



***Analiza projektów
instytucji ochrony zdrowia
aplikujących o dofinansowanie
z funduszy unijnych
w latach 2004-2005***



Kraków, kwiecień 2006



*Niniejsza analiza została opracowana na zlecenie Departamentu Polityki Społecznej
Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,*

w ramach realizacji projektu **Health Cluster Net**
Inicjatywa Wspólnotowa INTERREG III C,

przy współpracy z: dr Barbarą Niedźwiedzką, mgr Ewą Nowak oraz mgr inż.
Witoldem Ponikło, pracownikami naukowymi Instytutu Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Raport zawiera:

1. WSTĘP	3
2. INSTYTUCJE APLIKUJĄCE	4
3. LOKALIZACJA TERYTORIALNA INSTYTUCJI APLIKUJĄCYCH	7
4. CHARAKTER SKŁADANYCH PROJEKTÓW	10
5. PROCES KWALIFIKACJI PROJEKTÓW DO DOFINANSOWANIA	12
6. PROJEKTY ZAKWALIFIKOWANE	15
7. PROJEKTY ZAKWALIFIKOWANE – BENEFICJENCI	15
8. LOKALIZACJA TERYTORIALNA INSTYTUCJI BENEFICJENTÓW	17
9. CHARAKTER PROJEKTÓW ZAKWALIFIKOWANYCH	22
10. PODSUMOWANIE	23

1. WSTĘP

Pogarszający się stan infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia w Polsce jest wynikiem trwałego niedofinansowania tego sektora. Taka sytuacja wymusza nadmierne oszczędności, które obecnie praktycznie uniemożliwiają odtworzenie posiadanych zasobów¹. Dzieje się tak, mimo że poprawne, efektywne i bezpieczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia związane jest z posiadaniem i użytkowaniem określonej infrastruktury technicznej.

Dlatego możliwość realizacji różnego rodzaju projektów związanych z inwestycjami lub modernizacjami infrastruktury technicznej instytucji ochrony zdrowia z wykorzystaniem dofinansowania z funduszy unijnych jest szczególnie cenna. W latach 2004 – 2005 Urzędy Marszałkowskie przyjmowały wnioski-projekty w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR), związane między innymi z opieką zdrowotną. Na koniec listopada 2005 wyznaczono termin składania wniosków o dofinansowanie projektów w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG).

Wskazane powyżej źródła finansowania projektów mają różne priorytety. ZRORR ukierunkowany jest na modernizację lub tworzenie bazy, zaś EOG na innowacyjność i jakość.

Niniejsze opracowanie koncentruje się na następujących parametrach projektów złożonych do postępowania aplikacyjnego przez instytucje ochrony zdrowia:

- ❑ rodzaj instytucji aplikującej;
- ❑ lokalizacja terytorialna instytucji;
- ❑ charakter projektu;
- ❑ efekt aplikacji – w przypadku odrzucenia projektu, wskazanie powodu;
- ❑ skuteczność aplikacji – instytucjonalna i terytorialna.

W dotychczasowych, dwóch naborach projektów w ramach ZPORR, w województwie małopolskim przygotowano 146 projektów na łączną kwotę 353 871 116,89 zł, a w pierwszym naborze w ramach EOG - 20 projektów na łączną kwotę 18 363 600 zł.

Należy zwrócić uwagę na następujące fakty dotyczące obydwu naborów:

- ❑ w ramach I naboru projektów ZPORR złożono 24 wnioski na łączną kwotę 128 301 403 zł, a w ramach II naboru 122 wnioski na łączną kwotę 225 569 713,89 zł. Zatem liczba projektów przygotowanych do II naboru wzrosła ponad 5 razy, a kwota projektów blisko 2 razy. Świadczy to niewątpliwie o rosnącym zainteresowaniu instytucji ochrony zdrowia możliwościami stwarzanymi przez program ZPORR,.
- ❑ projekty składane w ramach naboru ZPORR dotyczyły priorytetów: 1.3.2 – Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia (złożono 20 projektów w naborze I oraz 48 projektów w naborze II) i 3.5.2 Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia (4 projekty w naborze I oraz 74 w naborze II).
- ❑ projekty EOG składane były w ramach priorytetu 5: Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem i przygotowane zostały zarówno przez instytucje ochrony zdrowia różnego szczebla (15 projektów na łączną kwotę 15 260 540 zł), jak i jednostki samorządu terytorialnego (5 projektów na łączną kwotę 3 103 060 zł).
- ❑ liczba projektów składanych – zarówno do ZPORR jak i EOG - przez instytucję ochrony zdrowia nie była ograniczana. W efekcie, wiele instytucji złożyło kilka projektów, dotyczących różnych obszarów ich działalności.

¹ MINISTERSTWO ZDROWIA Zespół do przygotowania raportu „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga” RAPORT *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga* Warszawa, 21 grudnia 2004, str. 114 - 135

2. INSTYTUCJE APLIKUJĄCE

2A. NABORY ZPORR

Projekty w ramach naboru ZPORR złożyły następujące instytucje:

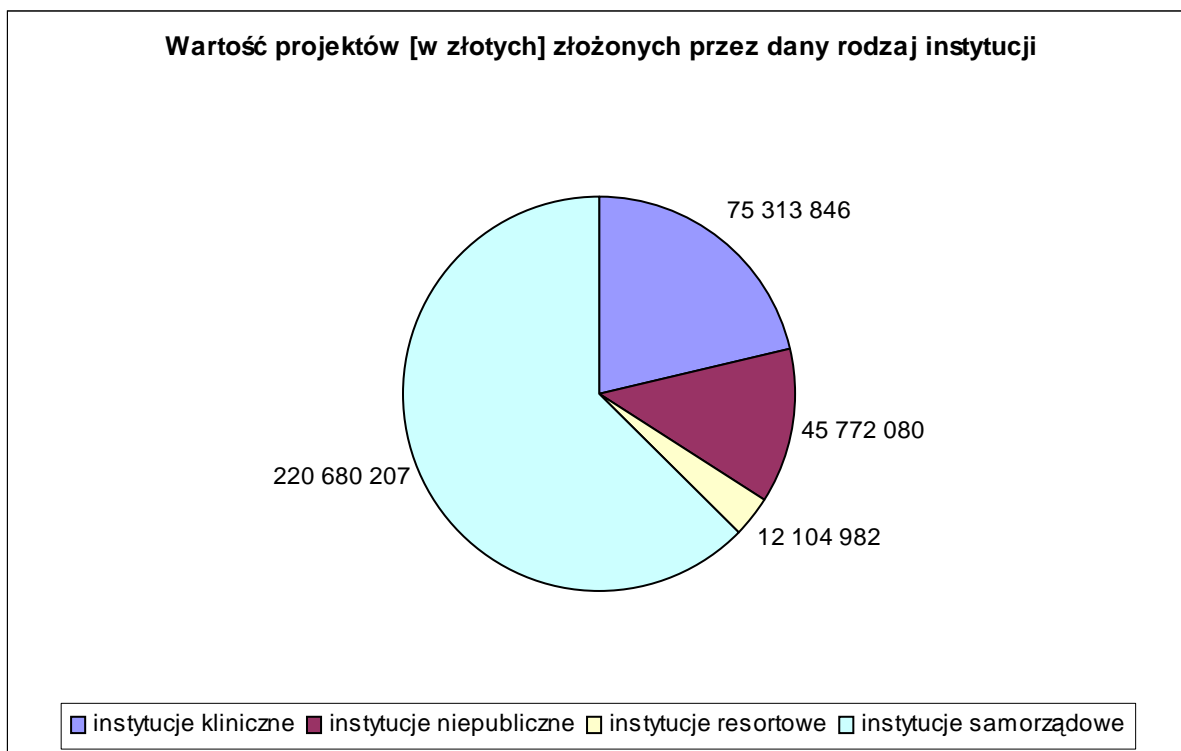
- ❑ **Kliniczne instytucje ochrony zdrowia**, dla których organem założycielskim jest Ministerstwo Zdrowia lub Uniwersytet.
5 klinicznych instytucji opieki zdrowotnej – łącznie 13 projektów na kwotę 75 313 846,33 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 5 793 373 zł. Zatem 4,76% z liczby instytucji aplikujących, złożyło projekty stanowiące 21,28% kwoty stanowiącej pulę wszystkich projektów.
- ❑ **Instytucje niepubliczne**, dla których organem założycielskim jest podmiot niepubliczny, w tym osoba fizyczna.
35 instytucji niepublicznych – łącznie 36 projektów na kwotę 45 772 080,81 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 1 271 447 zł. Zatem 33,33% z liczby instytucji aplikujących, złożyło projekty stanowiące 12,93% kwoty stanowiącej pulę wszystkich projektów.
- ❑ **Instytucje resortowe ochrony zdrowia**, dla których organem założycielskim jest Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji lub inne instytucje nie związane bezpośrednio z ochroną zdrowia.
6 instytucji resortowych² - łącznie 8 projektów na kwotę 12 104 982,07 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 1 513 123 zł. Zatem 5,71% z liczby instytucji aplikujących, złożyło projekty stanowiące 3,42% kwoty stanowiącej pulę wszystkich projektów.
- ❑ **Instytucje samorządowe**, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego różnego szczebla (gminy, powiaty, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego). Kategoria ta obejmuje różnego rodzaju instytucje – od gminnych ośrodków zdrowia, poprzez szpitale powiatowe po szpitale wojewódzkie.
59 instytucji samorządowych różnego szczebla - łącznie 89 projektów na kwotę 220 680 207,68 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 2 479 553 zł. Zatem 62,36% z liczby instytucji aplikujących, złożyło projekty stanowiące 56,19% kwoty stanowiącej pulę wszystkich projektów.

Konkludując powyższe można stwierdzić:

- ❑ projekty do współfinansowania z funduszy unijnych przygotowały wszystkie typy instytucji ochrony zdrowia;
- ❑ najwięcej projektów złożyły instytucje samorządowe, a najmniej instytucje resortowe – wydaje się to być proporcjonalne do liczby tych instytucji w województwie małopolskim;
- ❑ powyższe dotyczy także udziału procentowego wartości projektów w ogólnej puli wszystkich projektów;
- ❑ średnia wartość projektu była najwyższa w grupie instytucji klinicznych, a najmniejsza w grupie instytucji niepublicznych.

