 12.01 | Powiat Oleśnicki |
| 120 | POIS.12.01.00-00-191/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w NZOZ w Świeciu | 12.01 | Nowy Szpital Sp. z o.o. |
| 121 | POIS.12.01.00-00-192/08 | Zakup specjalistycznego środka transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w NZOZ w Skwierzynie | 12.01 | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Dr n. med. Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o. z siedzibą w Skwierzynie |
| 122 | POIS.12.01.00-00-194/08 | Podniesienie standardu usług w zakresie ratownictwa medycznego poprzez wyposażenie stacji pogotowia ratunkowego w Lejkowie w ambulans medyczny | 12.01 | Zakład Opieki Zdrowotnej w Malechowie |
| 123 | POIS.12.01.00-00-197/08 | Poprawa skuteczności udzielania pomocy medycznej przez Zespoły Ratownictwa Medycznego poprzez wymianę 2 ambulansów w SP ZOZ w Nowym Dworze Gdańskim | 12.01 | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| 124 | POIS.12.01.00-00-199/08 | Zwiększenie skuteczności ratownictwa medycznego poprzez doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Wieluniu w nowoczesny ambulans. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu |
| 125 | POIS.12.01.00-00-200/08 | Zwiększenie skuteczności interwencji medycznych w stanach zagrożenia życia poprzez doposażenie SRM SP ZOZ w Łukowie w nowoczesne ambulanse medyczne | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie |
| 126 | POIS.12.01.00-00-202/08 | Zwiększenie skuteczności działania Zespołów Ratownictwa Medycznego SP ZOZ RM-MEDITRANS w Siedlcach poprzez wymianę 3 ambulansów medycznych | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RM-MEDITRANS" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach |
| 127 | POIS.12.01.00-00-204/08 | Zakup ambulansu z wyposażeniem przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu na potrzeby specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego w Elblągu | 12.01 | Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu |
| 128 | POIS.12.01.00-00-207/08 | Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup 2 karetek typu "P" przez Szpital Tucholski Sp. z o.o. | 12.01 | Szpital Tucholski Sp. z o.o. |
| 129 | POIS.12.01.00-00-208/08 | Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez zakup Karetki typu "S" przez Szpital Powiatowy w Chełmży | 12.01 | Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży |
| 130 | POIS.12.01.00-00-209/08 | Poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez dostosowanie infrastruktury ratownictwa medycznego SMS im. G. Narutowicza w Krakowie do wymogów prawa | 12.01 | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie |
| 131 | POIS.12.01.00-00-211/08 | Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla szpitalnego oddziału ratunkowego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie | 12.01 | Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie |
| 132 | POIS.12.01.00-00-212/08 | Przebudowa pomieszczeń Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu na Szpitalny Oddział Ratunkowy | 12.01 | Powiat Brzeski |
| 133 | POIS.12.01.00-00-213/08 | Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nysie | 12.01 | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NYSIE |
| 134 | POIS.12.01.00-00-217/08 | Zapewnienie skutecznego systemu ratownictwa medycznego poprzez rozbudowę i zakup aparatury medycznej dla SOR-u Szpitala Wojewódzkiego w Opolu | 12.01 | Szpital Wojewódzki w Opolu |
| 135 | POIS.12.01.00-00-225/08 | Rozbudowa i remont Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej oraz zakup sprzętu medycznego dla potrzeb oddziału. | 12.01 | Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej |
| 136 | POIS.12.01.00-00-232/08 | Rozbudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - II etap modernizacji Szpitala Powiatowego w Krotoszynie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie |
| 137 | POIS.12.01.00-00-238/08 | Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie do wymagań prawnych poprzez doposażenie w wyroby medyczne | 12.01 | Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie |
| 138 | POIS.12.01.00-00-239/08 | Utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przy Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii | 12.01 | SP ZOZ Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. dr E.Hankego |
| 139 | POIS.12.01.00-00-242/08 | Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez budowę lądowiska i modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wałbrzychu | 12.01 | Specjalistyczny Szpital im. dra A. Sokołowskiego |
| 140 | POIS.12.01.00-00-244/08 | Poprawa jakości leczenia w stanach zagrożenia życia poprzez dostosowanie SOR w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim do obowiązujących wymogów prawnych | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim |
| 141 | POIS.12.01.00-00-246/08 | Przebudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w WSzS w Białej Podlaskiej w celu dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia | 12.01 | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej |
| 142 | POIS.12.01.00-00-249/08 | Rozwój systemu ratownictwa medycznego regionu poprzez budowę lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu | 12.01 | Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 143 | POIS.12.01.00-00-251/08 | Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZZOZ w Janowie Lubelskim do wymagań prawnych poprzez doposażenie w sprzęt medyczny - etap I | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim |
| 144 | POIS.12.01.00-00-254/08 | Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim przez rozbudowę SOR w Sanoku, zakup sprzętu medycznego i budowę lądowiska dla helikopterów | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku |
| 145 | POIS.12.01.00-00-255/08 | Doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nowej Soli w specjalistyczny sprzęt medyczny oraz modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i lądowiska dla helikopterów realizowane przez Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli | 12.01 | Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli |
| 146 | POIS.12.01.00-00-256/08 | Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach |
| 147 | POIS.12.01.00-00-262/08 | Rozbudowa i modernizacja Szpitala Śląskiego w Cieszynie - etap II - wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego | 12.01 | Powiat Cieszyński |
| 148 | POIS.12.01.00-00-268/08 | Przebudowa i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z modernizacją lądowiska dla helikopterów ZZOZ w Oświęcimiu | 12.01 | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu |
| 149 | POIS.12.01.00-00-269/08 | Rozbudowa, przebudowa i doposażenie NZOZ "Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego" Sp. z o.o. celem utworzenia SOR | 12.01 | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Sp. z o.o. |
| 150 | POIS.12.01.00-00-270/08 | Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Strzelcach Opolskich poprzez rozbudowę obiektu i zakup nowej specjalistycznej aparatury. | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej |
| 151 | POIS.12.01.00-00-271/08 | Przebudowa budynku Przychodni na Szpitalny Oddział Ratunkowy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu |
| 152 | POIS.12.01.00-00-272/08 | Modernizacja pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Lądowiska wraz z zakupem nowych urządzeń dla Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie | 12.01 | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego SP ZOZ |
| 153 | POIS.12.01.00-00-276/08 | Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego poprzez doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu | 12.01 | Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej |
| 154 | POIS.12.01.00-00-278/08 | Poprawa skuteczności działań ratownictwa medycznego poprzez doposażenie SOR i budowę lądowiska w SPZOZ w Radzyniu Podlaskim | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzyniu Podlaskim |
| 155 | POIS.12.01.00-00-279/08 | Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do wymaganych standardów poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego | 12.01 | Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy |
| 156 | POIS.12.01.00-00-280/08 | Zwiększenie efektywności działania systemu ratownictwa medycznego w SP ZOZ w Kraśniku poprzez modernizację SOR i zakup wyposażenia medycznego | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku |
| 157 | POIS.12.01.00-00-284/08 | Zakup aparatury medycznej dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim |
| 158 | POIS.12.01.00-00-285/08 | Rozbudowa i przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Diagnostyki Obrazowej SPZOZ w Oławie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oławie |
| 159 | POIS.12.01.00-00-287/08 | Podniesienie jakości działania systemu ratownictwa medycznego w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu poprzez zakup urządzeń medycznych. | 12.01 | Regionalny Szpital Specjalistyczny Im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu |
| 160 | POIS.12.01.00-00-289/08 | Remont i przebudowa SOR i lądowiska oraz zakup wyposażenia medycznego SOR dla ZZOZ w Ostrowie Wlkp. | 12.01 | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim |
| 161 | POIS.12.01.00-00-290/08 | Poprawa jakości świadczonych usług i bezpieczeństwa pacjentów poprzez zakup wyrobów medycznych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w NZOZ Nowy Szpital w Świebodzinie | 12.01 | Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o. |
| 162 | POIS.12.01.00-00-292/08 | Adaptacja i doposażenie pomieszczeń parteru budynku głównego dla SPZOZ w Krasnymstawie na potrzeby SOR etap II | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej |
| 163 | POIS.12.01.00-00-296/08 | Budowa lądowiska dla helikopterów w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu. | 12.01 | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu |
| 164 | POIS.12.01.00-00-297/08 | Poprawa działania systemu ratownictwa medycznego w powiecie bocheńskim - zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii dla SOR w SPZOZ w Bochni | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" |
| 165 | POIS.12.01.00-00-300/08 | Przebudowa z rozbudową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z zakupem wyrobów medycznych. | 12.01 | Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie |
| 166 | POIS.12.01.00-00-301/08 | Wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Słupsku | 12.01 | Samorząd Województwa Pomorskiego |
| 167 | POIS.12.01.00-00-302/08 | Wzrost jakości usług medycznych przez doposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Pile w wyroby medyczne i system łączności oraz przebudowę lądowiska. | 12.01 | Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica |
| 168 | POIS.12.01.00-00-304/08 | Poprawa infrastruktury oraz doposażenie w sprzęt medyczny SOR w Starogardzie Gdańskim w celu zwiększenia efektywności ratownictwa medycznego. | 12.01 | Powiat Starogardzki |
| 169 | POIS.12.01.00-00-310/08 | Zakup wyposażenia do SOR-u w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie w celu dostosowania do przepisów. | 12.01 | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr St. Popowskiego w Olsztynie |
| 170 | POIS.12.01.00-00-312/08 | Doposażenie SOR w Szpitalu im. Św. Łukasza w Tarnowie w sprzęt i aparaturę medyczną | 12.01 | Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 171 | POIS.12.01.00-00-315/08 | Zwiększenie możliwości diagnostyki i leczenia w SOR w SPZOZ w Hajnówce celem zapewnienia najwyższej jakości opieki mieszkańcom powiatu hajnowskiego. | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce |
| 172 | POIS.12.01.00-00-317/08 | Przebudowa i remont wraz z zakupem sprzętu i wyposażenia medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy w Wejherowie. | 12.01 | Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie |
| 173 | POIS.12.01.00-00-321/08 | Zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych przez doposażenie i modernizację infrastruktury szpitalnego oddziału ratunkowego w PS ZOZ w Inowrocławiu. | 12.01 | Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu |
| 174 | POIS.12.01.00-00-323/08 | Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców poprzez budowę lądowiska i doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w ZOZ w Suchej Beskidzkiej. | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej |
| 175 | POIS.12.01.00-00-326/08 | Podniesienie sprawności działania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu - Etap I | 12.01 | Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu |
| 176 | POIS.12.01.00-00-329/08 | Rozbudowa i doposażenie SP ZOZ w Giżycku w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego na terenie powiatu giżyckiego i węgorzewskiego - etap I: SOR | 12.01 | Szpital Giżycki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| 177 | POIS.12.01.00-00-330/08 | Zakup wyrobów medycznych do diagnostyki i terapii oraz budowa drogi między lądowiskiem a SOR-em w WSS im.M. Kopernika w Łodzi. | 12.01 | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi |
| 178 | POIS.12.01.00-00-332/08 | Podniesienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych poprzez wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wolskim w Warszawie | 12.01 | Miasto Stołeczne Warszawa |
| 179 | POIS.12.01.00-00-333/08 | Poprawa jakości systemu ratownictwa medycznego poprzez modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wojewódzki imienia Kardynała Stefana Wyszyńskiego |
| 180 | POIS.12.01.00-00-336/08 | Utrzymanie zasady "ZŁOTEJ GODZINY" przez zakup sprzętu diagonostycznego i podtrzymującego życie dla SOR w Szpitalu Specjalistycznym w Gorlicach | 12.01 | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach |
| 181 | POIS.12.01.00-00-337/08 | Ciepła sień i sprzęt specjalistyczny dla SOR-u Szpitala Powiatowego w Limanowej w celu podniesienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu. | 12.01 | Szpital Powiatowy w Limanowej |
| 182 | POIS.12.01.00-00-340/08 | Rozbudowa i przebudowa Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu - Szpitalny Oddział Ratunkowy z wyposażeniem | 12.01 | Powiat Nowotomyski |
| 183 | POIS.12.01.00-00-342/08 | Poprawa skuteczności udzielania pomocy medycznej przez Szpitalny Oddział Ratunkowy WSS w Siedlcach poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej | 12.01 | Województwo Mazowieckie |
| 184 | POIS.12.01.00-00-344/08 | Zakup sprzętu medycznego dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu celem doposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego | 12.01 | Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu |
| 185 | POIS.12.01.00-00-353/08 | Zakup sprzętu medycznego na potrzeby Klinicznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy | 12.01 | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy |
| 186 | POIS.12.01.00-00-354/08 | Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego poprzez modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w SPZOZ w Sieradzu | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kard. St. Wyszyńskiego |
| 187 | POIS.12.01.00-00-355/08 | Rozwój systemu ratownictwa medycznego poprzez dostosowanie SOR w SP ZOZ w Sokółce do obowiązujących wymogów prawnych | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce. |
| 188 | POIS.12.01.00-00-356/08 | Remont lądowiska dla śmigłowców ratunkowych celem dostosowania do standardów europejskich | 12.01 | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. "Św. Barbary" |
| 189 | POIS.12.01.00-00-358/08 | Poprawa dostępności i skuteczności leczenia pacjentów w nagłych przypadkach poprzez wyposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Jędrzejowie | 12.01 | Artmedic sp. z o.o |
| 190 | POIS.12.01.00-00-359/08 | Rozbudowa i doposażenie oddziału ratunkowego i zakładu diagnostyki obrazowej na potrzeby ratownictwa medycznego w Sochaczewie | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpital Powiatowy" w Sochaczewie |
| 191 | POIS.12.01.00-00-001/10 | Dostosowanie miejsca startów i lądowań śmigłowców do potrzeb SOR SPZOZ w Mławie | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie |
| 192 | POIS.12.01.00-00-006/10 | Lądowisko Szpitala w Nysie | 12.01 | Zespół Opieki Zdrowotnej |
| 193 | POIS.12.01.00-00-008/10 | Chcemy i możemy Ci pomóc w każdej sytuacji - Budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Mielcu | 12.01 | Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu |
| 194 | POIS.12.01.00-00-011/10 | Przebudowa lądowiska dla helikopterów przy Szpitalu Specjalistycznym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu | 12.01 | Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu |
| 195 | POIS.12.01.00-00-016/10 | Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w SPZZOZ w Gryficach poprzez rozbudowę lądowiska | 12.01 | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach |
| 196 | POIS.12.01.00-00-025/10 | Budowa lądowiska dla helikopterów w NZOZ Szpital w Puszczykowie na potrzeby SOR | 12.01 | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| 197 | POIS.12.01.00-00-026/10 | Remont lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach mający na celu dostosowanie do obowiązujących przepisów | 12.01 | Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach |
| 198 | POIS.12.01.00-00-027/10 | Budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu. | 12.01 | Szpital Wojewódzki |
| 199 | POIS.12.01.00-00-033/10 | Modernizacja lądowiska dla śmigłowców ratunkowych w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu | 12.01 | 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 200 | POIS.12.01.00-00-034/10 | Budowa lądowiska dla śmigłowców przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SP ZOZ w Nowym Tomyślu | 12.01 | Powiat Nowotomyski |
| 201 | POIS.12.01.00-00-035/10 | Podniesienie dostępności do SOR Szpitala w Bełchatowie poprzez modernizację lądowiska dla śmigłowców | 12.01 | Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II |
| 202 | POIS.12.01.00-00-042/10 | Kompleksowa modernizacja lądowiska dla helikopterów w PSZOZ w Inowrocławiu | 12.01 | Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu |
| 203 | POIS.12.01.00-00-044/10 | Modernizacja lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu | 12.01 | Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu |
| 204 | POIS.12.01.00-00-050/10 | Lądowisko w Brodnicy szansą poprawy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego | 12.01 | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego |
| 205 | POIS.12.01.00-00-059/10 | Przebudowa lądowiska wraz z niezbędną infrastrukturą służącą polepszeniu dostępności do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojskowego Instytutu Medycznego | 12.01 | Wojskowy Instytut Medyczny |
| 206 | POIS.12.02.00-00-001/08 | Przebudowa, modernizacja i wyposażenie części pomieszczeń SPSK w Otwocku na potrzeby nowoczesnego Bloku Operacyjnego Traumatologii i Izby Przyjęć | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego |
| 207 | POIS.12.02.00-00-002/08 | Wzrost jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych 10 WSK z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy poprzez zakup sprzętu medycznego dla intensywnej terapii. | 12.02 | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką |
| 208 | POIS.12.02.00-00-005/08 | Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń medycznych w SPDSK w Warszawie poprzez zakup aparatu RTG i Tomografu komputerowego | 12.02 | Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny |
| 209 | POIS.12.02.00-00-007/08 | Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego w SPDSK w Warszawie | 12.02 | Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny |
| 210 | POIS.12.02.00-00-008/08 | Poprawa diagnostyki obrazowej w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu | 12.02 | 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu |
| 211 | POIS.12.02.00-00-009/08 | Wymiana aparatu RTG w celu poprawy jakości i dostępności usług z zakresu diagnostyki obrazowej dla mieszkańców całego kraju. | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego |
| 212 | POIS.12.02.00-00-010/08 | Zakup nowoczesnego sprzętu na potrzeby ponadregionalnego Centrum Chirurgii Endowaskularnej | 12.02 | Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu |
| 213 | POIS.12.02.00-00-012/08 | Poprawa jakości i dostępności badań diagnostycznych oferowanych przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej. | 12.02 | 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| 214 | POIS.12.02.00-00-015/08 | Rozwój innowacyjnej chirurgii poprzez utworzenie nowoczesnego Bloku Operacyjnego oraz OAiIT w SPSK Nr 1 im. Prof. S. Szyszko ŚUM - etap II | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |
| 215 | POIS.12.02.00-00-016/08 | Poprawa jakości i efektywności diagnostyki onkologicznej w Polsce poprzez wymianę aparatury obrazowej w medycynie nuklearnej. | 12.02 | Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie |
| 216 | POIS.12.02.00-00-018/08 | Poprawa jakości, efektywności i dostępności do specjalistycznej opieki nad noworodkiem w GPSK w Poznaniu poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej. | 12.02 | Ginekologiczno-położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu |
| 217 | POIS.12.02.00-00-019/08 | Wzrost jakości i dostępności diagnostyki obrazowej w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu poprzez rozbudowę i zakup wyposażenia | 12.02 | Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu |
| 218 | POIS.12.02.00-00-021/08 | Utworzenie Makroregionalnego Centrum Inwazyjnej Diagnostyki i Chirurgicznego Leczenia Raka Płuca w SPSK Nr 4 w Lublinie | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie |
| 219 | POIS.12.02.00-00-023/08 | Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie. | 12.02 | Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali |
| 220 | POIS.12.02.00-00-029/08 | Poprawa jakości usług medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych dla SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach. | 12.02 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji |
| 221 | POIS.12.02.00-00-030/08 | Poprawa jakości i dostępności usług medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych dla Instytutu Kardiologii w Warszawie. | 12.02 | Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego |
| 222 | POIS.12.02.00-00-035/08 | Poprawa jakości świadczeń medycznych poprzez zakup aparatury obrazowej i sprzętu medycznego służącego do diagnostyki i terapii w ZOZ MSWiA w Łodzi. | 12.02 | Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi |
| 223 | POIS.12.02.00-00-038/08 | Adaptacja pomieszczeń i wyposażenie w sprzęt medyczny OKAiIT USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, gm. M. Łódź, pow. m. łódzki, woj. łódzkie | 12.02 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi |
| 224 | POIS.12.02.00-00-041/08 | Zakup i instalacja SPECT-CT oraz modernizacja ośrodka medycyny nuklearnej w Oddziale Klinicznym Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. | 12.02 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie |
| 225 | POIS.12.02.00-00-042/08 | Zakup aparatury obrazowej i wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Sercowo-Naczyniowej SCCS w Zabrzu. | 12.02 | Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu |
| 226 | POIS.12.02.00-00-044/08 | Zakup aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych na potrzeby Pracowni Hemodynamiki i Diagnostyki Obrazowej SCCS w Zabrzu. | 12.02 | Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu |
| 227 | POIS.12.02.00-00-046/08 | Stworzenie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi całodobowego Centrum Endoskopowego Leczenia Krwawień | 12.02 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów |

| Lp. | Projekt nr | Tytuł projektu | Działanie | Nazwa beneficjenta |
|---|---|---|---|---|
| 228 | POIS.12.02.00-00-047/08 | Dobra diagnoza podstawą skutecznego leczenia - wyposażenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej ZOZ MSWiA w Białymstoku w nowoczesny tomograf komputerowy. | 12.02 | Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku |
| 229 | POIS.12.02.00-00-048/08 | Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy | 12.02 | Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy |
| 230 | POIS.12.02.00-00-049/08 | Zakup aparatury medycznej wraz z ucyfrowieniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie. | 12.02 | 1 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie |
| 231 | POIS.12.02.00-00-050/08 | Przebudowa parteru Kliniki Okulistyki oraz zakup aparatury medycznej w celu zwiększenia jakości specjalistycznych usług w SPSK Nr 2 PAM w Szczecinie | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie |
| 232 | POIS.12.02.00-00-052/08 | Radiologia XXI wieku - poprawa jakości diagnostyki rentgenowskiej w UDSK w Białymstoku poprzez wymianę dwóch przestarzałych aparatów RTG | 12.02 | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku |
| 233 | POIS.12.02.00-00-053/08 | Podniesienie jakości wysokospecjalistycznych procedur medycznych dla dzieci poprzez dostawę sprzętu medycznego dla Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. | 12.02 | Instytut Matki i Dziecka |
| 234 | POIS.12.02.00-00-054/08 | Podniesienie dostępu do nowoczesnych sposobów diagnozowania nowotworów poprzez wyposażenie Centrum Onkologii Oddział w Krakowie SPECT/CT | 12.02 | Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie |
| 235 | POIS.12.02.00-00-056/08 | Zakup aparatury obrazowej oraz dostosowanie infrastruktury technicznej w celu utworzenia Teleradiologicznego Centrum Diagnostycznego w WIM. | 12.02 | Wojskowy Instytut Medyczny |
| 236 | POIS.12.02.00-00-057/08 | Modernizacja, zakup sprzętu diagnostycznego i dystrybucja obrazu cyfrowego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej. | 12.02 | 110 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Elblągu |
| 237 | POIS.12.02.00-00-058/08 | Przebudowa pomieszczeń III Oddziału Propedeutyki Pediatrii i Chorób Metabolicznych Kości w Łodzi, przy ul. Spornej 36/50 | 12.02 | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 im. Marii Konopnickiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi |
| 238 | POIS.12.02.00-00-060/08 | Opieka nad dzieckiem z niską wagą urodzeniową i wadami wrodzonymi w okresie przedporodowym, porodowym i poporodowym w ICZMP w Łodzi | 12.02 | Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" |
| 239 | POIS.12.02.00-00-061/08 | Poprawa efektywności przyjęć oraz dostępności i jakości diagnostyki i terapii chorób płuc ( I etap) w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie | 12.02 | Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc |
| 240 | POIS.12.02.00-00-062/08 | Zwiększenie dostępności i jakości diagnostycznych świadczeń zdrowotnych poprzez doposażenie Zakładu Diagnostyki Obrazowej ICZMP w Łodzi. | 12.02 | Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" |
| 241 | POIS.12.02.00-00-063/08 | Remont Bloku Operacyjnego "A" Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi wraz z zakupem nowoczesnego wyposażenia. | 12.02 | Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" |
| 242 | POIS.12.02.00-00-066/08 | Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii izotopowej przez doposażenie ZMNiEO w Centrum Onkologii w Warszawie. | 12.02 | Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie |
| 243 | POIS.12.02.00-00-067/08 | Przebudowa pomieszczeń parteru budynku SPSK 1 PUM dla Klinik: Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej | 12.02 | SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. T. Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie |
| 244 | POIS.12.02.00-00-070/08 | Zakup wyrobów medycznych dla potrzeb SPCSK w Katowicach w celu poprawy jakości wysokospecjalistycznych procedur endoskopowych | 12.02 | Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |
| 245 | POIS.12.02.00-00-071/08 | Zakup urządzeń medycznych dla potrzeb SPCSK w Katowicach w celu poprawy jakości lecznictwa wysokospecjalistycznego OAiIT | 12.02 | Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |
| 246 | POIS.12.02.00-00-072/08 | Zakup aparatury obrazowej dla Szpitala Klinicznego nr 3 w Zabrzu w celu poprawy jakości lecznictwa wysokospecjalistycznego | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |
| 247 | POIS.12.02.00-00-076/08 | Podniesienie bezpieczeństwa diagnostyki obrazowej poprzez unowocześnienie aparatury medycznej w Zakładzie Radiologii USK w Białymstoku. | 12.02 | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku |
| 248 | POIS.12.02.00-00-077/08 | Zapewnienie standardów opieki medycznej na Bloku Operacyjnym i Oddziale Intensywnej Terapii USK w Białymstoku. | 12.02 | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku |
| 249 | POIS.12.02.00-00-002/09 | Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie | 12.02 | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie |
| 250 | POIS.12.02.00-00-003/09 | Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej | 12.02 | Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego |

## 6.2.2. Lista beneficjentów poddanych badaniu CAWI

| Lp. | Pytania dla Działania 12.1 | Pytania dla Działania 12.2 | Pytania z bloku 1.B i 1.C | Nazwa beneficjenta | Miejscowość |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Tak | Tak | Nie | Wojskowy Instytut Medyczny | Warszawa 44 |
| 2 | Tak | Nie | Nie | Województwo Mazowieckie | Warszawa |
| 3 | Tak | Nie | Tak | Zakład Opieki Zdrowotnej w Malechowie | Malechowo |
| 4 | Tak | Nie | Tak | NOVUM-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Więcbork |
| 5 | Tak | Nie | Nie | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej | Sucha Beskidzka |
| 6 | Nie | Tak | Nie | Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie | Gliwice |
| 7 | Nie | Tak | Nie | Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie | Kraków |
| 8 | Nie | Tak | Nie | Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie | Warszawa |
| 9 | Nie | Tak | Nie | Instytut Matki i Dziecka | Warszawa |
| 10 | Nie | Tak | Nie | Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego | Warszawa |
| 11 | Nie | Tak | Nie | Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc | Warszawa |
| 12 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego | Warszawa |
| 13 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny | Warszawa |
| 14 | Tak | Nie | Nie | Miasto Stołeczne Warszawa | Warszawa |
| 15 | Tak | Nie | Tak | FALCK Medycyna Sp z o.o. | Warszawa |
| 16 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego | Otwock |
| 17 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Białej Podlaskiej | Biała Podlaska |
| 18 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej | Biała Podlaska |
| 19 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzyniu Podlaskim | Radzyń Podlaski |
| 20 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowania Ratunkowego w Białymstoku | Białystok |
| 21 | Nie | Tak | Nie | Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku | Białystok |
| 22 | Nie | Tak | Nie | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku | Białystok |
| 23 | Nie | Tak | Nie | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku | Białystok |
| 24 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim | Bielsk Podlaski |
| 25 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce | Hajnówka |
| 26 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce. | Sokółka |
| 27 | Tak | Nie | Tak | Bielskie Pogotowie Ratunkowe | Bielsko - Biała |
| 28 | Tak | Nie | Nie | Powiat Cieszyński | Cieszyn |
| 29 | Tak | Nie | Nie | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu | Oświęcim - miasto |
| 30 | Tak | Nie | Tak | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach | Wadowice |
| 31 | Tak | Nie | Tak | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu | Żywiec |
| 32 | Tak | Tak | Nie | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy | Bydgoszcz |
| 33 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy | Bydgoszcz |
| 34 | Tak | Nie | Tak | Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach | Chojnice |
| 35 | Tak | Nie | Nie | Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu | Inowrocław |
| 36 | Tak | Nie | Tak | Szpital Tucholski Sp. z o.o. | Tuchola |
| 37 | Tak | Nie | Tak | Pałuckie Centrum Zdrowia - spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Żnin |
| 38 | Tak | Nie | Tak | Stacja Ratownictwa Medycznego w Chełmie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | Chełm |
| 39 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej | Krasnystaw |
| 40 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie | Mława |
| 41 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie | Częstochowa |
| 42 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku | Kłobuck |
| 43 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu | Lubliniec |
| 44 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej | Myszków |
| 45 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej | Elbląg |
| 46 | Nie | Tak | Nie | 110 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Elblągu | Elbląg |
| 47 | Tak | Nie | Tak | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Malbork |
| 48 | Tak | Nie | Nie | Samorząd Województwa Pomorskiego | Gdańsk |
| 49 | Tak | Nie | Tak | SPZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni | Gdynia |
| 50 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrwotnej Szpital im. Franciszka Żaczka w Pucku | Puck |
| 51 | Tak | Nie | Tak | Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie | Wejherowo |
| 52 | Tak | Nie | Tak | Powiat Kartuski | Kartuzy |
| 53 | Tak | Nie | Nie | Powiat Starogardzki | Starogard Gdański |
| 54 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | Międzyrzecz |
| 55 | Tak | Nie | Tak | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Dr n. med. Radzimira Śmigielskiego Sp. z o.o. z siedzibą w Skwierzynie | Skwierzyna |
| 56 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słubicach | Słubice |
| 57 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim | Gorzów Wlkp. |
| 58 | Tak | Nie | Tak | Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o. | Pleszew |
| 59 | Tak | Nie | Nie | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu | Bolesławiec |
| 60 | Tak | Nie | Tak | Powiat Jarociński | Jarocin |
| 61 | Tak | Nie | Tak | Pogotowie Ratunkowe w Kaliszu | Kalisz |
| 62 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu | Kalisz |

