

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE¹

PROGRAM OPERACYJNY INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO

PRIORYTET: XII „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”

DZIAŁANIE: 12.1 „Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym”

[Poprawa jakości świadczonych usług Specjalistycznego Szpitala w Miasteczku poprzez utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego”]

SPIS TREŚCI

- A. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE
 - B. INFORMACJE NA TEMAT PROJEKTU
 - C. WYNIKI STUDIUM WYKONALNOŚCI
 - D. HARMONOGRAM
 - E. ANALIZA KOSZTÓW I KORZYŚCI
 - F. OCENA WPŁYWU ODDZIAŁYWANIA NA ŚRODOWISKO
 - G. ZASADNOŚĆ WKŁADU PUBLICZNEGO
 - H. PLAN FINANSOWANIA
 - I. ZGODNOŚĆ Z POLITYKAMI I PRAWEM WSPÓLNOTOWYM
 - J. POŚWIADCZENIE WŁAŚCIWEJ INSTYTUCJI KRAJOWEJ
- ZAŁĄCZNIKI

¹ Formularz ten jest wykorzystywany w odniesieniu do tych projektów, których dotyczą dotacje w zakresie infrastruktury publicznej, nie stosuje się go do projektów wskazanych w art. 55 ust. 6 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006, które podlegają przepisom dotyczącym pomocy państwa w rozumieniu art. 87 Traktatu.

1. Harmonogram rzeczowo – finansowy realizacji projektu w postaci wykresu Gantta (w miesiącach).
2. Oświadczenie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko,
3. Dokument potwierdzający kwalifikowalność Wnioskodawcy (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem), tj.:
 - aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub
 - aktualny wypis z Ewidencji Działalności Gospodarczej lub
 - inny dokument o podobnym charakterze, który potwierdza formę prawną i zakres działania – w przypadku, gdy wnioskodawca posiada statut zobowiązany jest do jego załączenia.
4. Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej wnioski, załączniki i wymagane oświadczenia, jeśli umocowanie nie wynika z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu o podobnym charakterze.
5. Upoważnienie lub porozumienie zawarte pomiędzy beneficjentem oraz podmiotem upoważnionym do ponoszenia wydatków kwalifikowalnych, jeżeli beneficjent chce umożliwić innemu podmiotowi ponoszenie wydatków kwalifikowanych (z zastrzeżeniem przypadków, dla których wymagane jest oświadczenie).
6. Umowę partnerstwa zawiązanego w celu realizacji projektu (oryginał lub kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem) - jeśli dotyczy.
7. Dokumenty (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem) potwierdzające sytuację finansową beneficjenta oraz ewentualnych innych podmiotów zaangażowanych w realizację przedsięwzięcia (np. w przypadku partnerstwa zawiązanego w celu realizacji projektu), tj.:
 - bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 2 lata (dokumenty potwierdzone przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta) zgodnie z przepisami o rachunkowości;
 - w przypadku podmiotów niezobowiązanych do sporządzania bilansu - informację określającą obroty, zysk oraz zobowiązania i należności ogółem;a także:
 - aktualne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu w opłacaniu podatków lub dokument obrazujący stan zaległości, oraz
 - aktualne zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o nie zaleganiu w opłacaniu składek lub dokument obrazujący stan zaległości.

8. Wykaz przetargów (planowanych i/lub przeprowadzonych) w zakresie inwestycji objętych wnioskiem.
9. Studium wykonalności, którego zakres stanowi załącznik nr 20 niniejszego Regulaminu.
10. Kosztorys inwestorski na roboty budowlane – dotyczy projektów w zakresie robót budowlanych.
11. Wyciąg z dokumentacji technicznej (projekt i opis techniczny) – dotyczy projektów w zakresie robót budowlanych.
12. Specyfikację techniczną (dotyczy projektów w zakresie dostaw).
13. Kopię (potwierdzoną przez upoważnioną osobę za zgodność z oryginałem) pozwolenia (pozwoleń) na budowę lub zgłoszenia budowy – dotyczy projektów w zakresie robót budowlanych. W przypadku, gdy beneficjent nie dysponuje pozwoleniem (pozwoleniami) na budowę zobowiązany jest do załączenia kopii złożonego (złożonych) do właściwych organów wniosku (wniosków) o pozwolenie (pozwolenia) na budowę.
14. Analizę kosztów i korzyści (wydruk oraz wersję elektroniczną w formacie xls z odblokowanymi formułami).
15. Oświadczenie o posiadaniu przez zakład opieki zdrowotnej, (którego projekt dotyczy) infrastruktury technicznej niezbędnej do instalacji i użytkowania aparatury medycznej objętej projektem (dotyczy projektów przewidujących zakup aparatury medycznej) – oświadczenie nie jest wymagane, jeżeli we Wniosku o dofinansowanie uwzględnione zostaną roboty budowlane w tym zakresie. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 21 niniejszego Regulaminu.
16. Oświadczenie o posiadaniu przez zakład opieki zdrowotnej (którego projekt dotyczy), kadry medycznej odpowiednio wykwalifikowanej do obsługi aparatury medycznej objętej projektem lub oświadczenie, że zakład opieki zdrowotnej (którego projekt dotyczy) będzie dysponował kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi aparatury medycznej objętej projektem nie później niż w dniu instalacji aparatury medycznej (dotyczy projektów przewidujących zakup aparatury medycznej), którego wzór stanowi załącznik nr 22 niniejszego Regulaminu.

A. DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE

A.1. Instytucja odpowiedzialna za wniosek (tj. instytucja zarządzająca lub instytucja pośrednicząca)

A.1.1. *Nazwa:* Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

A.1.2. *Adres:* Al. Jerozolimskie 155, 02 – 326 Warszawa

A.1.3. *Kontakt:* Leszek Sikorski – Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

A.1.4. *Tel.:* (22) 597 09 27

A.1.5. *Teleks/Faks:* (22) 597 09 37

A.1.6. *E-mail:* biuro@csioz.gov.pl

A.2. Organ odpowiedzialny za realizację projektu (beneficjent)

A.2.1. *Nazwa:* Specjalistyczny Szpital w X, NIP: 000-000-00-00, REGON: 000000000

A.2.2. *Adres:* ul. Medyczna 3, 00-000 Miasteczko, woj. zachodniopomorskie, powiat: Miasteczko, gmina: Miasteczko

A.2.3. *Kontakt:* Jan Nowak – Dyrektor, Ewa Kowalska – Główny Księgowy

A.2.4. *Tel.:* (22) 222 22 22

A.2.5. *Teleks/Faks:* (22) 222 22 23

A.2.6. *E-mail:* szpitalX@szpital.pl

A.2.7. *Osoba do kontaktów roboczych:* Anna Wójcik – specjalista ds. funduszy UE, Tel: (22) 222 22 24, email: awojcik@szpital.pl

B. INFORMACJE NA TEMAT PROJEKTU

B.1.1. Tytuł projektu/faza projektu:

„Poprawa jakości świadczonych usług Specjalistycznego Szpitala w Miasteczku poprzez utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego”

B.2. Kategoryzacja działań związanych z projektem²

B.2.1. Kod klasyfikacji wg kryterium priorytetowego obszaru tematycznego:

Kod: 76 „Infrastruktura zdrowia” *Wartość procentowa:* 100%

B.2.2. Kod klasyfikacji wg kryterium formy finansowania:

Kod: 01 „Pomoc bezzwrotna”

B.2.3. Kod wymiaru terytorialnego:

Kod: 00 „Nie dotyczy”

B.2.4. Kod wymiaru rodzaju działalności gospodarczej:³

Kod: 19 „Ochrona zdrowia ludzkiego” *Wartość procentowa:* 100%

B.2.4.1. Kod NACE:⁴

Kod: Nie dotyczy

² Załącznik II do rozporządzenia Komisji (WE) nr 1828/2006, o ile nie wskazano inaczej.

³ Jeżeli projekt dotyczy więcej niż jednej działalności gospodarczej, należy wskazać wiele kodów. W takim przypadku procentowy udział każdego kodu powinien stanowić łączną wartość nieprzekraczającą 100 %.

⁴ NACE-Rev.1, 4-cyfrowy kod: http://europa.eu.int/comm/competition/mergers/cases/index/nace_all.html.

B.2.5. Kod klasyfikacji wg kryterium lokalizacji (NUTS/LAU):⁵

Kod: 3.1.14.28

B.3. Zgodność i spójność z programem operacyjnym

B.3.1. Nazwa powiązanego programu operacyjnego:

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko

B.3.2. Wspólny kod identyfikacyjny programu operacyjnego:

CCI 2007PL161PO002

B.3.3. Decyzja Komisji (nr i data):

K(2007)6321 z 7 grudnia 2007 r

B.3.4. Fundusz:

EFRR



Fundusz
Spójności



B.3.5. Nazwa osi priorytetowej:

XII oś priorytetowa „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”.

B.4. Opis projektu

B.4.1. Opis projektu (lub etapu projektu):

a) przedstawić opis projektu (lub etapu projektu):

Projekt pn „Poprawa jakości świadczonych usług Specjalistycznego Szpitala w Miasteczku poprzez utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego” to zadanie realizowane w Specjalistycznym Szpitalu w Miasteczku, w województwie zachodniopomorskim, w powiecie Miasteczko, w Gminie Miasteczko, w mieście Miasteczko. Prace, służące poprawie jakości świadczonych usług medycznych poprzez utworzenie pracowni rezonansu będą przeprowadzone w budynku A Szpitala, na parterze, w dawnych pomieszczeniach socjalnych.

Działania projektowe przedstawiają się następująco:

1). Etap przygotowawczy – sporządzenie dokumentacji projektowej i aplikacyjnej

2). Etap rzeczowej realizacji:

a). Adaptacja pomieszczeń – przebudowa istniejących pomieszczeń w celu utworzenia pracowni rezonansu, składających się z następujących pomieszczeń:

- poczekalnia z rejestracją
- archiwum z szatnią personelu
- pomieszczenie przygotowania pacjenta z kabiną

⁵ Kody NUTS: http://europa.eu.int/comm/eurostat/ramon/nuts/home_regions_en.html. Proszę stosować najbardziej szczegółowe i odpowiednie kody NUTS. Jeżeli projekt dotyczy wielu poszczególnych poziomów obszaru NUTS/LAU 2, należy rozważyć wprowadzenie kodów NUTS/LAU 1 lub wyższych.

- pokój opisowy
- pracownia rezonansu magnetycznego
- sterownia
- pomieszczenie techniczne
- sanitariat pacjentów
- sanitariat personelu
- pomieszczenia techniczne w przestrzeni instalacyjnej (wentylatornie, fundamenty pod urządzenia, zasilenia energetyczne itp.- 122m²)

W pomieszczeniach tych zostaną wykonane prace budowlane polegające na ustawieniu ścianek działowych, wykonanie nowych instalacji elektrycznych, ogrzewania, instalacji gazów, oświetlenia. Zostaną także zmodernizowane sanitariaty. Ściany zostaną pokryte gładzią i pomalowane. W części zostanie ułożona glazura i terakota. Zostaną wymienione drzwi i okna.

b). Zakup sprzętu specjalistycznego:

Do pracowni zakupiony zostanie rezonans magnetyczny oraz wyposażenie dodatkowe składające się z:

1. Strzykawka automatyczna do kontrastu,
2. Drukarka kolorowa
3. Drukarka sucha pracująca w systemie DICOM – do wydruku klisz
4. Negatoskopy opisowe
5. Wózek antymagnetyczny do transportu pacjentów
6. Pulsoksymetr dla środowiska MR
7. System audio ze słuchawkami do odsłuchu muzyki i komunikacji głosowej z pacjentem
8. Klatka Faradaya z kompletnym wykończeniem
9. Zestaw fantomów do kalibracji i testowania aparatu
10. Zestaw podkładek do pozycjonowania przy różnych typach badań
11. Detektor implantów metalowych
12. Gaśnica antymagnetyczna

3). Etap zarządzania projektem – etap polegający na monitorowaniu bieżącej realizacji projektu, składanie raportów z realizacji i wnioskowanie o płatność.