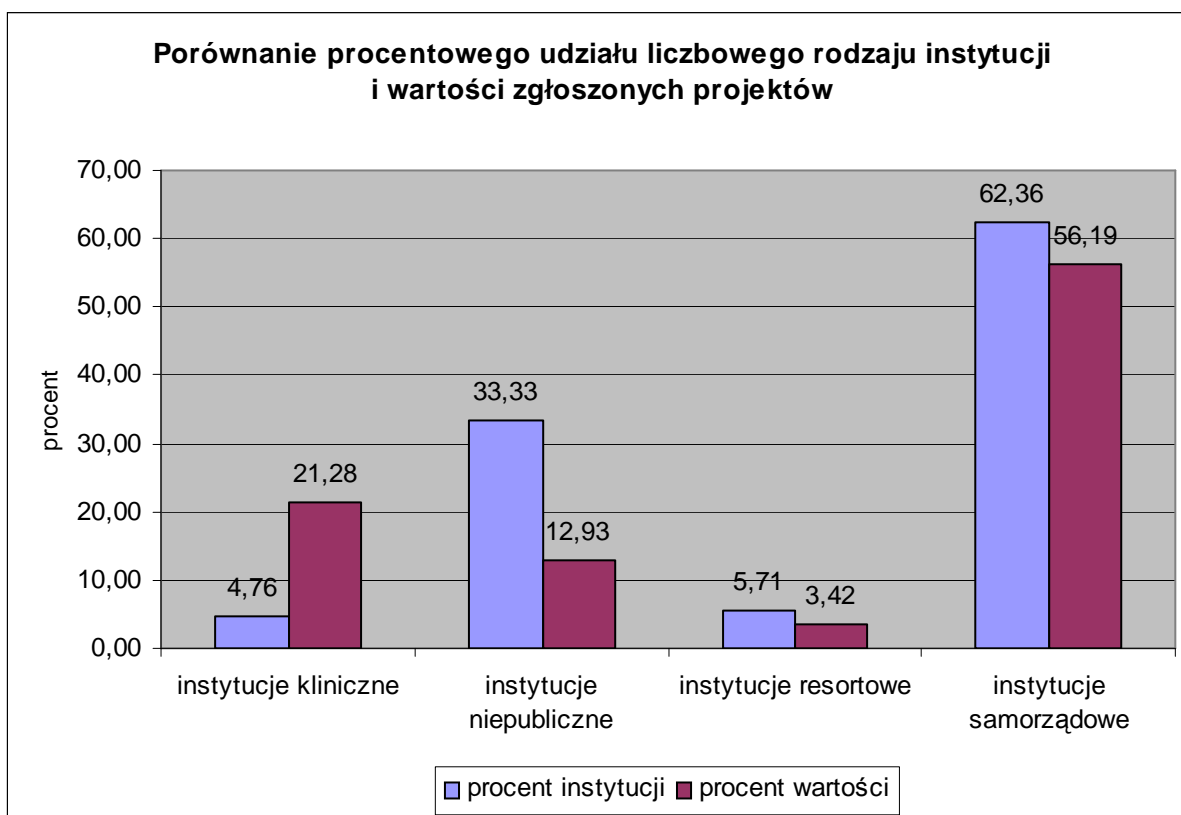
Opisane powyżej relacje zilustrowano na wykresach.

² Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe zostało zakwalifikowane do tej grupy.



Rysunek 1

Rysunek 1 ilustruje dominację samorządowych instytucji ochrony zdrowia w całkowitej kwocie kosztorysowej złożonych projektów.



Rysunek 2

Rysunek 2, ilustruje:

- ❑ silną nierównowagę pomiędzy procentowym udziałem instytucji klinicznych w całkowitej liczbie instytucji aplikujących, a procentową wartością kosztorysową zgłoszonych przez te instytucje projektów w całkowitej wartości kosztorysowej puli projektów – projekty drogie;
- ❑ silną nierównowagę pomiędzy procentowym udziałem instytucji niepublicznych w całkowitej liczbie instytucji aplikujących, a procentową wartością kosztorysową zgłoszonych przez te instytucje projektów w całkowitej wartości kosztorysowej puli projektów – projekty tanie;
- ❑ względną równowagę pomiędzy procentowym udziałem instytucji resortowych i samorządowych w całkowitej liczbie instytucji aplikujących, a procentową wartością kosztorysową zgłoszonych przez te instytucje projektów w całkowitej wartości kosztorysowej puli projektów.

Jak wskazano powyżej, nabór projektów ZPORR nie ograniczał liczby aplikacji (projektów) zgłaszanych przez jedną instytucję. W efekcie tego, spośród 105 instytucji aplikujących, 16 złożyło po 2 projekty, 6 po 3 projekty, 1 instytucja 5 projektów i 1 instytucja 7 projektów. Zatem 24 instytucje (22,9%) złożyło więcej niż 1 aplikację, w dwóch naborach projektów.

2B. NABÓR EOG

Projekty w ramach (pojedynczego) naboru projektów EOG, aplikacje złożyło 18 instytucji, w tym:

- ❑ 1 kliniczna instytucja ochrony zdrowia – na kwotę 2 358 942 zł;
- ❑ 1 niepubliczna instytucja ochrony zdrowia – na kwotę 544 281 zł;
- ❑ 16 instytucji samorządowych różnego szczebla - łącznie 18 projektów na kwotę 15 460 377 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 858 910 zł. Warto zwrócić uwagę, że wśród tych instytucji znalazły się wprost jednostki samorządu terytorialnego – na przykład Urząd Gminy lub Urząd Miasta.

Zatem w naborze EOG złożone zostało 20 projektów, czyli znacząco mniej aplikacji (projektów) niż w ZPORR.

Warto zwrócić uwagę, że mimo iż w naborze projektów EOG, udział własny instytucji aplikującej był niższy (15% wartości) niż w przypadku projektów ZPORR (25%), to jednak:

- ❑ wartość całkowita i jednostkowa projektów EOG jest niższa niż projektów ZPORR;
- ❑ liczba instytucji aplikujących jest znacząco niższa (wziąwszy pod uwagę sekwencje czasową, nabór projektów EOG był trzecim, po dwóch naborach ZPORR).

Jednocześnie, nabór projektów EOG potwierdził silną dominację samorządowych instytucji ochrony zdrowia wśród instytucji składających projekty do dofinansowania z programów unijnych.

Wydaje się, że jednym z powodów mniejszego zainteresowania naborem projektów EOG w porównaniu do projektów ZPORR może być brak środków finansowych na wkład własny w naborze projektów EOG. Innym powodem, mogło być położenie akcentu projektów EOG na innowacyjność – warunek trudny do spełnienia dla wielu instytucji systemu ochrony zdrowia w ich trudnej sytuacji ekonomicznej.

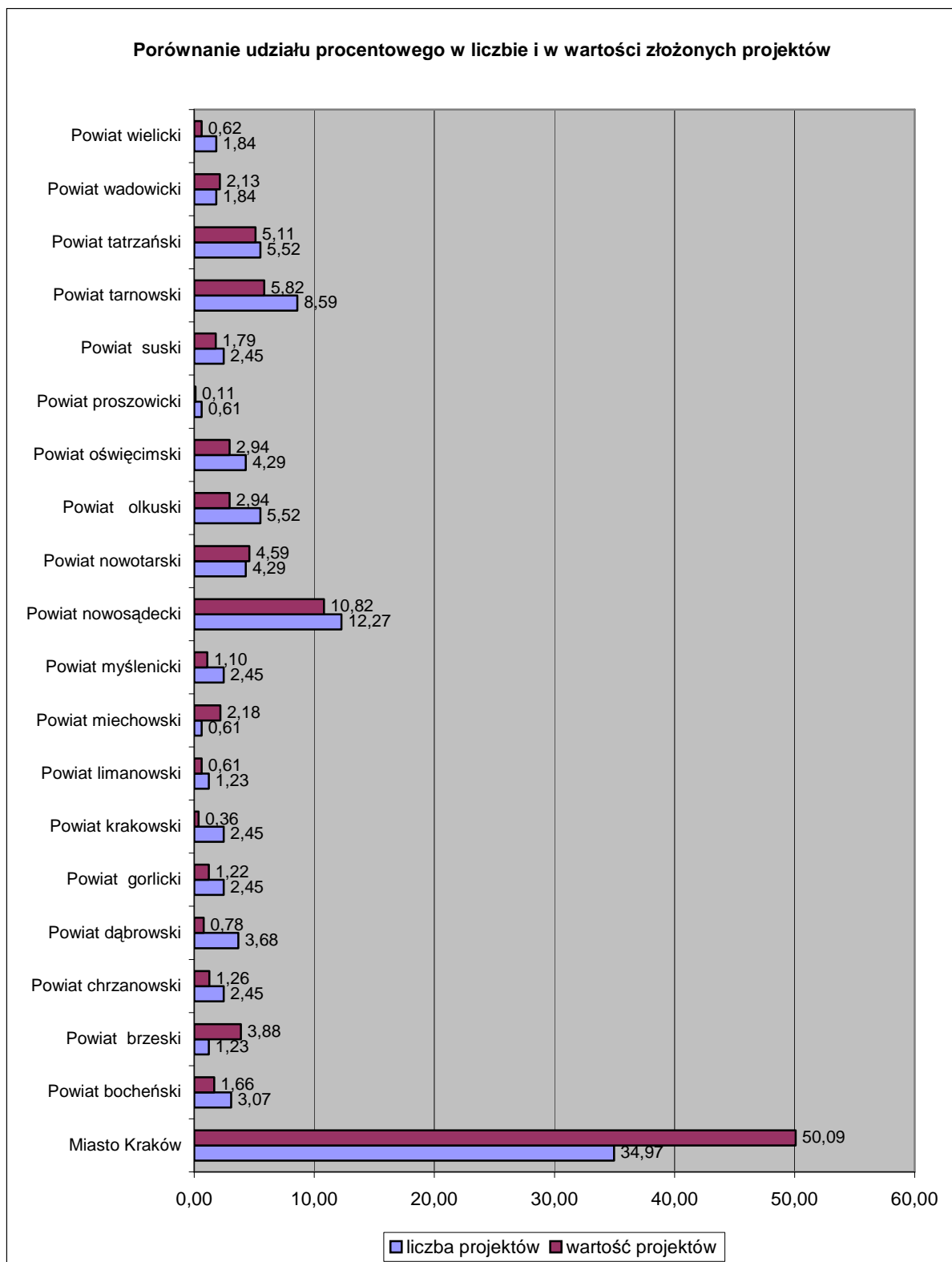
Jednocześnie, czynnikiem ograniczającym liczbę projektów zgłoszonych do mechanizmu EOG mógł być czynnik nowości tej inicjatywy. W ten także sposób – czynnik nowości - można wytłumaczyć zasadniczą różnicę pomiędzy liczbą projektów ZPORR złożonych w I (nowość) i II naborze.