| Lp. | Pytania dla Działania 12.1 | Pytania dla Działania 12.2 | Pytania z bloku 1.B i 1.C | Nazwa beneficjenta | Miejscowość |
|---|---|---|---|---|---|
| 63 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie | Krotoszyn |
| 64 | Tak | Nie | Tak | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim | Ostrów Wielkopolski |
| 65 | Tak | Nie | Nie | SP ZOZ Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. dr E.Hankego | Chorzów |
| 66 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach | Katowice |
| 67 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku | Rybnik |
| 68 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu | Sosnowiec |
| 69 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. "Św. Barbary" | Sosnowiec |
| 70 | Tak | Nie | Tak | Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Wodzisławiu Śląskim | Wodzisław Śląski |
| 71 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach | Rydułtowy |
| 72 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach | Zabrze |
| 73 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach | Zabrze |
| 74 | Nie | Tak | Nie | Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu | Zabrze |
| 75 | Tak | Nie | Nie | Artmedic sp. z o.o | Jędrzejów |
| 76 | Tak | Nie | Tak | Swiętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach | Kielce |
| 77 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie | Konin |
| 78 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Koninie | Konin |
| 79 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole | Koło |
| 80 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku | Turek |
| 81 | Tak | Nie | Nie | Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie | Koszalin |
| 82 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Polanowie | Polanów |
| 83 | Tak | Nie | Tak | Powiat Szczecinecki | Szczecinek |
| 84 | Tak | Nie | Tak | Krakowskie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | Kraków |
| 85 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie | Kraków |
| 86 | Tak | Nie | Nie | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego SP ZOZ | Kraków |
| 87 | Tak | Nie | Tak | Powiat Myślenicki | Myślenice |
| 88 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach | Proszowice |
| 89 | Tak | Nie | Tak | Szpital Specjalistyczny w Jaśle | Jasło |
| 90 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku | Sanok |
| 91 | Nie | Tak | Nie | 1 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | Lublin |
| 92 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie | Lublin |
| 93 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | Lublin |
| 94 | Nie | Tak | Nie | Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. Antoniego Gębali | Lublin |
| 95 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie | Lublin |
| 96 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach | Bełżyce |
| 97 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie | Lubartów |
| 98 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku | Kraśnik |
| 99 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży | Łomża |
| 100 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wojewódzki imienia Kardynała Stefana Wyszyńskiego | Łomża |
| 101 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi | Łódź |
| 102 | Nie | Tak | Nie | Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi. | Łódź |
| 103 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 im. Marii Konopnickiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi | Łódź |
| 104 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów | Łódź |
| 105 | Nie | Tak | Nie | Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" | Łódź |
| 106 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi | Łódź |
| 107 | Tak | Nie | Nie | Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu | Nowy Sącz |
| 108 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem | Zakopane |
| 109 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy w Limanowej | Limanowa |
| 110 | Tak | Nie | Nie | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach | Gorlice |
| 111 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr St. Popowskiego w Olsztynie | Olsztyn |
| 112 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy im. Jana Mikulicza w Biskupcu | Biskupiec |
| 113 | Tak | Nie | Tak | Gminne Centrum Zdrowia Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku | Olsztynek |
| 114 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy im. Michała Kajki w Mrągowie | Mrągowo |
| 115 | Tak | Nie | Tak | Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie | Iława |
| 116 | Tak | Nie | Nie | Powiat Brzeski | Brzeg |
| 117 | Tak | Nie | Tak | Powiat Głubczycki | Głubczyce |
| 118 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | Nysa |
| 119 | Tak | Nie | Nie | Szpital Wojewódzki w Opolu | Opole |
| 120 | Tak | Nie | Nie | Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu | Opole |
| 121 | Tak | Nie | Tak | Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego | Opole |
| 122 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji | Głuchołazy |
| 123 | Tak | Nie | Tak | Prudnickie Centrum Medyczne S.A. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prudniku | Prudnik |
| 124 | Tak | Nie | Nie | Zespół Opieki Zdrowotnej | Strzelce Opolskie |

| Lp. | Pytania dla Działania 12.1 | Pytania dla Działania 12.2 | Pytania z bloku 1.B i 1.C | Nazwa beneficjenta | Miejscowość |
|---|---|---|---|---|---|
| 125 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu | Przasnysz |
| 126 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance | Trzcianka |
| 127 | Tak | Nie | Tak | Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica | Piła |
| 128 | Nie | Tak | Nie | 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | Wałcz |
| 129 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu | Wągrowiec |
| 130 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie | Złotów |
| 131 | Tak | Nie | Nie | Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie | Bełchatów |
| 132 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Szpital Wojewódzki im.Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim | Piotrków Trybunalski |
| 133 | Tak | Nie | Tak | Powiat Tomaszowski | Tomaszów Mazowiecki |
| 134 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku | Płock |
| 135 | Tak | Nie | Nie | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego" Sp. z o.o. | Puszczykowo |
| 136 | Nie | Tak | Nie | Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu | Poznań |
| 137 | Tak | Nie | Tak | Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu | Poznań |
| 138 | Tak | Nie | Nie | Szpital Wojewódzki | Poznań |
| 139 | Nie | Tak | Nie | Ginekologiczno-położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu | Poznań |
| 140 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie | Gniezno |
| 141 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach | Oborniki |
| 142 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomyślu | Nowy Tomyśl |
| 143 | Tak | Nie | Nie | Powiat Nowotomyski | Nowy Tomyśl |
| 144 | Tak | Nie | Nie | Powiat Nowotomyski | Nowy Tomyśl |
| 145 | Tak | Nie | Tak | Powiat Łańcucki | Łańcut |
| 146 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Leżajsk | Leżajsk |
| 147 | Tak | Nie | Nie | Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu | MIELEC |
| 148 | Tak | Nie | Tak | Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład | Mielec |
| 149 | Tak | Nie | Tak | Powiat Ropczycko-Sędziszowski | Ropczyce |
| 150 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie | Strzyżów |
| 151 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RM-MEDITRANS" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach | Siedlce |
| 152 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie | Łuków |
| 153 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie | Garwolin |
| 154 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kard. St. Wyszyńskiego | Sieradz |
| 155 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zduńskiej Woli | Zduńska Wola |
| 156 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu | Wieluń |
| 157 | Tak | Nie | Nie | Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpital Powiatowy" w Sochaczewie | Sochaczew |
| 158 | Tak | Nie | Tak | Stacja Pogotowia Ratunkowego w Słupsku | Słupsk |
| 159 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku | Lębork |
| 160 | Tak | Nie | Tak | Powiat Bytowski | Bytów |
| 161 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdowotnej w Suwałkach | Suwałki |
| 162 | Tak | Nie | Nie | Szpital Giżycki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Giżycko |
| 163 | Tak | Nie | Tak | "Olmedica w Olecku - Sp. z o.o." | Olecko |
| 164 | Tak | Nie | Tak | "Pro-Medica" w Ełku spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | Ełk |
| 165 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie | Szczecin |
| 166 | Nie | Tak | Nie | SP Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Prof. T. Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie | Szczecin |
| 167 | Tak | Nie | Tak | Nowy Szpital Sp. z o.o. | Szczecin |
| 168 | Tak | Nie | Nie | Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o. | Świebodzin |
| 169 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach | Gryfice |
| 170 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim | Janów Lubelski |
| 171 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie | Staszów |
| 172 | Tak | Nie | Tak | SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie | Nowa Dęba |
| 173 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Bochni | Bochnia |
| 174 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku | Brzesko |
| 175 | Tak | Nie | Nie | Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie | Tarnów |
| 176 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie | Chełmno |
| 177 | Tak | Nie | Tak | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu | Grudziądz |
| 178 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Toruniu | Toruń |
| 179 | Tak | Nie | Tak | Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży | Chełmża |
| 180 | Tak | Nie | Tak | NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o. | Dzierżoniów |
| 181 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku | Kłodzko |
| 182 | Tak | Nie | Tak | Powiat Świdnicki | Świdnica |
| 183 | Tak | Nie | Nie | Specjalistyczny Szpital im. dra A. Sokołowskiego | Wałbrzych |
| 184 | Tak | Nie | Tak | Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu | Wałbrzych |
| 185 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | Rypin |
| 186 | Nie | Tak | Nie | Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu | Wrocław |
| 187 | Tak | Tak | Nie | 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu | Wrocław |

| Lp. | Pytania dla Działania 12.1 | Pytania dla Działania 12.2 | Pytania z bloku 1.B i 1.C | Nazwa beneficjenta | Miejscowość |
|---|---|---|---|---|---|
| 188 | Tak | Nie | Tak | Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu | Wrocław |
| 189 | Tak | Nie | Tak | Powiat Oleśnicki | Oleśnica |
| 190 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Oławie | Oława |
| 191 | Tak | Nie | Nie | Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej | Trzebnica |
| 192 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubleskim | Tomaszów Lubelski |
| 193 | Tak | Nie | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu | Zamość |
| 194 | Tak | Nie | Tak | Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu | Zamość |
| 195 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie | Wolsztyn |
| 196 | Tak | Nie | Nie | Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli | Nowa Sól |
| 197 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie | Sulechów |
| 198 | Tak | Nie | Nie | Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie | Kraków |
| 199 | Tak | Nie | Tak | Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu | Radom |
| 200 | Tak | Tak | Nie | Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy | Bydgoszcz |
| 201 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach | Katowice |
| 202 | Nie | Tak | Nie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie | Szczecin |
| 203 | Tak | Nie | Tak | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku | Gdańsk |
| 204 | Tak | Nie | Nie | Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach | Kielce |
| 205 | Tak | Nie | Tak | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonej Górze | Zielona Góra |
| 206 | Tak | Nie | Tak | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy | Nidzica |
| 207 | Tak | Nie | Tak | Powiat Tarnowski | Tarnów |

### 6.2.3. Lista beneficjentów wybranych do studiów przypadku

| Lp. | Numer umowy | Tytuł projektu | Beneficjent | Województwo |
|---|---|---|---|---|
| 1 | POIS.12.01.00-00-008/10 | Chcemy i możemy Ci pomóc w każdej sytuacji - Budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Mielcu | Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu | podkarpackie |
| 2 | POIS.12.01.00-00-026/10 | Remont lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach mający na celu dostosowanie do obowiązujących przepisów | Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach | świętokrzyskie |
| 3 | POIS.12.01.00-00-028/08 | Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie | zachodniopomorskie |
| 4 | POIS.12.01.00-00-001/11 | Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SP ZOZ w Zielonej Górze | Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze | lubuskie |
| 5 | POIS.12.01.00-00-066/08 | Zakup ambulansu reanimacyjnego z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łańcucie | Powiat Łańcucki | podkarpackie |
| 6 | POIS.12.01.00-00-135/08 | Zapewnienie najwyższej efektywności działań ratownictwa medycznego w powiecie przasnyskim poprzez zakup 3 ambulansów | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu | mazowieckie |
| 7 | POIS.12.01.00-00-159/08 | Zakup podstawowych i specjalistycznych ambulansów na potrzeby Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach | Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach | śląskie |
| 8 | POIS.12.01.00-00-246/08 | Przebudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w WSzS w Białej Podlaskiej w celu dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej | lubelskie |
| 9 | POIS.12.01.00-00-256/08 | Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach | zachodniopomorskie |
| 10 | POIS.12.02.00-00-002/09 | Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie | lubelskie |
| 11 | POIS.12.02.00-00-003/09 | Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej | Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego | mazowieckie |
| 12 | POIS.12.02.00-00-012/08 | Poprawa jakości i dostępności badań diagnostycznych oferowanych przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej | 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | zachodniopomorskie |
| 13 | POIS.12.02.00-00-041/08 | Zakup i instalacja SPECT-CT oraz modernizacja ośrodka medycyny nuklearnej w Oddziale Klinicznym Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie | małopolskie |
| 14 | POIS.12.02.00-00-049/08 | Zakup aparatury medycznej wraz z ucyfrowieniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie | 1 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie | lubelskie |

## 6.3. Pełna dokumentacja badawcza z badan ilościowych

### 6.3.1. Tabele wynikowe z badań ilościowych

*Tabele wynikowe z badań ilościowych zostały dołączone w odrębnym pliku.*

## 6.4. Prezentacja multimedialna prezentująca cele badania, zastosowaną metodologię, wnioski i rekomendacje

*Prezentacja multimedialna została dołączona w odrębnym pliku.*

PSDB
part of the WYG group

# Raport końcowy – studia przypadków

## Analiza efektów wsparcia – identyfikacja i ocena rezultatów realizacji projektów w ramach Priorytetu XII PO IiŚ

Warszawa, 20 listopada 2013 roku

Zamówienie jest współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO

# Spis treści

**5. Studia przypadków projektów zakończonych ..... 4**

5.1. Studium przypadku projektu pt.: „Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej”..... 4

5.1.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 4
5.1.2. Zakładane rezultaty..... 5
5.1.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 6
5.1.4. Efekty długofalowe ..... 9

5.2. Studium przypadku projektu pt.: „Remont lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach mający na celu dostosowanie do obowiązujących przepisów”..... 10

5.2.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 10
5.2.2. Zakładane rezultaty..... 11
5.2.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 11
5.2.4. Efekty długofalowe ..... 13

5.3. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup i instalacja SPECT-CT oraz modernizacja ośrodka medycyny nuklearnej w Oddziale Klinicznym Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie”..... 14

5.3.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 14
5.3.2. Zakładane rezultaty..... 14
5.3.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 16
5.3.4. Efekty długofalowe ..... 19

5.4. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup podstawowych i specjalistycznych ambulansów na potrzeby Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach”..... 20

5.4.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 20
5.4.2. Zakładane rezultaty..... 20
5.4.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 21
5.4.4. Efekty długofalowe ..... 23

5.5. Studium przypadku projektu pt.: „Zapewnienie najwyższej efektywności działań ratownictwa medycznego w powiecie przasnyskim poprzez zakup 3 ambulansów”..... 24

5.5.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 24
5.5.2. Zakładane rezultaty..... 24
5.5.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 25
5.5.4. Efekty długofalowe ..... 27

5.6. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup ambulansu reanimacyjnego z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łańcucie”..... 28

5.6.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 28
5.6.2. Zakładane rezultaty..... 29
5.6.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 30
5.6.4. Efekty długofalowe ..... 31

5.7. Studium przypadku projektu pt.: „Chcemy i możemy Ci pomóc w każdej sytuacji – budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Mielcu”..... 32

5.7.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 32
5.7.2. Zakładane rezultaty..... 33
5.7.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 34
5.7.4. Efekty długofalowe ..... 36

5.8. Studium przypadku projektu pt.: „Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze”..... 37

5.8.1. Podstawowe informacje o projekcie..... 37
5.8.2. Zakładane rezultaty..... 38
5.8.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)..... 39

5.8.4. Efekty długofalowe ....42

5.9. Studium przypadku projektu pt.: „Przebudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w WSzS w Białej Podlaskiej w celu dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia" .... 43

5.9.1. Podstawowe informacje o projekcie....43
5.9.2. Zakładane rezultaty....43
5.9.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)....45
5.9.4. Efekty długofalowe ....47

5.10. Studium przypadku projektu pt.: „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie" .... 48

5.10.1. Podstawowe informacje o projekcie....48
5.10.2. Zakładane rezultaty....48
5.10.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)....49
5.10.4. Efekty długofalowe ....51

5.11. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup aparatury medycznej wraz z ucyfrowieniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie"....52

5.11.1. Podstawowe informacje o projekcie....52
5.11.2. Zakładane rezultaty....52
5.11.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)....53
5.11.4. Efekty długofalowe ....55

5.12. Studium przypadku projektu pt.: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach"....56

5.12.1. Podstawowe informacje o projekcie....56
5.12.2. Zakładane rezultaty....56
5.12.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)....58
5.12.4. Efekty długofalowe ....61

5.13. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie" .... 62

5.13.1. Podstawowe informacje o projekcie....62
5.13.2. Zakładane rezultaty....62
5.13.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)....63
5.13.4. Efekty długofalowe ....64

5.14. Studium przypadku projektu pt.: „Poprawa jakości i dostępności badań diagnostycznych oferowanych przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej" .... 66

5.14.1. Podstawowe informacje o projekcie....66
5.14.2. Zakładane rezultaty....67
5.14.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)....67
5.14.4. Efekty długofalowe ....70

# 5. Studia przypadków projektów zakończonych

## 5.1. Studium przypadku projektu pt.: „Rozbudowa Instytutu Kardiologii o nowy Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej wraz z przebudową Klinik i doposażeniem Instytutu o wysokospecjalistyczny aparat hemodynamiczny przystosowany do pracy hybrydowej"

### 5.1.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego

#### Cel projektu:

Jak napisano we wniosku o jego dofinansowanie, projekt miał na celu: *poprawę dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych (usług medycznych) w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego (kardiologia, kardiochirurgia), świadczonych przez Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie i kierowanych w szczególności do mieszkańców centralnej i północno-wschodniej Polski, gdzie zlokalizowany jest projekt oraz mieszkańców całego kraju, którzy rokrocznie stanowią znaczący odsetek pacjentów Instytutu Kardiologii*.

Z kolei na stronie internetowej Instytutu czytamy, że *realizacja projektu* miała przyczynić się *do zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności Polaków z powodu chorób naczyniowo-sercowych m.in. poprzez poprawę dostępności, jakości i efektywności specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego (kardiologicznych, kardiochirurgicznych i naczyniowych) w lecznictwie specjalistycznym, ambulatoryjnym i stacjonarnym, dzięki modernizacji infrastruktury Wnioskodawcy oraz inwestycji w nowoczesny sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny (podniesienie jakości wyposażenia klinik i pracowni IK w wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny).*[1]

#### Realizowane działania (ogólnie):

W projekcie zrealizowano 3 zadania inwestycyjne:

- przebudowę i rozbudowę wraz z wyposażeniem Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej (największe zadanie);
- zakup aparatu (wraz z posadowieniem i integralnym wyposażeniem) do hemodynamiki przystosowanego do pracy w reżimie sali hybrydowej;
- przebudowę 3 klinik, z których jedna w trakcie trwania projektu podzielona została na dwie odrębne, w związku z czym w momencie zakończenia projektu przebudowa dotyczyła już 4 klinik: Kliniki Wad Nabytych Serca, Kliniki Niewydolności Serca, Kliniki Choroby Wieńcowej i Strukturalnych Chorób Serca oraz Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej.

#### Okres realizacji:

18.09.2009 - 30.06.2012

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Miejscem realizacji projektu był Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, inwestycja zlokalizowana została więc w województwie mazowieckim, w m. st.

[1] http://www.ikard.pl/rozbudowa-instytutu-kardiologii-o-nowy-oddzial-intensywnej-terapii-kardiologicznej.html

Warszawie. Beneficjentami końcowymi projektu są mieszkańcy całego kraju – pacjenci Instytutu Kardiologii pochodzący z różnych części Polski. Zakres oddziaływania projektu jest zatem ogólnopolski.

### 5.1.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

W projekcie przewidziano jeden wskaźnik rezultatu: „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem". Jako wartość docelową założono 22 000 badań i taką też liczbę osiągnięto w wyniku realizacji projektu.

**Zdjęcie 1. Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej**

#### Zatrudnienie pracowników

W projekcie nie założono wskaźnika rezultatu dotyczącego zwiększenia zatrudnienia na skutek realizacji projektu, ponieważ, jak stwierdził Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Maciej Miłkowski, w innych komórkach Instytutu zmniejszano w tym czasie zatrudnienie. Faktycznie jednak zatrudnienie wzrosło w jednej z jednostek biorącej udział w projekcie - Klinice Intensywnej Terapii Kariologicznej (ITK). Przed realizacją projektu pracowało tam ok. 15 pielęgniarek, zaś w chwili obecnej zatrudnionych jest już ok. 35. *Ten zespół powiększył się bardzo mocno*, przyznaje dyrektor Miłkowski. Należy jednak pamiętać, że ok. 10 pielęgniarek zostało przeniesionych do ITK z innych klinik Instytutu. Zespół pielęgniarski powiększył się w związku ze zwiększona liczbą łóżek na intensywnej terapii. Klinika ITK została w obecnym kształcie uruchomiona w grudniu 2009 r. i przez pół roku liczba pielęgniarek w Klinice dochodziła do stanu docelowego. Od 2010 r. Klinika działa już w pełnym zakresie, tzn. jest w niej pełne obłożenie pacjentów. Dyrektor przyznaje, że powiększyła się również liczba lekarzy zatrudnionych w objętych projektem klinikach. Przybyło w nich bowiem rezydentów.

Obecnie Instytut nie stara się tworzyć nowych miejsc pracy ze względu na swoją sytuację finansową, wyjaśnia dyrektor Miłkowski. Od 3 lat bowiem kontrakty z NFZ nie zwiększają się.

Cały personel Instytutu jest zatrudniony w oparciu o umowy o pracę. Tylko w szczególnych przypadkach, gdy np. pielęgniarka jest na zwolnieniu, gdy brakuje kogoś do „obłożenia" dyżuru, Instytut sięga po personel zatrudniany na postawie innego rodzaju umów. Dotyczy to również lekarzy, którzy w prawie 100% pracują na umowach o pracę. Jedynie część anestezjologów jest zatrudniana w ramach kontraktów, ale *tylko w momencie, gdy nie ma innej możliwości zatrudnienia lekarza*, wyjaśnia dyrektor Miłkowski.

#### Trudności w osiąganiu wskaźników

Realizacja wskaźników rezultatu zależy głównie, zdaniem dyrektora Macieja Miłkowskiego, od kontraktów z NFZ. Odnosząc się do wskaźnika „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW" dyrektor zauważa, że *jeśli od roku, dwóch nie jest zwiększany kontrakt z NFZ, to jest problem z przyjmowaniem większej ilości pacjentów*. I tak od 2008 do 2011 w Instytucie Kardiologii zaobserwowano bardzo duży wzrost liczby przyjmowanych pacjentów, jednak już w 2012 r. został on zahamowany. To samo dotyczy wskaźnika „Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych". Także wskaźnik „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" zależy od kontraktów z NFZ. *Jeśli [kontrakt] nie jest zwiększony, to jednostka musi sobie radzić tym samym zespołem*, wyjaśnia dyrektor Miłkowski.

Dyrektor nie dostrzega problemów z realizacją wskaźnika „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem". Choć w okresie 'rozruchu'

wykonywana była na nim mniejsza liczba badań, obecnie sprzęt zakupiony w projekcie jest już w pełnym zakresie wykorzystywany i wykonywana jest na nim stała ich liczba. Natomiast w przypadku wskaźnika „Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej", dyrektor uważa, że *te pieniądze rzeczywiście poszły na aparaturę radiologiczną i to się w Polsce w ogóle polepszyło.*

### 5.1.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

#### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Dyrektor Miłkowski przyznaje, że dzięki realizacji projektu nastąpiło zwiększenie liczby oraz zakresu procedur medycznych świadczonych przez Instytut Kardiologii. Dla Kliniki ITK został zakupiony nowy sprzęt i na tym sprzęcie zwiększono liczbę wykonywanych procedur medycznych. *Tak jak było 8 łóżek i pełne obłożenie, to teraz jest 21 łóżek i jest pełne obłożenie*, opowiada dyrektor Miłkowski. Potwierdza to zarówno pracujący na intensywnej terapii lekarz, jak i wizyta w Klinice ITK, podczas której wszystkie stanowiska były zajęte. Również wolumen ilości badań, we wszystkich zakresach dotyczących ITK, zwiększył się. Wynika to z większej liczby pacjentów, których może teraz przyjąć intensywna terapia. Ponadto, jak przyznaje dyrektor, przed realizacją projektu praktycznie nie było w IK intensywnej terapii, ponieważ istniejące wtedy 8 łóżek nie spełniało technicznie wymogów intensywnej terapii. Dopiero w wyniku realizacji projektu powstała intensywna terapia 'z prawdziwego zdarzenia'.

Zakres usług zwiększył się też w przypadku przebudowanej i wyposażonej w nowoczesny aparat, hybrydowej sali operacyjnej. Zabiegi z zakresu hemodynamiki były wykonywane już wcześniej, ale w pełnym zakresie są robione dopiero od momentu uruchomienia zakupionego w projekcie aparatu. Obecnie w pracowni mogą być wykonywane na nowoczesnym sprzęcie takie zabiegi, jak: przezskórne wszczepienia zastawek płucnych, aortalnych, usunięcia elektrod. Wcześniej tego typu zabiegi były robione wyjątkowych przypadkach, nie jako standardowe usługi. Aparat jest wykorzystywany codziennie, czasem nawet kilka razy dziennie, w zależności od tego, jakie zabiegi są przy jego pomocy przeprowadzane. Podczas wizyty w pracowni przeprowadzana była właśnie wielogodzinna operacja. Wcześniej nie było również możliwości zrobienia bronchoskopii. Dzięki poszerzeniu zakresu i ilości procedur medycznych, dostępnych w Instytucie, pacjenci mogą być skuteczniej leczeni, mają o wiele większe szanse na wyzdrowienie, a czasem, szczególnie w przypadku intensywnej terapii, wręcz przeżycia.

Zdaniem dyrektora Miłkowskiego, czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala czy wykonanie diagnozy lub zabiegu jest niedługi, w stosunku do okresu sprzed kilku lat. Skrócenie czasu oczekiwania widocznie jest jednak nie tylko w IK, ale ogólnie w całej kardiologii. Okres oczekiwania zależy przede wszystkim od kontraktu z NFZ. *Jak się zwiększa kontrakt, to nie ma kolejek*, mówi dyrektor. Poza tym skrócił się średni czas pobytu pacjenta w szpitalu. *Jeśli jest więcej hospitalizacji, to czas pobytu jest krótszy*, wyjaśnia dyrektor. Podczas hospitalizacji pacjent nie czeka na żadne badanie. Możliwe jest to również dzięki większej dostępności sprzętu do wykonywania badań.

Ważnym efektem projektu jest zwiększenie liczby i jakości łóżek wykorzystywanych na intensywnej terapii - z 8 zwykłych łóżek szpitalnych na 21 łóżek do intensywnej opieki medycznej (łóżka monitorowane, z pełnym zabezpieczeniem medycznym) i 8 zachowawczych (łóżka nieintensywne, półintensywne, takie jak na oddziale zwykłym). Przy czym Klinika ITK przejęła łóżka innej kliniki (zatem w innych klinikach została zmniejszona liczba łóżek). Dla ITK jest to jednak znaczne zwiększenie łóżek. W Klinice ITK łóżka nie znajdują się w oddzielnych salach, lecz zorganizowane są tzw. stanowiska, jedno- lub dwuosobowe, część z nich jest otwarta (lecz z możliwością przysłonięcia zasłonką i parawanem), a część zamknięta. Zamknięte stanowiska przeznaczone są dla pacjentów, których z jakichś powodów trzeba izolować, np. ze względu na powikłania bakteryjne lub gdy są to pacjenci terminalni. Stanowiska są przestronne i tak pomyślane, żeby przy pacjencie mogła być rodzina. Lekarz pracujący w Klinice ITK zapewnia, że członkowie rodziny są mile widziani na oddziale, mogą być bowiem pomocni przy opiece nad pacjentem.

*W medycynie największy problem jest zawsze z łóżkami intensywnymi, w których pacjent ma np. dostęp do respiratora*, przyznaje dyrektor Miłkowski. *Są to świadczenia deficytowe*. A dzięki temu, że w ITK jest obecnie więcej łóżek 'intensywnych', poprawiła się jakość usług świadczonych przez IK w zakresie intensywnej terapii i Instytut może skuteczniej leczyć pacjentów, szczególnie cięższe przypadki. Zwiększenie liczby łóżek nie miało wpływu na zmniejszenie przestrzeni w szpitalu, ponieważ nastąpiła rozbudowa Kliniki ITK, dobudowano nowy fragment budynku i oddział jest w tej chwili bardzo duży, co zostało potwierdzone w trakcie wizyty na oddziale.

Rozbudowa i wyposażenie Kliniki ITK ze środków projektu PO IiŚ wpłynęła na bardzo wyraźne zwiększenie dostępności do świadczeń ratujących życie. We wcześniejszy latach trafiający do IK pacjenci nie mogli być tak dobrze leczeni jak dzisiaj, głównie ze względu na braki w sprzęcie. Dodatkowo, niewystarczająca liczba łóżek na ówczesnej intensywnej terapii sprawiała, że lekarze na innych oddziałach musieli sobie radzić z pacjentami, którzy powinni byli być leczeni na intensywnej terapii. A jest to tym trudniejsze, że na oddziałach zwykłych jest kilkukrotnie mniejsze zatrudnienie, co ma związek ze standardem opieki, który na intensywnej terapii jest wyższy. Zapotrzebowanie na usługi ITK widać po tym, że łóżka 'intensywne' są w tej chwili wykorzystywane w pełnym zakresie, ponieważ obłożenie pacjentami jest bardzo duże.

**Zdjęcie 2.** **Hybrydowa sala operacyjna (pracownia hemodynamiki)**

Dzięki realizacji projektu zwiększona została również skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych. Wielu pacjentów przyjeżdża do IK z innych ośrodków w stanie skrajnym, a IK to dla nich 'ostatnia deska ratunku'. Mimo to skuteczność, rozumiana jako zwiększenie odsetka usług zakończonych sukcesem, podniosła się, zdaniem dyrektora Miłkowskiego. Według dyrektora można ją zdefiniować również jako mniejszą liczbę dni przebywania pacjenta na oddziale intensywnej terapii i ogólnie w szpitalu. Im krócej jest pacjent leczony, tym większe ma szanse powrotu do zdrowia. Zatem pacjent powinien co do zasady przebywać w szpitalu jak najkrócej, a już w szczególności dąży się do skrócenia czasu przebywania pacjenta w Klinice ITK. I tutaj też widać poprawę po realizacji projektu.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Zdaniem dyrektora Miłkowskiego, realizacja projektu nie zwiększyła efektywności zarządzania szpitalem, rozumianej jako zmniejszenie kosztochłonności procedur i zwiększenie rentowności funkcjonowania. Oddziały intensywne są bowiem najdroższymi oddziałami i nie przyczyniają się do zmniejszenia kosztów zarządzania szpitalem, a to właśnie Klinika ITK była głównym produktem projektu. Natomiast można mówić o polepszeniu się w ITK efektywności medycznej i organizacyjnej, ponieważ Klinika dysponuje w tej chwili bardzo nowoczesnym sprzętem, np. systemami do monitorowania pacjentów czy systemami pomp infuzyjnych. To nie są już, jak wcześniej, pojedyncze urządzenia, lecz zbiory systemów. Choć wpływa to na polepszenie pracy w Klinice, to nie przekłada się na wyższy zysk szpitala.