4). Etap promocji – wykonanie tablic czasowych i stałych, a także zakup naklejek na zakupiony sprzęt oraz druk broszur informacyjnych określających sposób dofinansowania projektu ze środków PO IiŚ.

Ze względu na złożoność zadań, projekt niniejszy w realizacji wymaga specjalistów z zakresu zarządzania oraz inżynierów budowlanych. Biorąc pod uwagę rangę placówki i zasięg jego oddziaływania, niezbyt możliwym wydaje się stwierdzenie, iż projekt mógłby być zagrożony pod względem realizacyjnym. Szpital Specjalistyczny w Miasteczku posiada odpowiedni zespół ludzki, dzięki któremu możliwe jest sprawne przygotowanie i wdrożenie niniejszego projektu. Za realizację niniejszego projektu będą odpowiadać specjaliści z zakresu zarządzania oraz budownictwa. Za całokształt realizacji projektu odpowiedzialny będzie Dyrektor Szpitala Specjalistycznego

Jednocześnie będzie on osobą podpisującą wszelkie umowy wynikające z realizacji niniejszego projektu.

Dyrektor szpitala, na potrzeby projektu powoła specjalny zespół ds. wdrażania odpowiedzialny za sprawne przeprowadzenie i nadzorowanie etapu przygotowawczego, realizacyjnego i końcowego projektu. Podczas etapu przygotowawczego pracownicy będą odpowiedzialni za przygotowania procedur przetargowych doprowadzających do wyboru wykonawcy na roboty budowlane i dostawę sprzętu medycznego. W etapie realizacyjnym zespół będzie nadzorował i kontrolował wykonanie modernizacji pomieszczeń oraz organizację dostaw sprzętu i ich protokolarny odbiór. W etapie końcowym zespół będzie odpowiedzialny za zakończenie projektu zgodnie z harmonogramem oraz jego merytoryczno – finansowe rozliczenie względem odpowiednich organów.

W skład zespołu wchodzić będą:

- 1). kierownik projektu - Kierownik projektu, który odpowiedzialny będzie za nadzór nad całością realizacji projektu, przeprowadzenie kampanii marketingowej i promocyjnej projektu oraz sprawozdawczość po skończeniu realizacji niniejszego projektu.
- 2). inżynier projektu - odpowiedzialny za pomoc w wyborze wykonawcy robót modernizacyjnych i adaptacyjnych pracowni rezonansu magnetycznego, dostawę sprzętu medycznego oraz sprawowanie kontroli zgodności działań z założeniami projektu.
- 3). Specjalista ds. budowlanych - odpowiedzialny za kontrolę jakości wykonywanych prac, a także za sprawdzanie i odbiór efektów prac budowlanych poszczególnych etapów realizacji projektu oraz dokonanie jego odbioru końcowego.
- 4). Specjalista ds. zamówień publicznych – odpowiedzialny za realizację zamówień
- 5). Specjalista ds. finansowych – odpowiedzialny za rozliczenia finansowe projektu.

Szpital utrzyma trwałość projektu przez 5 lat od momentu jego zakończenia. Oznacza to, iż nie podda go znaczącej modyfikacji:

- a) modyfikacji mającej znaczny wpływ na charakter lub warunki realizacji projektu lub powodującej uzyskanie nieuzasadnionej korzyści przez przedsiębiorstwo lub podmiot publiczny oraz
- b) wynikającej ze zmiany charakteru własności elementu infrastruktury albo z zaprzestania działalności produkcyjnej.

Właścicielem obiektów jest Szpital, który posiada prawo nieodpłatnego użytkowania. Szpital Specjalistyczny mając podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, ma jednocześnie zagwarantowane środki na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego w ramach hospitalizacji.

Szpital nie upoważni żadnego innego podmiotu do ponoszenia wydatków w ramach projektu.

Wszystkie koszty wskazane w budżecie są kosztami kwalifikowanymi, włączając w to podatek VAT gdyż Wnioskodawca nie ma możliwości jego odzyskania, na co wskazują przepisy Ustawy o podatku VAT.

b) jeżeli projekt stanowi jeden z etapów kompleksowego projektu, należy przedstawić zakładane etapy realizacji (wyjaśniając, czy są one technicznie i finansowo niezależne):

Nie dotyczy

c) jakie kryteria wykorzystano w celu określenia podziału projektu na etapy?

Nie dotyczy

B.4.2. Techniczny opis inwestycji w infrastrukturę

a) opisać proponowaną infrastrukturę i prace, w odniesieniu do których proponowana jest pomoc, wskazując główne parametry i części składowe:

projekt przewiduje utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego w wyniku przeprowadzonej modernizacji. Pracownia rezonansu magnetycznego składać się będzie z następujących pomieszczeń:

- poczekalnia z rejestracją o łącznej powierzchni 18 m², m²,
- pomieszczenie przygotowania pacjenta z kabiną o łącznej powierzchni 16 m²,
- pokój opisowy o pow. 9m²
- pracownia rezonansu magnetycznego o pow. 33 m²,
- sterownia o pow. 9 m²,
- pomieszczenie techniczne o pow. 17 m²,
- sanitariat pacjentów o pow. 5m²,
- sanitariat personelu o pow. 5 m².
- pomieszczenia techniczne w przestrzeni instalacyjnej (wentylatornie, fundamenty pod urządzenia, zasilenia energetyczne itp.- 122m²

Łączna powierzchnia pracowni rezonansu magnetycznego będzie wynosić 250 m² z wysokością pomieszczeń równą 290 cm.

Poszczególne elementy budowlane będą wykonane zgodnie z warunkami technicznymi wykonania i odbioru robót budowlanych, z materiałów budowlanych dopuszczonych do stosowania w budownictwie zgodnie z ustawą „Prawo budowlane”, posiadających atesty zdrowotne PZH.