3. LOKALIZACJA TERYTORIALNA INSTYTUCJI APLIKUJĄCYCH

Dla celów poniższej analizy, zgrupowano projekty z puli ZPORR i EOG. Lokalizację projektu identyfikowano na poziomie powiatu w którym mieści się instytucja aplikująca. Miasto Kraków występuje w zestawieniu jako powiat.

<i>Lokalizacja</i>	<i>Liczba projektów ZPORR</i>	<i>Liczba projektów EOG</i>	<i>Całkowita liczba projektów</i>	<i>Procent całkowitej liczby projektów</i>	<i>Wartość projektów ZPORR [zł]</i>	<i>Wartość projektów EOG [zł]</i>	<i>Średnia wartość projektu [zł]</i>
Miasto Kraków	53	4	57	34,97	178 514 724	7 929 075	3 452 663
Powiat bocheński	4	1	5	3,07	5 843 655	339 324	1 236 596
Powiat brzeski	2	0	2	1,23	14 453 930	0	7 226 965
Powiat chrzanowski	3	1	4	2,45	4 305 000	366 714	1 167 929
Powiat dąbrowski	5	1	6	3,68	2 513 439	399 131	485 428
Powiat gorlicki	3	1	4	2,45	2 412 207	2 125 130	1 134 334
Powiat krakowski	3	1	4	2,45	728 800	603 940	333 185
Powiat limanowski	2	0	2	1,23	2 273 732	0	1 136 866
Powiat miechowski	1	0	1	0,61	8 105 021	0	8 105 021
Powiat myślenicki	1	3	4	2,45	2 213 047	1 872 509	1 021 389
Powiat nowosądecki	17	3	20	12,27	38 209 300	2 053 756	2 013 153
Powiat nowotarski	7	0	7	4,29	17 088 321	0	2 441 189
Powiat olkuski	8	1	9	5,52	10 451 763	485 516	1 215 253
Powiat oświęcimski	6	1	7	4,29	10 429 670	523 182	1 564 693
Powiat proszowicki	1	0	1	0,61	400 000	0	400 000
Powiat suski	3	1	4	2,45	5 784 551	888 231	1 668 196
Powiat tarnowski	13	1	14	8,59	21 212 236	466 000	1 548 445
Powiat tatrzański	8	1	9	5,52	18 700 264	311 092	2 112 373
Powiat wadowicki	3	0	3	1,84	7 928 993	0	2 642 998
Powiat wielicki	3	0	3	1,84	2 302 472	0	767 491
Średnia wartość projektu w województwie							2 255 968

Tabela 1. Zestawienie liczbowe projektów złożonych

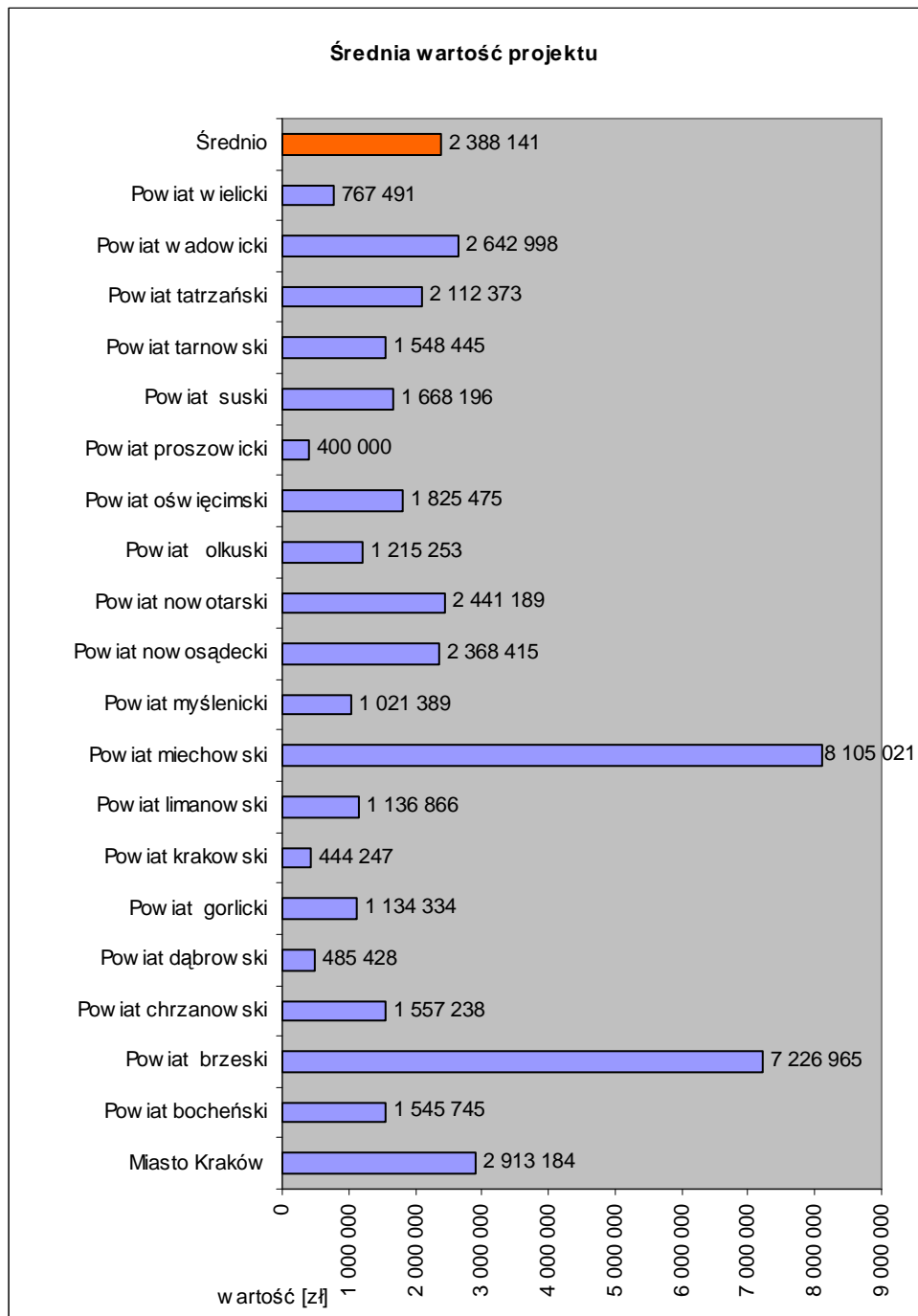


Rysunek 3

Rysunek 3 ilustruje silną dominację miasta Kraków zarówno w liczbie złożonych projektów jak i w ich wartości. Zwraca uwagę znaczący udział procentowy (liczba projektów i ich wartość) dużych ośrodków miejskich – Nowy Sącz i Tarnów.

W rozbiściu terytorialnym (19 powiatów i Kraków), 15 jednostek terytorialnych (75%) przestawiło projekty, których średnia wartość była niższa niż średnia wartość projektu dla województwa. Z pozostałych jednostek terytorialnych, 3 przedstawiły projekty, których wartość przekraczała nieznacznie średnią wartość wojewódzką (średnia wartość poniżej 3 mln zł), a 2 jednostki projekty, których średnia wartość znacząco (3 -krotnie i więcej) średnią wojewódzką.

Powyższe relacje przedstawiono na poniższym rysunku.



Rysunek 4

4. CHARAKTER SKŁADANYCH PROJEKTÓW

Analiza charakteru projektów wykonana została w oparciu o następujące kryteria kwalifikacji typu projektu:

1. Projekty o charakterze inwestycyjnych

1a. Zakup aparatury medycznej

1b. Budowa infrastruktury technicznej, w tym projekty informatyczne

1c. Inwestycje techniczne

1d. Inwestycje budowlane wraz z wyposażeniem w aparaturę medyczną

2. Projekty związane z modernizacją

2a. Infrastruktury technicznej

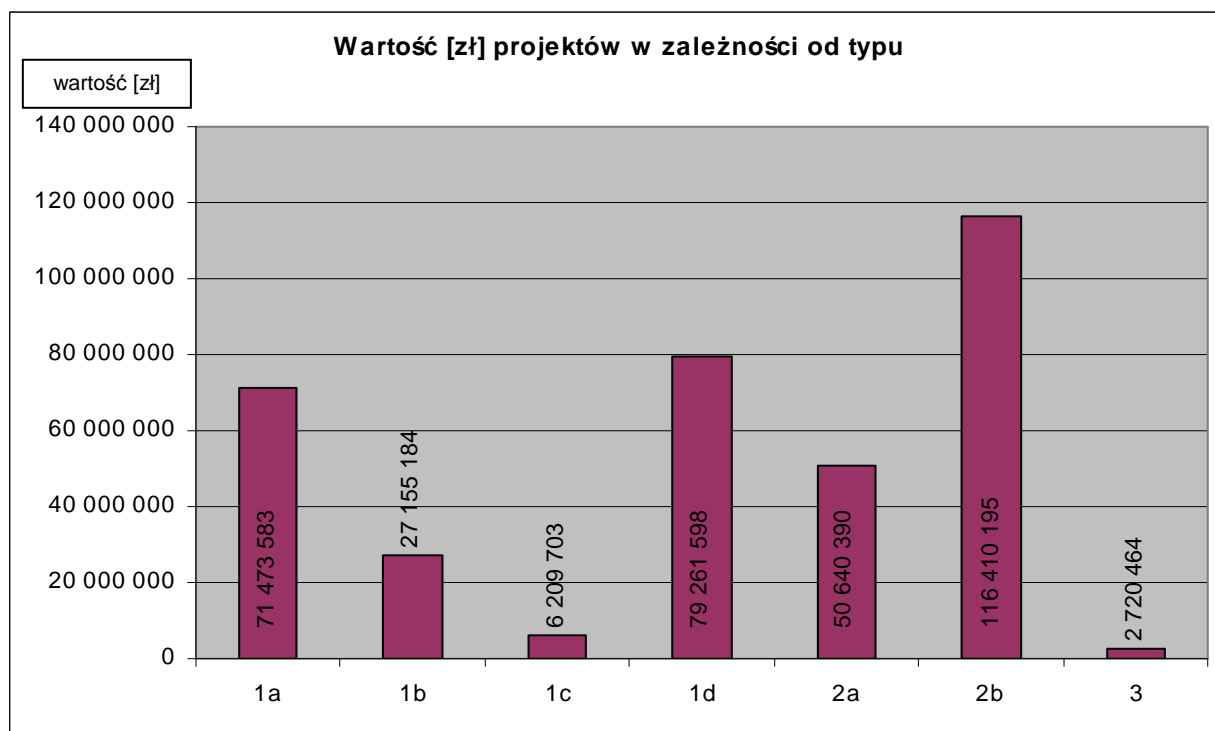
2b. Infrastruktury budowlanej i zakupem aparatury medycznej