Projekt miał duży wpływ na poprawę stanu infrastruktury technicznej IK. Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej została całkowicie przebudowana, tak by spełniała wszystkie standardy intensywnej terapii. Dzięki środkom z projektu rozbudowano ten oddział o nowy odcinek, tj. jeden duży ciąg, który został zbudowany od podstaw wraz z piwnicą i pełnym zapleczem sanitarnym i magazynami. Zadbano także o jego odpowiednie wyposażenie. Oddział już

wcześniej istniał, ale był o wiele mniejszy – jedynie 8-łóżkowy, a dzięki realizacji projektu powiększył się do 21 łóżek.

W projekcie dokonano również przebudowy 4 Klinik: Kliniki Wad Nabytych Serca, Kliniki Niewydolności Serca, Kliniki Choroby Wieńcowej i Strukturalnych Chorób Serca oraz Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej. Remonty w tych klinikach były niezbędne, żeby dostosować pomieszczenia i układ technologiczno-funkcjonalny do wymagań narzuconych prawnie przez odpowiednie rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia.

Przeprowadzono również przebudowę jednej sali pracowni hemodynamiki na pracownię hybrydową, tzn. taką, która spełnia wymogi bloku operacyjnego i wykonywane są tam zabiegi hybrydowe, czyli takie, w których uczestniczą co najmniej dwa zespoły lekarzy o różnych specjalnościach medycznych – kardiolodzy interwencyjni i kardiochirurdzy. Bardzo często w zabiegach tego typu uczestniczy także chirurg naczyniowy. Zabiegi te są też prawie zawsze wykonywane z pełnym znieczuleniem ogólnym, więc również niezbędna jest obecność zespołu anestezjologicznego. Wcześniej robiono takie zabiegi na aparacie hemodynamicznym, który nie spełniał wymogów, a lekarze mieli do dyspozycji jedynie salę zabiegową. Teraz jest to w pełni wyposażona w nowoczesny sprzęt i zaplecze techniczne sala operacyjna. Sam aparat z kolei wygląda niezwykle nowocześnie, który to efekt eskalują liczne monitory komputerowe.

W efekcie tych prac zwiększyła się powierzchnia użytkowa ogółem, zwiększyła się też powierzchnia na sale dla chorych - dobudowano nowy fragment Instytutu. Powiększeniu uległa również powierzchnia na sale zabiegowe i operacyjne – przerobiono bowiem salę hemodynamiki na salę hybrydową, która jest większa i w pełni wyposażona, zabiegi odbywają się także na dobudowanej powierzchni Kliniki ITK. Dyrektor Miłkowski zapewnia, że poprawiono również efektywność wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej – przy remoncie wszystkich klinik były różnego rodzaju przebudowy organizacyjne, którym przyświecał jeden cel - zwiększenie funkcjonalności klinik. Wykorzystanie powierzchni użytkowej zostało zoptymalizowane, a wyremontowane kliniki dostosowanie do wymogów prawa. Remonty przełożyły się również na ulepszenie wyglądu klinik i dostosowanie poziomu infrastruktury do wyższych standardów opieki nad pacjentem.

W projekcie zakupiono również ponad 100 sztuk sprzętu, co w znaczący sposób przyczyniło się do poprawy jakości wyposażenia w Klinice ITK IK. Zakupiono, m.in. aparaty RTG, defibrylatory, system pompy infuzyjnych, EKG, respiratory, system do monitorowania pacjentów i, w ramach oddzielnego zadania, aparat hybrydowy. Na nabyty sprzęt składa się zatem podstawowe wyposażenie dla Kliniki ITK oraz hemodynamika. W Klinice ITK, na którą składa się szereg stanowisk (nie ma w niej bowiem sal), każde stanowisko musi spełniać bardzo wyśrubowane normy, co zostało zapewnione dzięki realizacji projektu. Sprzęt wygląda nowocześnie i, jak zapewnia lekarz pracujący w Klinice, jest zintegrowany, tworząc systemy połączonych urządzeń. W pozostałych klinikach nie zmieniano wyposażenia.

## Najbardziej znaczące korzyści

Dyrektor Miłkowski jako najdonioślejszy efekt projektu wskazuje poprawę jakości świadczenia usług, co znacznie zwiększyło standard opieki nad pacjentem. Instytut może, zdaniem dyrektora, *robić dobrze to, do czego został powołany*, czyli realizować *najcięższe, najbardziej skomplikowane zabiegi, leczyć 'najtrudniejszych' pacjentów*. Bez zakupionego w projekcie sprzętu nie dałoby się tego wykonać tak dobrze, jak w tej chwili. Po to stworzona została m.in. sala hybrydowa i unowocześniono Klinikę ITK.

### 5.1.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

Wszystkie efekty projektu, zdaniem dyrektora Miłkowskiego, są trwałe. Po wyremontowaniu klinik ich utrzymanie nie stanowi dla Instytutu problemu, gdyż jest to standardowa działalność IK. *Sprzęt oczywiście kiedyś się zestarzeje, zepsuje i trzeba będzie go wymienić lub naprawić,* przyznaje dyrektor Miłkowski. Za 10-15 lat odnowione kliniki trzeba będzie prawdopodobnie ponownie remontować. Ale - *nie będzie już nigdy gorzej*, mówi dyrektor.

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Dzięki temu, że na nowoczesnym sprzęcie realizowane są bardzo skomplikowane zabiegi, poprawiła się nie tylko jakość leczenia w IK, ale też nastąpiło podwyższenie umiejętności, kwalifikacji i wiedzy personelu Instytutu. Obsługując zaawansowany technologicznie sprzęt i mając trudniejszych pacjentów, lekarze i pielęgniarki uczą się lepszej opieki nad pacjentem. Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej była pierwszą taką w Polsce, na jej podstawie powstaje wiele standardów intensywnej terapii w kraju, które wdrażane są potem w innych klinikach w Polsce.

## 5.2. Studium przypadku projektu pt.: „Remont lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach mający na celu dostosowanie do obowiązujących przepisów"

### 5.2.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Beneficjentem projektu był Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach.

#### Cel projektu:

Dostosowanie lądowiska dla helikopterów do obowiązujących przepisów, w szczególności do ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze (Dz. U. 2002 nr 130, poz. 1112), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, paragraf 3.7 i 3.8, Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 20 lipca 2004 r. w sprawie wymagań dla lądowisk oraz Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia .

Powiększenie płyty lądowiska, unowocześnienie oświetlenia oraz pozostałe prace modernizacyjne umożliwić miały przyjmowanie nowoczesnych, większych śmigłowców, również w porze nocnej i w ten sposób przyczynić się miały do szerszego uczestnictwa Beneficjenta w systemie zintegrowanego ratownictwa medycznego.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Zasadnicza część projektu – roboty budowlano-montażowe – przeprowadzone zostały w ramach jednego działania inwestycyjnego i obejmowały:

- roboty drogowe związane z bezpośrednim remontem i powiększeniem strefy przyziemienia (TLOF), czyli płyty lotniska,

- roboty związane z instalacjami odwodnień w celu odbioru i oczyszczenia wód opadowych i roztopowych z płyty, jak również separację zanieczyszczeń ropopochodnych w separatorze koalescencyjnym,

- roboty związane z instalacjami elektrycznymi, czyli likwidacja starego i montaż nowego oświetlenia wraz z wykonaniem infrastruktury zasilającej i sterowniczej.

**Rysunek 1. Wygląd lądowiska po zakończeniu prac remontowych**

#### Okres realizacji:

Projekt realizowano od 01.01.2007 do 28.02.2011.

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Projekt został zrealizowany na terenie należącym do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego przy ulicy Grunwaldzkiej 45 w Kielcach, województwo świętokrzyskie. Helikoptery lotniczego pogotowia ratunkowego lądujące na wyremontowanym lądowisku obsługują transport pacjentów do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, jak również do szpitali na terenie miasta Kielce i w Czerwonej Górze z terenu całego województwa.

## 5.2.2. Zakładane rezultaty

### Wskaźniki rezultatu

Ze względu na specyfikę prowadzonych prac, projekt zakładał osiągnięcie jednego wskaźnika:

Siedem zakładów opieki zdrowotnej z uzyskanym bezpośrednim dostępem szpitalnych oddziałów ratunkowych do lądowiska dla helikopterów w wyniku wsparcia działania.

### Zatrudnienie pracowników

Realizacja projektu nie pociągała za sobą bezpośrednio do zatrudnienia kolejnych pracowników przez Beneficjenta, w związku z czym nie uległy również zmianie preferowane formy zatrudnienia. Przedstawiciele Beneficjenta nie zaobserwowali również w okresie realizacji projektu istotnych zmian czynników zewnętrznych wpływających na miejsca pracy.

Jedyne szeroko opisywane zmiany dotyczyły wzrostu zatrudnienia związanego z rozwojem szpitala, który wiąże się w dużym stopniu ze skutecznym aplikowaniem o środki z funduszy UE i wykonanych z ich pomocą prac modernizacyjnych (w tym remontu lądowiska dla helikopterów), zwiększających konkurencyjność szpitala.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Przedstawiciele Beneficjenta uznali, że z ich punktu widzenia spośród wskaźników Działania 12.1 najtrudniejszy do osiągnięcia jest wskaźnik „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW". Dotyczy to w szczególności Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, który udziela pomocy wszystkim potrzebującym i nie ma możliwości precyzyjnego oszacowania ilu ich będzie w danym okresie czasu w związku z możliwością zaistnienia niespodziewanych okoliczności (np. wypadków), zmieniających liczbę pacjentów wymagających pomocy. Jak podsumowuje rozmówca z kieleckiego szpitala: *my pracujemy na ostro, nic się nie da przewidzieć.*

## 5.2.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Remont lądowiska przyczynił się do zwiększenia zakresu procedur i usług medycznych świadczonych przez Wojewódzki Szpital Zespolony zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośrednio. Do efektów bezpośrednich należy możliwość przyjmowania przez lądowisko nie tylko *przestarzałego* – jak stwierdzili przedstawiciele Beneficjenta śmigłowca kieleckiego pogotowia lotniczego ale również nowoczesnych, większych maszyn należących do pogotowia warszawskiego, czy też krakowskiego, co przyczynia się do zwiększenia możliwości świadczenia usług ratunkowych przez szpital. Zamontowanie nowoczesnego oświetlenia lądowiska umożliwia zaś swobodne przyjmowanie helikopterów ratunkowych także w porze nocnej.

Jak twierdzi członek zarządu szpitala, ta zwiększona w wyniku remontu wszechstronność lądowiska przyczynia się chociażby do większej częstotliwości i skuteczności procedur związanych z transplantacjami organów – w tym przypadku czas dostarczenia organu do przeszczepu (często z odległego miasta), jak również szybkie pojawienie się w szpitalu pacjenta chcącego poddać się transplantacji mają kluczowe znaczenie dla skuteczności operacji.

Także w przypadkach niezwiązanych z przeszczepami, sprawnie działające lotnisko przyczynia się – jak wskazują rozmówcy – do przyspieszenia procesu przyjmowania pacjenta na oddział szpitalny.

Jeśli chodzi o pośredni wpływ projektu remontu lądowiska na jakość procedur i usług medycznych świadczonych przez Beneficjenta, to wiąże się on z powstaniem i rozbudową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Założenie SOR było – jak twierdzi przedstawiciel zarządu

szpitala – ściśle związane z remontem przyszpitalnego lądowiska dla helikopterów, które stanowiło bodziec do aplikowania przez szpital w kolejnych konkursach na projekty związane z modernizacją służby zdrowia.

Szpitalny Oddział Ratunkowy zapewnia pacjentom możliwość natychmiastowej diagnostyki bez oczekiwania w kolejkach, w związku z rozwojem oddziału zwiększyła się znacznie liczba pacjentów – do 65 000 w roku 2012 (choć nie wzrosła liczba łóżek), co przekłada się na większą liczbę świadczonych usług medycznych i wzrost zatrudnienia o około 30 osób (na samym oddziale). Respondenci są przekonani o renomie, jaką zyskał ów oddział i szpital: *Pacjenci tu przychodzą, bo wiedzą, że dostaną lepszą usługę*.

Trudno natomiast wykazać wzrost skuteczności świadczonych usług medycznych – przedstawiciele szpitala wysuwają zresztą wątpliwości co do samego terminu 'skuteczność' w odniesieniu do służby zdrowia wskazując na niejasność tego terminu (czy poprawnie przeprowadzona operacja była skuteczna, jeśli nie doprowadziła do uratowania pacjenta?).

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Podobnie jak w przypadku zakresu świadczonych usług, projekt remontu lądowiska przyczynił się do poprawy infrastruktury i zarządzania szpitalem w sposób bezpośredni – samo wyremontowane lądowisko stanowi element poprawiający infrastrukturę, a jednocześnie następujące po tym projekcie, a powiązane z nim inwestycje w SOR doprowadziły do dalszych postępów w tej dziedzinie. W momencie przeprowadzania wizyty studyjnej do użytkowany był nowy budynek SOR – powierzchnia tego oddziału zwiększyć się miała w ostatnich latach z 350 m2 do 1400 m2 wraz z zakupem wyposażenia wartego około 5 mln zł. Jak opisuje to przedstawiciel Beneficjenta: *Skoro żeśmy dostaliśmy pieniądze* [na remont lądowiska – przyp. aut.]*, to poszliśmy krok dalej startowaliśmy na centrum urazowe, nie udało się, więc wybudowaliśmy SOR*. (…) *Postanowiliśmy wydać więcej pieniędzy, unowocześnić się*. Projekt przebudowy lądowiska stanowił więc ważny impuls zachęcający kierownictwo do walki o dalsze fundusze.

**Rysunek 2. Wygląd lądowiska przed realizacją projektu**

Co więcej, przedstawiciele szpitala są przekonani o swoich kompetencjach w tym zakresie i potencjale samego szpitala w pozyskiwaniu funduszy: *Jednostka taka duża jak nasza i doświadczona jest przygotowana żeby takie działania doprowadzić do końca* – mówi przedstawiciel zarządu. Twierdzi on, że konieczność realizacji projektów (i gotowość na niezliczone kontrole prowadzone przez 14 instytucji) przyczynia się do utrzymania wysokiego poziomu zarządzania szpitalem (warto nadmienić – niezadłużonym), czego dowodem uzyskany przez Beneficjenta certyfikat ISO9001.

## Najbardziej znaczące korzyści

Z wypowiedzi przedstawicieli szpitala wnioskować można, że najbardziej znaczącą korzyścią jest samo funkcjonowanie nowoczesnego lądowiska (jedyne lądowisko w Kielcach, które jest zarejestrowane w Urzędzie Lotnictwa Cywilnego) jako narzędzia sprawniejszego świadczeni pomocy medycznej (w tym transportowania chorych na oddziały, których w Kielcach nie ma np. oparzeniówka) oraz jako kapitału szpitala pomagającego w ubieganiu się o kolejne środki z NFZ, rozwijaniu SOR i wizytówki szpitala w skali województwa.

## 5.2.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Wszystkie opisywane efekty remontu lądowiska dla helikopterów przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym są trwałe, zarówno płyta lotniska wraz z otoczeniem jest przewidziana do długotrwałej eksploatacji, jak i powiązany z lotniczym pogotowiem ratunkowym Szpitalny Oddział Ratunkowy jest inwestycją zaplanowaną na wiele lat. Należy się spodziewać, że trwałe będą również doświadczenia społeczne i organizacyjne wyniesione przez pracowników Beneficjenta z prac nad realizacją badanego projektu, będącego elementem inwestycji wartych 170 mln zł, które szpital wykorzystał w ciągu ostatnich kilku lat w ramach dofinansowania z poszczególnych grantów.

### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

**Rysunek 3. Nowy budynek Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

Wśród efektów planowanych, związanych z dotychczas prowadzonymi inwestycjami w Szpitalny Oddział Ratunkowy i powiązane z nim lądowisko dla śmigłowców ma być utworzenie centrum urazowego na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach. Beneficjent czynił takie starania już wcześniej, nie zostały one jednak uwieńczone sukcesem. Próby zarejestrowania centrum urazowego związane są z możliwością skuteczniejsze zyskiwania funduszy z NFZ, jaką daje taka instytucja.

Centrum urazowe jest jednak tylko jedną z wielu inwestycji planowanych przez Beneficjenta – jak mówi jego przedstawiciel: *chcemy też rozbudowywać się – mamy złożonych kilkanaście propozycji na rozbudowę szpitala.* Plany inwestycyjne są zaś pokłosiem zakończonych sukcesem projektów, takich jak remont lądowiska dla śmigłowców, które były polem zyskiwania niezbędnych doświadczeń przez pracowników administracji Beneficjenta i szczeblem w rozwoju infrastruktury szpitala. Jak stwierdza członek jego zarządu: *Szpitalny Oddział Ratunkowy i lądowisko dla helikopterów to jest całość – im więcej pacjentów, to szpital z tego żyje, więc my się cieszymy* i wypowiedź ta stanowi dobre podsumowanie tego studium przypadku.

## 5.3. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup i instalacja SPECT-CT oraz modernizacja ośrodka medycyny nuklearnej w Oddziale Klinicznym Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie"

### 5.3.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie

#### Cel projektu:

Celem projektu była modernizacja wyposażenia Oddziału Klinicznego Endokrynologii w *wysokiej klasy aparaturę medyczną jednostek funkcjonujących w obszarze ośrodka świadczącego usługi zdrowotne z zastosowaniem procedur medycyny nuklearnej*[2]. Realizacja projektu w założeniu miała przyczynić się do poprawienia skuteczności procesów diagnostyki i leczenia, w szczególności przy zastosowaniu izotopów promieniotwórczych, stosowanych w takim obszarach medycznych jak: onkologia, endokrynologia, kardiologia, neurologia, ortopedia czy chirurgia.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Na projekt złożyły się 2 główne powiązane ze sobą działania:

- zakup i instalacja aparatu SPECT-CT do diagnostyki obrazowej;
- modernizacja Pracowni Medycyny Nuklearnej w Oddziale Klinicznym Endokrynologii.

Nowo zakupiony aparat SPECT-CT znajduje się w zmodernizowanej Pracowni Medycyny Nuklearnej.

#### Okres realizacji:

12.05.2010 – 31.03.2011

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Województwo małopolskie

### 5.3.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

We wniosku o dofinansowanie projektu założono realizację wskaźnika rezultatu „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem" na wartość 1980 w 2011 r., a we wniosku o płatność wykazano realizację 1710 badań. Jak wyjaśnia Jacek Michniak, pracownik Biura ds. Funduszy UE i Programów Pomocowych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, wynika to z faktu, że mimo iż sprzęt został zakupiony i zainstalowany w 2010 r., a zakończenie realizacji projektu przewidziane było pierwotnie

**Zdjęcie 3. Aparat SPECT-CT**

[2] Ulotka wykonana w ramach promocji projektu.

na dzień 31 grudnia 2010 r., to przedłużono jego realizację do końca I kwartału 2011 r. i w związku z tym, pracę rejestrowaną na aparacie SPECT-CT, rozpoczęto dopiero w drugim kwartale 2011 r. Z tego względu wartość wykazana jest nieco mniejsza niż zakładana na cały rok. Przeliczono bowiem liczbę wykonanych badań z pominięciem pierwszego kwartału.

To nie był jedyny wskaźnik rezultatu założony w projekcie. Drugim wybranym wskaźnikiem była „Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej", który przed zakupem nowego urządzenia kształtował się na poziomie 17 lat, a po jego zakupie w 2010 r. zmniejszył się do 5 lat. Wskaźnik ten w związku z terminowym nabyciem sprzętu został osiągnięty w założonym terminie.

## Zatrudnienie pracowników

Posiadanie aparatury wysokiej klasy, o dużym zaawansowaniu technicznym, wymusza zatrudnienie wysoko kwalifikowanego personelu. Zatrudnienie w Oddziale determinuje przede wszystkim poziom posiadanej aparatury diagnostycznej i rozwój technologii medycznych. *W naszej pracowni, i z tego powodu jesteśmy bardzo zadowoleni, mamy sporo absolwentów fizyki medycznej,* mówi prof. dr hab. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk, ordynator Oddziału Klinicznego Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Wcześniej badania na gamma kamerze, którą zastąpił aparat SPECT-CT, wykonywali technicy, tj. pracownicy z wykształceniem średnim (technik elektroradiologii). Poziom techniczny nowego aparatu jest jednak tak wysoki, że najodpowiedniejszymi pracownikami technicznymi są osoby z wyższym wykształceniem w obszarze fizyki medycznej i chemii. Prace techniczne takie, jak dobieranie filtrów, kalibracja aparatury wymagają specjalistycznej wiedzy z zakresu fizyki czy elektroniki. Poza tym część znaczników do badań przygotowanych jest *ex tempore*, tj. na miejscu. Niektóre procedury wykonywane w tym zakresie są standardowe i może je wykonać każdy przeszkolony pracownik, są jednak procedury, które wymagają kontroli na chromatografie, co wymaga większej wiedzy ze strony pracownika.

Pani ordynator podkreśla w swoich wypowiedziach fakt, że nastąpiła duża zmiana w medycynie związana z jej rozwojem i podnoszeniem się jakości sprzętu, do którego obsługi potrzebni są wysoko wykształceni specjaliści. Zaznacza, że w innym przypadku aparat nie będzie w należyty sposób wykorzystywany. Jakość zespołu pracującego przy sprzęcie wpływa bowiem na jakość obrazowania i ogólnie – wykorzystania tej aparatury.

W jednym momencie w Pracowni Medycyny Nuklearnej, w której mieszczą się dwa urządzenia, tj. SPEC-CT i zakupiony rok później PET-CT, pracuje przynajmniej 7 osób: pielęgniarka, 2 pracowników technicznych w 'gorącym pokoju', 2 pracowników przy kamerach obu aparatów oraz 2 lekarzy, z których jeden jest obecny przy badaniu SPEC-CT, a drugi przy PET-CT. Pracownia pracuje na 2 zmiany.

Wraz z zakupem SPEC-CT i PET-CT zwiększył się personel obsługujący Pracownię, choć nie zakładano tego we wniosku o dofinansowanie. Do obu tych aparatów niezbędna jest jednoczasowa pełna obsada. Pani ordynator wzbrania się przed stwierdzeniem, że to wyłącznie instalacja SPEC-CT wymogła powiększenie zatrudnienia w Pracowni, jednak przyznaje, że faktycznie ono wzrosło – łącznie do Pracowni zatrudniono 3 nowe osoby: fizyka medycznego, rejestratorkę i pielęgniarkę. Nastąpiło też przesunięcie personelu lekarskiego z Oddziału na Pracownię. Aparat PET-CT, zgodnie z wymogami NFZ, wymusza dodatkowo zatrudnienie radiologów (w Pracowni zatrudniono 2 radiologów z tego względu). Ich praca jest też przydatna przy opisywaniu badań wykonywanych SPEC-CT. Osoby te głównie pracują przy PET-CT, konsultują jednak też badania robione przez SPEC-CT. W ten sposób wzbogacone są opisy badań ze strony radiologicznej.

Personel jest zatrudniany na umowy o pracę. Jedynie rejestratorka, z przyczyn technicznych, losowych, pracuje na podstawie umowy zlecenia.

## Trudności w osiąganiu wskaźników

Największe znaczenie dla osiągania wskaźników rezultatu mają, zdaniem pani ordynator, kontrakty z NFZ, które mogą spowodować nieosiągnięcie zakładanych wartości. Dotyczy to

szczególnie takich wskaźników jak: „Średnia liczba pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych" i „Potencjalna liczba specjalistycznych badan medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem". Ograniczenia wynikające z kontraktu w większym stopniu dotykają w tej chwili posiadanego przez Oddział PET-CT niż SPEC-CT, bo zapotrzebowanie jest większe niż ilość pieniędzy na refundację i jeśli w projekcie dokonywano by zakupu innego aparatu, to mógłby być problem z wykonaniem planu. Pan Michniuk podaje też przykład sytuacji, kiedy inny ośrodek medyczny w mieście kupi taki sam wysokospecjalistyczny aparat jak zaplanowany w projekcie, wtedy ilość badań u Projektodawcy spadnie, ponieważ pula pieniędzy z NFZ będzie rozdzielona na więcej jednostek.

### 5.3.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

#### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Zakupiony w projekcie aparat SPECT-CT dał znacznie szersze możliwości diagnostyki medycznej Szpitalowi Uniwersyteckiemu. Dzięki temu, że jest to urządzenie hybrydowe, czyli zainstalowane są w nim 2 typy urządzeń: SPECT, czyli gamma kamera z rotacyjnymi głowicami i urządzenie lokalizujące o największej rozdzielczości przestrzennej, czyli CT (tomografia komputerowa), uzyskiwane są 2 obrazy widoczne jednocześnie. *Znacznie poprawia to jakość wykonywanych badań, szczególnie przy użyciu takich znaczników, gdzie konieczne jest dokładna lokalizacja wychwytu patologicznego znacznika,* tłumaczy prof. dr hab. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk. Jednoczesne wykonanie badania SPECT i CT w urządzeniu hybrydowym znacznie poprawia czułość i specyficzność badania diagnostycznego. *Jeśli chodzi o poziom opieki zdrowotnej, to jest ogromny skok do przodu*, przyznaje pani ordynator. Taka diagnostyka ma największe znaczenie w onkologii, gdzie poszukiwane są wczesne wznowy (przerzuty, wtórne ogniska chorobowe) i priorytetem jest nieradykalność zabiegu.

Dzięki nowemu aparatowi zwiększyła się również liczba badań, które można wykonać, o ok. 47 badań miesięcznie. Nowy aparat ma większą wydajność, skróceniu uległ także czas wykonywania badania. Wiąże się to ze zwiększoną dostępnością, ponieważ więcej pacjentów może mieć zrobione badanie. Skrócenie czasu badania będzie miało również znaczenie dla komfortu pacjentów, szczególnie cięższych przypadków i przy procedurach, gdzie wymagane jest specyficzne ułożenie pacjenta. Mniej czasu zajmuje również lekarzowi rekonstrukcja badania, stwierdza pracująca w Pracowni fizyk medyczny. Kolejną zaletą tomografii komputerowej, wykonywanej przy użyciu gamma kamery SPECT-CT, jest mniejsze narażenie pacjenta na promieniowanie, wynika to m.in. ze zmniejszenia artefaktów związanych z pochłanianiem oraz ze wspomnianego już skrócenia czasu badania.

Ordynator Hubalewska-Dydejczyk nie potrafi precyzyjnie określić, czy czas oczekiwania pacjenta na wykonanie badania diagnostycznego skrócił się w związku z zainstalowaniem nowego aparatu, ponieważ istotnym czynnikiem są również ograniczenia finansowe, nakładane na szpital przez NFZ, jednak w odczuciu pani profesor, czas ten raczej się skrócił. Personel techniczny podaje następujące szacunkowe średnie okresy oczekiwania na badanie, uzależnione od tego, co ma być badane: jeśli są to badania kości lub nerek oczekiwanie wynosi ok. 2-3 tygodnie, jeśli serce – 2 miesiące, natomiast badania z zakresu onkologii traktowane są priorytetowo i pacjenci onkologiczni czekają najkrócej (czasem badanie jest robione natychmiast po zgłoszeniu zapotrzebowania przez lekarza prowadzącego). Dziennie wykonywanych jest średnio 20 badań.

Użycie hybrydowego aparatu SPECT-CT podniosła też jakość diagnostyki. *Zdecydowanie lepsza jest wydolność tego aparatu w diagnostyce,* podkreśla zalety aparatu pani ordynator. Badanie robione na SPECT-CT więcej wnosi do dalszego leczenia pacjenta, ponieważ daje więcej informacji ze względu na wyższą czułość tego badania. Obecnie dzięki aparatowi SPECT-CT uzyskiwane są *dodatkowe informacje, na których lekarz się opiera podejmując życiowe decyzje dotyczące leczenia pacjenta*, wyjaśnia prof. dr hab. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk. Pacjent

jest zatem lepiej leczony, bo lekarz ma do dyspozycji bardziej szczegółowe informacje na temat stanu zdrowia pacjenta.

O niezbędności zakupu aparatu świadczy przykład raka tarczycy, który podaje prof. Hubalewska-Dydejczyk. Jeszcze kilka lat temu zmiany tego typu oceniano na podstawie scyntygrafii post-terapeutycznej po podaniu dawki leczniczej jodu 131, natomiast teraz w takich przypadkach, w wytycznych europejskich zalecane jest wykonanie akwizycji SPECT-CT, co znacznie poprawia wykrywalność drobnych przerzutów. Brak urządzenia spowodowałby niemożliwość wykonania przez ośrodek uniwersytecki, jak podkreśla pani ordynator, takiego badania i niespełnianie standardów europejskich.

Aparat wpłynął także na podniesienie rangi wykonywanych procedur, co jest ściśle związane z podniesieniem jakości usług medycznych świadczonych przez szpital. Wzrósł dzięki niemu prestiż uczelni i szpitala uniwersyteckiego. Prof. dr hab. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk podkreśla, że szpital uniwersytecki stwarza bardzo dobre warunki do wykorzystania takiego aparatu wielodyscyplinarnego, ponieważ korzystają z niego specjaliści z różnych dziedzin, którzy wynik uzyskany przy badaniu wykorzystają potem do prowadzenia pacjenta. Natomiast jeśli taki aparat stoi w małym ośrodku, to nie ma potem możliwości leczenia pacjenta, czyli wykorzystania wyników zrobionych badań. Pani ordynator przewiduje, że w niedalekiej przyszłości kontrakty z NFZ-em będą podpisywały te ośrodki, które będą dysponowały taką aparaturą, która daje najwięcej informacji dla lekarza prowadzącego pacjenta, czyli taką jak SPECT-CT. Badanie diagnostyczne jest bowiem podstawą dalszej terapii pacjenta.