Zakłada się wykonanie poszczególnych elementów budowlanych w standardzie j.n.:

- ścianki działowe pomiędzy pomieszczeniami recepcji, pokoju rezonansu, sterowni, pokoju, przygotowawczego, pomieszczeń technicznych i sanitariatów z płytek betonu komórkowego o grubości 12 i 6 cm,
- część ścianek do pomieszczenia rejestracji zostanie wykonana z wykorzystaniem aluminiowych ram z wypełnieniem szkłem bezpiecznym,

- tynki wewnętrzne sufitów i ścian wykonane zostaną za pomocą zaprawy cementowo-wapiennej kat.III, przeznaczonej pod gładzie gipsowe,
- okładziny ścian w pomieszczeniach sanitarnych zostaną wykonane z płytek glazurowanych układanych na zaprawie klejowej,
- okładziny ścian na całej wysokości pozostałych pomieszczeń zostaną wykonane materiałami trwałymi, gładkimi, zmywalnymi, nienasiąkliwymi i odpornymi na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych, gdyż pomieszczenia te są wymagającymi częstej dezynfekcji lub utrzymania aseptyki,
- posadzki w pomieszczeniach sanitarnych zostaną wykonane ze względów bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i personelu z niepoślizgowych płytek terakotowych,
- posadzki w sali zabiegowej, sterowni, pokoju przygotowania pacjenta i pomieszczeniu technicznym – zostaną wykonane z wykładziny bezspoinowej odprowadzającej ładunki elektryczne z cokolikami wyokrąglonymi, wyłożonymi na ścianę na wys. 10 cm,
- we wszystkich pomieszczeniach zostaną zastosowane sufity podwieszane, wykonane z niepalnych i nie kapiących w czasie pożaru prasowanych płyt wełny mineralnej,. Zostaną one wykonane na konstrukcji metalowej, skrywającej przewody wentylacji mechanicznej,
- jako wejście do pracowni zostaną wykonane drzwi, przez które będzie odbywać się ruch pacjentów na wózkach o szerokości co najmniej 110 cm w świetle otworu drzwiowego,
- nad okładzinami ściany i sufity zostaną pomalowane za pomocą farby emulsyjnej z wykonaniem gładzi gipsowej,
- ze względów bezpieczeństwa zostaną założone odbojoporcze, i narożniki wykonanych z żywicy akrowinylowej modyfikowanej przeciwuderzeniowo,
- ze względu na aktualne wymagania normy cieplnej wszystkie okna zostaną wymienione na nowe, spełniające te warunki
- ze względu na dopuszczenie do stosowania na terenach szpitala grzejników gładkich, wszystkie grzejniki zostaną wymienione na tego rodzaju,
- wszystkie pomieszczenia zostaną wyposażone w instalację klimatyzacyjną, która swoją konstrukcją będzie umożliwiała okresowe czyszczenie przewodów,
- w pomieszczeniach sanitarnych zostaną zainstalowane wszystkie urządzenia sanitarne. Dodatkowo, w sanitariatach dla pacjentów zostaną zainstalowane także urządzenia dla osób niepełnosprawnych,

- w pomieszczeniach pracowni rezonansu zostanie wykonana niezbędna instalacja wodna, kanalizacyjna oraz grzewcza z przyłączem do miejskiej sieci wodno – kanalizacyjnej oraz grzewczej,
- w pomieszczeniu rezonansu zostanie wykonana instalacja gazów medycznych z punktami poboru tlenu, próżni i sprężonego powietrza,
- do wszystkich pomieszczeń zostanie doprowadzona instalacja elektryczna
- wszystkie pomieszczenia zostaną wyposażone w niezbędny osprzęt elektryczny (w tym w oprawy oświetleniowe),
- w pomieszczeniach technicznych, rezonansu i sterowni zostanie wykonana instalacja komputerowa,
- pomieszczenia zostaną także wyposażone w urządzenia UPS dla bezprzerwowego zasilania w energię elektryczną,
- między sterownią a salą zabiegową zostanie wykonana instalacja interkomunikacji umożliwiająca sprawną komunikację między sterownią a diagnozowanym pacjentem.

Ostatnim elementem projektowym będzie zakup aparatu rezonansu magnetycznego wraz z wyposażeniem dodatkowym:

Strzykawka automatyczna do kontrastu,
 Drukarka kolorowa
 Drukarka sucha pracująca w systemie DICOM – do wydruku klisz
 Negatoskopy opisowe
 Wózek antymagnetyczny do transportu pacjentów
 Pulsoksymetr dla środowiska MR
 System audio ze słuchawkami do odsłuchu muzyki i komunikacji głosowej z pacjentem
 Klatka Faradaya z kompletnym wykończeniem
 Zestaw fantomów do kalibracji i testowania aparatu
 Zestaw podkładek do pozycjonowania przy różnych typach badań
 Detektor implantów metalowych
 Gaśnica antymagnetyczna

Poniżej zestawiono podstawowe wymagania techniczne i funkcjonalne wobec tomografu rezonansu magnetycznego, które muszą cechować aparat, będący przedmiotem zakupu:

1. Magnes o indukcji pola magnetycznego wynoszącej 1,5 T
2. Maksymalne pole widzenia (FoV) nie mniejsze niż 50 cm we wszystkich osiach (x, y, z)
3. Typowa jednorodność pola magnetycznego, mierzona 24-płaszczyznową metodą VRMS, mniejsza niż 0,35 ppm, dla FoV = 45 cm
4. Charakterystyka systemu gradientowego:

- amplituda gradientów nie mniejsza niż 33 mT/m, dla FoV \geq 50 cm, we wszystkich osiach (x, y, z) równocześnie
 - efektywna amplituda gradientów (wartość wypadkowa) większa lub równa 57 mT/m,
 - dla FoV \geq 50 cm
 - szybkość narastania gradientów (Slew Rate) większa lub równa 125 T/m/s, dla FoV \geq 50 cm, we wszystkich osiach (x, y, z) równocześnie
 - efektywna szybkość narastania gradientów (wartość wypadkowa Slew Rate) większa lub równa 216 T/m/s, dla FoV \geq 50 cm
 - 5. Minimum 16 niezależnych kanałów pomiarowych systemu radiowego
 - 6. Cewki pozwalające na wykonywanie niżej wymienionych badań diagnostycznych dysponujące ilością kanałów, która maksymalnie wykorzysta dostępną ilość kanałów pomiarowych systemu radiowego
 - 7. Możliwości diagnostyczne:
 - Badania głowy
 - Badania szyi
 - Badania kręgosłupa
 - Badania klatki piersiowej
 - Badania narządów jamy brzusznej
 - Badania stawów: barkowego, łokciowego, nadgarstka, kolanowego, skokowego
 - Badania obszarów rozległych, wykraczających ponad maksymalne FoV, takich jak cały kręgosłup, cały układ nerwowy, cały tułów, a także całe ciało, wykonywane w automatycznych krokach
 - Angiografia MR naczyń głowy, tułowia i kończyn
 - Dyfuzja MR (w obszarze głowy, kręgosłupa i jamy brzusznej)
 - Perfuzja MR
 - Spektroskopia pojedynczego voxela (SVS) i spektroskopia przesunięcia chemicznego (CSI)
 - Obrazowanie równoległe o współczynniku przyspieszenia co najmniej x4
 - Metody redukcji artefaktów ruchowych w oparciu o techniki „nawigator 1D” i w oparciu o techniki niewrażliwych na ruch sekwencji do obrazowania głowy, stawów kręgosłupa i jamy brzusznej oraz metody redukcji artefaktów oddechowych w oparciu o techniki „nawigator 2D”
 - Stół pacjenta o dużym udźwigu pozwalający na badanie pacjentów o dużej masie
 - 8. Konsola operatorska i/lub konsola lekarska
 - 1-2 monitory płaskie o przekątnej co najmniej 18",
 - Możliwości opracowania wymienionych badań diagnostycznych
 - Archiwizacja obrazów na CD-R i DVD,
- Funkcjonalność DICOM w pełnym zakresie

b) opisać i określić ilościowo, w odniesieniu do wykonywanych prac, podstawowe wskaźniki produktu, które zostaną wykorzystane:

- Podstawowym wskaźnikiem produktu dla niniejszego projektu będzie:
- Liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej” - 1 szt. (wskaźnik obowiązkowy dla działania 12.2)
 - Liczba doposażonych zakładów opieki zdrowotnej – 1 szt. (wskaźnik obowiązkowy dla działania 12.2)

- „Liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy” – 2 EPC (wskaźnik obowiązkowy dla wszystkich projektów).

Podstawowymi wskaźnikami rezultatu dla niniejszego projektu będą:

- Średni wiek stacjonarnej aparatury radiologicznej – 10 lat (wskaźnik obowiązkowy dla działania 12.2),
- Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które
- zostaną wykonane zakupionym sprzętem - 240 (wskaźnik obowiązkowy dla działania 12.2),
- „Przewidywana całkowita liczba bezpośrednio utworzonych nowych miejsc prac” – 2 EPC (wskaźnik obowiązkowy dla wszystkich projektów).

c) główni beneficjenci infrastruktury (tj. obsługiwana grupa docelowa, w ujęciu ilościowym, tam gdzie to możliwe):

Głównymi Beneficjentami infrastruktury będą:

- 1). Pacjenci szpitala – ok. 10 tys. rocznie
- 2). Mieszkańcy Miasteczka – 150 tys.
- 3). Pracownicy Szpitala – 150 lekarzy i pielęgniarek oraz 50 pracowników administracyjnych

d) czy budowa infrastruktury będzie przeprowadzana w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP)?

Tak Nie

Jeżeli tak, opisać formę PPP (tj. procedurę wyboru partnera prywatnego, strukturę PPP, uzgodnienia w zakresie własności infrastruktury, uzgodnienia dotyczące podziału ryzyka itd.):

Nie dotyczy

Opisać szczegółowo, w jaki sposób infrastruktura będzie zarządzana po zakończeniu projektu (tj. zarządzanie publiczne, koncesje, inna forma PPP):

Nie dotyczy

e) czy w projekcie będącym częścią środka transgranicznego biorą udział dwa lub więcej państw członkowskich?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę wyszczególnić rodzaj środka:

Nie dotyczy

f) czy projekt stanowi część sieci transeuropejskiej będącej przedmiotem uzgodnień na poziomie wspólnotowym?

Tak Nie

Nie dotyczy

B.5. Cele projektu

B.5.1. Istniejąca infrastruktura i wpływ projektu

Wskazać, w jakiej mierze region(y) jest (są) obecnie wyposażony(-e) w rodzaj infrastruktury objętej niniejszym wnioskiem; porównać te dane z poziomem wyposażenia w infrastrukturę przewidywanym na rok docelowy 20... (tj. zgodnie z odpowiednimi krajowymi/regionalnymi planami strategicznymi, tam gdzie stosowne). Wskazać przewidywalny wkład projektu w cele strategii/planu. Wyszczególnić potencjalne wąskie gardła lub inne problemy, które wymagają rozwiązania:

Na terenie województwa znajduje się 5 szpitali, w tym tylko 1 w Powiecie Miasteczkowym. Szpital Specjalistyczny w Miasteczku jako jedyny posiada II stopień referencyjny, oferując mieszkańcom regionu wysokospecjalistyczną opiekę zdrowotną, udzielaną w zakresie onkologii, ortopedii, neurologii i kardiologii. Szpital udziela ok. 15% świadczeń dla pacjentów spoza województwa. Współczynnik wykorzystania łóżek kształtuje się ok. 95%. W szpitalu prowadzone jest kształcenie lekarzy w zakresie ww. specjalizacji. W placówce zatrudnionych jest 60 osób z tytułami naukowymi.