3. Projekty których celem jest profilaktyka zdrowia, podniesienie jakości i/lub dostępności do świadczeń medycznych

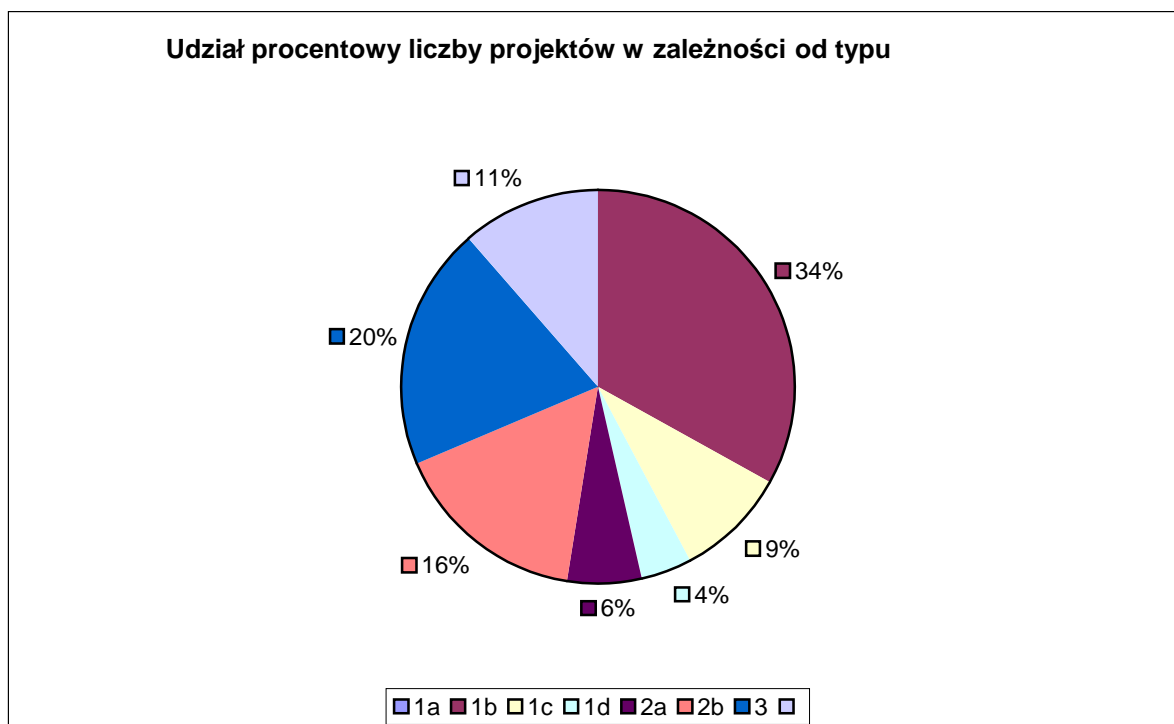
W przypadku, gdy cele projektu dotyczyły więcej niż jednego kryterium, dla celów analizy wybierano kryterium dominujące – np. zakup aparatury medycznej. W przypadku niektórych projektów (np. „Budowa boiska sportowego...”), instytucją aplikującą nie były placówki systemu ochrony zdrowia, a sam projekt kwalifikowany był do typu „3”, jako dotyczący profilaktyki zdrowia.

Charakter projektu	Liczba projektów	Procent całkowitej liczby projektów	Wartość projektów	Procent całkowitej wartości projektów
1a	55	33,1	71 473 583	20,2
1b	15	9,0	27 155 184	7,7
1c	7	4,2	6 209 703	1,8
1d	10	6,0	79 261 598	22,4
2a	27	16,3	50 640 390	14,3
2b	33	19,9	116 410 195	32,9
3	19	11,4	2 720 464	0,8

Tabela 2



Rysunek 5



Rysunek 6

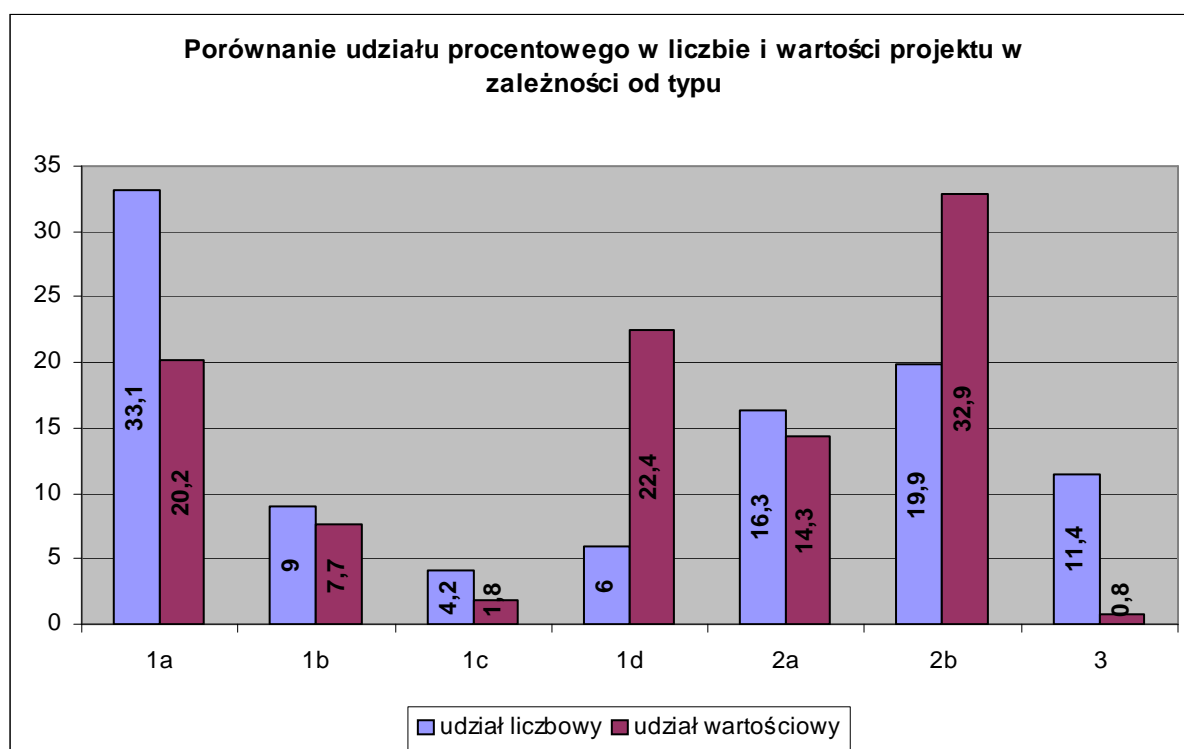
Uwaga: Drobne niezgodności pomiędzy wartościami ujętymi w tabeli 2, a wartościami wskazanymi na rysunku 5, wynikają z zaokrągleń wykonywanych przez oprogramowanie.

Rysunki 5 i 6 można skomentować w następujący sposób:

- ❑ Projekty związane z zakupami aparatury medycznej (1a) stanowią jedną trzecią ogólnej liczby złożonych aplikacji.
- ❑ Dodatkowo, projekty zakwalifikowane do grup 1d i 2b związane są także z zakupem aparatury medycznej. Łącznie, zakupy aparatury medycznej dotyczą 98 projektów, co stanowi ponad 59% liczby aplikacji. Wskazuje to na duże zapotrzebowanie na ten rodzaj inwestycji, który – w porównaniu do prac budowlanych – można ocenić jako relatywnie tani. Zapotrzebowanie to wynika z poważnych ograniczeń kwot przeznaczonych na zakup aparatury medycznej (zakupy inwestycyjne i odtworzeniowe) w ostatnich latach – szczególnie po roku 1999³. Potwierdzeniem powyższej tezy może być szerokie spektrum aparatury proponowanej do zakupu. Obejmuje ono zarówno drogi sprzęt do diagnostyki obrazowej, jak i podstawowe (a zatem relatywnie tanie) wyposażenie aparaturowe.
- ❑ Zwraca uwagę niewielka liczba projektów o charakterze informatycznym (projekty informatyczne mogły być składane w ramach innego priorytetu). Spośród 15 projektów zakwalifikowanych do kategorii 1b, tylko 11 (6,6%) ma charakter czysto informatyczny.
- ❑ Najmniejszą grupę stanowią projekty zakwalifikowane do kategorii 1c. Dotyczą one różnych, nie powtarzających się (unikalnych) działań.
- ❑ Liczba projektów związanych z modernizacją (kategoria 2) wynosi 60 (36%). W większości przypadków, modernizacji pomieszczeń towarzyszy zakup aparatury.
- ❑ Projekty, których celem jest profilaktyka zdrowia, podniesienie jakości i/lub dostępności do świadczeń medycznych (kategoria 3 - 19 projektów) stanowią niewiele więcej niż 11% ogólnej puli projektów. Projekty kwalifikujące się do tej kategorii, składały zarówno instytucje ochrony zdrowia jak i jednostki samorządu terytorialnego.

³ Powyższe stwierdzenie bazuje na badaniach własnych oraz danych zawartych w raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga” RAPORT *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga* Warszawa, 21 grudnia 2004, str. 114 - 135

Porównanie udziału liczbowego (w całkowitej puli projektów) i wartościowego (w całkowitej wartości projektów w województwie) w zależności od typu projektu przedstawiono na rysunku 7.



Rysunek 7

Bazując na porównaniu przedstawionym na rysunku 9 można stwierdzić:

- ❑ projekty z grupy 1a, 1b, 1c, 2a i 3 (5 grup) mają większy udział procentowy w liczbie projektów niż w puli wartości projektów;
- ❑ projekty z grupy 1d i 2b (2 grupy) mają większy udział procentowy w puli wartości projektów niż w liczbie projektów.

Podsumowując powyższe, należy stwierdzić, że:

- ❑ projekty budowlane są projektami najdroższymi,
- ❑ projekty dotyczące profilaktyki zdrowia i zmierzające do poprawy jakości świadczonych usług medycznych, projektami najtańszymi.

5. PROCES KWALIFIKACJI PROJEKTÓW DO DOFINANSOWANIA

Proces kwalifikacji projektów ZPORR z naboru I i II został zakończony, natomiast - do dnia zamknięcia prac nad niniejszym opracowaniem – nie został zakończony proces kwalifikacji projektów w ramach mechanizmów EOG. Zatem analiza skuteczności aplikacji dotyczyć będzie jedynie projektów ZPORR.