Zdaniem pani ordynator można mówić o pozytywnym wpływie efektów projektu na skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu, ponieważ lepsza diagnostyka obrazowa, którą zapewnia SPECT-CT, zwiększa skuteczność późniejszej terapii, szczególnie w aspekcie wczesnego wykrywania wznów nowotworowych. Wykorzystywanie aparatu SPECT-CT do diagnostyki zwiększa odsetek pacjentów, którzy mają szanse na wyleczenie. Im wcześniej wykryje się wznowę, tym łatwiej z nią postępować. *Wczesną wznowę można usunąć, a jeśli pacjent jest w bardziej zaawansowanym stadium choroby, bo wykorzystano gorszą metodę diagnostyczną, to może się okazać, że nowotwór już jest rozsiany i nie można go leczyć*, tłumaczy prof. dr hab. med. Alicja Hubalewska-Dydejczyk.

Jako że szpital należy do uniwersytetu, to z efektów projektu korzystają również studenci. Można zatem mówić również o zwiększeniu jakości nauczania nowej kadry medycznej.

Projekt nie miał wpływu na zmianę liczby łóżek izotopowych, czy liczby pacjentów leczonych w izolatkach izotopowych, ponieważ, jak tłumaczy pani ordynator, *w grę wchodzi ograniczenie związane z ochroną radiologiczną*.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

*Koszty poprawy diagnostyki pacjenta są niemierzalne*, zauważa prof. Hubalewska-Dydejczyk. Lepiej i taniej jest wdrożyć wczesne, skuteczne leczenie, do czego przyczynić się może właśnie badanie diagnostyczne wykonane aparatem SPECT-CT. Jakość sprzętu jest zawsze związana z poprawą diagnostyki, a co za tym idzie poprawą terapii i obniżeniem kosztów leczenia - wcześniejsze wykrycie zmian, powoduje, że koszty leczenia są niższe.

**Zdjęcie 4.** **Komora laminarna w 'gorącym pokoju'**

Pracownia Medycyny Nuklearnej dzięki środkom z projektu została całkowicie zmodernizowana. Poprawiły się przede wszystkim warunki, w jakich wykonywane jest badania. Nowe pomieszczenia są obecnie

przygotowane na przyjęcie pacjentów wjeżdżających na wózkach m.in. poprzez wbudowaniu szerokich drzwi. Wprowadzono też udogodnienie dla pacjentów niepełnosprawnych, jakim jest łazienka dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ze strony pacjenta modernizacja ułatwiła drogę poruszania się pacjenta i przyczyniła się do zwiększenia komfortu badania.

Remont ułatwił też pracę personelu np. poprzez wykonanie windy, w której przewożony jest izotop z 'gorącego pokoju' do pokoju aplikacyjnego. *Dawniej technik chodził z tym izotopem, przynosił go*, opowiada pani ordynator, *a teraz wkłada go w gorącym pokoju do windy, a pielęgniarka odbiera go w pokoju aplikacyjnym*. Ponadto całe pomieszczenie musiało zostać dostosowane do aktualnych standardów. Wcześniej lekarz w jednym miejscu opisywał badanie, a potem szedł do pacjenta. W tej chwili, dzięki unowocześnieniu pracowni, może opisywać badanie i przez szybę widzi pacjenta, co ułatwia i usprawnia pracę personelu medycznego.

Dzięki modernizacji została, przede wszystkim, zmieniona funkcjonalność poszczególnych pomieszczeń, nie zwiększono natomiast powierzchni Pracowni. Wielkość pomieszczenia, w którym zainstalowany jest SPECT-CT ściśle wynika z wytycznych producenta aparatury. Ten pokój również wcześniej nie mógł być mniejszy niż wymagania aparaturowe. Celem modernizacji było też dostosowanie pomieszczenia do wymagań wykonywania badania CT, które wcześniej nie było realizowane w Pracowni.

Remont przyczynił się do udrożnienia ciągów komunikacyjne, co manifestuje się tym, że *wszystko jest szersze*, jak zauważa prof. Hubalewska-Dydejczyk. A takie wydawałoby się szczegóły jak szersze drzwi ułatwiają zespołowi pracę. Zdecydowanie poprawiła się też efektywność wykorzystania istniejącej powierzchni użytkowej. Poprawiono także wygląd infrastruktury: *cała infrastruktura wygląda o niebo lepiej*, chwali nową estetykę pracowni pani ordynator.

Zakup nowoczesnego aparatu SPECT-CT to przede wszystkim poprawa jakości gamma kamery (SPECT) i stworzenie możliwości równoczesnego wykonania tomografii komputerowej (CT). Wcześniej Pracownia dysponowała jedno- i dwugłowicową kamerę gamma, która nie była urządzeniem hybrydowym. Zainstalowanie SPECT-CT, czyli urządzenia hybrydowego, w którym działa wysokiej klasy gamma kamera i tomografia komputerowa, powoduje znaczną poprawę jakości wykonywanych badań. Jednoczesne wykonywanie badań SPECT i CT przyczynia się do lepszej lokalizacji zmian (np. nowotworowych), prawidłowej korekcji pochłaniania, poprawy czułości badania i skrócenia jego czasu.

Zakupiony aparat SPECT-CT to aparat nowej generacji. W momencie zakupu był to najlepszy aparat SPECT-CT w Polsce, a nawet teraz, po 2 latach od zakupu, lepsze aparaty niż ten nie są w innych ośrodkach montowane. Dopiero gdy do Polski wejdą aparaty SPECT-MRI (gamma kamera i rezonans magnetyczny), to aparat SPECT-CT nie będzie już najnowocześniejszy.

SPECT-CT wykorzystywany jest do diagnostyki onkologicznej z użyciem znaczników znakowanych izotopami, które emitują promieniowanie gamma oraz wykonywane są skany post-terapeutyczne u pacjentów leczonych z powodu nowotworów. Obok tego przy użyciu SPEC-CT wykonywany jest szereg badań typowo diagnostycznych niezwiązanych z onkologią, np. dla potrzeb kardiologii, nefrologii, gastrologii oraz wielu specjalności medycznych. *To jest inna epoka*, twierdzi profesor Hubalewska-Dydejczyk. Przy opisie patologicznych zmian na nowej generacji aparatach, widać dokładną lokalizację patologicznych obrazów, uzyskiwanych z gamma kamery, dzięki nałożeniu na nie CT, w ramach tzw. fuzji wewnętrznej. Aparat SPECT-CT nakłada na siebie obrazowanie molekularne i strukturalne, co w efekcie daje dużo dokładniejszą lokalizację zmian patologicznych, zwiększa czułość ich wykrywania oraz pomaga w różnicowaniu między czymś, co mogłoby zostać pominięte lub uznane za wynik fałszywie pozytywny lub negatywny. Wcześniej, gdy Pracownia dysponowała jedynie gamma kamerą, również była możliwość dokonywania tzw. fuzji zewnętrznej, czyli na obraz CT nakładano obraz radioizotopowy, ale badanie nie było wykonywane jednoczasowo, w związku z czym pojawiały się zawsze przesunięcia przy nałożeniu na siebie skanów i jakość tej fuzji była zdecydowanie gorsza.

Aparatem wykonywane są badania zarówno pacjentów z Oddziału Klinicznego Endokrynologii, jak i pacjentów z innych klinik szpitala – onkologii (scyntygrafia kości), kardiologii (niedokrwienie, obrazowanie naczyń wieńcowych), nefrologii (oceny czynności nerek), gastrologii, chirurgii, ginekologii. *Zapotrzebowanie na to badanie jest bardzo duże*, przyznaje prof. Hubalewska-Dydejczyk.

### Najbardziej znaczące korzyści

Największą korzyścią z zakupu SPECT-CT i modernizacji Pracowni jest, zdaniem ordynator Oddziału Kliniki Endokrynologii Klinicznej, *poprawa jakości obrazu w gamma kamerze i możliwość wykonywania w tym samym czasie badania CT poprawiające oraz ułatwiające lokalizację zmian [patologicznych], uwzględniające korekcję pochłaniania i skrócenie czasu badania*. Dzięki tym zmianom polepszeniu uległa skuteczność diagnostyczna badania.

## 5.3.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Zapytana o efekty długofalowe projektu, prof. Hubalewska-Dydejczyk wymieniła poprawę skuteczności diagnostyki i terapii chorych. Dzięki wczesnej, lepszej diagnostyce zmian chorobowych można dokonać lepszego wyboru wczesnego wdrażania terapii. Przykładowo, przy raku tarczycy, którym zajmuje się Oddział Endokrynologii Klinicznej, aparat SPECT-CT umożliwia wcześniejsze wykrycie zmian przerzutowych i lepszą ich lokalizację. Poprawa diagnostyki i poprawa terapii pociąga za sobą obniżenie kosztów leczenia pacjentów. Jakość sprzętu podnosi zatem sumarycznie jakość życia pacjenta.

### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Dzięki diagnostyce wykonywanej nowej aparatem SPECT-CT zwiększona zostanie wyleczalność chorych. Pacjenci szybciej będą dochodzić do zdrowia, a ich leczenie będzie skuteczniejsze i mniej długotrwałe. Za kilka lat ten aparat będzie już jednak przestarzały, na rynku pojawią się nowe, lepsze urządzenia i Szpital będzie znowu starał się o środki na zakup sprzętu wykorzystującego najnowszą technologię.

## 5.4. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup podstawowych i specjalistycznych ambulansów na potrzeby Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach"

### 5.4.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach

#### Cel projektu:

Celem głównym projektu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa śląskiego poprzez:

- zachowanie zasady „złotej godziny"[3];
- skrócenie czasu dotarcia do zdarzenia.[4]

#### Realizowane działania (ogólnie):

W ramach projektu dokonano zakupu 21 ambulansów w okresie 3 lat. Projekt nie prowadził do zwiększenia liczby ambulansów, lecz do poprawy ich stanu technicznego. Zakupione ambulanse służą w zamian za wycofane, stare pojazdy, które zostały zatrzymane jako rezerwowe.

#### Okres realizacji:

3.07.2009 - 30.11.2010

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Projekt objął swoim zasięgiem 17 miast i powiatów w województwie śląskim (ok. 27% powierzchni województwa), w których znajdują się stacje WPR.

### 5.4.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

W projekcie nie zostały założone żadne wskaźniki rezultatu, ze względu na to, że projekt polegał na wymianie ok. 1/3 taboru ambulansów WPR na nowe, co, zdaniem dyrekcji WPR, nie miało wpływu na żaden z możliwych wskaźników.

#### Zatrudnienie pracowników

Projekt nie miał również wpływu na zwiększenie zatrudnienia w jednostce. Według Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, Wojciecha Micińskiego, oraz Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Eksploatacji, Roberta Haberko, na zatrudnienie w WPR ma wpływ wyłącznie kontrakt z NFZ i plan

**Zdjęcie 5. Ambulans zakupiony w ramach projektu PO IiŚ**

[3] Czas, jaki może minąć od urazu do interwencji ratującej życie pacjenta.

[4] Wniosek o dofinansowanie projektu.

wojewody w zakresie ratownictwa medycznego. Gdy Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne zmienia się, np. przyznając w którymś z miast dodatkowy ambulans, wtedy, jeśli WPR ten kontrakt wygra, tworzy nowy zespół ratowniczy. NFZ rozpisuje konkurs na podstawie planu wojewody, a jak zapewnia dyrektor Miciński, *jeśli WPR ma możliwość ekspansji, to to robi*.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Zdaniem dyrektora Micińskiego jednostka taka jak WPR, mogłaby mieć trudności z osiągnięciem wskaźnika „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia" ze względu na to, że jest to wskaźnik niezależny od WPR, lecz od czynników zewnętrznych.

Problem mógłby też wystąpić przy wskaźniku „Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca". Jakkolwiek WPR dąży do zmniejszenia tej mediany, a ona systematycznie przez lata spada, bo WPR dysponuje nowszym taborem, lepszym sprzętem, dzięki czemu ambulanse WPR szybciej docierają do pacjenta, to dyrektor Haberko tłumaczy, że: Jeśli *byłaby stała trasa i stałe warunki na drodze dla wszystkich wyjazdów, to można by powiedzieć, że mediana została zmniejszona/zwiększona, ale czas dotarcia od momentu przyjęcia zgłoszenia zależy od zbyt wielu czynników, żeby dokonać takiej analizy.* Natomiast dyrektor Miciński dodaje, że mediana dotarcia zależy od miejsca stacjonowania ambulansów WPR, które z kolei zależą od wojewódzkiego planu działania. Ambulanse są tak rozstawiane, aby mediana czasu dotarcia zalecana przez ustawę nie była przekraczana. Jeśli stwierdzone zostaje przekroczenie, to wtedy powstaje nowe miejsce stacjonowania lub jest dyslokowany ambulans z innego punktu. WPR monitoruje i analizuje każdego miesiąca medianę. Zdaniem dyrektorów WPR wymiana ambulansów na nowe, taka jak w projekcie, może tylko w bardzo nieznacznym stopniu wpływać na obniżenie mediany czasu dotarcia.

Również „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)" nie zależy od samego WPR, lecz tylko i wyłącznie od ww. wojewódzkiego planu działania dotyczącego ratownictwa medycznego, ponieważ na postawie decyzji wojewody rozpisywane są konkursy na świadczenie usług ratowniczych, w których WPR bierze udział. Jeśli konkurs zostanie przez WPR wygrany, to może ono zwiększyć liczbę miejsc pracy.

## 5.4.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

W wyniku realizacji projektu nie zmieniła się ani liczba, ani zakres procedur medycznych świadczonych przez WPR, ponieważ są one uzależnione od przepisów zewnętrznych i, jak zapewnia dyrektor Miciński, realizowane przez WPR w 100%.

Natomiast nowoczesny sprzęt, który jest na wyposażeniu tych ambulansów, lecz nie został sfinansowany ze środków tego projektu, zdecydowanie pomógł w realizacji zadań Pogotowia, ponieważ przyspieszył połączenie teleinformatyczne z jednostkami przyjmującymi pacjentów oraz pozwala na szybszą, skuteczniejszą diagnostykę.

Mimo że w zakresie działalności państwowego ratownictwa medycznego, dzięki realizacji projektu, nie zwiększyła się dostępność do usług medycznych rozumiana jako możliwość wykonania większej liczby usług, to projekt miał wpływ na podniesienie jakości innego rodzaju usług świadczonych przez WPR w Katowicach – transportu międzyszpitalnego. Część z wycofanych karetek, które zastąpione zostały nowymi ambulansami, zakupionymi ze środków projektu, została przesunięta do obsługi transportu międzyszpitalnego. Dzięki temu, między szpitalami obsługiwanymi przez WPR, zaczęły jeździć lepiej wyposażone karetki, czyli poprawiła się jakość obsługi, bezpieczeństwo i WPR mogła zwiększyć zakres świadczonych przez siebie usług. Ponadto, zwiększenie liczby karetek w ramach tego rodzaju transportu poprawia jego

wydolność, ponieważ oznacza krótszy czas oczekiwania pacjentów na przewiezienie do innego ośrodka.

Dodatkowo część wycofanych karetek została zatrzymana przez WPR jako karetki rezerwowe na kilku większych stacjach. Dzięki temu w razie wypadku czy awarii ambulansu podstawowego załoga może natychmiast przesiąść się do karetki zapasowej i nadal być w systemie, a nie, jak bywało wcześniej, zostać z niego wyłączona. W ten sposób unika się opóźnień w realizacji działań ratowniczych. Dyrektor Miciński twierdzi, że mało które pogotowie dysponuje taką możliwością. Poprawia to zarówno bezpieczeństwo, jak i jakość usług oferowanych przez WPR w Katowicach, a jest możliwe dzięki realizacji projektu z PO IiŚ.

Dyrektor WPR w Katowicach, Artur Borowicz, podkreśla jeszcze, że *pewien odsetek samochodów stale wymaga serwisu przedgwarancyjnego, pogwarancyjnego, więc kilka procent ambulansów zawsze podlega 'wyciągnięciu warsztatowemu'*, a dzięki dysponowaniu przez WPR karetkami rezerwowymi mogą być one natychmiast zastąpione przez pojazdy zapasowe, co oznacza, że WPR ma możliwość dysponowania przez cały czas 100% floty ambulansowej.

Nie dokonywano analizy skuteczności świadczeń zdrowotnych i potencjalnego wpływu realizacji projektu na jej zwiększenie, lecz dyrektor Miciński twierdzi, że zapewne można o takiej zależności mówić, ponieważ dzięki projektowi WPR ma do dyspozycji nowszy, skuteczniejszy w działaniu sprzęt, co może mieć przełożenie na zwiększenie odsetka usług ratowniczych zakończonych sukcesem.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Zakup nowych samochodów wyprodukowanych w nowszej technologii wpływa na zmniejszenie zużycia paliwa oraz innych kosztów eksploatacyjnych w porównaniu ze starszymi pojazdami. To przekłada się na obniżenie kosztów obsługi systemu ratownictwa w WPR. Dodatkowo, m.in. do karetek kupionych w ramach projektu PO IiŚ, dokupiono ze środków ZPORR defibrylatory najnowszej generacji, które stanowią wyposażenie tych ambulansów. Zakupione w projekcie samochody to tylko część wymienionych w tym czasie ambulansów. Karetki powinno się wymieniać co 5-6 lat, więc co roku część floty, która jest na stanie w WPR jest wymieniana.

**Zdjęcie 6. Wnętrze ambulansu zakupionego w projekcie PO IiŚ**

Zakupione w projekcie 21 karetek są w zależności od potrzeb wykorzystywane jako podstawowe lub specjalistyczne (ambulanse podstawowe i specjalistyczne są tak samo wyposażone, różnią się obecnością lub brakiem lekarza w załodze ratunkowej). Projekt rozłożony był na 3 lata – rocznie dokonywano zakupu 7 nowych ambulansów.

Ratownicy są zadowoleni z możliwości korzystania z nowych ambulansów, chwaląc ich nowoczesne, wygodnie wyposażone wnętrza oraz stosunkowo niewielką liczbę kilometrów 'na liczniku'.

## Najbardziej znaczące korzyści

Projekt był ważny dla zapewnienia wysokiej jakości usług potrzebującym na terenie obsługiwanym przez WPR. Wymiana ambulansów jest niezbędna co kilka lat, w miarę zużywania się mocno eksploatowanych w Pogotowiu pojazdów, więc dla Pogotowia taka inwestycja stanowiła konieczność.

### 5.4.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

Dyrektorzy WPR zapewniają, że 5-letnia trwałość projektu zostanie zachowana. Ambulanse wykorzystywane w pogotowiu nie powinny być starsze niż 5-6 lat, bo pojazdy są mocno eksploatowane – 12 kierowców jeździ na 1 pojeździe, a jest to często jazda na granicy ryzyka, z dużą prędkością i gwałtownym hamowaniem. Jeśli pojazdy będą się nadawały do dalszego wykorzystania po tym okresie, to zostaną przeznaczone do dalszej pracy – w ramach transportu międzyszpitalnego. Tak się może dziać jednak tylko w niektórych przypadkach. Zdarza się też, że ambulans nie może już być dalej wykorzystywany i przeznaczany jest na złomowanie.

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Wielką korzyścią dla WPR z zakupu 21 nowych ambulansów ze środków PO IiŚ była, zdaniem dyrektora Haberko, możliwość przeznaczenia środków własnych, które WPR musiałoby wydać na ich zakup, na inne zadania inwestycyjne, np. budowę nowych obiektów lub remont już istniejących. Udało się tego dokonać właśnie dzięki oszczędnościom z tytułu realizacji tego projektu. Przykładowo, powstał nowy budynek zintegrowanej dyspozytorni medycznej w Katowicach-Szopienicach, wybudowano także budynek dla stacjonowania zespołów wyjazdowych i zintegrowanej dyspozytorni medycznej w Gliwicach. W sumie wyremontowano ok. 20 obiektów dzięki oszczędnościom powstałym w budżecie WPR, dzięki realizacji projektu z PO IiŚ.

## 5.5. Studium przypadku projektu pt.: „Zapewnienie najwyższej efektywności działań ratownictwa medycznego w powiecie przasnyskim poprzez zakup 3 ambulansów"

### 5.5.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu

#### Cel projektu:

Realizacja projektu miała na celu poprawę jakości oferowanych usług, spełnienie oczekiwań pacjentów, poprawę dostępności do systemu ratownictwa medycznego na terenie powiatu, zmniejszenie różnic w dostępie do świadczeń medycznych, ograniczenie odpływu pacjentów do innych placówek oraz zmniejszenie awaryjności ambulansów.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Projekt polegał na wyposażeniu Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu w 3 ambulanse wraz z niezbędnym wyposażeniem.

#### Okres realizacji:

24.06.2009 - 31.12.2009

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Powiat przasnyski

### 5.5.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

We wniosku o dofinansowanie projektu założono tylko 1 wskaźnik rezultatu i była to „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów (EPC)". Zaplanowano zwiększenie zatrudnienia o 15 ETC i zostało to osiągnięte dokładnie w takiej liczbie.

Dodatkowo, mimo że nie zakładano wskaźnika „Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca", to ten czas poprawił się o minutę w wyniku realizacji projektu. Nie założono tego wskaźnika we wniosku, ponieważ uznano, że jest to nieznaczący spadek mediany.

**Zdjęcie 7.** **Ambulans zakupiony ze środków projektu PO IiŚ**

### Zatrudnienie pracowników

Na powstanie nowych miejsc pracy w Szpitalu, jak wyjaśnia dyrektor Jerzy Sadowski, ma wpływ przede wszystkim tworzenie nowych zadań wynikających z kontraktu z NFZ bądź ze zmian organizacyjnych w samym Szpitalu. *W momencie, gdy tworzone są nowe komórki, poradnie, zespoły, to za tym idzie rozwój infrastruktury i zatrudnienia*, wyjaśnia dyrektor. W projekcie założono, że rozwój ratownictwa w Szpitalu wpłynie na zwiększenie zatrudnienia lekarzy i kierowców-ratowników.

Szpital współpracuje z lekarzami nie tylko na podstawie umowy o pracę, ale wykorzystuje też takie formy zatrudnienia jak kontrakt lekarski i umowy-zlecenia. Lekarze zatrudnieni w pogotowiu mają bowiem w większości inne, podstawowe miejsce zatrudnienia. *Dla lekarza jest to wygoda, bo jak ma zarejestrowaną praktykę, to sobie koszty wyjazdów rozlicza w swój sposób, a dla szpitala to też jest wygodne, bo jest stałość ceny i nie przekłada się na zobowiązania pracownicze, socjalne*, opisuje sytuację dyrektor Sadowski. Dzięki takiemu elastycznemu rozwiązaniu lekarz jest bardziej dyspozycyjny, znikają ograniczenia czasowe związane z zatrudnieniem go i gdy jest tylko taka potrzeba, to można go wezwać do szpitala na dyżur. Sytuacja ta jest bardzo wygodna dla Szpitala.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Jedynym wskaźnikiem rezultatu w Działaniu 12.1, z którego osiągnięciem Szpital mógłby mieć problem, gdyby go założył to „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia", gdyż jest to liczba nieprzewidywalna, stąd trudna do oszacowania.

## 5.5.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Karetki zakupione w ramach projektu PO IiŚ są bardzo dobrze, nowocześnie wyposażone, np. jest możliwość transmisja danych z zapisów EKG do sąsiednich ośrodków medycznych (do szpitala w Ostrołęce czy Ciechanowie, które mają np. oddział kardiologiczny, którego w przasnyskim szpitalu brak). Dzięki lepszemu wyposażeniu karetek lekarze i ratownicy mają możliwość udzielenia pacjentowi szerszego zakresu pomocy.

Do szpitala karetki przywożą pacjentów, którzy są już *fachowo obsłużeni w zakresie pierwszej pomocy*, jak mówi dyrektor szpitala, a dodatkowo ratownicy mają możliwość uprzedzenia SOR-u o przyjeździe. W ten sposób Oddział Ratunkowy może się przygotować na przyjęcie pacjenta, ponieważ został powiadomiony w jakim stanie będzie poszkodowany. Przekłada się to, zdaniem dyrektora Sadowskiego, na kompleksową pomoc, ponieważ ratownictwo zostało ściśle powiązane z SOR-em i szpitalem. Pacjentowi zapewniono natomiast ciągłość opieki, ponieważ zarówno ratownictwo, jak i SOR należą do szpitala.

Obecnie, decyzją wojewody, karetki szpitala mają 3 miejsca postoju – w Przasnyszu, Chorzelach i Jednorożcu. We wcześniejszych latach, przed realizacją projektu, ambulanse znajdowały się tylko w 2 miejscach – Przasnyszu i Chorzelach. Powstanie trzeciej podstacji miało na celu skrócenie czasu dojazdu na miejsce zdarzenia. W tej chwili po 1 karetce podstawowej stoi w Jednorożcu i Chorzelach oraz 1 specjalistyczna w Przasnyszu. Karetki nie różnią się między sobą wyposażeniem, natomiast w specjalistycznej w załodze znajduje się lekarz (oraz jest odmienny zestaw leków).

W okresie przed zakupem karetek ze środków PO IiŚ szpital dysponował tylko 1 własną karetką oraz dzierżawił dwie od firmy zewnętrznej. Obecnie ma w posiadaniu 3 własne karetki. Wyposażenie zakupionych ambulansów jest nowocześniejsze niż to, które było we wcześniej używanych karetkach. Ze szczególną dumą dyrektor Sadowski i zastępca dyrektora ds. administracyjno-technicznych Urszula Maćkowska opowiadają o defibrylatorach umożliwiających

transmisję danych z zapisu EKG do ośrodków kardiologicznych. Obecnie z ratownikami jest stały kontakt poprzez radiostacje przenośne i telefony komórkowe. Jeśli zachodzi taka potrzeba, to ratownicy mogą poprosić o przysłanie na miejsce zdarzenia helikoptera, co wcześniej było niemożliwe, bo nie było z nimi łączności. Teletransmisja EKG umożliwia skierowanie pacjentów z ostrym zawałem wprost do szpitala posiadającego oddział kardiologiczny (przasnyski szpital jest go pozbawiony), omijając szpital w Przasnyszu. Lekarz podejmuje decyzję na podstawie przesłanych przez teletransmisję danych z EKG. Wcześniej pacjent przywożony był, bez względu na swój stan, do Przasnysza na izbę przyjęć, badany i dopiero po ocenie lekarza kierowany do ośrodka kardiologicznego. W tej chwili proces ten uległ znacznemu skróceniu i pacjent od razu trafia tam, gdzie powinien, co zwiększa jego szansy na przeżycie i wyzdrowienie. Skróceniu ulega czas dojścia do zdrowia, hospitalizacji i leczenia, co ma znaczenie dla ośrodka, w którym jest leczony. Opisana sytuacja dotyczy też przypadków niekardiologicznych, np. ortopedycznych. Przasnyski szpital nie posiada oddziału ortopedycznego, więc pacjent z tego typu urazem może dzięki kontaktowi ratowników ze szpitalem, w którym jest ortopedia, od razu może zostać zawieziony na właściwy oddział. Zwiększona została zatem skuteczność udzielania pomocy potrzebującym. Wpłynęło na to również skrócenie czasu dojazdu na miejsce oraz fakt, że wszyscy kierowcy karetek są równocześnie ratownikami.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Nowo zakupione ambulanse przyczyniły się do obniżenia kosztów funkcjonowania szpitala, ponieważ są to nowe samochody, mniej awaryjne. Karetki były przez pewien czas 'na gwarancji', a dodatkowo szpital otrzymał ubezpieczenie w cenie samochodu.

**Zdjęcie 8.** **Defibrylator stanowiący wyposażenie ambulansu zakupionego w ramach PO IiŚ**

Zakupione w ramach projektu PO IiŚ samochody wyposażono również ze środków projektu. Na nowy sprzęt składają się m.in. defibrylatory z możliwością transmisji danych z EKG do ośrodka kardiologicznego, ale też systemy GPS umożliwiające pozycjonowanie ambulansu. Dzięki takiemu monitoringowi wiadomo, gdzie jest w danym momencie ambulans, z jaką prędkością jedzie, czy stoi, czy ma włączoną stacyjkę itp. W ten sposób kontrola nad flotą samochodową jest pełniejsza.

Ratownik pracujący na nowych ambulansach podkreśla, że są one o wiele wygodniejsze niż starsze, lepiej jest w nich rozplanowana przestrzeń, jest więcej miejsca, a nowoczesne urządzenia, w tym przede wszystkim defibrylatory, sprawiają, że jakość pracy wzrosła. Zapytany o porównanie nowych karetek do starych ratownik stwierdził: *Niebo a ziemia.*

## Najbardziej znaczące korzyści

Dla dyrekcji szpitala w Przasnyszu najważniejsze jest zdrowie pacjentów, a zakup 3 nowocześnie wyposażonych ambulansów przyczynił się do poprawienia skuteczności i skrócenia czasu udzielania pomocy w nagłych przypadkach. A *to jest priorytet,* podkreśla dyrektor Sadowski. Szpital może się dziś pochwalić dobrze wyposażonymi zespołami ratunkowymi, które są w przemyślany sposób rozlokowane po powiecie. *Nie można też zapomnieć o niezawodności samochodów*, przypomina dyrektor, oraz o tym, że *są w stanie szybko dotrzeć do pacjenta, a potem zawieźć go po pomoc tam, gdzie trzeba – dzięki teletransmisji danych*. Wysoki poziom samochodów ma wpływ na profesjonalną usługę, którą szpital jest w stanie zapewnić pacjentowi, który potrzebuje pomocy. Sprawne, szybkie ambulanse to krótszy czas dotarcia z pomocą do potrzebującego.