Województwo, a w szczególności region powiatu Miasteczkowego, to obszar który charakteryzuje się niewystarczającym poziomem diagnostyki medycznej w zakresie obrazowych badań radiologicznych. Ten zły stan rzeczy powodowały jest głównie przez fakt braku na terenie regionu publicznej placówki służby zdrowia, która w ramach swoich usług diagnostycznych ma możliwość przeprowadzenia badania rezonansem magnetycznym, a także osób wykwalifikowanych do przeprowadzania tego typu badań. Ma to skutek w tym, iż region jeżeli chodzi o możliwość badania rezonansem magnetycznym jest zaściankiem Polski. Przykładowo, na Podkarpaciu chorzy mają do dyspozycji pięć aparatów tego typu. Podobnie na Podlasiu, na Mazowszu zbadać się można w aż 17 pracowniach. W naszym regionie funkcjonują tylko dwie pracownie rezonansu magnetycznego – w Dużym Mieście. Jak widać najbliższa placówka oferująca tego typu usługi znajduje się w mieście oddalonym od Miasteczka o około 125 km.

W 2007 pacjenci hospitalizowani w Szpitalu Specjalistycznym w Miasteczku na badania rezonansu magnetycznego byli dowożeni do szpitala w Dużym Mieście, z którym szpital miał zawartą umowę na wykonywanie badań wysokospecjalistycznych.

W 2007 roku z badania tego skorzystało tylko 19 pacjentów. Były to głównie osoby hospitalizowane w Oddziale Neurologicznym (14 osób). Ale zapotrzebowanie było dużo większe. Na 1699 pacjentów leczonych w 2007 roku w Oddziale Neurologicznym ok. 350 w celu najskuteczniejszej diagnozy powinno przejść badanie rezonansem magnetycznym. Skorzystało tylko 14 pacjentów. Dodatkowo, koszt transportu pacjentów do Dużego Miasta jest bardzo duży. W zależności od stanu pacjenta a więc i od rodzaju transportu koszt ten waha się on od 260 do 1430 zł za jeden transport. .

Obecnie, wielu pacjentów cierpiących na choroby układu nerwowego czy układu krążenia nie ma wykonywanych badań rezonansem magnetycznym, zastępując je badaniami tomografem komputerowym, które jest badaniem obrazowym wykorzystującym do oceny narządów ciała ludzkiego promieniowanie rentgenowskie i komputer.

Badanie rezonansem magnetycznym jest wykonywane w wielu przypadkach, kiedy tomografia komputerowa nie pozwala na dokładną ocenę choroby lub kiedy nie tłumaczy objawów neurologicznych pacjenta. Są to zupełnie inne metody stosowane do oceny innych patologii. Każda z nich ma swoje specyficzne wskazania. Wadą tomografii jest dosyć duża dawka promieniowania rtg. Obydwa badania są nieinwazyjne i niebolesne. Zarówno w tomografii jak i w rezonansie podaje się kontrast dożylnie jeśli są do tego wskazania. CT (tomograf) jest lepszym badaniem w ocenie zmian kostnych, pourazowych, krwinków itp natomiast rezonans jest dokładniejszy w ocenie np. guzów. Najczęstsze wskazania do robienia tego typu badań to właśnie poważny uraz głowy (wtedy tomografia), podejrzenie krwiaka pourazowego lub udaru mózgu zwłaszcza krwotoku i podejrzenie guza mózgu. O tym które badanie w danym przypadku robić zdecyduje najczęściej neurolog lub radiolog.

Brak rezonansu magnetycznego w takich placówkach jak Szpital Specjalistyczny w Miasteczku to wynik nieodpowiedniego (zbyt niskiego) poziomu specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej, która niestety nie zaspokaja wszystkich potrzeb zdrowotnych i chorobowych mieszkańców regionu. Nieodpowiedni poziom specjalistycznej opieki zdrowotnej warunkowany jest niskim nakładem pieniężnym na publiczną służbę zdrowia, a w szczególności specjalistyczne badania, które nierzadko są badaniami bardzo kosztownymi. Problem niskich nakładów na opiekę zdrowotną pociąga za sobą skutek małej (lub braku) ilości programów profilaktycznych zapobiegającym chorobom układu nerwowego, krążenia oraz nowotworowych oraz programów wczesnego wykrywania tychże chorób. Z kolei przyczyną tak małej ilości programów, oprócz braku pieniędzy jest także mała świadomość zarówno społeczeństwa, jak i polityków decydujących o nakładach na służbę zdrowia, częstotliwości oraz możliwości wczesnego wykrywania wszystkich chorób związanych z centralnym ośrodkiem nerwowym, układem krążenia oraz nowotworów złośliwych.

Wszystkie wymienione wyżej przyczyny prowadzą do negatywnych efektów dotyczących zarówno zdrowia jak i zachowania zdrowotnego mieszkańców regionu. Ponieważ opieka zdrowotna w zakresie radiologicznej diagnostyki medycznej na terenie regionu nie jest wystarczająca powstaje z tego szereg problemów kontekstu medycznego oraz społecznego powodowanego stanem zdrowia mieszkańców. Jednym z poważniejszych problemów, a zarazem skutkiem tego poziomu, jest późna diagnostyka chorób centralnego układu nerwowego, układu krążenia oraz nowotworów wielu narządów. Późna diagnostyka tychże zachorowań ma skutek w postaci dużej ilości osób w zaawansowanym stadium rozwoju choroby, co w wielu przypadkach prowadzi do śmierci. Stąd wynika duży odsetek zgonów powodowanych wyżej wymienionymi chorobami. Jak pokazują statystyki prawie połowa wszystkich zgonów spowodowana była chorobami układu krążenia (49,8% wszystkich zgonów; 57,8 % kobiet i 43,1% mężczyzn). Większość dotyczyła zgonów osób w wieku do 60 roku życia i zamieszkujących obszary wiejskie. Druga, najczęściej występującą przyczyną zgonów były nowotwory (20,9%), w większości dotyczyły mężczyzn w wieku do 50 lat (o 18,4% więcej niż kobiet do 50 lat). Biorąc pod uwagę ilość zgonów, rok 2005 okazał się rokiem gorszym, gdyż W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, wskaźnik zgonów wzrósł z 103,8 na 105,8 (w większości regionów kraju zwiększenie zgonów jest dużo niższe). Oprócz wzrostu ilości zgonów powodowanych wyżej wymienionymi

chorobami w regionie oraz w całym województwie nastąpił wzrost zachorowań na choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby układu nerwowego. Zwiększyła się także ilość diagnoz chorób w zaawansowanym stadium rozwojowym. Niechlubnym przypadkiem potwierdzającym tenże wzrost jest powiat parczewski, gdzie liczba osób z chorobami układu krążenia zwiększyła się o blisko 32 tysiące, co stanowiło ok. 35 % przypadków województwa.