Etapy kwalifikacji projektów ZPORR do realizacji przedstawiają się następująco:

- ❑ etap I – kwalifikacja formalna;
- ❑ etap II – ocena Panelu Ekspertów;
- ❑ etap III – opinia (ocena) Komitetu Sterującego;
- ❑ etap IV – opinia (ocena) Zarządu Województwa;
- ❑ etap V – podpisanie umowy o realizację z Wojewodą.

W ramach naboru I (wpłynęły 24 projekty) kwalifikacja przebiegała jak poniżej:

- ❑ projekty odrzucone w etapie I – 10⁴ projektów (41,7%) na łączną kwotę kosztorysową równą 68 090 502,00 zł
- ❑ projekty odrzucone w etapie II – 4 projekty (16,6%) na łączną kwotę kosztorysową równą 18 399 161,00 zł
- ❑ projekty przyjęte do realizacji - 10 projektów (**41,7%**) na łączną kwotę kosztorysową równą **41 811 740,00 zł**

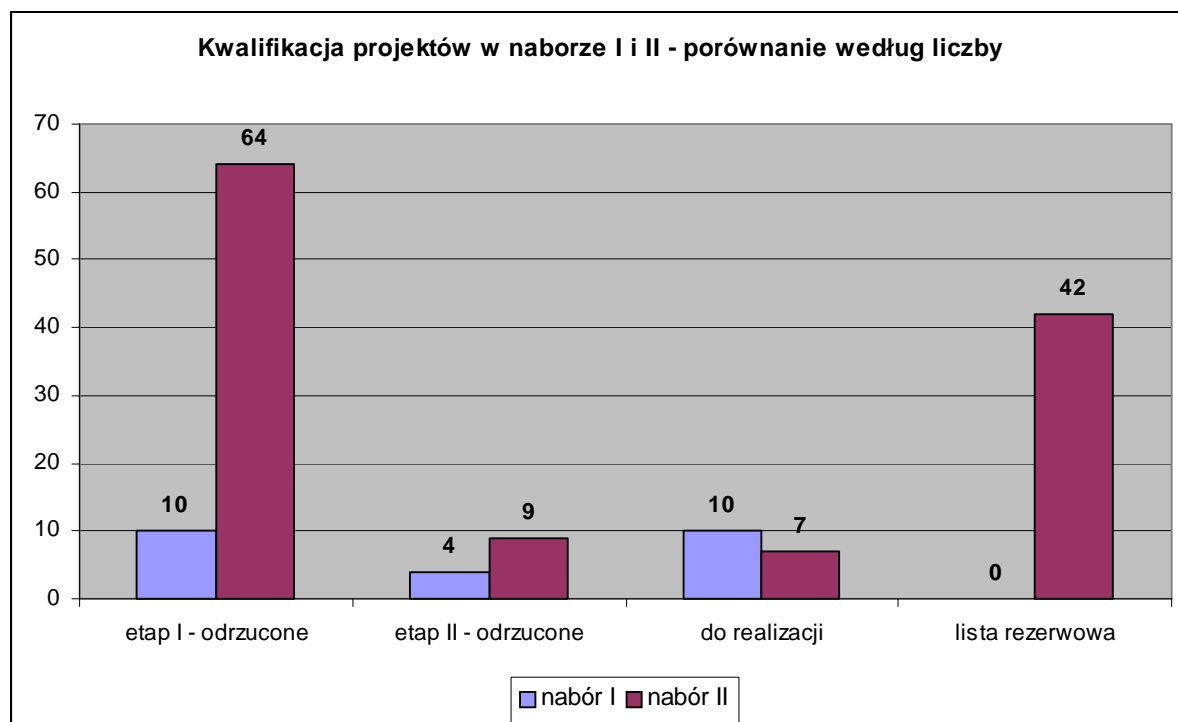
Od oceny projektów w ramach naboru I nie zostało zgłoszone żadne odwołanie.

W ramach naboru II (wpłynęły 122 projekty) kwalifikacja przebiegała jak poniżej:

- ❑ projekty odrzucone w etapie I – 64 projektów (52,5%) na łączną kwotę kosztorysową równą 98 751 634,13 zł;
- ❑ projekty odrzucone w etapie II – 9 projektów (6,5%) na łączną kwotę kosztorysową równą 10 377 997,56 zł;
- ❑ projekty przyjęte do realizacji - 7 projektów (**5,7%**) na łączną kwotę kosztorysową równą **5 758 113,24 zł;**
- ❑ projekty umieszczone na liście rezerwowej⁵ – 42 projekty (34%) na łączną kwotę kosztorysową równą 112 613 302,24 zł

Od oceny projektów – dokonanej na etapie I i II - w ramach naboru II wpłynęło 48 odwołań, z czego 6 rozpatrzonych zostało pozytywnie.

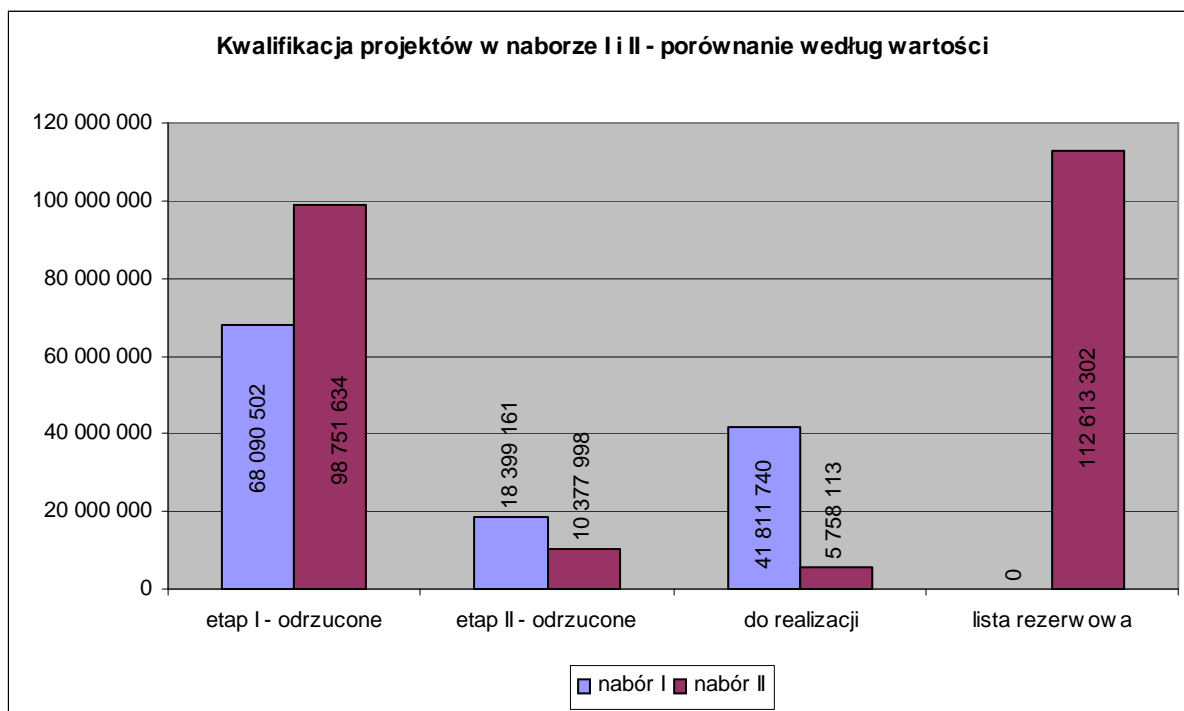
Graficzną ilustrację powyższych zestawień przedstawiono na rysunkach 8 i 9 i 10.



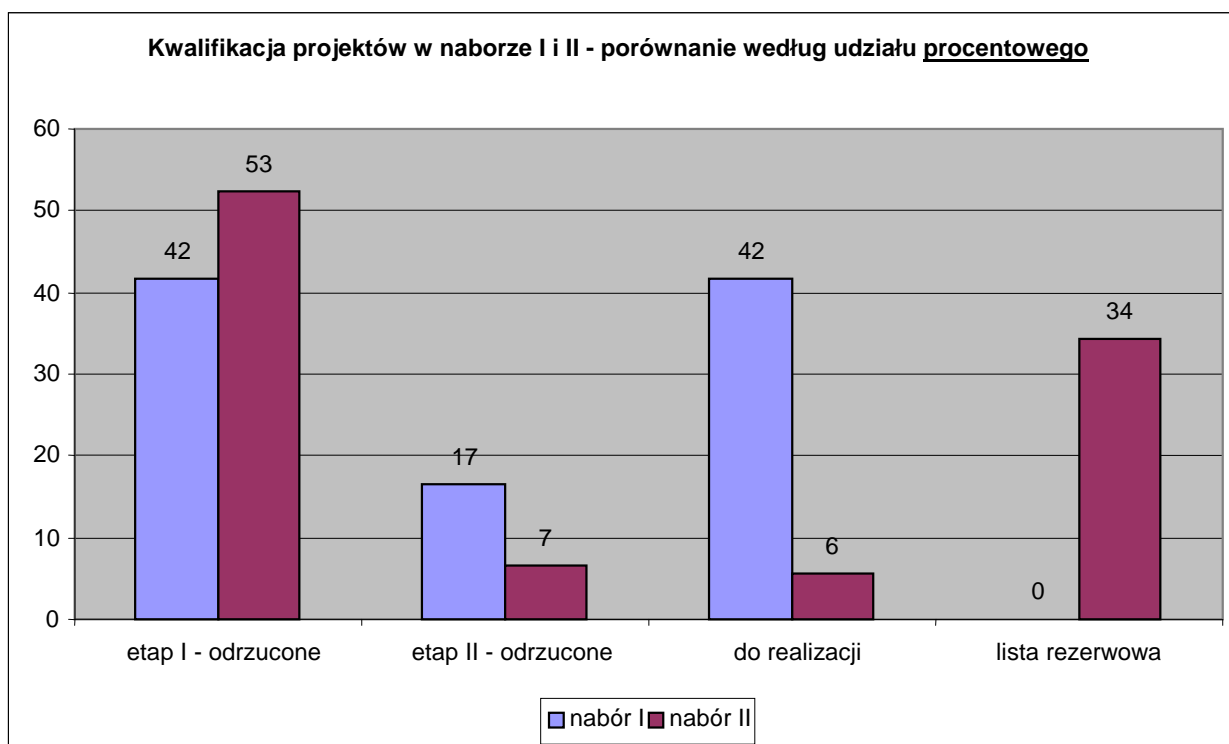
Rysunek 8

⁴ Liczba oddaje ostateczny wynik kwalifikacji, po uwzględnieniu odwołań (dotyczy II naboru).

⁵ Na liście rezerwowej umieszczone zostały projekty, teoretycznie zakwalifikowane do realizacji, która jednak została wstrzymana do czasu(?) dysponowania odpowiednim budżetem.