### 5.5.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

Za najtrwalszy efekt projektu dyrekcja szpitala uważa poczucie bezpieczeństwa pacjentów i w ogóle mieszkańców powiatu. Na potwierdzenie tej tezy dyrektor Sadowski przytacza niedawno zaistniałą sytuację, kiedy to szpital miał zmienić siedzibę jednej z podstacji. Gmina i społeczność lokalna natychmiast zareagowała wyrażając sprzeciw wobec tej decyzji. Zdaniem dyrektora istnienie podstacji karetek ratunkowych daje mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa. W rezultacie aktywnego wsparcia społeczności lokalnej udało się utrzymać podstację na jej dawnym miejscu.

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Dyrektor Maćkowska wskazuje na fakt, że w momencie zakupu ambulansów, były one całkiem nowe, *na wysokim poziomie*, ale od ich zakupu minęło już prawie 4 lata i za ok. 2 lata szpital będzie musiał je wymienić na jeszcze nowsze. Każdy z tych ambulansów przejeżdża rocznie tysiące kilometrów, są one bardzo silnie eksploatowane, a tabor musi być niezawodny, bo tylko wtedy można świadczących skuteczną pomoc pacjentom. Innymi słowy, dyrekcja nie myśli o długofalowych efektach tego projektu, lecz zaczyna się zastanawiać, skąd wziąć środki na zakup kolejnych samochodów.

## 5.6. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup ambulansu reanimacyjnego z wyposażeniem na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łańcucie"

### 5.6.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Powiat Łańcucki

#### Cel projektu:

Głównym celem projektu była poprawa jakości usług świadczonych przez zespół ratownictwa medycznego w ramach ZOZ w Łańcucie, w szczególności w zakresie usług świadczonych przez zespół reanimacyjny „R", a tym samym zmniejszenie śmiertelności pacjentów oczekujących na pomoc pogotowia oraz ograniczenie skutków ewentualnych powikłań powstających w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia.

Ponadto założono przyczynienie się do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i ich dostępności do skutecznego ratownictwa medycznego.

Za cel projektu uznano także doposażenie Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łańcucie w wysokiej jakości specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający wymogi normy PN/EN 1789 U.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Głównym zadaniem w ramach projektu był zakup ambulansu reanimacyjnego z pełnym wyposażeniem, na potrzeby zespołu ratownictwa medycznego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łańcucie.

#### Okres realizacji:

Realizacja projektu została zapoczątkowana wykonaniem analizy kosztów i korzyści wraz z analizą finansową w sierpniu oraz we wrześniu 2008 r. We wrześniu 2008 r. opracowano także dokumentację przetargową na zakup ambulansu. Postępowanie przetargowe przeprowadzono w maju 2010 r, a użytkowanie ambulansu rozpoczęto w lipcu 2010 r. Do okresu realizacji projektu zaliczono również fazę użytkowania ambulansu, założoną do końca grudnia 2019 r.

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Oddziaływanie projektu obejmuje obszar następujących gmin powiatu łańcuckiego: gminy miejskiej Łańcut, gminy wiejskiej Białobrzegi, gminy wiejskiej Czarna, gminy wiejskiej Łańcut, gminy wiejskiej Markowa, gminy wiejskiej Rakszawa oraz gminy wiejskiej Żołynia.

## 5.6.2. Zakładane rezultaty

### Wskaźniki rezultatu

W ramach projektu założono osiągnięcie rezultatów, zarówno o charakterze **mierzalnym**, jak i **niemierzalnym.** Głównym mierzalnym wskaźnikiem było skrócenie mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia przez zespół ratownictwa medycznego, od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz do 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.

Innym założonym wskaźnikiem o charakterze mierzalnym była liczba doposażonych instytucji ochrony zdrowia.

**Zdjęcie 9. Ambulans zakupiony ze środków projektu PO IiŚ**

**Założone wskaźniki zostały osiągnięte.**

Do rezultatów niemierzalnych zaliczono zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zespołu reanimacyjnego „R" dla mieszkańców powiatu łańcuckiego wyposażonego w wysokiej jakości urządzenia medyczne i komunikacyjne.

Na podstawie analiz przeprowadzonych w ramach niniejszego studium można stwierdzić, że również rezultaty o charakterze niemierzalnym zostały osiągnięte. Zakup ambulansu przyczynił się do poprawy jakości świadczenia opieki reanimacyjnej, ponieważ wcześniej użytkowany ambulans został zakupiony w 2001 r., a co za tym idzie, był już wysłużony, przestarzały i ulegał częstym awariom. Wsparcie w ramach projektu umożliwiło zastąpienie przestarzałego ambulansu nowym, wyposażonym w najwyższej jakości sprzęt ratowniczy.

Za kluczowe można uznać to, że zakup nowego ambulansu poprawił bezpieczeństwo zespołu ratowniczego używającego zakupiony ambulans, ale przede wszystkim poprawił bezpieczeństwo pacjentów objętych akcjami ratowniczymi. Biorąc pod uwagę specyfikę ratowniczych usług medycznych zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa może być czynnikiem decydującym o skuteczności przeprowadzania akcji ratowniczej, w tym m.in. o możliwości uratowania pacjentowi życia. Przy czym zapewnienie odpowiedniej jakości świadczenia usług ratowniczych nie sprowadza się wyłącznie do tego, czy ambulans jest wyposażony w nowoczesny sprzęt, ale fundamentalne znaczenie ma również stan samego pojazdu. Zakup nowego pojazdu istotnie zmniejszał ryzyko wystąpienia awarii i konieczności czasowego wyłączania pojazdu z użytkowania ze względu na trwające naprawy. Jest to kluczowe z tego względu, że sprzęt ratowniczy, z definicji, jest niezbędny w przypadkach nagłych, więc musi być w stanie zapewniającym niezawodność działania.

### Zatrudnienie pracowników

Ze względu na swoją specyfikę, projekt nie wpłynął na stan zatrudnienia pracowników, ponieważ polegał na wymianie starego ambulansu na nowy. Innymi słowy, załoga ratownicza otrzymała nowy ambulans. Z tej perspektywy można stwierdzić, że projekt przyczynił się do utrzymania miejsc pracy utworzonych przed rozpoczęciem realizacji projektu. Wszystkie osoby pracujące w ramach zespołu ratowniczego zostały zatrudnione w formie umowy o pracę.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Projektodawca nie zidentyfikował trudności w osiąganiu wskaźników. Spośród wskaźników wyróżnionych w ramach Działania 12.1, Projektodawca zobowiązał się do osiągnięcia jedynie wskaźnika „Mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca". Wskaźnik ten został osiągnięty. Wskazywano jedynie, że na osiąganą wartość tego wskaźnika

mają wpływ nie tylko działania podejmowane przez podmiot prowadzący akcje ratownicze, ale także okoliczności zewnętrzne, takie jak natężenie ruchu, jakość sieci drogowej, remonty itp.

### 5.6.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

#### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

W wyniku realizacji projektu nie nastąpiło zwiększenie liczby lub zakresu procedur świadczenia usług medycznych, jednakże nastąpiła znaczna poprawa jakości świadczenia usług medycznych w ramach prowadzonych akcji ratowniczych.

Za niezakładany efekt można uznać możliwość wykorzystania do celów transportowych starego, wymienionego ambulansu, co ułatwia funkcjonowanie ośrodka.

Ze względu na specyfikę projektu nie było możliwe poznanie opinii pacjentów na temat stopnia poprawy jakości świadczonych usług. Z rozmów przeprowadzonych z personelem ośrodka, w tym z przedstawicielami zespołu ratowniczego, dowiadujemy się, iż zdarzają się przypadki zaskoczenia ze strony bliskich osób, pacjentów objętych akcją ratunkową, że ośrodek posiada tak wysokiej jakości sprzęt ratowniczy.

Wyposażenie ambulansu w najwyższej jakości sprzęt medyczny zwiększyło skuteczność udzielania zabiegów ratujących życie. Jednak najważniejszą rolę w tym kontekście odgrywa zwiększenie niezawodności sprzętu ratunkowego, zwiększające pewność przeprowadzenia skutecznej akcji ratowniczej. Dzięki zakupowi nowego ambulansu zespół ratowniczy nie musi się obawiać, czy sprzęt niezbędny do przeprowadzenia akcji ratunkowej będzie sprawny. Tym bardziej, że ambulans, który został zastąpiony nadal jest w użytkowaniu beneficjenta jako ambulans transportowy, a zarazem pełni rolę ambulansu zastępczego, w sytuacji, gdy ambulans zakupiony w ramach omawianego projektu jest poddawany pracom serwisowym.

#### Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Ze względu na swoją specyfikę, projekt nie miał wpływu na poprawę infrastruktury ośrodka, jednak bardzo istotnie przyczynił się do poprawy jakości wyposażenia. Najbardziej jest to zauważalne z perspektywy personelu ratowniczego. Podczas rozmowy z przedstawicielami personelu padło stwierdzenie, że różnica pomiędzy wcześniej użytkowanym sprzętem a sprzętem zakupionym w ramach projektu, jest najbardziej zauważalna wtedy, gdy zakupiony sprzęt jest w serwisie i zastępczo konieczne jest korzystanie ze starego ambulansu. Wtedy personel ratowniczy „odlicza godziny" do chwili ponownej możliwości użytkowania nowego ambulansu.

**Zdjęcie 10. Zespół ratownictwa medycznego podczas pracy**

#### Najbardziej znaczące korzyści

Najbardziej istotną korzyścią jest podniesienie jakości świadczonych usług ratowniczych, a także zwiększenie pewności przeprowadzenia skutecznej akcji ratowniczej.

## 5.6.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Ze względu na swoją specyfikę, w wymiarze bezpośrednim projekt nie charakteryzuje się wysoką trwałością z tego względu, że zarówno sprzęt motoryzacyjny, jak i sprzęt ratowniczy ulega stosunkowo szybkiemu zużyciu. Zostanie zachowana trwałość wymagana regulacjami związanymi z wdrażaniem projektów europejskich, jak również określona we wniosku o dofinansowanie do końca 2019 r. Jednak ze względu na zużycie, jak również postęp technologiczny, trudno byłoby oczekiwać, by ambulans, który w 2019 r. będzie liczył kilka lat od daty zakupu, mógł zapewniać świadczenie usług ratowniczych. Dlatego też można się spodziewać, że po upływie okresu trwałości projektu, konieczna będzie wymiana ambulansu na nowy.

Projekt jednak charakteryzuje się trwałością w wymiarze pośrednim z tego względu na to, że osiągnięcie określonego poziomu jakości usług medycznych stymuluje do tego, by ten poziom podnosić, a przynajmniej utrzymać na wcześniej osiągniętym poziomie. Dowodem tego jest m.in. to, że zakup ambulansu w ramach projektu motywował beneficjenta do podejmowania działań w celu zdobycia środków na zakup ambulansu systemowego. Działania te zakończyły się sukcesem. Z rozmów przeprowadzonych z personelem projektu wynika, że podczas specyfikowania zakupu ambulansu systemowego bazowano w dużym stopniu na doświadczeniach zdobytych w wyniku ambulansu reanimacyjnego, zakupionego w ramach omawianego projektu. Kolejny zakupiony ambulans charakteryzuje się m.in. większą mocą silnika oraz automatyczną skrzynią biegów, co zarazem wpływa na szybkość przeprowadzenia akcji ratowniczej.

Zatem najbardziej długotrwałym efektem jest to, że pozyskanie środków z funduszy europejskich umożliwiło zakup sprzętu wysokiej jakości, który bez wsparcia, nie mógłby zostać zakupiony. To z kolei mobilizuje do tego, by zapewniać jak najwyższą jakość świadczonych usług.

## 5.7. Studium przypadku projektu pt.: „Chcemy i możemy Ci pomóc w każdej sytuacji – budowa lądowiska dla śmigłowców sanitarnych na terenie Szpitala Powiatowego im. E. Biernackiego w Mielcu"

### 5.7.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu

#### Cel projektu:

Celem projektu jest poprawa systemu ochrony zdrowia poprzez utrzymanie dobrego poziomu zdrowia ludności oraz szybkości i skuteczności działań w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Oprócz celu głównego założono osiągnięcie następujących celów szczegółowych:

- dostosowanie systemu ochrony zdrowia do wymogów obowiązujących w przepisach prawa polskiego;
- poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji bezpieczeństwa zdrowotnego ludności,
- obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

#### Realizowane działania (ogólnie):

W ramach projektu zrealizowano trzy główne zadania:

- wybudowano lądowisko przy Szpitalu Powiatowym w Mielcu razem z niezbędną infrastrukturą umożliwiającą lądowanie zarówno w dzień jak i w nocy;
- wybudowano drogę dojazdową od lądowiska do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w celu umożliwienia sprawnego i bezpiecznego przetransportowania pacjenta z lub do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego;
- przebudowano bezpośrednie wejście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego umożliwiając sprawne i bezpieczne przetransportowanie pacjenta z lub do Szpitalnego oddziału ratunkowego.

#### Okres realizacji:

Realizację projektu rozpoczęto w lutym 2010 r. przygotowaniem studium wykonalności, a zakończono w czerwcu 2012 r. – rozliczeniem projektu.

Obszar realizacji i oddziaływania:

Podstawowym obszarem działalności projektodawcy jest powiat mielecki, jednak wybudowanie lądowiska znacznie poszerzyło terytorium oddziaływania szpitala. Z jednej strony stało się to możliwe poprzez włączenie go w sieć szpitali posiadających lądowiska, co umożliwiło sprawne kierowanie pacjentów w nagłych przypadkach do szpitali oddalonych nawet o kilkaset kilometrów, ale także dzięki temu, że pozwoliło na przyjmowanie pacjentów z innych szpitali, z uwagi na to, że szpital posiada możliwości świadczenia wysokiej jakości zaawansowanych usług medycznych, np. w dziedzinie leczenia urazów kręgosłupa.

Ponadto zakres oddziaływania przedsięwzięcia wykracza poza granice powiatu również z tego względu, że w województwie podkarpackim znajduje się jedynie 9 lądowisk przyszpitalnych. Tylko 5 spośród nich posiada odpowiednią infrastrukturę, umożliwiającą funkcjonowanie 24 godziny na dobę. Jednym z tych 5 lądowisk jest lądowisko przyszpitalne w Mielcu. Z danych udostępnionych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, aktualnych na 1 października 2013 r., wynika, że jest to jedyne lądowisko przyszpitalne zlokalizowane w północnej części województwa podkarpackiego. Stąd też lądowisko to może być wykorzystywane również na

potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Tarnobrzegu, a także na potrzeby prowadzenia akcji ratowniczych, w przypadku zdarzeń mających miejsce na terenie powiatów ościennych.

## 5.7.2. Zakładane rezultaty

### Wskaźniki rezultatu

**Zdjęcie 11. Lądowisko dla śmigłowców zrealizowane w projekcie**

W ramach projektu założono osiągnięcie rezultatów wymiernych (mierzalnych) i niewymiernych (niemierzalnych). Głównym rezultatem mierzalnym, wyróżnionym przez beneficjenta, było dostosowanie do wymogów prawa zgodnie, z którymi szpitalny oddział ratunkowy powinien „dysponować lądowiskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, by możliwe było przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego". Dzięki realizacji projektu wymóg ten został spełniony, gdyż wybudowane lądowisko znajduje się w odległości ok. 150 metrów od wejścia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, z odpowiednio przystosowaną drogą łączącą Szpitalny Odział Ratunkowy oraz lądowisko, a także wejściem do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego umożliwiającymi sprawne i bezpieczne transportowanie pacjenta. Umożliwia to przeniesienie pacjenta z lub do helikoptera bez konieczności pośrednictwa specjalistycznych środków transportu. Co więcej, droga dojazdowa do lądowiska została wykonana w taki sposób, że w razie potrzeby możliwe jest przewiezienie pacjenta również z wykorzystaniem specjalistycznych środków transportu. Wybudowanie lądowiska, spełniającego odpowiednie standardy, umożliwia funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jako akredytowanego.

Ponadto założono osiągnięcie następujących rezultatów niemierzalnych:

- wzrost liczby wykonywanych interwencji w stanach zagrożenia życia;
- zwiększenie kontroli i niezawodności podtrzymywania funkcji życiowych;
- zapewnienie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego możliwości niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych służb ratowniczych;
- zapewnienie niezwłocznego przewiezienia i przyjęcia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej, udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie.

Wszystkie założone rezultaty – mierzalne, jak i niemierzalne - zostały osiągnięte. Lądowisko zostało wybudowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami będąc do dyspozycji personelu 24 godziny na dobę.

Przed realizacją projektu szpital nie dysponował własnym lądowiskiem, więc możliwości transportowania pacjentów za pomocą helikoptera były bardzo ograniczone. W nagłych przypadkach konieczne było korzystanie z lotniska oddalonego o kilka kilometrów, w związku z czym, w zależności od natężenia ruchu w mieście, akcja przewiezienia pacjenta na trasie szpital-helikopter mogła trwać nawet kilkadziesiąt minut. Dzięki wybudowaniu lądowiska znacznie wzrosła liczba prowadzonych akcji z wykorzystaniem helikoptera, przy czym pacjenci są zarówno transportowani helikopterem ze szpitala w Mielcu do innych ośrodków, jak i z innych ośrodków do szpitala.

Z rozmów przeprowadzonych z kadrą zarządzającą i personelem szpitala wynika, że tylko w 2013 r. wystąpiło kilka zdarzeń, w przypadku których akcja ratownicza mogła zostać przeprowadzona tylko z wykorzystaniem helikoptera, a co za tym idzie – lądowiska. Bez wsparcia ze środków europejskich realizacja projektu nie byłaby możliwa, a w najlepszym wypadku musiałaby zostać rozłożona na kilka lat. Na podstawie wywiadów przeprowadzonych w ramach studium można jednoznacznie stwierdzić, że mimo stosunkowo krótkiego czasu od wybudowania lądowiska, inwestycja ta pozwoliła na uratowanie kilku osobom życie, którym

bez możliwości sprawnego przetransportowania za pomocą helikoptera nie można byłoby skutecznie pomóc.

### Zatrudnienie pracowników

W ramach projektu nie założono bezpośredniego utworzenia miejsc pracy. W związku z tym nie zatrudniono dodatkowego personelu medycznego, ponieważ nie wystąpiła taka potrzeba. Pod względem posiadanych zasobów kadrowych Szpitalny Oddział Ratunkowy jeszcze przed realizacją projektu dysponował odpowiednim personelem medycznym, w zakresie świadczenia pomocy w nagłych przypadkach. Można wręcz stwierdzić, że wybudowanie lądowiska wzmocniło możliwości świadczenia przez personel pomocy medycznej.

Ze względu na specyfikę dofinansowanego przedsięwzięcia, tzn. z tego względu, że lądowisko musi być gotowe do przyjęcia helikoptera 24 godziny na dobę, konieczne było zaangażowanie dodatkowej osoby do obsługi technicznej lądowiska, co jest szczególnie istotne w okresie zimowym szczególnie podczas intensywnych opadów śniegu. Dla przykładu, ze względu na to, że lotnisko posiada wbudowany system nawigacyjny, w celu uniknięcia możliwości uszkodzenia systemu nawigacyjnego, lądowisko jest odśnieżane ręcznie.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Żaden ze wskaźników wyróżnionych w ramach Działania 12.1 nie został założony do osiągnięcia przez Projektodawcę. Projektodawca nie napotkał na żadne trudności z osiągnięciem założonych wskaźników.

## 5.7.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Dzięki realizacji projektu zwiększyła się liczba działań ratowniczych z wykorzystaniem lądowiska. Umożliwiło to zarazem podniesienie jakości usług medycznych ze względu na możliwość uniknięcia narażania pacjenta na dodatkowe urazy związane z transportowaniem drogą lądową. Realizacja projektu umożliwiła podejmowanie działań, których zakres bez lądowiska byłby bardzo ograniczony, a w znacznej części przypadków działania takie byłby wręcz niemożliwe.

Z rozmów przeprowadzonych z kadrą zarządzającą projektu wynika, że dodatkowym efektem realizacji projektu jest wzrost prestiżu placówki. Z jednej strony jest to powiązane z głównym rezultatem założonym w ramach projektu, tzn. z wypełnieniem wymagań nałożonych na szpitalne oddziały ratunkowe przepisami prawa. Potrzeba realizacji projektu nie wynikała z obowiązku dostosowania się do przepisów prawa, ale pomysł na projekt zrodził się znacznie wcześniej zanim takie wymogi zostały przepisami prawa wprowadzone. Wspomniany wzrost prestiżu placówki polega na tym, że omawiany projekt jest traktowany jako flagowy, zarówno przez władze lokalne, jak i inne ośrodki medyczne. Przekłada się to na kształtowanie dobrej opinii o placówce, a zarazem ułatwia podejmowanie działań umożliwiających dalszy jej rozwój. Projekt został również pozytywnie odebrany przez lokalne media.

Za dodatkowy efekt projektu można uznać to, że przyczynił się do integracji lokalnego środowiska, gdyż sprawna realizacja projektu była warunkowana podejmowaniem zgodnych działań ze strony partnerów. Idea projektu została przychylnie przyjęta przez lokalnych decydentów, bez których zaangażowania projekt nie mógłby zostać zrealizowany.

Jako przykład zgodnego działania w ramach projektu może posłużyć to, że Szpital nie dysponował własnym terenem, na którym można byłoby wybudować lądowisko. Ze względu na zlokalizowanie Szpitala w centrum miasta znalezienie odpowiedniej przestrzeni na budowę lądowiska również nie było zadaniem łatwym. Dzięki porozumieniu z innymi podmiotami, na potrzeby lądowiska zostały wydzierżawione w formie użytkowania wieczystego działki od innych podmiotów, miasta, starostwa powiatowego oraz Miejskiego Przedsiębiorstwa Gospodarki Komunalnej. Ponadto, budowa lądowiska wymagała odpowiedniego uporządkowania przestrzeni

w bezpośrednim jego otoczeniu na nieruchomościach należących do innych właścicieli, co również spotkało się ze zrozumieniem.

Istotnym czynnikiem warunkującym sukces projektu było również jego dobre przygotowanie. W momencie składania wniosku o dofinansowanie projekt był w pełni przygotowany do realizacji, a działania przygotowawcze zostały podjęte znacznie wcześniej zanim pojawiła się możliwość uzyskania dofinansowania ze środków europejskich w ramach Działania 12.1 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Przygotowanie projektu było zatem prowadzone z zastosowaniem dobrej praktyki, polegającej na tym, że należy poszukiwać możliwości dofinansowania do zidentyfikowanych potrzeb, a nie próbować znaleźć pomysł w związku z możliwością pozyskania środków.

Z informacji uzyskanych podczas rozmów z kadrą zarządzającą wynika, że projekt cieszy się również dużym zainteresowaniem ze strony innych szpitali z tego względu, że został bardzo sprawnie zrealizowany. Przyczyną wzrostu zainteresowania jest wspomniana konieczność dostosowania do wymagań przepisów prawa. Z informacji uzyskanych od kadry zarządzającej wynika, że w przypadku zapytań ze strony innych podmiotów, następuje dzielenie się doświadczeniami. Zatem można stwierdzić, że efektem dodatkowym projektu jest możliwość wykorzystania przez inne podmioty doświadczeń zdobytych przez Projektodawcę. Co więcej, czerpanie z doświadczeń innych podmiotów, zdaniem przedstawiciela kadry zarządzającej, jest jednym z kluczowych warunków dobrego przygotowania projektu. Wstępne prace przygotowawcze w ramach omawianego projektu również polegały na poznaniu dobrych praktyk w realizacji tego typu przedsięwzięć, podejmowanych przez inne podmioty.

Ze względu na specyfikę projektu nie było możliwe poznanie oceny efektów projektu z perspektywy pacjentów.

Do efektów dodatkowych można zaliczyć również to, że realizacja projektu była impulsem do uporządkowania przestrzeni znajdującej się w otoczeniu szpitala.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Projekt istotnie przyczynił się do poprawy infrastruktury szpitala z tego względu, że przed jego realizacją szpital nie dysponował własnym lądowiskiem. W związku z tym w ramach projektu powstała infrastruktura, którą wcześniej szpital nie dysponował. Lądowisko zostało wykonane z zachowaniem standardów obowiązujących dla tego typu przedsięwzięć. Położono również nacisk na kwestie ochrony środowiska. Zasilanie oświetlenia lądowiska jest wspomagane energią z zamontowanych w ramach projektu wiatraków oraz solarów. Dodatkowo wyremontowane wejście do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego może być wykorzystywane nie tylko na potrzeby transportu z lądowiska, ale również na potrzeby przyjmowania innych pacjentów.

## Najbardziej znaczące korzyści

Za najbardziej znaczącą korzyść można uznać możliwość zapewnienia pomocy w przypadkach, w których bez posiadanego lądowiska udzielenie pomocy nie byłoby możliwe, co oznacza, że są to zarazem przypadki najtrudniejsze, często bezpośrednio zagrażające życiu pacjentów.

## 5.7.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Projekt charakteryzuje się dużą trwałością. Szacowana trwałość lądowiska wynosi 40 lat. Dzięki temu można stwierdzić, że efekty projektu mają charakter długofalowy.

### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Podczas rozmów z personelem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego stwierdzono, że w perspektywie długofalowej efekty projektu mogą ulec znacznemu wzmocnieniu, jeżeli zostanie zwiększona liczba załóg helikopterów, posiadających uprawnienia do pilotażu w warunkach nocnych. Skuteczność akcji ratowniczych jest warunkowana m.in. możliwością podejmowania ich 24 godziny na dobę i, chociaż lądowisko jest przygotowane do całodobowego przyjmowania helikopterów, to w praktyce możliwości te są ograniczone ze względu na niewystarczającą liczbę załóg, posiadających uprawnienia do nocnych lotów, co w szczególności zimą ogranicza możliwość wykorzystania lądowiska, do jedynie kilku godzin w ciągu doby.

## 5.8. Studium przypadku projektu pt.: „Utworzenie Centrum Urazowego w Szpitalu Wojewódzkim SPZOZ w Zielonej Górze"

### 5.8.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Szpital Wojewódzki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

#### Cel projektu:

Bezpośrednim celem projektu jest zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w regionie poprzez wzrost dostępności wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, a w szczególności opieki zdrowotnej dla chorych po urazach ciężkich i wielonarządowych.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Utworzenie w strukturach SW SPZOZ w Zielonej Górze pierwszego w województwie lubuskim Centrum Urazowego. W ramach projektu przeprowadzono następujące zadania inwestycyjne:

- budowę lądowiska oraz przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) wraz z podjazdem dla karetek;
- utworzenie Pracowni Endoskopowej;
- doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), Pracowni Endoskopowej oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

#### Okres realizacji:

31.03.2010 – 01.09.2012

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Projekt był realizowany na terenie Szpitala Wojewódzkiego SPZOZ przy ul. Zyty 26, w Zielonej Górze. Powstałe Centrum Urazowe ma objąć swoim oddziaływaniem teren województwa lubuskiego. Obszar zadaniowy liczy 14 000 km$^2$ i jest zamieszkany przez 1 010 705 osób.

Szpital Wojewódzki SPZOZ obejmuje swoim zasięgiem m.in. przebiegające przez teren województwa następujące drogi krajowe: droga nr 3: Szczecin - Gorzów Wlkp. - Zielona Góra - Lubawka, droga nr 2: Świecko - Świebodzin - Poznań, droga nr 18: Olszyna - Wrocław, droga nr 22 Gorzów Wlkp. - Strzelce Krajeńskie – Dobiegniew, a także trasę o znaczeniu międzynarodowym: Wrocław – Forst – Berlin. Województwo lubuskie graniczy od zachodu z Republiką Federalną Niemiec, dlatego też w obszarze działania Centrum Urazowego będzie znajdować się także osiem drogowych przejść granicznych.

## 5.8.2. Zakładane rezultaty

### Wskaźniki rezultatu

W ramach realizowanego projektu zrealizowano wszystkie zakładane wskaźniki.

**Zdjęcie 12. Lądowisko dla śmigłowców wybudowane w ramach projektu**

- Wybudowano **lądowisko dla śmigłowców**, które jest bezpośrednio usytuowane nad oddziałem ratunkowym szpitala. Obiekt posiada odpowiednie oznakowanie oraz oświetlenie, które umożliwia korzystanie z niego również w nocy. Poprzednie lądowisko znajdowało się od w odległości około 480 metrów od oddziału ratunkowego. Pacjent był przenoszony do ambulansu, a następnie przewożony na SOR.
  Na oddziale ratunkowym wybudowano **windę**, która bezpośrednio łączy SOR z lądowiskiem. Przeznaczona jest jedynie do tego celu i zatrzymuje się - z pominięciem innych kondygnacji - wyłącznie na dwóch poziomach: SOR oraz lądowiska.
  W SOR powstał zadaszony **wjazd dla karetek pogotowia** z automatycznymi kurtynami. Zgodnie z przepisami mieszczą się w nim dwa ambulanse. Oprócz automatycznych kurtyn, zostały zainstalowane nagrzewnice, dzięki czemu przywożony pacjent nie jest narażony na utratę ciepła w przypadku niskich temperatur.
- W ramach Centrum Urazowego powstała **całodobowa pracownia endoskopii zabiegowej oraz diagnostycznej.** Przed realizacją projektu w szpitalu funkcjonowały dwie pracownie endoskopii (na oddziale wewnętrznym i chirurgii ogólnej). Działały one jedynie w określonych godzinach w ciągu dnia. Nowa pracownia endoskopii powstała w pomieszczeniach po przeniesionym oddziale neurochirurgii. Przeprowadzono w nich generalny remont, łącznie z wymianą instalacji elektrycznej, wykonaniem instalacji wentylacyjnej oraz przebudową instalacji wodno- kanalizacyjnej i c.o.
  Pracownia endoskopowa otrzymała całkowicie nowe wyposażenie oraz specjalistyczny sprzęt medyczny, konieczny do prawidłowego funkcjonowania – jest to m.in. sprzęt do badania ECPW, którego wcześniej szpital nie posiadał.
- Zakupiono **sprzęt medyczny** dla SOR i Zakładu Diagnostyki Obrazowej. Powstało stanowisko traumatologii dziecięcej oraz pomieszczenie do dekontaminacji, którego wcześniej nie było. Zakupiono przenośny aparat RTG, pozwalający wykonywać zdjęcie rentgenowskie bez przenoszenia pacjenta z oddziału ratunkowego, przewoźny USG Doppler, respiratory transportowe, sprzęt do monitorowania parametrów życiowych, wózki transportowe, stół operacyjny, aparat do znieczulenia ogólnego oraz kolumnę anestezjologiczną.