Zwiększyła się także ilość zachorowań na choroby ośrodkowego układu nerwowego, jak choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane i guzy układu nerwowego – np. guzy kanału kręgowego.

Ze względu na taki stan zdrowia społecznego w Strategii Zdrowia Miasteczka i województwa zaplanowano zmniejszenie do roku 2015 średniej wieku aparatury medycznej do 10 lat oraz wyposażenia Szpitala w rezonans magnetyczny, w celu wykazania w województwie 3 placówek posiadających tak wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny.

B.5.2. Cele społeczno – gospodarcze

Wskazać społeczno – gospodarcze cele projektu:

Celem podstawowym projektu jest poprawa jakości i dostępności do specjalistycznych świadczeń udzielanych w zakresie publicznej ochrony zdrowia w regionie powiatu Miasteczkowego poprzez organizację w Szpitalu specjalistycznym w Miasteczku pracowni rezonansu magnetycznego. Realizacja niniejszego celu podyktowana jest dynamiką zmian demograficznych polegających na coraz większej liczbie zgonów oraz znaczącym poziomem niedoinwestowania infrastruktury i wyposażenia jednostek służby zdrowia, co ma bezpośredni wpływ na poziom i jakość świadczonych usług medycznych.

Kolejnym celem o charakterze ogólnym jest zwiększenie zadowolenia pacjenta ze świadczonych przez szpital usług co niewątpliwie przełoży się na stan zdrowia społeczeństwa.

Celowi podstawowemu projektu mającemu charakter celu ogólnego towarzyszą także bardziej szczegółowe. Pierwszym z nich jest zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia, układu nerwowego i chorobami nowotworowymi oraz zwiększenie wykrywalności tychże chorób we wczesnym stadium rozwojowym.

Zwiększenie wykrywalności tychże chorób we wczesnym etapie rozwojowym wpłynie pozytywnie na następny cel projektu jakim jest poprawa opieki zdrowotnej nad pacjentami objętymi wyżej wymienionymi chorobami, dzięki zastosowaniu badań rezonansem magnetycznym.

Zakup rezonansu magnetycznego oraz modernizacja i przystosowanie pomieszczeń do działania pracowni rezonansu magnetycznego to kolejny cel szczegółowy projektu, który

łączy się także z założeniem przebadania rezonansem rocznie określonej liczby osób oraz z polepszeniem warunków funkcjonowania szpitala.

Projekt pn. „Poprawa jakości świadczonych usług Specjalistycznego Szpitala w Miasteczku poprzez utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego” jest zadaniem wpływającym pośrednio na realizację polityki wspólnotowej dotyczącej równości szans, o której mowa w art. 16 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z 11 lipca 2006 roku. Powstała w ramach projektu pracownia rezonansu magnetycznego będzie dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych. Z powstałej infrastruktury i zakupionego sprzętu będą mogły korzystać wszystkie osoby skierowane na tego typu badanie, bez względu na płeć, rasę, wyznanie, pochodzenie czy orientację seksualną. Żadna z grup nie będzie traktowana priorytetowo, ani żadna z nich nie będzie pozbawiona praw przysługujących jej z tytułu ochrony zdrowia.

B.5.3. *Wkład w realizację programu operacyjnego*

Opisać sposób, w jaki projekt przyczynia się do osiągnięcia celów programu operacyjnego (dostarczając wskaźniki ilościowe, o ile to możliwe):

Projekt pn. „Poprawa jakości świadczonych usług Specjalistycznego Szpitala w Miasteczku poprzez utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego”, to zadanie mające bezpośredni wpływ na realizację celów działania 12.2, priorytetu XII oraz celu głównego Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Celem działania 12.2 jest zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Ponieważ jednym z celów niniejszego projektu jest poprawa jakości świadczonych usług, a także poprawa dostępności do badań rezonansem magnetycznym, stanowczo można stwierdzić iż projekt przyczynia się do realizacji celu niniejszego działania. Realizacja celu działania 12.2 będzie monitorowana za pomocą osiąganych wskaźników produktów i rezultatów. Wskaźnikiem produktu będzie liczba przebudowanych zakładów opieki zdrowotnej, a także liczba wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej. Liczba dotycząca 1 obiektu przebudowanego i 1 obiektu wyposażonego w wyniku realizacji niniejszego projektu stanowi więc wkład w osiągnięcie zamierzonych wskaźników. Rezultatem projektów zrealizowanych w ramach działania 12.2 ma być zmniejszenie do roku 2015 średniego wieku aparatury radiologicznej z 16 do 10. Projekt Specjalistycznego Szpitala w Miasteczku zakłada zmniejszenie średniego wieku aparatury radiologicznej, dostępnej w szpitalu do 10 lat, co stanowi wkład w realizację niniejszego wskaźnika na poziomie 100%. Projekt Szpitala zakłada również zwiększenie średniej liczby pacjentów leczonych w ciągu miesiąca w szpitalu za pomocą rezonansu do 65, co wpłynie na zwiększenie wskaźnika pn średnia liczba pacjentów leczonych w Szpitalach Wysokospecjalistycznych na poziomie ok. 0,15%.

Projekt wpływa na realizację celów programu, gdyż zwiększa liczbę potencjalnych badań specjalistycznych wykonanych na zakupionym sprzęcie o ok. 20 miesięcznie. Ponadto w stosunku do ilości utworzonych nowych miejsc pracy oraz przewidywanych całkowitych utworzonych miejsc pracy projekt przyczynia się do realizacji celów programu tworząc 2 nowe miejsca pracy.

Oprócz wkładu w realizację celu działania 12.2 projekt niniejszy przyczynia się do realizacji celu priorytetu XII którym jest: Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, które osiągnięte będzie poprzez inwestycję w infrastrukturę, zakup sprzętu i poprawę jakości świadczonych usług w Szpitalu w Miasteczku.