Rysunek 9



Rysunek 10

* UWAGA: W wyniku zaokrągleń, procent projektów w I naborze nie sumuje się do 100%.

Kategorię projektów „lista rezerwowa”, jaka pojawiła się w II naborze projektów ZPORR należy interpretować jako pulę projektów, które pomyślnie przeszły procedury kwalifikacji i które – w świetle ustalonych kryteriów – kwalifikują się do realizacji. Jednak, z racji ograniczonych środków całkowitych, ich dofinansowanie zostało zawieszono. Zatem z formalnego punktu widzenia, projekty te powinny się kwalifikować jako „projekty do realizacji”.

Przy takim założeniu należy stwierdzić:

II nabór wniosków ZPORR o dofinansowanie zgromadził znacząco więcej (blisko 6 razy) projektów niż nabór I. Mimo to, całkowita wartość kosztorysowa projektów w naborze II jest tylko około 2 razy większa niż w naborze I.

W innych porównaniach pozostają całkowite wartości kosztorysowe projektów:

- ❑ skierowanych do realizacji (wraz z listą rezerwową) – w naborze II, wartość ta jest około 3 razy większa niż w naborze I;
- ❑ odrzuconych (sumarycznie etap I i II kwalifikacji) – w naborze II, wartość ta jest około 1,2 razy większa niż w naborze I.

Średnia wartość kosztorysowa projektu różni się znacząco dla naboru I i II. W naborze I, średnia wartość wyniosła 5 345 892 zł, a w naborze II - 1 848 932 zł. Zatem w naborze I, średnia wartość kosztorysowa projektu była blisko 3 razy mniejsza niż w naborze II.

W obydwu naborach wskaźniki procentowe liczby projektów odrzuconych i skierowanych do realizacji są zbliżone – w naborze I, do realizacji skierowano 42% projektów, w naborze II (wraz z listą rezerwową) 40%.

Nieco większe różnice procentowe wystąpiły pomiędzy etapami, na których projekt został odrzucony. W naborze I, mniej wniosków zostało odrzuconych na etapie formalnym niż w naborze II. Różnica ta została zniwelowana w etapie II (Panel Ekspertów), który w naborze II odrzucił znacząco (10%) mniej projektów.

6. PROJEKTY ZAKWALIFIKOWANE⁶

W wyniku przeprowadzonego procesu kwalifikacji, do realizacji skierowane zostało 17 projektów, a 42 projekty umieszczono na liście rezerwowej. Zatem – opierając się na przyjętych założeniach odnośnie formalnego statusu projektów umieszczonych na liście rezerwowej – 59 projektów przeszło pomyślnie etapy kwalifikacji.

Łączna wartość kosztorysowa projektów zakwalifikowanych wynosi 160 183 155,50 zł.

7. PROJEKTY ZAKWALIFIKOWANE – BENEFICJENCI

Projekty zakwalifikowane do realizacji zostały złożone przez następujące instytucje:

- ❑ 4 kliniczne instytucje opieki zdrowotnej – łącznie 7 projektów na kwotę 32 261 826,83 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 4 608 832,40 zł. Zatem 7,7% z liczby instytucji-beneficjentów, złożyło projekty stanowiące 20,1% kwoty stanowiącej całkowity kosztorys wszystkich zakwalifikowanych projektów.
- ❑ 14 instytucji niepublicznych – łącznie 14 projektów na kwotę 10 208 459,50 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 729 175,68 zł. Zatem 26,9% z liczby instytucji-beneficjentów, złożyło projekty stanowiące 6,4% kwoty stanowiącej całkowity kosztorys wszystkich zakwalifikowanych projektów.
- ❑ 2 instytucje resortowe⁷ - łącznie 2 projekty na kwotę 1 345 335,42, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 672 667,71 zł. Zatem 3,8% z liczby instytucji-beneficjentów,

⁶ Dotyczy wyłącznie projektów ZPORR

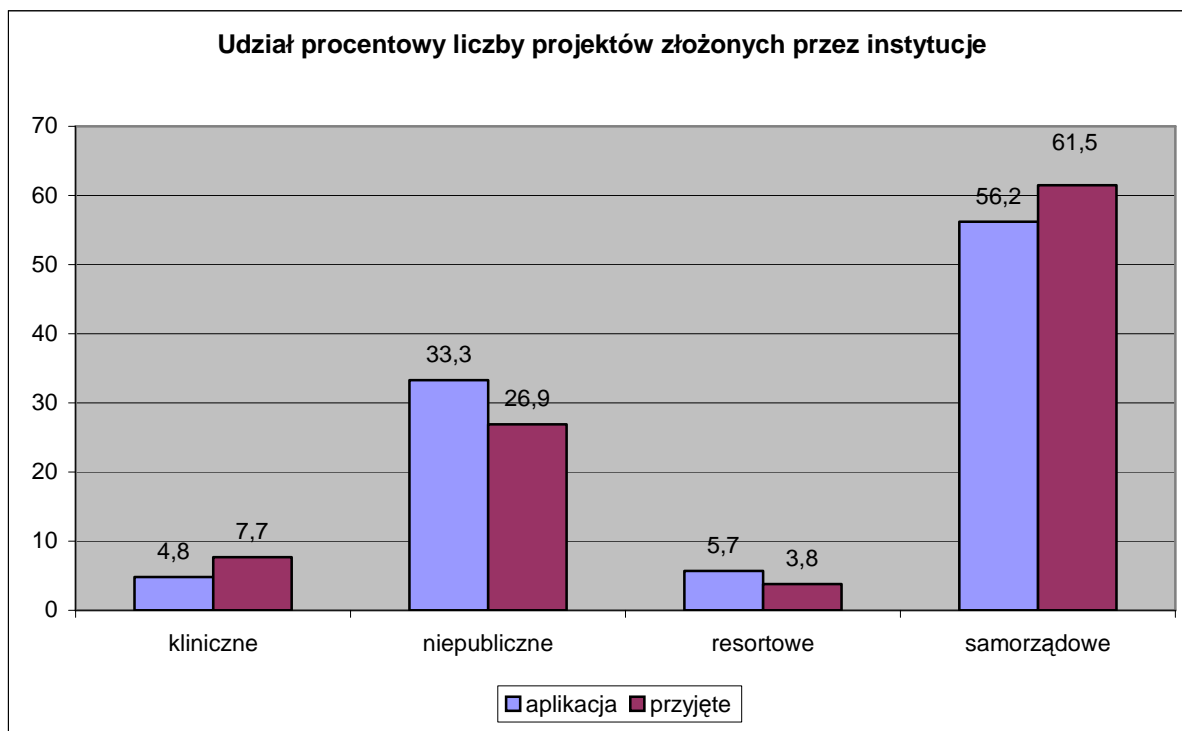
złożyło projekty stanowiące 0,8% kwoty stanowiącej całkowity kosztorys wszystkich zakwalifikowanych projektów.

- 32 instytucji samorządowych – łącznie 36 projektów na kwotę 116 446 571,90 zł, co oznacza średnią wartość projektu na poziomie 3 234 627 zł. Zatem 61,5% z liczby instytucji-beneficjentów, złożyło projekty stanowiące 72,7% kwoty stanowiącej całkowity kosztorys wszystkich zakwalifikowanych projektów.

Poniżej porównano udziały instytucji aplikujących i instytucji-beneficjentów w puli projektów.

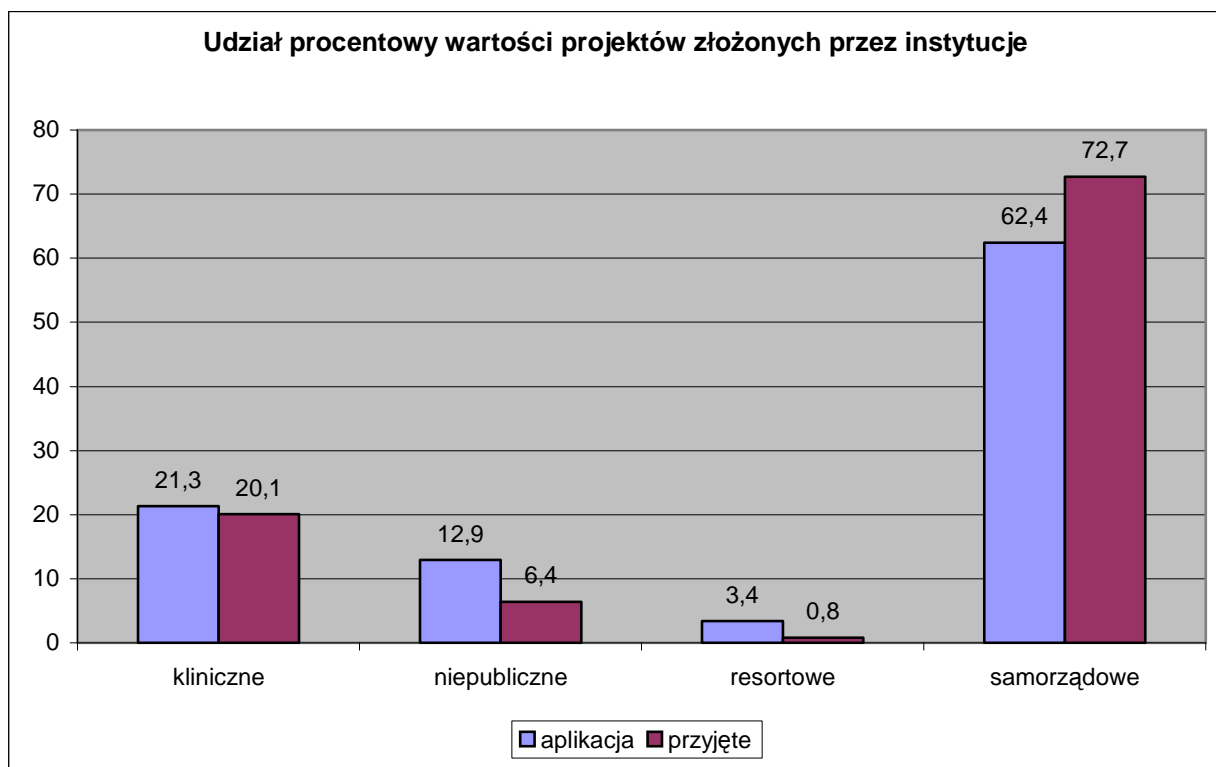
Rodzaj instytucji	Liczba projektów		Wartość projektów	
	Udział procentowy w puli aplikacji	Udział procentowy w puli beneficjentów	Udział procentowy w puli aplikacji	Udział procentowy w puli beneficjentów
kliniczne	4,8	7,7	21,3	20,1
niepubliczne	33,3	26,9	12,9	6,4
resortowe	5,7	3,8	3,4	0,8
samorządowe	56,2	61,5	62,4	72,7

Tabela 3



Rysunek 11

⁷ Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe zostało zakwalifikowane do tej grupy.