W ramach projektu nie osiągnięto wyższej wielkości wskaźników niż te, które zostały zaplanowane. Wynika to z faktu, że w projekcie przewidziano głównie działania inwestycyjne, które zostały zrealizowane zgodnie z założeniem.

### Zatrudnienie pracowników

Realizacja projektu nie wpłynęła na wielkość zatrudnienia w SW SPZOZ. W danej placówce również wcześniej funkcjonował SOR oraz lądowisko dla śmigłowców - po przebudowie pracuje tam nadal ten sam personel. Nową pracownię endoskopową obsługuje kadra, która wcześniej była zatrudniona w dwóch wspomnianych powyżej pracowniach, tj. na oddziale wewnętrznym oraz chirurgii ogólnej. Po przebudowie zostały one zlikwidowane. Uznano, że nie ma potrzeby ich utrzymywania, jeżeli w szpitalu powstała nowa, nowocześnie wyposażona pracownia endoskopowa. Z uwagi na całodobowy tryb działania pracowni, konieczne było przeorganizowanie pracy personelu, m.in. poprzez wprowadzenie dyżurów. Według respondentki, liczba dotychczas zatrudnionych pracowników była wystarczająca i nie było potrzeby przyjmowania nowych osób.

Równocześnie nie zmieniono zasad zatrudnienia kadry. Nie nawiązano współpracy z pracownikami w inny sposób niż na umowę o pracę, tj. zatrudnienia w ramach kontraktów lekarskich lub innych umów cywilno – prawnych.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Respondentka niechętnie odpowiadała na pytania dotyczące trudności w osiągnięciu ogólnych wskaźników, dotyczących funkcjonowania jej placówki: *„Inne wskaźniki. Ja się nie zastanawiałam nad wskaźnikami, których ja nie podawałam. Bo jeżeli nie musimy osiągać czegoś, do czego zobowiązuje nas umowa o dofinansowanie, to się nikt tym nie zajmuje*."[5]

Odnośnie wskaźnika „Liczba osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej podległych lub nadzorowanych przez MZ, MON, MSW", rozmówczyni stwierdziła, że SW SPZOZ jest dużym szpitalem wojewódzkim, działającym na rozległym obszarze i realizowany projekt nie miał na niego wpływu. W związku z tym liczba pacjentów utrzymuje się cały czas na podobnym poziomie. Dlatego też nie ma trudności z osiągnięciem tego wskaźnika - i tym samym - nie jest on zagrożony, ponieważ także wcześniej nie stanowiło to problemu. Analogiczna sytuacja dotyczy kolejnego wskaźnika, tj. „Liczba osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia".

W przypadku kolejnego wskaźnika „Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego w skali każdego miesiąca" nie dostrzeżono trudności z jego osiągnięciem i jego realizacja nie jest zagrożona. Zauważono także, że - z uwagi na przebudowę lądowiska, które znajduje się bezpośrednio nad SOR - skrócił się czas dotarcia pacjenta do szpitala, gdyż nie ma już potrzeby przewożenia go około 480 metrów ambulansem do SOR.

Ostatni wskaźnik „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych etatów" nie został zmieniony, dlatego nie było trudności z jego osiągnięciem oraz nie był on zagrożony.

## 5.8.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

W ramach projektu osiągnięto następujące efekty w obszarze poprawy jakości procedur i usług medycznych.

- Zwiększenie zakresu procedur medycznych – w pracowni endoskopowej został zakupiony aparat ECPW, którym wcześniej szpital nie dysponował. W związku z tym jest to nowa procedura medyczna oferowana pacjentom w SW SPZOZ w Zielonej Górze.
- Zwiększenie liczby procedur medycznych w pracowni endoskopowej, ponieważ działa ona całodobowo. Pozwala to na efektywniejsze zarządzanie badaniami oraz skuteczniejsze ich planowanie, zarówno dla pacjentów ze skierowaniami, jak i osób przyjmowanych do SOR. W efekcie skrócił się czas oczekiwania na badania endoskopowe osób z pierwszej wskazywanej grupy i w związku z tym, są one bardziej dostępne.
- Zwiększenie liczby pacjentów przyjętych w Centrum Urazowym. Liczba ta w 2012 roku wyniosła 5 124 osoby, natomiast w I półroczu 2013 było to już 2 744. Z związku z tym wskaźnik wykorzystania łóżek w 2012 r. wyniósł 9,52%, natomiast w I półroczu 2013 wyniósł 12,15%.
- Skrócenie czasu wykonania diagnozy:
  - w związku z tym, że pracownia endoskopowa działa całodobowo, możliwe jest wykonanie diagnozy natychmiast (nawet w nocy) i tym samym szybsze udzielenie pomocy;

[5] Marta Dzięgielewska – kierownik sekcji Inwestycje w SW SPZOZ.

  - zakup przewoźnego aparatu USG i RTG umożliwia przeprowadzenie diagnozy bezpośrednio na oddziale ratunkowym. Pacjent nie musi być przewożony do zakładu diagnostyki obrazowej znajdującej się piętro wyżej.
- Skrócenie czasu oraz zwiększenie bezpieczeństwa transportu pacjenta śmigłowcem i w konsekwencji szybsze udzielenia mu pomocy - dzięki wybudowaniu lądowiska bezpośrednio na budynku, czas przetransportowania pacjenta ze śmigłowca do SOR skrócił się do kilku minut. Równocześnie wyeliminowano konieczność przenoszenia pacjenta ze śmigłowca do ambulansu i transportowania go nim do SOR. Z doświadczeń lekarzy z oddziału ratunkowego wynika, że wiele urazów powstaje w trakcie transportu pacjentów po wypadku. Obecnie zmniejszono prawdopodobieństwo ich wystąpienia i przyspieszono czas dotarcia pacjenta na oddział ratunkowy.
- Zwiększenie jakości usług medycznych dzięki:
  - wyremontowaniu dwóch oddziałów (pracowni endoskopii oraz SOR), których obecny standard jest bardzo wysoki. Komfort pacjentów się zwiększył. Dzięki temu mają oni większe zaufanie do udzielanej opieki, co przekłada się na ich bezpośrednie relacje z personelem szpitala;
  - zakup nowego sprzętu m.in. do endoskopii spowodował, że diagnostyka jest dokładniejsza oraz szybsza.
- Stworzenie - zgodnie z wymogami prawa - obszarów intensywnego nadzoru na oddziale ratunkowym, tj. łóżek dostosowanych do tego. Pozwoliło to na odciążenie innych oddziałów - w konsekwencji nie muszą one utrzymywać rezerwowych łóżek dla pacjentów w ciężkim stanie z SOR i mogą wykorzystywać swoje zasoby do innych celów. Równocześnie w SOR od 2013 roku funkcjonuje 14 stanowisk dla pacjentów, natomiast 2012 r. było ich 13.
- Zwiększenie skuteczności udzielanych świadczeń medycznych, w tym ratujących życie poprzez:
  - skrócenie czasu dotarcia pacjenta na SOR, dzięki czemu zwiększa się szansa uratowania mu życia;
  - dokładniejszą diagnozę, która jest możliwa dzięki nowoczesnemu sprzętowi medycznemu;
  - szybszą diagnozę, która jest możliwa dzięki przenośnemu sprzętowi USG i RTG.
- Zwiększenie komfortu pracy białego personelu, co ma bezpośrednie przełożenie na jakość ich pracy oraz relacje z pacjentami.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Projekt przyczynił się do efektywniejszego zarządzania szpitalem. W związku z powstaniem Centrum Urazowego konieczne było stworzenie jego regulaminu. Dzięki temu zasady działania SOR oraz pracowni endoskopii stały się bardziej przejrzyste i konkretne. Utworzono zespół urazowy. Szczegółowo opisano funkcję poszczególnych jego członków wraz z zakresem odpowiedzialności. Powołano koordynatora technicznego lądowiska, który jest odpowiedzialny za jego utrzymanie. Określono zasady przyjmowania pacjentów do SOR, czy ich transportu z lądowiska. Zmiany te wpłynęły na lepsze zarządzanie i większą przejrzystość całego systemu.

**Zdjęcie 13. Utworzone Centrum Urazowe**

Zwiększyła się liczba pacjentów przyjmowana w pracowni endoskopii, przy wykorzystaniu tej samej ilości personelu. Możliwe jest to dzięki temu, że funkcjonuje ona przez całą dobę, w przeciwieństwie do dwóch poprzednich pracowni, działających tylko w ciągu dnia. Pozwala to lepiej zarządzać usługami medycznymi. Pacjenci z SOR przyjmowani są na bieżąco, co przekłada się na większy dostęp do pracowni endoskopii za dnia dla pacjentów ze skierowaniem. Dzięki temu zwiększyła się liczba usług medycznych w tym zakresie.

Powołanie Centrum Urazowego nie wpłynęło jednak na zwiększenie rentowności szpitala. Wynika to z faktu, że NFZ wciąż nie wprowadziło w Centrach Urazowych osobnej wyceny pacjentów, która nadal jest określana w ten sam sposób, jak inne SOR w Polsce. Równocześnie jednak Centrum Urazowe generuje o wiele większe koszty. Samo utrzymanie lądowiska wiąże się z comiesięcznym wydatkiem rzędu kilkunastu tysięcy zł, m.in. ze względu na wymóg regularnej konserwacji płyty lotniska, zakup specjalnych chemikaliów, wymianę oświetlenia etc. Finansowane jest to ze środków własnych szpitala. Placówki będące Centrami Urazowymi, wielokrotnie apelowały o zmianę wskaźnika ich finansowania, jednakże dotychczas nie zostało to zrealizowane.

Projekt przyczynił się znacznie do poprawy infrastruktury szpitala, a dokładnie dwóch oddziałów, tj. oddziału ratunkowego oraz pracowni endoskopowej. Jego realizacja umożliwiła zwiększenie powierzchni użytkowej - sal zabiegowych oraz miejsc dla chorych. Było to możliwe dzięki wykorzystaniu pomieszczeń po dawnym oddziale neurochirurgii. Obecnie SOR i pracownia endoskopii położone są obok siebie. Sama pracownia została utworzona od nowa. Poprzednie pracownie endoskopii funkcjonowały w bardzo małych pomieszczeniach, usytuowanych przy dwóch oddziałach szpitala. Na ich bazie niemożliwe było utworzenie takiej, która mogłaby funkcjonować całodobowo w ramach Centrum Urazowego, gdyż nie zmieściłyby się w nich wszystkie wymagane przepisami specjalistyczne sprzęty medyczne.

Projekt spowodował, iż zdecydowanie podniósł się standard opieki nad pacjentami. Wszystkie pomieszczenia są nowo wyremontowane, przestronne oraz estetyczne. Ciągi komunikacyjne są szerokie, pozwalają na szybkie przemieszczanie oraz uniemożliwiają tworzenie się zatorów. W pracowni endoskopowej całe wyposażenie oraz specjalistyczny sprzęt medyczny jest nowy i dzięki temu - dokładny oraz niezawodny. Zwiększyło się bezpieczeństwo pacjentów. W dyżurce zainstalowano monitoring, którego wcześniej nie było. Pielęgniarki na monitorach mają podgląd wszystkich pacjentów leżących na SOR. Równocześnie, w przypadku zaburzeń parametrów życiowych, automatycznie włącza się sygnalizacja dźwiękowa oraz wizualna. Dzięki remontowi zwiększyła się również funkcjonalność pomieszczeń. Przykładem mogą być umieszczone nad łóżkami, tzw. mosty, które pozwalają w łatwy sposób podawać pacjentom tlen lub inne gazy medyczne.

Projekt przyczynił się do poprawy jakości wyposażenia szpitala. Jak już wyżej wspomniano, zostało wymienione całe wyposażenie dwóch oddziałów. Zakupiono respirator transportowy, sprzęt do monitorowania parametrów życiowych, wózki transportowe, stół operacyjny, aparat do znieczulenia ogólnego, kolumnę anestezjologiczną. Szpital został wyposażony w nowe urządzenie, którego dotychczas nie posiadał, tj. sprzęt do badania ECPW. Równocześnie zaopatrzył się w nowe urządzenia RTG oraz USG Doppler. Są one przenośne, dzięki czemu wszystkie czynności medyczne wykonuje się w jednym miejscu i pacjent nie jest narażony na niepotrzebne przewożenie. Aby unaocznić zmianę jakościową w wyposażeniu szpitala należy wskazać dotychczasowo wykorzystywany sprzęt. Przed zakupem RTG szpital dysponował trzema tego typu urządzeniami. Dwa z nich wyprodukowano w 1986 roku, natomiast ostatni miał kilkanaście lat. Szpital przed projektem dysponował także czterema aparatami ultrasonograficznymi, których wykorzystanie była bardzo duże, bo ok. 3 tys. badań miesięcznie na jednym urządzeniu. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie Centrum Urazowego, byłaby to ilość niewystarczająca.

**Zdjęcie 14. Szpitalny Oddział Ratunkowy**

Realizacja projektu pozwoliła na dopasowanie infrastruktury do wymogów prawa. Przepisy wskazują, że SOR powinien mieć lądowisko zlokalizowane w odległości pozwalającej na przewożenie pacjenta bez udziału transportu sanitarnego. Jeżeli brak jest takich warunków transport może trwać maksymalnie 5 minut. W przypadku Centrów Urazowych nie ma takiej tolerancji. Dlatego też SW SPZOZ w Zielonej Górze zmuszony był zbudować lądowisko dla śmigłowców na dachu swojego budynku.

Jest ono oświetlone oraz posiada odpowiednią twardość powierzchni. Poprzednie lądowisko nie spełniało tych wymogów.

Dostosowano także do wymogów przepisów wjazd dla ambulansów szpitala. Przed projektem nie zapewniał on pacjentom całkowitej ochrony przed czynnikami atmosferycznymi. Obecnie jest on w pełni zadaszony oraz posiada dwie automatyczne kurtyny zamykające się po wjeździe ambulansu. Zainstalowano także nagrzewnice, utrzymujące stałą temperaturę. Równocześnie zapewniono bezkolizyjny podjazd dwóch specjalistycznych środków transportu jednocześnie, co wcześniej nie było możliwe.

Sam oddział ratunkowy szpitala spełnia obecnie przepisy prawa. Jest wyposażony w cały niezbędny sprzęt medyczny. Powierzchnia sali zabiegowej jest odpowiedniej wielkości. Powstało stanowisko traumatologii dziecięcej oraz pomieszczenie do dekontaminacji, którego wcześniej nie było.

### Najbardziej znaczące korzyści

Wskazaną podczas wywiadu kluczową korzyścią dla szpitala, wynikającą z projektu, było skrócenie czasu transportu pacjentów pomiędzy oddziałem ratunkowym a lądowiskiem. Duże znaczenie ma również przygotowanie wjazdu dla ambulansów, który nie naraża pacjentów na niekorzystne czynniki atmosferyczne.

## 5.8.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Najbardziej trwałym efektem projektu będzie skrócenie czasu transportu pacjentów pomiędzy oddziałem ratunkowym a lądowiskiem.

Wskazano również, że trwałym efektem projektu będzie:

- szybsza diagnostyka pacjentów, dzięki zakupowi nowego specjalistycznego, przenośnego sprzętu USG i RTG oraz lokalizacji przy samym SOR pracowni endoskopowej wyposażonej w nowe urządzenia diagnostyczne;
- wprowadzenie nowej usługi medycznej, jakim jest badanie ECPW.

### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Długofalowym efektem projektu będzie poprawa stanu zdrowia pacjentów. Szpital jest obecnie w stanie szybciej i dokładniej postawić diagnozę. *„Bo diagnostyka jest tak naprawdę pierwszym i jednym z najważniejszych elementów, które są wykonywane w szpitalu, ponieważ od prawidłowej i trafnej diagnozy zależy późniejsze leczenie.*[6]*”* Przyczyni się do tego również wyższa jakość procedur medycznych oraz większy komfort przebywania pacjentów w Centrum Urazowym, pozytywnie wpływający na proces zdrowienia.

[6] Tamże.

## 5.9. Studium przypadku projektu pt.: „Przebudowa oraz doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w WSzS w Białej Podlaskiej w celu dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia"

### 5.9.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

#### Cel projektu:

Zgodnie z celem nadrzędnym Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013, jakim jest „Poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno - gospodarczego kraju", dla zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz i dostosowania do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia ( Dz. U. Nr 55, poz.365), przebudowano oraz doposażono w niezbędną aparaturę Szpitalny Oddział Ratunkowy w WSzS w Białej Podlaskiej.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Przebudowano i wyremontowano powierzchnie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Dobudowano podjazd dla karetek. Usprawniono ciągi komunikacyjne z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych. Zwiększono sprawność i bezawaryjność urządzeń medycznych, porzez zakup aparatury opartej na nowych technologiach.

#### Okres realizacji:

maj 2009 - grudzień 2010

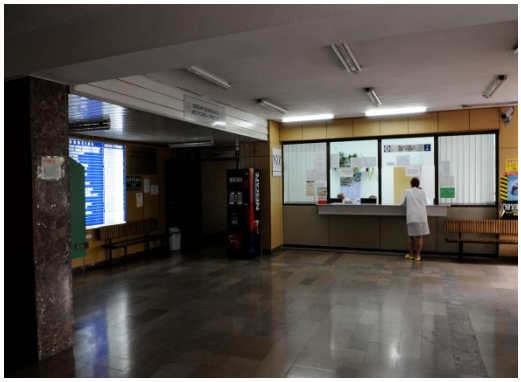
#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Projekt został zrealizowany na oddziale Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej. Szpital ten jest jedynym szpitalem na terenie miasta i jednocześnie największym centrum diagnostyczno-leczniczym północnej części województwa lubelskiego. Świadczone usługi medyczne w sytuacji zagrożenia życia obejmują ludność regionu liczącą ok. 380 tys. mieszkańców.

### 5.9.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

Projekt zakładał wzrost liczby osób, którym zostanie udzielone świadczenie zdrowotne w miejscu realizacji projektu. Zakładane rezultaty udało się osiągnąć. Liczba przyjętych pacjentów w oddziale SOR wynosiła odpowiednio 20 950 osób w 2010r, 22 705 w 2011r i 23 355 osób w 2013r.



*Przed projektem* *Po projekcie*

**Zdjęcie 15. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć**

Zdaniem kierownika oddziału na taki wzrost ma wpływ zarówno poprawa warunków lokalowych i sprzętowych, jak również ogólnokrajowa tendencja do korzystania ze Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, w sytuacjach kiedy nie ma zagrożenia zdrowia i życia pacjenta.

*Przed projektem* *Po projekcie*

**Zdjęcie 16. Wejście na Obszar Segregacji Medycznej i Przyjęć.**

## Zatrudnienie pracowników

Świadczenie pracy na oddziale SOR odbywa się na dotychczasowych zasadach, przy zachowaniu takiej samej liczby etatów. Realizacja projektu nie uwzględniała utworzenia nowych miejsc pracy. Dostosowanie do przepisów polegało miedzy innymi na rozdzieleniu przyjęć pacjentów planowych i nagłych, co przy udziale nowego zabezpieczenia sprzętowego przyczyniło się do lepszego, efektywniejszego wykorzystania dotychczasowego zaplecza kadrowego.

## Trudności w osiąganiu wskaźników

Trudności związane z osiąganiem wskaźników nie do końca są zależne od działań beneficjenta. Wpływ na nie mają czynniki zewnętrzne w postaci, m.in. kontraktu z NFZ, wyborów dokonywanych przez pacjenta, przepisów prawa, zachorowalności ludności. Zrealizowanie projektu, poprzez poprawę jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego, daje nadzieję, że osiągnięcie wskaźnika związanego z liczbą osób, którym udzielono świadczenia na oddziale SOR, jest niezagrożone.

### 5.9.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

#### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Liczba i zakres procedur, jakie obowiązują na SOR, są ściśle związane z obowiązującymi przepisami prawa. Realizowany projekt pozwolił na ułatwienie i usprawnienie dotychczas obowiązujących procedur.

SOR jest zobowiązany przyjąć każdego pacjenta, który zwróci się po pomoc w sytuacji zagrożenia zdrowotnego. Według anonimowej ankiety, przeprowadzonej wśród pacjentów przez WSzS w Białej Podlaskiej, na pytanie dotyczące zadowolenia z czasu oczekiwania przyjęcia na SOR w 2012 r., zadowolonych było 75,97% przyjętych pacjentów. W porównaniu do satysfakcji na poziomie 67,50% w roku 2010 (przed końcem realizacji projektu) jest to niewątpliwy progres. Zdaniem kierownika oddziału skrócił się niewątpliwie czas diagnozy pacjenta na oddziale ratunkowym, ze względu na możliwość przeprowadzenia badań nowoczesnym sprzętem. Dzięki temu, dysponując takim samym zapleczem kadrowym, można przyjąć większą liczbę pacjentów w tym samym czasie.

Realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia o 7 sztuk ilości łóżek na oddziale ratunkowym w poszczególnych obszarach jego funkcjonowania, m.in. w obszarze konsultacyjnym, obserwacyjnym, zabiegowym i intensywnej terapii. Jest to bardzo duży wzrost, prawie 78% (z 9 do 16 łóżek), przy zachowaniu wymaganej przepisami przestrzeni w szpitalu.

Ze względu na lepsze warunki lokalowe i sprzętowe, niewątpliwie zwiększyła się dostępność i jakość usług medycznych. Jako nowy element dostosowania do przepisów na oddziale zainstalowano m.in. obszar intensywnej terapii, co pozwoli niewątpliwie na szybsze objęcie pacjenta opieką w sytuacji, kiedy niezbędne jest podtrzymanie i monitorowanie funkcji życiowych.

Skrócił się średni czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, ze względu na fizyczne rozdzielenie izby przyjęć na izbę przyjęć planową (niezależną od SOR) i izbę przyjęć, która zajmuje się tylko i wyłącznie rejestracją i przyjęciem pacjenta nagłego. Eliminuję się w ten sposób stratę czasu dzieląca pacjenta od przybycia do postawienia diagnozy. Pacjent po rozpoznaniu, wykonaniu zaopatrzenia lub postawieniu diagnozy jest kierowany odpowiednio na konkretny oddział szpitalny, pozostawiany na obserwację lub po opatrzeniu, odsyłany do domu. Dzięki usprawnieniu obszarów funkcjonowania w SOR, podział pacjentów następuje zgodnie z odgórnie ustalonym porządkiem. Według opinii pacjentów, jakość usług oferowanych aktualnie na oddziale ratunkowym jest lepsza w porównaniu do okresu sprzed realizacji projektu. Są one obierane jako bardziej dostępne.

Realizacja projektu zdecydowanie przyczyniła się także do skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim, z powodu zakupionego nowego sprzętu służącego do bezpośredniego ratowania życia i zdrowia pacjenta. Nowy sprzęt jest mniej zawodny, bardziej dokładny, co z pewnością w parze z profesjonalnym zespołem medycznym stanowi o zadowoleniu pacjenta.

#### Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Niewątpliwie realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia efektywności zarządzania szpitalem. Przebudowane, wyremontowane pomieszczenia, wymienione zaplecze sprzętowe przyczyniają się do obniżenia kosztochłonności. Nowe urządzenia medyczne są mniej awaryjne, nie ma w związku z tym sytuacji, kiedy pacjent nie może zostać odpowiednio szybko zdiagnozowany z powodu awarii sprzętu lub jego braku na oddziale ratunkowym. Stare, awaryjne urządzenia prowadziły do przedłużania procedur medycznych lub wręcz je uniemożliwiały.

*Przed projektem* *Po projekcie*

**Zdjęcie 17. Obszar obserwacji**

Realizowany projekt przyczynił się do dostosowania oddziału ratunkowego do przepisów prawa, poprzez zapewnienie łatwej komunikacji z oddziałem anestezjologii i odziałem intensywnej terapii, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej. Pojawiły się nowe ciągi komunikacyjne łączące te oddziały. Zwiększono powierzchnię obszarów funkcjonujących wewnątrz SOR, które prowadzą do lepszej segregacji i obsługi pacjenta. Przebudowano wejście i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych. Aktualne podjazd może pomieścić cztery karetki jednocześnie, dotychczas mogły podjechać dwie. Przy automatycznie rozsuwanym wejściu jest nawiew powietrza służący łagodzeniu różnicy temperatur pomiędzy zewnątrz i wewnątrz budynku. Powstało stanowisko dekontaminacji służące poddaniu pacjenta zabiegowi usunięcia zanieczyszczeń chemicznych, bądź naturalnych.

Oddział został wyposażony w nowe urządzenia diagnostyczne, monitorujące i ratujące życie typu USG RTG, aparat do pomiaru parametrów krytycznych, defibrylatory, monitory. Sprzęt, którym aktualnie dysponuje SOR w Białej Podlasce, jest dostosowany do obowiązujących przepisów, zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Poprawa infrastruktury i wyposażenia przyczyniła się także do poprawy standardu epidemiologicznego, co pozwala lepiej chronić pacjenta przed różnego rodzaju formami zakażeń szpitalnych.

Przeprowadzona obserwacja pozwoliła ustalić, że w wyniku przebudowy oddziału liczba łózek zwiększyła się o 7 (obecnie jest 16 łóżek). Na powiększenie ilości miejsc dla pacjentów wpłynęło zwiększenie powierzchni użytkowej ogółem oddziału, w przełożeniu na zwiększenie powierzchni obszaru zabiegowego i pomieszczeń dla chorych. Udrożniono ciągi komunikacyjne które pozwalają na sprawniejsze przesuwanie pacjenta na samym oddziale ratunkowym, jak też te służące połączeniu pomiędzy innymi oddziałami (Oddziałem Anestezjologii i Oddziałem Intensywnej Terapii). Wygląd infrastruktury i wyposażenia jest nowy, odpowiadający nowoczesnym standardom opieki nad pacjentem (przebudowany podjazd dla karetek, nowe powierzchnie ścian i podłóg, wymieniona stolarka okienna i drzwiowa, nowe łóżka). Pojawiły się nowe udogodnienia dla pacjentów w postaci większej liczby łazienek, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych, powiększeniu poczekalni, zainstalowaniu klimatyzacji. Obecny poziom infrastruktury i wyposażenia spełnia wymogi prawa.

## Najbardziej znaczące korzyści

Zdaniem kierownika oddziału, najbardziej kluczowa jest poprawa wielkości obszaru i jakości przestrzeni lokalowej oraz zakup urządzeń medycznych, zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych. Wszystko to wpływa na wzrost jakości pracy na oddziale, co z kolei przekłada się na komfort pobytu i leczenia pacjenta.

### 5.9.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

W przypadku tego projektu poszczególne korzyści, w postaci skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, poprawę infrastruktury i wyposażenia, prowadzą do zwiększenia skuteczności usług medycznych. Obecne zaplecze pozwala na pracę personelu i leczenie pacjenta w warunkach wysokiego komfortu, co, jak podkreślił kierownik SOR, jest znaczące, ale ze względu na charakter oddziału ratunkowego, nie zawsze wystarczające (nie da się przewidzieć ilu pacjentów będzie korzystać z nagłej pomocy medycznej). Szpital w przyszłości planuje na pewno utrzymać standard oddziału ratunkowego na wysokim poziomie - a w miarę możliwości finansowych - zadbać o jeszcze większe jego unowocześnienie.

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Zachowanie wysokiej jakości i dostępności ratownictwa medycznego w dłuższym okresie czasowym przełoży się pośrednio na poprawę stanu zdrowia pacjentów w regionie. Efekty w postaci zmniejszenia umieralności czy przyspieszenia powrotu do zdrowia wpłyną na zwiększenie zaufania pacjentów do służby zdrowia.

## 5.10. Studium przypadku projektu pt.: „Utworzenie Kliniki Chorób Zakaźnych i dostosowanie zaplecza diagnostyczno-leczniczego SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie"

### 5.10.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie

#### Cel projektu:

Celem projektu jest przystosowanie infrastrukturalne i diagnostyczne SPSK nr 1 w Lublinie do skuteczniejszego leczenia pacjentów z chorobami zakaźnymi, schorzeniami układu pokarmowego, układu rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Udział w projekcie pozwolił na utworzenie i wyposażenie Kliniki Chorób Zakaźnych oraz przystosowanie pomieszczeń w pozostałych budynkach szpitala do świadczenia wysokospecjalistycznych usług medycznych. W Klinice Chirurgii Onkologicznej zwiększono bazę łóżkową o Oddział Dzienny Chemioterapii. Przebudowano budynek z przeznaczeniem na Zakład Diagnostyki i Terapii Endoskopowej oraz Ginekologiczno- Położniczą Izbę Przyjęć. Zmodernizowano pomieszczenia i zaplecze operacyjne Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży. W kolejnym budynku, wchodzącym w skład kompleksu objętego projektem, nastąpił remont i rozbudowa bloków operacyjnych. Przebudowa miała na celu dostosowanie pomieszczeń do aktualnych wymagań sanitarno-technicznych. Dzięki temu zlokalizowane tam wszystkie kliniki (Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży oraz Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego) mogły rozpocząć swoją pełną działalność.

#### Okres realizacji:

styczeń 2007 - czerwiec 2013 (rzeczowy: wrzesień 2009 - kwiecień 2012)

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Projekt został zrealizowany w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie. Beneficjentami ostatecznymi projektu są pacjenci z Lublina, obszaru Lubelszczyzny i terenu całego kraju.

### 5.10.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

Osiągnięcie zakładanych wskaźników rezultatu przewidywane było na rok 2014 (ze względu na planowane zakończenie realizacji projektu w 2013r). Niemniej jednak, zgodnie z oświadczeniem kierownictwa jednostki, wszystkie zakładane wskaźniki związane z liczbą osób leczonych w ciągu roku w zakładach stacjonarnej opieki medycznej, średnia liczbą pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalach wysokospecjalistycznych, potencjalną liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem oraz liczbą

**Zdjęcie 18. Wyremontowany budynek szpitala mieszczący Kliniki i bloki operacyjne**

bezpośrednio utworzonych nowych etatów, udało się osiągnąć już w roku 2013.