Rysunek 12

Podsumowując powyższe dane można stwierdzić:

- instytucje kliniczne i instytucje samorządowe wykazały się skutecznością w procesie kwalifikacji projektów. Udział procentowy liczby projektów złożonych przez te instytucje wzrósł w puli projektów zakwalifikowanych w porównaniu do puli projektów złożonych.
- zmiana udziału procentowego w puli projektów złożonych i puli projektów zakwalifikowanych dla danej kategorii instytucji jest niewielka – nie przekracza 7%.
- udział procentowy w wartości projektów wzrósł dla instytucji samorządowych o około 10% w puli projektów zakwalifikowanych w porównaniu do puli projektów złożonych. Wszystkie pozostałe kategorie instytucji wykazały tendencje odwrotne – spadek udziału procentowego w wartości projektów w puli projektów zakwalifikowanych w porównaniu do puli projektów złożonych. Należy jednak zauważyć, że spadek ten jest niewielki – rzędu 7%.

8. LOKALIZACJA TERYTORIALNA INSTYTUCJI – BENEFICJENTÓW

W poniższej tabeli (tabela 4) zestawiono lokalizację instytucji-beneficjentów. Podano liczbę projektów zakwalifikowanych i składanych oraz obliczono procent projektów, które – z danej lokalizacji – uzyskały kwalifikację.

W zestawieniach uwzględniono rozdział miasta Krakowa (powiat grodzki) od powiatu krakowskiego. Takiego podziału nie uwzględniono w przypadkach miasta Nowy Sącz i Tarnów – w tych przypadkach liczba projektów z powiatów grodzkich i ziemskich traktowana jest jako jedna pula.

<i>Lokalizacja</i>	<i>Liczba projektów aplikujących</i>	<i>Procent całkowitej liczby projektów aplikujących</i>	<i>Liczba projektów zakwalifikowanych</i>	<i>Procent całkowitej liczby projektów zakwalifikowanych</i>	<i>Procent projektów zakwalifikowanych w odniesieniu do liczby aplikujących</i>
Miasto Kraków	53	36,3	25	42,4	47,17
Powiat bocheński	4	2,7	4	6,8	100,00
Powiat brzeski	2	1,4	1	1,7	50,00
Powiat chrzanowski	3	2,1	1	1,7	33,33
Powiat dąbrowski	5	3,4	0	0,0	0,00
Powiat gorlicki	3	2,1	0	0,0	0,00
Powiat krakowski	3	2,1	3	5,1	100,00
Powiat limanowski	2	1,4	1	1,7	50,00
Powiat miechowski	1	0,7	1	1,7	100,00
Powiat myślenicki	1	0,7	0	0,0	0,00
Powiat nowosądecki	17	11,6	4	6,8	23,53
Powiat nowotarski	7	4,8	1	1,7	14,29
Powiat olkuski	8	5,5	4	6,8	50,00
Powiat oświęcimski	6	4,1	4	6,8	66,67
Powiat proszowicki	1	0,7	0	0,0	0,00
Powiat suski	3	2,1	1	1,7	33,33
Powiat tarnowski	13	8,9	3	5,1	23,08
Powiat tatrzański	8	5,5	3	5,1	37,50
Powiat wadowicki	3	2,1	2	3,4	66,67
Powiat wielicki	3	2,1	1	1,7	33,33

Tabela 4

Najbardziej skuteczne powiaty – 3 jednostki terytorialne (powiat bocheński, krakowski i miechowski), czyli 15% z liczby jednostek – zakwalifikowały do realizacji wszystkie aplikujące projekty.

4 jednostki terytorialne - czyli 20% z liczby jednostek - nie mają zakwalifikowanego do realizacji żadnego z aplikujących projektów. Sytuacja ta jest szczególnie niekorzystna dla powiatu dąbrowskiego, z którego złożono 5 aplikacji.

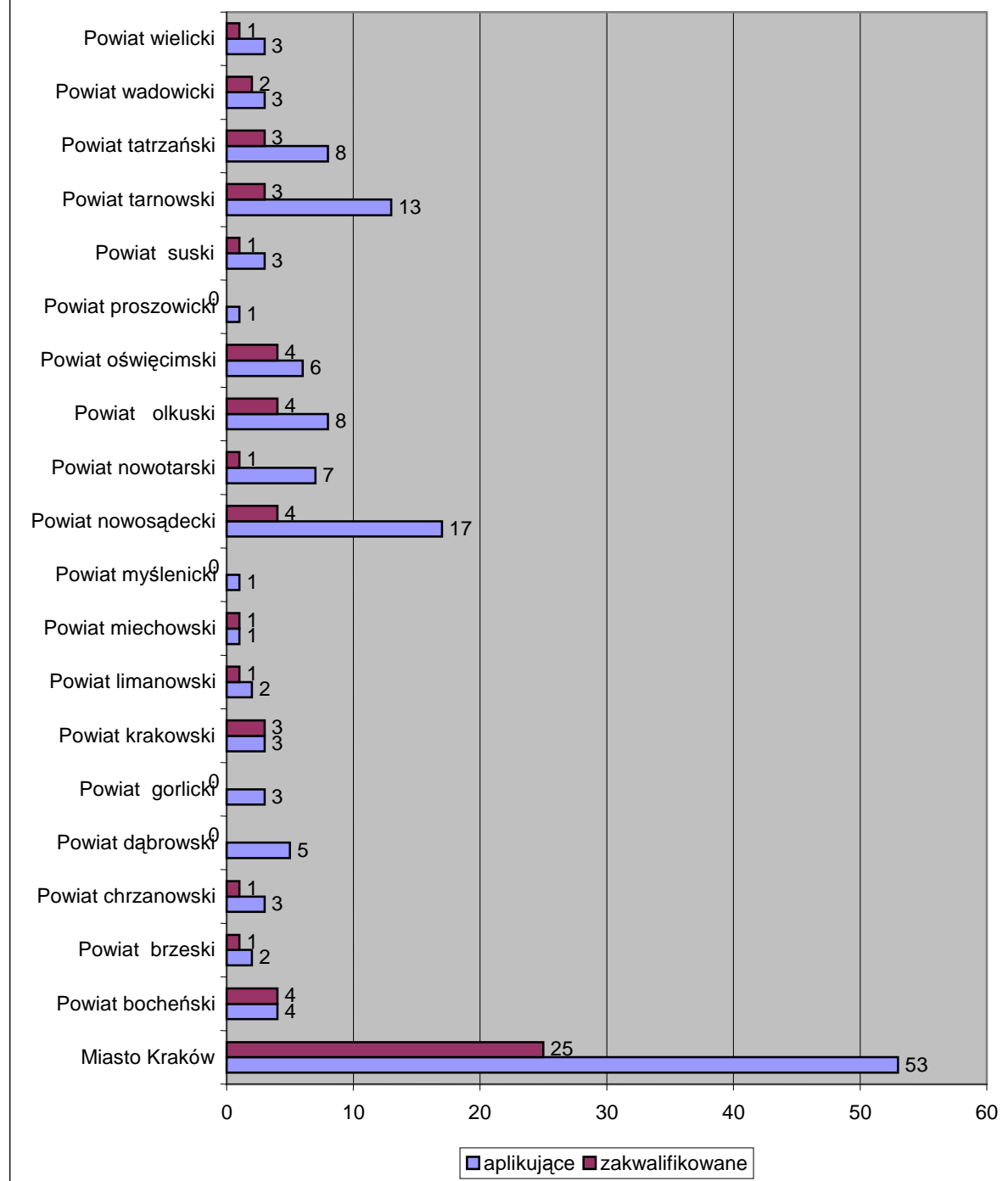
5 jednostek terytorialnych - czyli 25% z liczby jednostek – zakwalifikowało do realizacji 50% lub więcej złożonych projektów, a 8 jednostek terytorialnych - czyli 40% z liczby jednostek – zakwalifikowało do realizacji mniej niż 50% projektów aplikujących.

Średni procent projektów zakwalifikowanych do realizacji w odniesieniu do liczby projektów złożonych w całym województwie wynosi 40,41% (rysunek 14). Wskaźnik ten osiągnęło lub przekroczyło 9 jednostek terytorialnych - czyli 45% z liczby jednostek.

Zatem na ogólną liczbę 20 jednostek terytorialnych, 16 (czyli 80% jednostek) wprowadziło swoje projekty do puli projektów do realizacji.

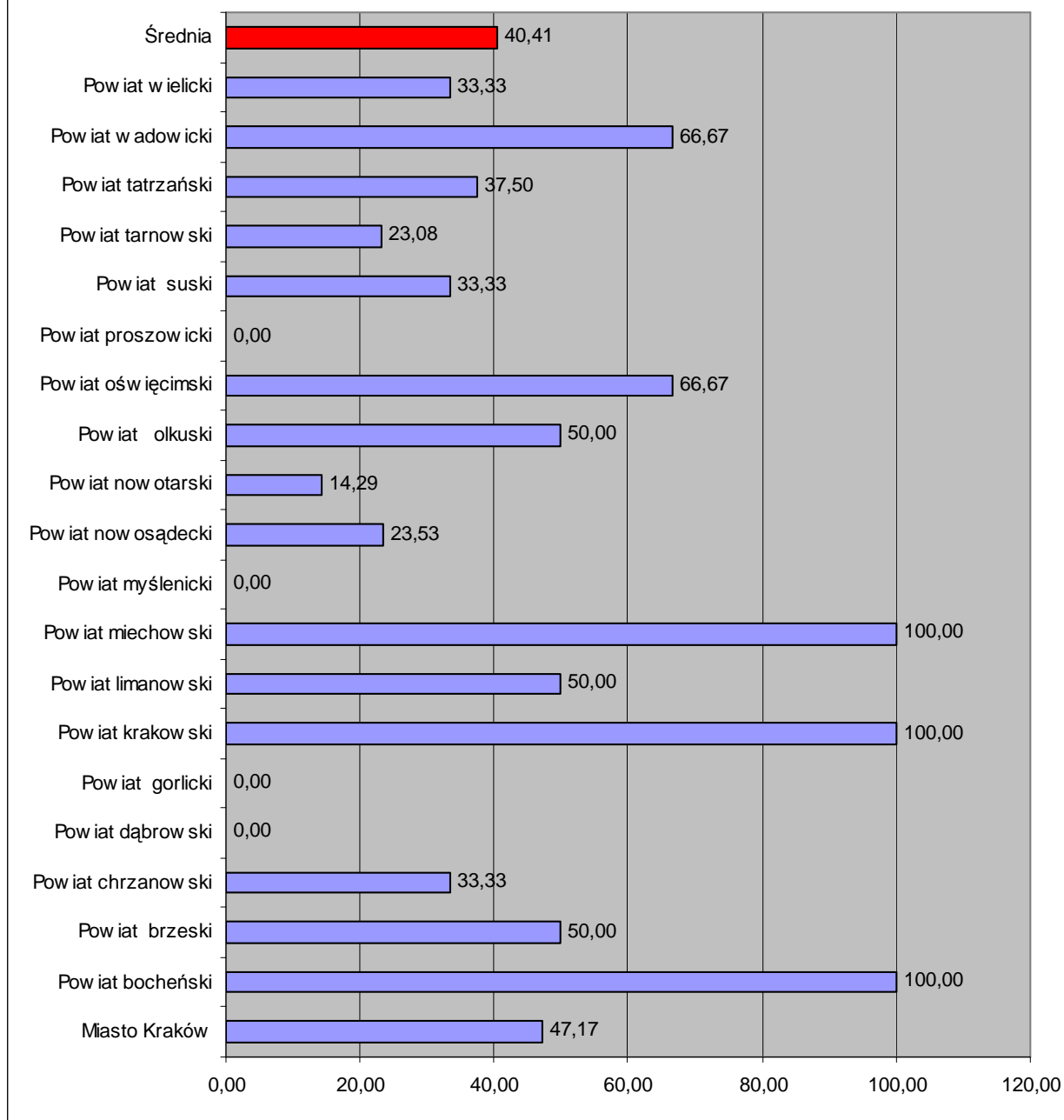
Relacje pomiędzy liczbą zgłoszonych projektów, a liczbą projektów zakwalifikowanych, przedstawiono na rysunku 13, a procent projektów wprowadzonych do realizacji na rysunku 14. Rozłożenie terytorialne danych ujętych w tabeli 4, przedstawiono na rysunku 15.

Liczba projektów złożonych i zakwalifikowanych do realizacji



Rysunek 13

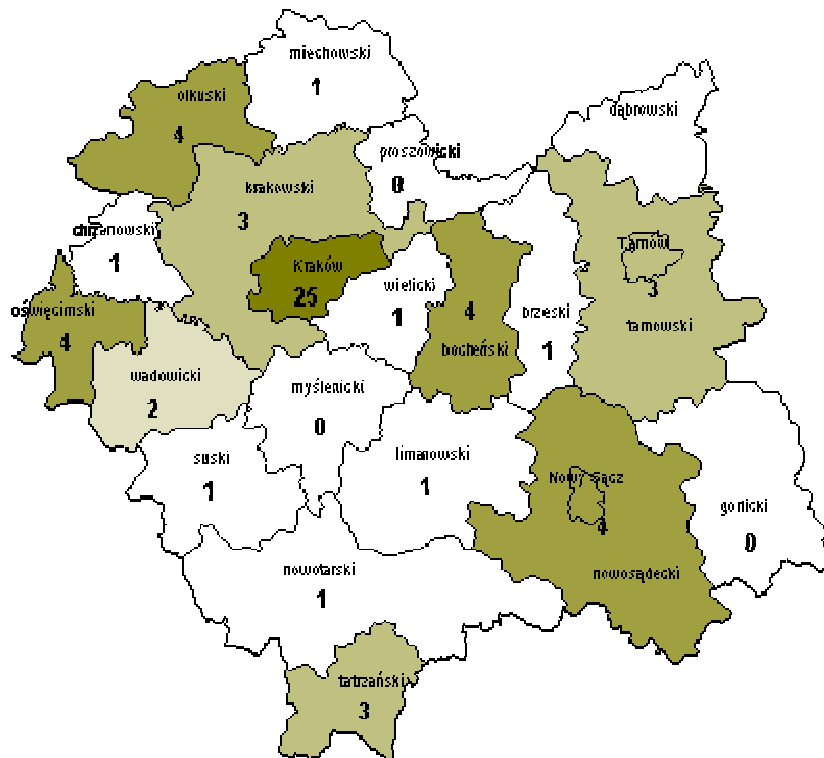
Procent projektów zakwalifikowanych do realizacji w odniesieniu do liczby projektów aplikujących



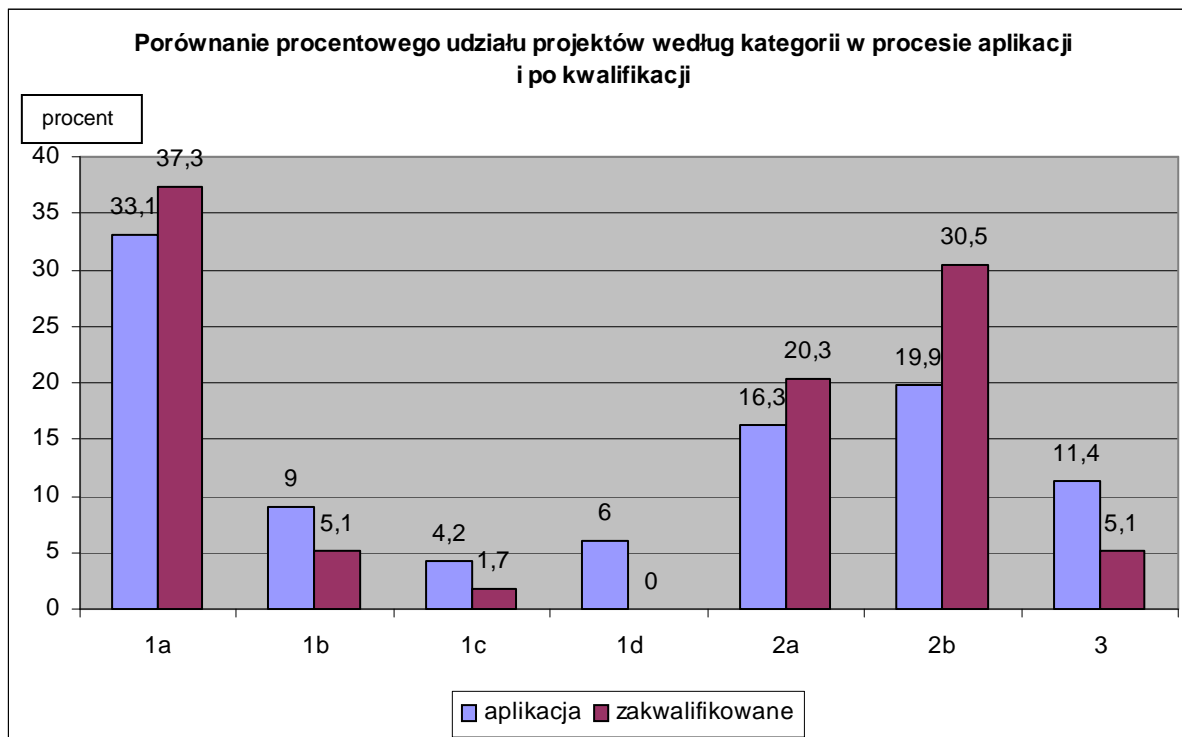
Rysunek 14



Rysunek 15. Rozłożenie terytorialne aplikacji projektowych



Rysunek 16. Rozłożenie terytorialne projektów zakwalifikowanych



Rysunek 16

Bazując na powyższych danych i porównujących udział procentowy projektów na etapie aplikacji i po zakwalifikowaniu można stwierdzić:

Proces kwalifikacji spowodował podwyższenie puli udziału projektów kategorii 2b o ponad 10%. Można zatem stwierdzić, że ten typ projektów – modernizacja infrastruktury budowlanej związana z zakupem aparatury medycznej – był najlepiej przygotowany i uzyskał najwyższe oceny spośród wszystkich innych typów projektów.

Wzrost udziału procentowego dotyczy także kategorii 1a i 2a, jednak wzrost ten jest bardziej umiarkowany – rzędu 4%.

Pozostałe kategorie projektów dotknął spadek udziału procentowego w puli. Najbardziej obniżył się udział projektów kategorii 1d (brak reprezentacji w puli projektów zakwalifikowanych) i 3 – spadek o około 6%. Spadek udziału dotyczy także projektów kategorii 1b i 1c.

Zatem proces kwalifikacji okazał się korzystny dla projektów związanych z zakupem aparatury medycznej i działaniami o charakterze modernizacyjnym.

Powyższe potwierdza duże zapotrzebowanie na poprawę stanu infrastruktury instytucji ochrony zdrowia osiągane możliwie szybko – stąd zakup aparatury dający szybki efekt w postaci możliwości wprowadzenia lub utrzymania funkcjonowania technologii medycznych i nacisk na modernizację, a nie na inwestycje.

10. PODSUMOWANIE

Nabór projektów do współfinansowania w ramach ZPORR należy uznać za udany wstęp do zagospodarowania unijnych funduszy strukturalnych w latach 2007 – 2013. Proces przygotowywania projektów stanowił niewątpliwie okazje do uporządkowania wielu obszarów związanych z infrastrukturą techniczną i strategią instytucji aplikującej. Różnice między pierwszym, a drugim naborem projektów dowodzą rosnącej wiedzy w instytucjach ochrony zdrowia na temat możliwości wykorzystywania funduszy unijnych, a doświadczenia zdobyte przy przygotowaniu projektów przyczynią się do podniesienia jakości kolejnych aplikacji.

Nabór projektów ZPORR zdominowany był przez projekty związane z zakupem aparatury medycznej. Część projektów dotyczyły wyłącznie takiego zakupu, w innych projektach, inwestycje aparaturowe stanowiły część większych działań o charakterze inwestycyjnym lub modernizacyjnym. Tak silnie zarysowane potrzeby w zakresie aparatury użytkowanej stanowią potwierdzenie długotrwałego braku środków finansowych na inwestycje i modernizacje w instytucjach ochrony zdrowia.

Poważnym problemem jest deficyt środków finansowych niezbędnych do realizacji projektów zakwalifikowanych. Spowodowało to powstanie listy „rezerwowej” projektów, których termin realizacji nie jest możliwy do określenia.

Przeprowadzając analizę podjęto także próbę wykazania relacji między priorytetami rozwoju województwa małopolskiego (w tym projektami w zakresie ochrony zdrowia)⁸, a składanymi i zakwalifikowanymi projektami. Wziąwszy pod uwagę szerokie spektrum priorytetów, można stwierdzić, że wystąpiła zgodność projektów z priorytetami.

⁸ Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego z 28 sierpnia 2000 r. oraz cele operacyjne Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia w latach 2001-2005.