### Zatrudnienie pracowników

Zdaniem kierownictwa jednostki, największy wpływ na tworzenie nowych miejsc pracy w szpitalu ma kontrakt z NFZ, zaś mniejszy wpływ przypisuje się sytuacji gospodarczej w kraju, polityce zdrowotnej rządu czy zmianom zachorowalności ludności na niektóre choroby.

W ramach realizowanego projektu zostały utworzone nowe stanowiska pracy. Pracownicy na nich zatrudnieni otrzymali angaż w formie umowy o pracę na czas nieokreślony. Taka forma świadczenia pracy jest bardziej pożądana wśród świadczeniobiorców lubelskiego szpitala niż np. kontrakty lekarskie - pomimo, że plusem kontraktów jest większa możliwość dodatkowego zarobkowania.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

SPSK Nr 1 w Lublinie nie ma trudności w osiąganiu wskaźników i nie sądzi się aby takie trudności w najbliższej przyszłości miały się pojawić. Szpital jest jednostką wysokospecjalistyczną, szpitalem klinicznym, trafiają tu pacjenci z poważnymi schorzeniami w związku z tym ilość osób leczonych w kolejnych latach powinna wzrastać. W roku 2012 poddano leczeniu 35130 osób. Jeśli chodzi o wskaźnik związany z liczbą specjalistycznych badań medycznych, wykonanych zakupionym sprzętem, to zakładany w dokumentach wskaźnik został 2,5 krotnie przekroczony. W 2012 roku wykonano 8922 badania przy zakładanych 3480. Tak duża różnica ma najprawdopodobniej związek z błędnym oszacowaniem wielkości wskaźnika na etapie prognozowania. Projekt zakładał utworzenie 30 nowych miejsc pracy i taka też liczba osób w wyniku jego realizacji uzyskała zatrudnienie.

## 5.10.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia liczby i zakresu procedur medycznych (niezakładanych w dokumentach programowych) jakie świadczy szpital. Ocenia się ja na poziomie ok 5%. Pojawienie się nowej jednostki klinicznej – Kliniki Chorób Zakaźnych z Poradnią zaowocowało współpracą z Krajowym Centrum Współpracy do spraw AIDS. W klinice funkcjonuje oddział (jedyny w Polsce południowo-wschodniej), gdzie prowadzona jest hospitalizacja osób żyjących z wirusem HIV i chorych na AIDS. Jako efekt dodatkowy, związany z realizacją projektu, należy wymienić też rozszerzenie hospitalizacji na Oddziale Dziennym Chemioterapii. Do tej pory, aby zapewnić kompleksowość usług, z takiego leczenia mogli korzystać jedynie ci pacjenci, którzy byli diagnozowani i operowani w szpitalu na miejscu, tzw. „swoi pacjenci". Aktualnie na oddziale ordynuje się chemioterapię chorym, kierowanym również z innych placówek medycznych. Cytostatyki, dopuszczone do podawania w trybie jednodniowym, przygotowywane są na miejscu w szpitalnej aptece.

Średni czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala, a następnie wykonanie diagnozy, został oceniony na poziomie podobnym do tego sprzed realizacji projektu. Dzięki powiększeniu infrastruktury i zmodernizowaniu jej, usługi oferowane przez szpital są łatwiej dostępne i w związku z tym cieszą się większym zainteresowaniem pacjentów. Czas oczekiwania pacjenta jest różny na poszczególnych oddziałach, w przychodniach czy klinikach. W klinice Chirurgii Ogólnej obecnie okres oczekiwania na przyjęcie wynosi 21 dni, w Klinice Chorób Zakaźnych 70 dni, a w Klinice Ginekologii 53 dni. Pacjenci Oddziału Dziennego Chemioterapii są poddawani leczeniu zgodnie z przyjętymi standardami w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu. Natomiast w Zakładzie Endoskopii i Klinice Położnictwa nie ma kolejek i przyjęcia odbywają się na bieżąco.

Modernizacja kompleksu budynków szpitala zakładała dostosowanie do wymogów podyktowanych przepisami prawa (małe sale dla pacjentów z węzami sanitarnymi), w związku

z czym nie wszędzie udało się zachować dotychczasową liczbę łóżek. Nowe miejsca dla pacjentów w ilości 38 łóżek przybyły w Klinice Chorób.

Przystąpienie do projektu i zakup nowoczesnego sprzętu medycznego sprawiły, że dostęp do usług oferowanych przez szpital jest dla potencjalnego pacjenta łatwiejszy niż dotychczas. Z kolei zmodernizowanie infrastruktury wpłynęło na poprawę warunków bytowych pacjentów i poprawę warunków pracy personelu.

Według opinii pacjentów trudno mówić o jednoznacznym wpływie projektu na skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala. W zależności od tego do jakiej kliniki, oddziału czy przychodni pacjent ubiega się o przyjęcie, napotyka na różne terminy oczekiwania. Przykładowo w Klinice Chorób Zakaźnych wynoszą ok. 80 dni, a w Zakładzie Diagnostyki i Terapii Endoskopowej przyjęcia odbywają się na bieżąco. Niemniej jednak, aktualnie usługi medyczne są postrzegane jako bardziej dostępne i lepszej jakości w porównaniu do okresu sprzed realizacji projektu.

Ze względu na możliwość pracy na nowym, lepszym sprzęcie skrócił się czas diagnozy, a potem leczenia pacjenta w szpitalu. W związku z tym szpital może w krótszym czasie przyjąć i wyleczyć większą liczbę pacjentów, co prowadzi do zmniejszenia kosztochłonności.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Udział w projekcie PO IiŚ przyczynił się do zwiększenia efektywności zarządzania szpitalem. Według opinii kierownictwa, znacznej poprawie uległ wskaźnik rentowności (z -10 do -4), o 6 pkt procentowych poprawił się wynik finansowy i wskaźnik kapitału ogółem. Szpital przeprowadza badanie wydajności pracownika i ten wskaźnik po zakończeniu realizacji projektu także wzrósł. Według opinii dyrekcji, z pewnością udział w projekcie wpłynął na nowocześniejszy wizerunek szpitala i postrzegania go jako bardziej konkurencyjnego na rynku.

**Zdjęcie 19. Gabinet zabiegowy na Oddziale Ginekologii**

SPSK Nr 1 w Lublinie nie jest jedną, spójną bryłą, ale rozlokowany jest w czterdziestu kilku budynkach. Modernizacja pięciu z nich przyczyniła się ogromnie do poprawy jego infrastruktury. Powstała Klinika Chorób Zakaźnych, która aktualnie mieści się w budynku o trzech kondygnacjach użytkowych, dysponując własną izbę przyjęć, jedno i dwułóżkowymi salami chorych oraz własnymi węzłami sanitarnymi. Utworzono Zakład Terapii Endoskopowej, Oddział Dzienny Chemioterapii oraz nowoczesne zaplecze operacyjne dla funkcjonujących klinik (Kliniki Chirurgii Ogólnej, Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży, Kliniki Ginekologii Onkologicznej).

W ramach projektu kompleksowo została wyposażona Klinika Chorób Zakaźnych, Oddział Dzienny Chemioterapii oraz sale operacyjne w blokach operacyjnych poszczególnych klinik. W wyniku oszczędności po przetargowych, po uzyskaniu zgody z Ministerstwa Zdrowia, zakupiono także wyposażenie do Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży w postaci nowoczesnego aparatu USG, zintegrowanego systemu sali operacyjnej do cięć cesarskich, systemu centralnego monitoringu KTG. Dla Zakładu Diagnostyki i Terapii Endoskopowej zakupiony został najwyższej klasy sprzęt endoskopowy, m.in.: videokolonoskop, video gastroskop, duodenoskop zabiegowy i gastroskop ultrasonograficzny.

W powstałej Klinice Chorób Zakaźnych mieści się 15 dwuosobowych sal, osiem izolatek oraz dwie sale intensywnego nadzoru medycznego. Łącznie klinika liczy 38 łóżek. W dziennym Oddziale Chemioterapii zwiększyła się liczba stanowisk do podawania leków cytostatycznych, z 4 do 11 łóżek.

Remont budynków przyczynił się do zwiększenia powierzchni sal dla chorych, gabinetów zabiegowych, bloków operacyjnych. Poprawiona została efektywność istniejącej powierzchni

użytkowej, udrożniono ciągi komunikacyjne. Dostosowano istniejący kompleks budynków i pomieszczeń do wymagań określonych w aktualnych przepisach prawa, w szczególności do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006 r. Sale dla pacjentów są teraz mniejsze, posiadają własne węzły sanitarne. Stan infrastruktury uległ znacznej poprawie, została ona dostosowana do wyższych standardów opieki nad pacjentem.

### Najbardziej znaczące korzyści

Kierownictwo jednostki za największa korzyść, wynikającą z projektu, uważa podniesienie jakości świadczonych usług medycznych poprzez modernizację i doposażenie szpitala, co z kolei wpływa na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego miasta Lublina i całego regionu.

## 5.10.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Podniesienie jakości usług medycznych przyczynia się i będzie się przyczyniało w przyszłości do lepszej skuteczniejszej diagnostyki, co przełoży się bezpośrednio na zwiększenia szansy na szybszy powrót pacjenta do zdrowia, krótszą hospitalizację i zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów szpitala.

### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Wśród efektów dodatkowych związanych z udziałem szpitala w projekcie, które pojawią się w przyszłości, wymienia się możliwości leczenia chorób zakaźnych nowymi terapiami lekowymi, a także dalszy rozwój Zakładu Terapii Endoskopowej poprzez możliwość leczenia w przyszłości metodami mniej inwazyjnymi. Działania takie będą wpływać na poprawę stanu zdrowia i jeszcze skuteczniejsze leczenie pacjentów. Niemniej jednak realizacja tych zamierzeń nie pozostaje w decyzji samego szpitala, zależy w dużej mierze od wielkości kontraktu z NFZ.

## 5.11. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup aparatury medycznej wraz z ucyfrowieniem Zakładu Diagnostyki Obrazowej 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie"

### 5.11.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

1 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie

#### Cel projektu:

Celem projektu jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia przez poszerzenie wachlarza usług medycznych. Zwiększenie sprawności i bezawaryjności urządzeń medycznych nastąpi przez wymianę urządzeń medycznych i dostęp do nowych technologii.

#### Realizowane działania (ogólnie):

W ramach realizowanego projektu została zakupiona aparatura medyczna w postaci rezonansu magnetycznego, mammografu cyfrowego oraz aparatu RTG ramie typu C z przeznaczeniem do wykorzystania na bloku operacyjnym. Nastąpiło ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej, polegające na zainstalowaniu systemu informatycznego RIS/PACS służącego do obróbki, przesyłania i archiwizacji badań radiologicznych. Wszystkie te działania prowadzą do poprawy jakości i wzrostu dostępności usług medycznych oferowanych przez Szpital.

#### Okres realizacji:

czerwiec 2009 - czerwiec 2011

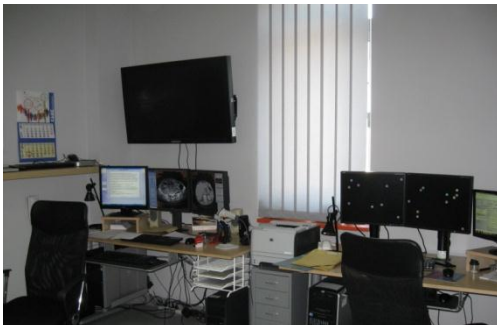
#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Projekt swoim zasięgiem obejmuje mieszkańców Lublina i Lubelszczyzny oraz żołnierzy służby czynnej, którzy aktualnie stanowią ok 10% pacjentów. W Szpitalu hospitalizuje się ok. 7000 chorych oraz udziela się ok. 80 000 porad ambulatoryjnych rocznie. Realizacja projektu przez Szpital Wojskowy przyczyniła się do zapewnienia mieszkańcom Lublina i obszaru Lubelszczyzny dostępu do szerszej i nowocześniejszej diagnostyki.

### 5.11.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

Wszystkie zakładane we wniosku wskaźniki rezultatu udało się osiągnąć. Ilość hospitalizowanych pacjentów w placówce z roku na rok wzrasta o ok. 500 osób rocznie. Jest to spowodowanie skróceniem czasu pobytu pacjenta w szpitalu (szybsza diagnostyka, krótszy czas leczenia), co umożliwia lepsze wykorzystanie łóżek. Zwiększenie ilości hospitalizacji następuje przy wykorzystaniu takiego samego zaplecza kadrowego. Jeśli chodzi o aparaturę radiologiczną, to realizacja projektu przyczyniła się do obniżenia wieku aparatury radiologicznej. Średni wiek wynosi obecnie 5,5 roku (najstarsze urządzenie to 10 letni stacjonarny aparat RTG, najmłodsze urządzenia mają 3 lata (rezonans magnetyczny i mammograf). W szpitalu miesięcznie leczonych jest ok. 745 osób. Jeśli chodzi o pracę nowego urządzenia, jakim jest



**Zdjęcie 20. Stanowisko opisu badań radiologicznych**

rezonans magnetyczny, to w pełnym roku jego pracy (dane za 2012 r.) wykonano 1665 badań, a do połowy października 2013 r. wykonano odpowiednio 1471 badań. Wcześniej szpital korzystał z uprzejmości innej placówki i wykonywał ok. 30 takich badań miesięcznie. Również wskaźnik dotyczący liczby bezpośrednio utworzonych nowych etatów został osiągnięty. Zatrudniono 6 nowych pracowników na stanowiskach technik do obsługi rezonansu magnetycznego, technik do obsługi badań mammograficznych, lekarz oraz rejestrator.

### Zatrudnienie pracowników

Czynniki zewnętrzne niewątpliwie wpływają na tworzenie nowych miejsc pracy w szpitalu i formę zatrudnienia. Wpływ ma przede wszystkim wielkość kontraktu z NFZ, ale też np. dostępność absolwentów, która w przypadku lubelskiego rynku pracy nie jest zagrożona ze względu na obecność Uniwersytetu Medycznego. Aktualnie szpital zatrudnia 743 pracowników z czego 453 osoby są zatrudnione na umowę o pracę, pozostali to pracownicy kontraktowi, stażyści i praktykanci. Pracownicy, którzy podjęli pracę w wyniku realizacji projektu, posiadają angaż w postaci umowy o pracę i umowy zlecenia (technicy do obsługi rezonansu, lekarze do opisu badań radiologicznych i rejestratorki). Zdaniem kierownictwa forma zatrudnienia w postaci umowy zlecenia jest korzystniejsza dla szpitala, ponieważ generuje mniejsze koszty.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Szpital osiąga zakładane wskaźniki rezultatu. Wskaźnik dotyczący potencjalnej liczby specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem, beneficjent mógłby osiągać w wielkości wyższej niż ta zakładana, ponieważ istnieje bardzo duże zapotrzebowanie ze strony pacjentów ambulatoryjnych na oferowane badania. Jednak ze względu na ograniczenia kontraktowe z NFZ i brak (przez 5 lat) możliwości wykonywania badań komercyjnych, w obecnej chwili nie jest to możliwe. Na wynik wskaźników „pracuje" natomiast zwiększenie ilości osób hospitalizowanych na oddziałach szpitala, co jednoznacznie przekłada się na większe wykorzystanie nowej aparatury medycznej na potrzeby wewnętrzne placówki. Czynniki jakie wpływają na trudność w osiąganiu wskaźników nie do końca zależą od działań szpitala. Duży wpływ przypisuje się wielkości kontraktu z NFZ, położeniu szpitala i zapotrzebowaniu rynku na określony rodzaj badań.

## 5.11.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Zakup rezonansu magnetycznego niewątpliwie przyczynił się do skrócenia czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do szpitala. Pacjent planowy poddawany jest szybkiej diagnozie na miejscu, nie musi czekać w kolejce (przed projektem nawet do 2 tygodni) na przeprowadzenie badania u podwykonawcy. Podobnie jest w przypadku pacjenta nagłego, gdzie badanie rezonansem magnetycznym wykonuje się na CITO poza jakakolwiek kolejką. Wcześniej było to niemożliwe. Także ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej wpływa na skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę. Po badaniu wynik z opisem trafia bezpośrednio do terminala komputerowego w gabinecie lekarskim. Odbywa się to w ciągu jednego dnia.

Realizacja projektu przyczyniła się do zwiększenia dostępności i jakości usług medycznych. Szpital ma możliwość wykonywania większej ilości usług w tym nowo- oferowanych badań RMI. Poprawie uległa jakość dotychczas przeprowadzanych badań i zabiegów, dzięki zakupowi nowego mammografu, aparatu RTG ramie typu C oraz zainstalowaniu systemu RIS/PACS.

Według opinii pacjentów, zarówno średni czas oczekiwania na wykonanie diagnozy, jak i przyjęcie do szpitala skrócił się. Jakość usług związana z badaniem RTG poprawiła się znacznie w porównaniu do okresu sprzed projektu. Nie mają miejsca sytuacje, kiedy badanie należało z różnych przyczyn powtórzyć, co w przypadku konieczności ponownego naświetlania promieniami rentgena nie było korzystne dla zdrowia pacjenta. Teraz badanie przeprowadza się

jednorazowo. Oferowane przez szpital usługi są postrzegane przez pacjentów jako bardziej dostępne.

Udział w projekcie i związane z tym korzyści wpływają na skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych. Dzięki obecności nowych urządzeń medycznych w szpitalu rozpoczęto przeprowadzanie operacji usuwania guzów nadnerczy. Badanie RMI pozwala diagnozować pacjenta. Żeby zachować kompleksowość usług podjęto decyzję o wykonywaniu takich zabiegów na miejscu. W 2011 roku powstała Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, która wykorzystuje aparat RTG typu ramię C do diagnostyki i leczenia pacjentek z zaburzeniami endokrynologicznymi i zaburzeniami budowy układu rodnego. Zakup wysokiej klasy sprzętu medycznego pozwala na zwiększenie liczby wyleczonych pacjentów, zabiegi przeprowadzane są w mniej inwazyjny sposób, co prowadzi także do skrócenia czasu pobytu pacjenta w szpitalu.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Zrealizowany projekt miał największy wpływ na zakład radiologii, gdzie zdecydowanie zmniejszyła się kosztochłonność procedur związanych z wykonywaniem badań. Ubyły koszty związane z produkcją klasycznych błon radiologicznych, z utrzymaniem ciemni zdjęciowej, zakupem i utylizacją odczynników chemicznych, utrzymaniem archiwum zdjęciowego. Lepsza organizacja i funkcjonowanie zakładu radiologii, który odgrywa kluczową rolę w sferze diagnostyki przekłada się na lepszy wynik finansowy całego szpitala.

**Zdjęcie 21. Nowy mammograf**

Przeprowadzona obserwacja pozwoliła ustalić, że zwiększyła się powierzchnia użytkowa w infrastrukturze szpitala. Przybyła nowa pracownia rezonansu magnetycznego, utworzona z zaadoptowanych pomieszczeń magazynowych. Poprawiono wygląd i wyposażenie pracowni mammograficznej, stacji diagnostycznych. Pomieszczenia wyglądają na ulepszone, dostosowane do wyższych standardów opieki nad pacjentem. Na terenie całego szpitala w gabinetach lekarskich zainstalowano terminale końcowe umożliwiające dostęp do informacji radiologicznej. Zwiększyła się w ten sposób szybkość dostępu lekarza do wyników badań pacjenta.

Zdaniem kierownictwa, nastąpiła ogromna poprawa jeśli chodzi o jakość wyposażenia pracowni mammografii (nowy mammograf) i powstałej pracowni rezonansu magnetycznego. W momencie instalowania urządzenia RMI (przełom 2010/2011), był najwyższej klasy aparatem w Lublinie.

Dzięki wdrożeniu systemu RIS i PACS poprawiła się jakość wyposażenia systemów zarządzania. Wprowadzony system porządkuje prace w zakładzie diagnostyki obrazowej, minimalizuje niemal do zera ryzyko pomyłki, polegające na niewłaściwym powiązaniu zdjęcia z danymi pacjenta. System RIS odpowiada za zarządzanie informacją związaną z danymi pacjenta, opisami badań, informacjami dotyczącymi konkretnych obrazów, takimi jak dawka promieniowania przy badaniu, czas ekspozycji. System PACS odpowiada za przekazywanie obrazów z urządzeń do serwera, archiwizację obrazów, przekazywanie obrazów w celach opisania do stacji diagnostycznych.

## Najbardziej znaczące korzyści

Według opinii kierownictwa, korzyści płynące z projektu to system naczyń połączonych. Zakup rezonansu magnetycznego, mammografu cyfrowego i aparatu RTG umożliwił lepszą diagnostykę i uruchomił nowe ścieżki leczenia, zwiększył wachlarz usług. Poprawa jakości sprzętu, większa liczba badań oraz konieczność dostosowania do przepisów, zdecydowała o potrzebie usprawnienia diagnostyki obrazowej przez zakup oprogramowania RIS/PACS. Wszystkie te działania prowadzą do poprawy jakości i dostępności usług medycznych

oferowanych przez szpital, co z kolei przyczynia się do wzrostu pozycji Szpitala Wojskowego na lubelskim rynku medycznym.

### 5.11.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

Szybka i dobrej jakości diagnostyka na miejscu w szpitalu wskazywane są jako najbardziej trwały efekt związany z realizacją projektu. Lubelski rynek medyczny jest duży i konkurencyjny. Szpital Wojskowy jest wysoko oceniany przez pacjentów z Lublina i regionu. Pacjenci spoza Lublina stanowią ok. 50% leczonych i są zainteresowani kompleksową diagnostyką i ewentualnym leczeniem, bądź hospitalizacją na miejscu.

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Realizacja projektu przyczynia się niewątpliwie do poprawy stanu zdrowia pacjentów Szpitala Wojskowego. Zakłada się, że osiągnięty wyższy poziom obsługi i leczenia chorych uda się w przyszłości utrzymać na co najmniej dotychczasowym poziomie.

Przed realizacją projektu pojawiały się sceptyczne głosy wśród personelu, obecnie nikt nie wyobraża sobie powrotu do starych metod pracy na radiologii. Ucyfrowienie Zakładu Diagnostyki Obrazowej „przetarło ścieżkę" do kolejnych usprawnień pracy szpitala. Ze środków niezwiązanych z projektem PO IiŚ zakupiono aplikację służącą do informatyzacji pracy laboratorium. Szpital jest na dobrej drodze do kompleksowego prowadzenia obowiązkowej elektronicznej dokumentacji medycznej.

## 5.12. Studium przypadku projektu pt.: „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach"

### 5.12.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach

#### Cel projektu:

Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez przebudowę i doposażenie istniejącego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPZZOZ w Gryficach

#### Realizowane działania (ogólnie):

Rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zakup sprzętu medycznego

#### Okres realizacji:

1 stycznia 2007 – 16 stycznia 2012

**Zdjęcie 22. Podjazd dla karetek**

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Obszar realizacji: Powiat gryfiński

Obszar oddziaływania: cały kraj

### 5.12.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

Rezultatem przewidzianym we wniosku był „Wzrost liczby osób powracających do aktywności zawodowej" – przeliczany przez kwotę PKB przypadającą na 1 dzień. Trudno jest ocenić ten wskaźnik, ponieważ szpital nie zawsze dostaje informację zwrotną, co do dalszych losów pacjenta opuszczającego oddział. Jest to spowodowane tym, że szpital obsługuje obszar kilku powiatów (ok. 250 tys. mieszkańców), często pacjentom przyjmowanym na SOR jest udzielana doraźna pomoc, a na dalsze leczenie są oni kierowani do szpitala we właściwym miejscu zamieszkania. W sezonie urlopowym mniej więcej połowa pacjentów to turyści pochodzący z różnych części kraju. Niewątpliwie, w przypadku pacjentów w Gryfic i okolic, czas powrotu pacjenta do zdrowia jest znacznie skrócony.

**Zdjęcie 23. Izolowana sala obserwacyjna**

## Zatrudnienie pracowników

Rozbudowa SOR wymogła zatrudnienie większej ilości ratowników i pielęgniarek. Dodatkowo w okresie wakacyjnym (od maja do końca sierpnia, a czasem do połowy września) jest zatrudniany dodatkowy lekarz dyżurujący, z uwagi na zwiększoną, mniej więcej dwukrotnie, ilość pacjentów. Poza sezonem codziennie dyżuruje lekarz i ordynator, w sezonie lekarzy dyżurnych jest dwóch.

Lekarze zatrudniani są głównie na kontraktach, czyli na umowach cywilno-prawnych. Taka praktyka jest przyjęta w szpitalu od ponad 10 lat. Dyrektor ds. lecznictwa wymienił plusy tego rozwiązania: pracownik nie jest związany kodeksem pracy, swobodnie dysponuje czasem wolnym po dyżurze, ma możliwość dodatkowego zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej, sam odprowadza składki do ZUS i podatek, a szpital nie ponosi kosztów pracodawcy – *jest to wygodne dla obu stron*. Większość lekarzy prowadzi więc indywidualne praktyki. Jednak – jak zauważa dyrektor – *nie znaczy, że to jest lepsze od innego rozwiązania*.

**Zdjęcie 24. Sala obserwacyjna**

## Trudności w osiąganiu wskaźników

Wskaźnik dotyczący liczby osób leczonych w ciągu roku nie sprawia trudności – liczna ta sukcesywnie wzrasta. Przyczyny są szczegółowo omówione w dalszej części.

Dwa wskaźniki dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zdarzenia nie mają zastosowania w przypadku tego beneficjenta, ponieważ na terenie województwa Zespoły Ratownictwa Medycznego są w gestii Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego.

Co do wskaźnika ostatniego wskaźnika – realizacja programu nie spowodowała utworzenia bezpośrednio nowych etatów (EPC), ponieważ SOR funkcjonował już przed programem. Zwiększyło się zatrudnienie ratowników i pielęgniarek, jednak zatrudnionych na umowy cywilno-prawne.

## 5.12.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Jak powiedział ordynator tego oddziału, SOR szpitala w Gryficach powstał w 2002 roku, tuż przed zmianami przepisów, więc rozbudowa i doposażenie w roku 2011 umożliwiły pełne dostosowanie do obowiązujących wymogów. Dodatkowo wprowadzono wewnętrzne standardy nieokreślone przepisami, a wynikające z wieloletniego doświadczenia Oddziału. Przykładem jest to, że w każdej sali znajduje się jednakowy „wózek resuscytacyjny", umożliwiający pracownikom łatwy i szybki dostęp do najczęściej używanych leków i przyborów.

Trudno określić o ile skrócony został czas oczekiwania na przyjęcie lub wykonanie diagnozy czy zabiegu – zależy to od aktualnej liczby pacjentów (średnio od 40 do 80-100 osób na dobę).

Dyrektor ds. lecznictwa: *Nie spodziewaliśmy się nawet, że tak się zwiększy ilość pacjentów, którzy będą do nas trafiać*. Wynika to z kilku przyczyn. Z pewnością duże znaczenie ma rosnąca renoma szpitala wśród pacjentów – mieszkańcy sąsiednich powiatów zgłaszają się do szpitala w Gryficach, zamiast w swojej miejscowości. Jedyne w województwie lądowisko przystosowane do przyjmowania wszelkiego rodzajów helikopterów również sprzyja napływowi pacjentów spoza powiatu. Rozdzielenie SOR i szpitalnej Izby Przyjęć, spowodowało z jednej strony łatwiejszy dostęp dla pacjentów „planowych" – mniejsze kolejki na Izbie, z drugiej strony osoby, które nie chcą czekać na planową wizytę lub zabieg, czasem zgłaszają się do SOR choć nie występuje nagła potrzeba – można to stwierdzić dopiero po przebadaniu, gdy jest to już właściwie bez znaczenia. Jak powiedział dyr. ds. lecznictwa, wynika to po części z ogólnego deficytu w finansowaniu usług służby zdrowia – SOR to dla pacjentów szansa na szybkie uzyskanie wysoko wykwalifikowanej pomocy, np. przez lekarza z oddziału specjalistycznego wezwanego na konsultację.

**Zdjęcie 25. Rentgen przyłóżkowy**

Szpitalne Oddziały Ratunkowe są finansowane ryczałtowo w zależności od ilości pacjentów. Rosnąca sukcesywnie ilość pacjentów SOR szpitala w Gryficach, powoduje stałe zwiększanie ryczałtu dobowego (z ok. 5 tys. do blisko 9 tys.). Z tym, że podstawą do wyliczeń na dany rok, jest pierwsze sześć miesięcy roku poprzedniego (styczeń – czerwiec). W ten sposób pomijane są miesiące, w których znacząco wzrasta ilość pacjentów: okres wakacyjny oraz większa część okresu zimowego (lipiec – grudzień). Zarówno dyr. ds. lecznictwa, jak i ordynator SOR wskazywali na nieadekwatność tego sposobu rozliczania. Podejmowano próby wynegocjowania z NFZ innego sposobu (np. okres lipiec – czerwiec roku poprzedzającego).

Większa ilość pacjentów przyjmowanych na SOR powoduje z kolei zwiększenie ilości pacjentów przenoszonych na inne oddziały szpitala. *Mieliśmy przed laty kilka, kilkanaście tysięcy, a teraz to jest grubo powyżej 20 tys., np. 26 tys.* (rocznie). Korzyścią dla szpitala jest więc zwiększanie się kontraktu z NFZ i większe szanse przy aplikowaniu w konkursach – coraz bogatsza oferta.

Znaczny wzrost w statystykach wynika jednak z narzuconej szpitalowi zmiany w systemie sprawozdawczości: każdy pacjent przyjmowany na SOR wliczany jest do statystyki hospitalizacji (ogólnej liczby przyjęć pacjentów do szpitala), bez względu na to, ile czasu realnie spędził na oddziale i jak skomplikowanej pomocy wymagał. Dodatkowo – na co zwrócił uwagę ordynator – SOR szpitala w Gryficach jako jedyny w województwie jest rozliczany wyłącznie z pacjentów wypisanych do domu, generujących najmniejsze koszty. Jeśli pacjent zostaje przeniesiony na inny oddział szpitala, nie jest wliczany do statystyki SOR. Ogólnie, gdy pacjent korzysta z usług więcej niż jednego oddziału, NFZ refunduje pracę tylko jednego oddziału, tego na którym wykonano najdroższe usługi. Reasumując, ryczałtowe finansowanie SOR stale wzrasta, ale jest nieadekwatne do realnej ilości pacjentów tego oddziału.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Przed rozbudową powierzchnia użytkowa SOR była 3 razy mniejsza niż obecnie. Ponadto SOR był połączony z Izbą Przyjęć Szpitala, obecnie jest ona przeniesiona do innego budynku. Rozbudowa polegała głównie na przeorganizowaniu istniejących pomieszczeń, oraz włączeniu do SOR pomieszczeń zajmowanych wcześniej przez Oddział Intensywnej Terapii (oddział ten został przeniesiony do ściśle przylegającego nowego budynku – budowa została sfinansowana z osobnego kredytu komercyjnego). Dzięki temu sala obserwacyjna została przeniesiona do sali dwukrotnie większej niż pierwotna, co umożliwiło dodanie jednego łóżka więcej (było 5, obecnie jest 6 – optymalna ilość), ale przy zachowaniu wolnej przestrzeni, w razie potrzeby można umieścić jeszcze jedno łóżko. Zwiększyła się też ilość gabinetów diagnostycznych (były 2, teraz są 3). Utworzono też nowe pomieszczenia, m. in. dodatkową izolowaną salę obserwacyjną, salę dla pacjentów zakażonych z osobnym wejściem, uniwersalną salę operacyjną i zabiegową, a także recepcję czynną 24 godziny na dobę, z centrum monitoringu i stacją pogodową obsługująca lądowisko helikopterów. Oprócz monitoringu, wprowadzono również (w całym szpitalu) system elektronicznego przesyłania obrazów rentgenowskich, wiec trzeba było utworzyć stanowiska do odczytu tych zdjęć. Cały oddział został wyposażony w najnowsze urządzenia, personel ma możliwość błyskawicznego uzyskiwania wyników badań, co zacznie przyspiesza udzielane pomocy pacjentom. Sprzęt nie jest cały czas w użyciu, ale jest zawsze gotowy do użycia. Jak powiedział ordynator oddziału: „Mam taką dewizę: to SOR ma czekać na pacjenta, a nie pacjent na SOR", „SOR to szpital w pigułce".

**Zdjęcie 26. Poczekalnia**

Dyrektor ds. lecznictwa stwierdził natomiast, że dosprzętowienie SOR miało wpływ na inne oddziały szpitala, np. po zakupie urządzenia do wykonywania rezonansu magnetycznego, NFZ wykupił ambulatoryjne wykonywanie takich badań poza pracą SOR. Podobna sytuacja jest z Zakładem Diagnostyki Obrazowej (wspomniane przesyłanie obrazów rentgenowskich w formie elektronicznej). To również ma związek z rosnącą ilością pacjentów. „Jesteśmy cały czas na etapie inwestycyjnym".

**Zdjęcie 27. Uniwersalna sala zabiegowa**

## Wynik obserwacji

Obserwacja zdaje się potwierdzać wcześniejsze informacje. W każdej sali łatwo zauważyć ustandaryzowany wózek oraz stanowisko komputerowe, służące m.in. do odczytu zdjęć RTG. Na oddziale panuje porządek, jest dużo wolnej przestrzeni, zapewne łatwo jest się tam poruszać nawet dużym, szpitalnym łóżkiem. Ściany sprawiają wrażenie niedawno pomalowanych. Utrzymanie każdego „obszaru" w kolorystyce odpowiadającej „kolorom" stosowanym przy wstępnej segregacji pacjentów, ułatwia orientację w przestrzeni. Poczekalnia ma dość dużo miejsc siedzących, jest przestrzenna. W większości przejść są zamontowane szerokie, dwuskrzydłe, automatycznie otwierane drzwi. Sprzęt wygląda nowocześnie, jest zadbany. Urządzenia niebędące aktualnie w użyciu są okryte flizeliną. Sala obserwacyjna jest zorganizowana tak, ze każdy pacjent jest dobrze widoczny dla personelu. W izolatce i sali zakaźnej w drzwiach jest zainstalowana duża szyba umożliwiająca obserwację z zewnątrz. Wejście na oddział jest łatwo dostępne, nie ma schodów ani stromego podjazdu (jak np. przed wejściem na SOR Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie).

## Poprawa zarządzania szpitalem

Większa ilość pacjentów powoduje nie tylko zwiększenie finansowania, ale wymaga też podnoszenia standardów pracy w całym szpitalu. Jest to spowodowanie częstszymi kontrolami, ale też wewnętrznymi wymogami – przy większym obciążeniu pacjentami łatwiej o błędy.

Przykładem podwyższenia standardów jest reorganizacja Oddziału Intensywnej Terapii – dokonana równocześnie z rozbudową SOR, finansowaną z kredytu – każdy pacjent ma oddzielne pomieszczenie, co daje większy komfort pacjentom i zmniejsza ryzyko zakaźne. Szpital wycofał też z użycia przyborów (rękawiczki, cewniki, itp.) wykonanych z lateksu („szpital bezlateksowy"), ze względu na ryzyko reakcji alergicznych u pacjentów. Takie zmiany zwiększają bezpośrednie koszty leczenia, np. umieszczenie pacjentów OIT w osobnych boksach, skłania personel do mycia rąk każdorazowo przy wchodzeniu i wychodzeniu z każdego boksu (inaczej niż gdy jest jedna, duża sala), a wiec jest większe zużycie środków dezynfekcyjnych; zamiast tańszych przyborów wykonanych z lateksu, trzeba używać przyborów droższych. Jednak, jak zauważył dyrektor ds. lecznictwa: podnoszenie standardów pozwala

uniknąć dodatkowych kosztów związanych, np. z zakażeniami czy reakcjami alergicznymi pacjentów, więc mimo wszystko to się opłaca. W dodatku personel wyrabia sobie nowe nawyki. Ponadto „jakość kosztuje" – droższy sprzęt wysokiej klasy, starcza na dłużej, serwisowanie jest tańsze, ale: *nie zawsze finansowanie nadąża za wymogami, które nam stawia*, powiedział dyrektor.

Utrzymywanie SOR na wysokim poziomie, dopinguje pozostałe oddziały. Wprowadzenie na SOR całodobowego wykonywania badań i zabiegów, wymagało doszkolenia w tym zakresie pracowników innych oddziałów. Przykładem jest zabieg gastroskopii, który wcześniej mógł wykonać jedynie chirurg, natomiast teraz mogą się tym zajmować również inni lekarze.

#### Najbardziej znaczące korzyści

Podsumowując: większa ilość pacjentów, spowodowana rozbudową i poszerzeniem możliwości SOR, oraz rosnącą „popularnością" wśród pacjentów, powoduje większe finansowanie oraz doposażenie innych oddziałów szpitala, ogólne podniesienie standardów obsługi, podnoszenie kwalifikacji kadry i pozytywną motywację – *Też jest to dla nas wyzw*anie, powiedział dyrektor.

### 5.12.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

„Ja myślę, że najbardziej trwałe będzie to, że my tych pacjentów jakby 'kupimy' sobie.", czyli pacjent otrzymując wszechstronną pomoc, będzie wracał w przyszłości. Dyrektor wspomniał też o „utożsamieniu się z regionem" i sygnale zwrotnym dla pacjentów „że my jesteśmy dla nich". Poza tym: *szpital stojący mocno ekonomicznie, jest bezpiecznym szpitalem*.

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Ogólny rozwój infrastruktury szpitala, służący również obniżeniu kosztów eksploatacji. Parafrazując słowa dyrektora ds. lecznictwa: *Im więcej się inwestuje, tym więcej pojawia się nowych pomysłów*.

## 5.13. Studium przypadku projektu pt.: „Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie"

### 5.13.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Nazwa projektu:

Projekt nr WND-POIS.12.01.00-028/08 pn. *„Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z wyposażeniem na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie"*, współfinansowanego w ramach środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego, Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013.

**Zdjęcie 28. Ambulanse zakupione w ramach projektu**

#### Beneficjent:

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie

#### Cel projektu:

Podniesienie jakości świadczonych usług przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie i wzrost zadowolenia pacjentów.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Zakup 12 sztuk fabrycznie nowych ambulansów sanitarnych oraz ich wyposażenie w sprzęt medyczny.

#### Okres realizacji:

01.07.2008 r. – 31.07.2010 r.

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Województwo zachodniopomorskie

#### Koszt realizacji projektu:

Koszt realizacji projektu ostatecznie wyniósł 5 281 664,12 zł, z czego koszty kwalifikowane to 4 552 006,92 zł, kwota dofinansowania stanowi 85% co daje 3 869 204,91 zł.

Pozostałe koszty zostały poniesione ze środków własnych WSPR w Szczecinie.

### 5.13.2. Zakładane rezultaty

#### Wskaźniki rezultatu

Rezultaty produktu zostały osiągnięte zgodnie z założeniami projektu. Wszystkie ambulanse zostały wyposażone w sprzęt zgodnie z zapisami we wniosku. Ponadto dokupiono wyposażenie ambulansów podstawowych, aby były zgodne z wymogami dla ambulansów typu S (dodatkowy wkład projektodawcy).

Wszystkie ambulanse zostały wyposażone w przenośny puls oksymetr, z możliwością zapisu EKG, przenośny defibrylator, krzesło kardiologiczne, nosze, ssak przenośny, deskę ortopedyczną, pediatryczny zestaw unieruchamiający, płachtę ratunkową, torbę reanimacyjną i opatrunkową, kardiomonitor przenośny, materac próżniowy i mechaniczny ssak. Ambulans typu S, który trafił do Wałcza, ma także pompę infuzyjną oraz respirator transportowy.

Karetki pogotowia trafiły, oprócz do wspomnianego Wałcza, także do następujących filii i podstacji WSPR: Czaplinka, Dębna, Goleniowa, Gryfic, Gryfina, Kamienia Pomorskiego, Międzyzdrojów, Myśliborza, Pyrzyc, Reska i Świnoujścia.

W projekcie wskaźnik dotyczył mediany czasu dotarcia zespołu na miejsce wezwania. W projekcie założono, iż począwszy od roku 2010, mediany te przyjmować będą wartość: do 8 minut w mieście oraz do 15 minut poza miastem.

Projekt (umowa o dofinansowanie również) nie zakładał innych wskaźników rezultatu.

### Zatrudnienie pracowników

Zakup ambulansów nie miał bezpośredniego przełożenia na zatrudnienie pracowników, nie było to też celem projektu. Zmiany związane z formami zatrudnienia nie miały związku z projektem. Były to np. zmiany na wniosek pracownika lub pracodawcy.

W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie pracownicy zatrudniani są na podstawie umów o pracę lub umów cywilno-prawnych.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Wyposażenie i ilość ambulansów nie ma bezpośredniego przełożenia na ilość udzielanych świadczeń. Wynika ona ze stanu zdrowia społeczeństwa, ilości wypadków które mają miejsce. To społeczeństwo decyduje, ile razy będzie wzywać WSPR i do jakich zachorowań. Ambulanse mają być w pełnej gotowości.

WSPR podejmuje wszelkie działania, aby mediany czasu były zgodne z wytycznymi, które obowiązują. Nie zawsze wynikać to będzie z podjętych przez WSPR działań. Na mediany czasu szczególny wpływ mają, na przykład warunki atmosferyczne, gęstość zaludnienia czy zalesienie terenu. W województwie zachodniopomorskim specyfika zaludnienia jest inna niż, np. w województwie dolnośląskim, gdzie na mniejszym terenie jest większa gęstość zaludnienia. W województwie zachodniopomorskim należy tworzyć takie warunki, aby czas dojazdu utrzymywać na ustalonym poziomie. W przypadku nałożenia się ilości wezwań na siebie następuje lekkie opóźnienie w czasie dotarcia. Wynika to z realizacji poprzednich zgłoszeń, a nie z niechęci WSPR do podejmowania wezwań. Ilość ambulansów jest zgodna z wytycznymi, które obowiązują WSPR.

Wskaźnik bezpośredniego utworzenia nowych etatów: nie ma bezpośredniego przełożenia jeżeli chodzi o projekt.

## 5.13.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Bez dofinansowania, w tak krótkim okresie czasu, nie byłaby możliwa wymiana takiej ilości ambulansów. Pośrednią korzyścią płynącą ze zrealizowanego projektu był fakt, iż pojawiła się możliwość wykorzystania zaoszczędzonych funduszy WSPR na modernizację budynków stacji pogotowia w regionie.

**Zdjęcie 29. Przecięcie wstęgi**

Dzięki dofinansowaniu projektu, średni czas dojazdu karetki do pacjenta utrzymał się na takim samym poziomie,

zgodnym z obowiązującymi wymogami.

Poprawa jakości: nowoczesny sprzęt charakteryzuje się lepszymi możliwościami jego wykorzystania. Od 2010 roku wprowadzono przesyłanie zapisów EKG z ambulansów do jednostek specjalizujących na terenie województwa zachodniopomorskiego, które to z kolei kwalifikują do jakiej placówki dany pacjent ma trafić (nie było to jednak objęte projektem, była to inwestycja dodatkowa WSPR). Skraca się czas oczekiwania pacjenta na zabieg lub przyjęcie do szpitala. Mniejsza wadliwość sprzętu. Poprawę jakości odczuwają zarówno załogi nowych ambulansów, jak również pacjenci. Nowe ambulanse są większe gabarytowo, posiadają nowoczesne zawieszenie, co zwiększa komfort przejazdu przewożonych pacjentów. Są łatwiejsze w utrzymaniu stanu sanitarnego oraz posiadają lepsze możliwości utrzymania komfortu termicznego pacjenta.

Jak określił je Marek Hok, członek Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego, były lekarz w pogotowiu ratunkowym:

*[Te karetki] to takie małe szpitale na kółkach. Jeszcze kilka lat temu wyposażenie ambulansu ograniczało się do torby lekarskiej.*

### Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Infrastruktura: zmienił się stan techniczny i możliwości sprzętu, obniżony został średni wiek wykorzystywanego sprzętu.

Poprawa jakości wyposażenia: podobnie. Jak to opisał jeden z pracowników WSPR:

*wyposażenie jest takie, że praktycznie te karetki to jak łóżko na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, a przy tym profesjonalna opieka ratowników.*

### Najbardziej znaczące korzyści

Najbardziej kluczowymi korzyściami płynącymi ze zrealizowanego projektu jest obniżenie średniego wieku sprzętu w regionie, w możliwe najkrótszym czasie.

## 5.13.4. Efekty długofalowe

### Najbardziej trwałe efekty

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego stara się wymieniać ambulanse co 5-7 lat, ze względu na okres ich amortyzacji. Zużycie zależy od miejsca ich stacjonowania, co z kolei przekłada się na ilość wezwań. Zespoły ratownictwa medycznego Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie dyslokowane są w 41 miejscach na terenie województwa zachodniopomorskiego. WSPR posiada na chwilę obecną 129 pojazdów specjalistycznych wyposażonych w sprzęt i aparaturę medyczną oraz środki łączności, z czego 74 zakontraktowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jako ambulanse pracujące w Systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Natomiast 39 ambulansów stanowi rezerwę na wypadek awarii któregoś z pojazdów, a 25 wykorzystywanych jest do świadczenia usług transportu sanitarnego. Średni wiek ambulansów wynosi 6,52 lat.

### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Dzięki wykorzystaniu sprzętu i kompatybilności z urządzeniami znajdującymi się w szpitalach, w momencie zachorowań, pacjent szybciej trafia do odpowiedniej jednostki i następuje od razu proces leczenia, z pominięciem diagnozy, która nastąpiła już w ambulansie. Dochodzi do skrócenia czasu leczenia oraz hospitalizacji pacjentów.

O efektach wspomina jeden z dyrektorów WSPR:

*Zakup nowych, w pełni wyposażonych ambulansów sanitarnych pozwala przede wszystkim na szybsze dotarcie do poszkodowanych jak i udzielenie im bardziej precyzyjnej pomocy niż*

*w przypadku wyeksploatowanych już ambulansów starszego typu. Parametry techniczne nowych ambulansów pozwalają jednocześnie na spełnienie nowych wymagań co do gabarytów przedziału medycznego, co ma istotne przełożenie na możliwości pełnego przeprowadzenia akcji ratunkowej w tym np. reanimacji pacjenta czy chociażby jego zaopatrzenia. Wszystko to ma ścisły związek z możliwością uratowania większej ilości poszkodowanych oraz ograniczenie ewentualnych powikłań pochorobowych.*

Z całą jednak pewnością można stwierdzić, iż posiadanie nowoczesnych i lepiej wyposażonych ambulansów sanitarnych, sprzyja poprawie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, pozwala na szybsze i bardziej kompleksowe udzielenie niezbędnej pomocy medycznej, co przekłada się na poziom wskaźnika śmiertelności oraz stan zdrowia społeczeństwa.

## 5.14. Studium przypadku projektu pt.: „Poprawa jakości i dostępności badań diagnostycznych oferowanych przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu poprzez zakup specjalistycznej aparatury medycznej"

### 5.14.1. Podstawowe informacje o projekcie

#### Beneficjent:

107 Szpital Wojskowy w Wałczu

#### Cel projektu:

Poprawa jakości diagnostyki i zwiększenie liczby usług na rzecz pacjentów, poprzez wymianę zużytego sprzętu do diagnostyki obrazowej i aparatów do znieczulania.

#### Realizowane działania (ogólnie):

Zakup sprzętu medycznego: aparat do USG, rentgen, tomograf, aparaty do znieczulenia.

**Zdjęcie 30. Nowo zakupiony tomograf komputerowy**

#### Okres realizacji:

1 stycznia 2007 – 26 lipca 2011

#### Obszar realizacji i oddziaływania:

Obszar realizacji: Powiat wałecki

Obszar oddziaływania: cały kraj

Program/Priorytet/Działanie/Poddziałanie:

PO IiŚ – XII. Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia

12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

Tryb wyboru: projekt konkursowy

Wartość projektu ogółem: 4 651 537,98 zł

Wartość wydatków kwalifikowanych: 4 651 537,98 zł

Wartość dofinansowania z UE: 3 953 807,28 zł

Poziom dofinansowania: 85%

Data rozpoczęcia projektu: 2007-01-01

Data zakończenia projektu: 2010-12-31

## 5.14.2. Zakładane rezultaty

### Wskaźniki rezultatu

Rezultatem przewidzianym we wniosku była „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem". Zakładano realizację 11 000 badań rocznie, od 2011 r. do 2015 r. Tymczasem badania wykonywane za pomocą nowo zakupionego sprzętu rozpoczęły się już w 2010 r. I tak w 2010 r. zrealizowano 1884 badania, w 2011 r. – 9205 badań, a w 2012 r. – 10 114.
Ponadto we wniosku zaplanowano korzyść, jaką są przychody społeczne z tytułu uniknięcia prywatnego wykonywania badań. Są to koszty, które pacjenci musieliby ponieść jako wydatki na badania, a które będą możliwe do wykonania bezpłatnie w jednostce realizującej projekt w wysokości 7 614 350,06 zł, do pomiaru w 2015 r. – póki co wskaźnik ten jest realizowany dzięki ww. badaniom.

**Zdjęcie 31. Nowo zakupiony sprzęt jest przyjmowany przez przedstawicieli szpitala**

### Zatrudnienie pracowników

W ramach projektu nie planowano zatrudniania nowych pracowników ze względu na zakup nowego sprzętu. Efektem jest jednak lepsze wykorzystanie czasu pracy aktualnie zatrudnionych pracowników.

### Trudności w osiąganiu wskaźników

Trudności mogą wiązać się ze wskaźnikami związanymi z liczbą leczonych osób i liczbą specjalistycznych badań wykonanych przy pomocy nowego sprzętu, gdyż wartość tych wskaźników nie zależy jedynie od wnioskodawcy (w przypadku jednostek publicznych), a od środków przyznanych przez NFZ. Także w przypadku niniejszego projektu, nieco mniejsza niż zakładana, liczba badań w 2011 r. i 2012 r. wynika jedynie z ograniczonymi środkami z NFZ. Jak wskazuje przedstawiciel kadry zarządzającej:

*Ostatnie lata są trudne jeżeli chodzi o wzrost kontraktów. Kontrakt na oddział znieczuleniowy determinuje kontrakty na oddziały zabiegowe, ergo-na wykorzystanie sprzętu.*

## 5.14.3. Efekty dodatkowe (niezakładane)

### Poprawa jakości procedur i usług medycznych

Przede wszystkim dokonano wymiany zużytego sprzętu, a to bezpośrednio przekłada się na wzrost jakości prowadzonych badań. Diagnostyka jest szybsza i trafniejsza, przede wszystkim ze względu na nową technologię. Dla przykładu:

- zakupiony tomograf jest jednym z najnowszych technologicznie urządzeń na światowym rynku sprzętu diagnostycznego; wyposażony jest w konsolę operatorską zapewniającą łatwe sterowanie systemem w zakresie badań podstawowych, kontrastowych oraz wysoko specjalistycznych procedur diagnostycznych, posiada też lekarską stację opisową, która umożliwia ciągłość opisów bez przerywania pracy tomografu;
- zakupione aparaty do znieczulenia ustalają dawki środków znieczulających na podstawie wprowadzonych danych, takich jak wiek i waga pacjenta, co dotąd należało jedynie do decyzji lekarza;
- aparat do ultrasonografii zawiera różne głowice, co umożliwia rozszerzenie liczby wykonywanych badań.

W wyniku realizacji projektu skrócił się średni czas pobytu pacjenta w szpitalu. W 2010 r. czas ten wynosił 5,82 dnia, zaś w 2012 r. – już 4,81 dnia. Jest to zasługa sprawniejszej diagnostyki. Czas badań tomograficznych został skrócony o co najmniej 30%, podobnie zmienił się czas realizacji znieczulenia. Dzięki projektowi – w przypadku zwiększenia kwoty środków z NFZ – istnieje możliwość przeprowadzenia dużo większej liczby operacji. Na oddziałach zabiegowych są bowiem nadlimity i pacjentów oczekujących na operację nie brakuje. Przykładowo, w roku 2012 na chirurgii ogólnej przyjęto 10% więcej pacjentów niż było to przewidziane kontraktem z NFZ (zaangażowanie 377 000 zł z własnych środków). Podobna sytuacja ma miejsce na oddziałach chorób wewnętrznych, laryngologii i ortopedii.
Skrócił się zarówno średni czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, jak i czas oczekiwania na wykonanie diagnozy/zabiegu.

**Zdjęcie 32. Nowo zakupiony aparat RTG**

Zakup nowego sprzętu przyczynił się także do oszczędności kosztów. Oszczędność ta wiąże się ze zmniejszeniem liczby błędnych diagnoz. Takie obliczenia nie są dokonywane, jednak przedstawiciel kadry zarządzającej szpitala szacuje, iż są to kwoty milionowe.
Zakup ten umożliwił także zastosowanie teleradiologii – badania przekazywane są drogą elektroniczną do punktu opisowego w Bydgoszczy. Powoduje to zapewnienie ciągłości diagnostyki mimo braków czasowych.
Bardzo istotny jest fakt, iż dostęp pacjentów do usług jest ciągły – Wałcz jest położony dość daleko od większych szpitali, ryzyko transportu jest więc duże.

## Poprawa infrastruktury, wyposażenia i zarządzania szpitalem

Dzięki projektowi wyposażenie szpitala zostało rozszerzone o następujące sprzęty do diagnostyki i ratowania życia[7].

- Tomograf komputerowy - Firmy Siemens SOMATOM Definition AS wraz z automatyczną strzykawką dwugłowicową Optivanage DH, wyposażony w bogaty zestaw oprogramowania wspierającego diagnostykę w zakresie detekcji zmian w płucach, perfuzji mózgowej oraz narządów miąższowych a także wirtualnej kolonoskopii.
- Aparat RTG do fluoroskopii - Apollo firmy Villa System/ Włochy/ wraz z torem wizyjnym wyposażonym w opcję zastosowania sytemu cyfrowej radiologii pośredniej wraz ze stołem rentgenowskim z pływającym blatem pozwalającym na szybkie, dokładne i łatwe pozycjonowanie pacjenta. Umożliwia uzyskanie zdjęć o znakomitej jakości i właściwych dla obrazowania danej okolicy ciała pacjenta wizualizacji. Przy jego użyciu wykonuje się: badania dynamiczne (prześwietlenie przewodu pokarmowego, urografia, cysteurografia, cholangiografia, HSG, kolonoskopia) zdjęcia kostne, zdjęcia klatki piersiowej oraz inne specjalistyczne badania z użyciem środków kontrastowych.
- Aparat USG - jeden z najnowocześniejszych aparatów ultrasonograficznych firmy HITACHI Avius HI VISION wykorzystujący zaawansowane techniki obrazowania i systemy cyfrowe. Dostępne z aparatem sondy umożliwiają pełny zakres badań ultrasonograficznych oraz dają możliwość dalszego rozszerzenia oprzyrządowania i oprogramowania w przyszłości.
- Trzy respiratory 840 firmy Puritan-Benett - aparaty wysokiej klasy, przeznaczone do ostrej i podostrej terapii dzieci i dorosłych, ułatwiające zarządzanie oddychaniem, zapewniające różne tryby dostarczenia oddechów, z prostym w obsłudze interfejsem użytkownika.
- Trzy aparaty do znieczulania Primus firmy Dreager - uniwersalne stanowiska do znieczulenia, umożliwiające prowadzenie terapii na najwyższym poziomie, pozwalające dodatkowo na monitorowanie hemodynamiczne (diagnostykę układu

[7] Na podstawie notki prasowej przekazanej przez Szpital.

krążenia i oddechu). Zaletą aparatu jest m.in. większa wydajność znieczulenia i mniejsze koszty znieczulenia.

## Wynik obserwacji

Nowy sprzęt umieszczony jest w salach, które poddano kapitalnemu remontowi (zrealizowanemu ze środków własnych), co dodatkowo poprawiło estetykę i co za tym idzie – jakość życia przyjmowanych pacjentów. Pytani pacjenci wysoko oceniają badanie nowym USG („lekkie, łatwe i przyjemne"). Lekarz obsługujący sprzęt diagnostyczny wskazał, iż podobne działania nie mogłyby być wykonane przy użyciu starego sprzętu:

*Ten sprzęt bardzo nam pomógł. Obsługuje się go łatwiej, ale przede wszystkim umożliwia badanie naczyniowe tętnic, żył, zwłaszcza przy udarach mózgu to jest jedna z najważniejszych spraw. Można teraz wykryć schorzenia, których nie dało się zdiagnozować starym sprzętem.*

Podobnie – w przypadku sprzętu do znieczuleń:

*Teraz aparat wszystko liczy przed podaniem znieczulenia, a kiedyś trzeba było wziąć worek i oddychać za pacjenta – być kobziarzem... [śmiech]. Dziś na szczęście jest to historia.*

Poprawa jakości wyposażenia sal dla pacjentów, przede wszystkim dotyczy OIOM-u oraz anestezjologii.

## Poprawa zarządzania szpitalem

O ile podjęte działania nie przełożyły się bezpośrednio na zmiany w zarządzaniu szpitalem, o tyle na pewno spowodowały korzyści w zarządzaniu finansowym. Dalsze używanie starego sprzętu spowodowałoby wzrost kosztów. Część tego sprzętu nie spełniała norm prawnych, więc szpital musiałby zakupić nowy sprzęt, co wiązałoby się z kosztami kredytu i odsetek. Ponadto działanie 1.2 PO IiŚ było jedyną możliwością pozyskania środków zewnętrznych; ze względu bowiem na strukturę i centralną podległość szpitala nie było możliwości korzystania z zachodniopomorskiego RPO.

Wykonano także kapitalny remont i przeszkolono personel z zakresu obsługi nowego sprzętu.

Najważniejszą korzyścią dodatkową jest wzrost renomy szpitala w społeczności lokalnej, ale także wśród szpitali ościennych. Poprawa wykonywanej diagnostyki przekłada się bezpośrednio na opinię mieszkańców, a ta z kolei – na liczbę pacjentów zainteresowanych korzystaniem z usług szpitala. Przedstawiciel kadry zarządzającej:

*Pacjent idzie tam, gdzie polecą mu znajomi lub ludzie z rodziny. Bardzo ważne jest więc zwiększenie tej renomy i bezpieczeństwa dla pacjentów z tego tytułu, że mamy ten nowy sprzęt.*

## Najbardziej znaczące korzyści

Podsumowując, do najważniejszych korzyści należy:

- wzrost jakości sprzętu, a co za tym idzie – usług medycznych i diagnostyki;
- wzrost dostępności sprzętu (gdyby 107 SW nie zakupił tomografu, pacjenci musieliby jeździć do szpitali ościennych (Piła, Koszalin, Szczecin);
- wzrost renomy szpitala;
- obniżenie kosztów na skutek trafniejszej diagnostyki;
- zmniejszenie liczby koniecznych zabiegów;
- skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu.

### 5.14.4. Efekty długofalowe

#### Najbardziej trwałe efekty

Przedstawiciel kadry zarządzającej wskazał, że długofalowym efektem jest przede wszystkim wzrost poziomu świadczonych usług medycznych i diagnostyki i utrzymanie się na tym poziomie:

*Kiedy wchodzi się na pewien poziom usług, to się już z niego nie schodzi.*

#### Inne efekty pojawiające się po kilku latach

Projekt pobudza także wśród lekarzy zainteresowanie nowościami technicznymi. Konieczność nauki obsługi nowego sprzętu pobudza do myślenia i do rozwoju. Samo uczestnictwo lekarzy w procedurze przetargowej i sporządzaniu SIWZ spowodowało, że zainteresowali się oni bardziej innym nowym sprzętem.