Dzięki realizacji celów działania 12.2 i priorytetu XII, projekt przyczynia się także do realizacji celu głównego Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, którym jest „Poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez rozwój infrastruktury technicznej, przy równoczesnej ochronie i poprawy stanu środowiska, zdrowia, zachowaniu tożsamości kulturowej i rozwijaniu spójności terytorialnej”. O realizacji tegoż celu przez projekt Szpitala w Miasteczku możemy mówić, gdyż niewątpliwie poprawa jakości świadczonych usług poprzez remont i zakup sprzętu radiologicznego służy zarówno rozwojowi infrastruktury technicznej jak i poprawie stanu zdrowia społeczeństwa.

Bezpośredniemu realizacji celów PO i iŚ służy poniesienie 100% kosztów kwalifikowanych oraz 100 % kosztów całkowitych projektu.

C. WYNIKI STUDIUM WYKONALNOŚCI

C.1. Analiza popytu

Przedstawić podsumowanie analizy popytu, włącznie z przewidywaną stopą wykorzystania po ukończeniu projektu i stopą wzrostu popytu:

Spółczesność polska wchodzi w etap tzw. „drugiego przejścia demograficznego”, którego jednym ze zjawisk jest starzenie się społeczeństwa, zaczyna potrzebować większej opieki medycznej. Także kierunkowy postęp, wymusza na człowieku dostosowanie się do nazywanej przez socjologów „epoki instant”, w której presja szybko uciekającego czasu nie tylko każe żyć, pracować, odpoczywać szybko i intensywnie, ale także obciąża jednostki piętnem częstszej zachorowalności na choroby cywilizacyjne. Styl życia współczesnej, zapracowanej jednostki, środowisko – coraz bardziej zanieczyszczone przez gatunek ludzki, uwarunkowania genetyczne, ale także źle funkcjonująca służba zdrowia, stają się w potocznym rozumieniu czynnikami wpływającymi na wskaźnik zgonów .

Coraz częściej nie tylko osoby w wieku podeszłym zaczynają potrzebować aktywizacji zdrowotnej poprzez hospitalizację. Choroby układu krążenia, nowotwory, przewlekłe choroby narządu ruchowego dosięgają statystycznie coraz częściej dzieci i młodzież. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie oznacza nie tylko brak choroby, źle także pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu jednostek, ich zdolności przystosowawcze do zmieniających się relacji ze środowiskiem. Ochroną zdrowia, jest zatem zorganizowana działalność, której celem jest utrzymanie w dobrym stanie zdrowia człowieka w środowisku, w którym żyje, rozwija się, pracuje, a także zapobieganie chorobom i ich leczenie, przedłużanie życia, poprawa stanu zdrowia psychicznego, fizycznego, szerzenie oświaty sanitarnej, hospitalizacja zapewniająca kompleksowość badań prowadzonych przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej. Powołać się także można na artykuł 11 Karty Społecznej Rady Europy, która egzekwuje prawo do ochrony zdrowia, zobowiązanie państw ratyfikujących Kartę do eliminacji

przyczyn chorób, wprowadzenia ułatwień w korzystaniu z poradnictwa i oświaty dla ochrony zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia i zapobiegania chorobom, zwłaszcza epidemicznym.

Warunki zdrowotne społeczeństwa obejmują wykształcenie ludności, rynek pracy i zatrudnienie, warunki pracy i nauki, warunki mieszkaniowe, odzież, skalę spożycia zbiorowego, transport i komunikację, wypoczynek i czas wolny, swobody obywatelskie, bezpieczeństwo socjalne. Tak rozumiane warunki zdrowotne pozostają w znacznej mierze zależne od jakości polityki społecznej i poziomu realizowanych świadczeń.

Polska opieka zdrowotna oparta o powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego, próbuje stawić czoło problemom z dostępem – szczególnie do specjalistycznej – opieki zdrowotnej.

Region powiatu Miasteczkowego, przez wzgląd na demografię, położenie, obciążenie długofalowym oddziaływaniem radiologicznych, „począrnobylskich” promieniowaniach, strukturę, specyfikę otoczenia, urbanizację i poziom uprzemysłowienia, charakteryzuje się specyfiką - po części nie zaspokojonych – potrzeb i oczekiwań zdrowotnych mieszkańców. Podobnie jak w innych częściach Polski, także i tu występuje potrzeba w pierwszej kolejności większej świadomości zagrożeń zdrowotnych dotyczących państwa ucywilizowane. Zacząć należy od tego, że priorytetem nie zawsze należycie realizowanym jest równy dostęp mieszkańców do usług zdrowotnych, w tym tych najbardziej specjalistycznych. Wraz z tym priorytetem idzie w parze powszechna edukacja zdrowotna, propagowanie prozdrowotnego stylu życia, a także profilaktyka w wykrywaniu chorób. To pierwsze kroki w kierunku większej samoświadomości społeczeństwa w walce z groźnymi chorobami. Ważną rolę spełnia tu promocja badań profilaktycznych.

Sprawą utrudniającą mieszkańcom sygnalizowaną profilaktykę zdrowotną i wczesną rozpoznawalność chorób, jest długi czas oczekiwania na wizytę lekarską oraz brak w regionie wysokospecjalistycznych ośrodków, mogących wykonać wszelkie specjalistyczne badania lekarskie, jak np. rezonans magnetyczny. Problem nasila się w przypadku osób, które znajdują się w zaawansowanym stadium choroby. Zatem oczywistą sprawą niecierpiącą zwłoki dla tych mieszkańców jest skrócenie czasu oczekiwania na usługę lekarską - badania. Nade wszystko potrzebą plasującą się na pierwszy plan istotności potrzeb mieszkańców jest zapewnienie wysokiej jakości świadczeń łącząca się z kompleksowością wykonywanych badań. Ponadto zwiększenie trafności diagnozy lekarskiej jest w stanie zapewnić specjalistyczny sprzęt, w którego posiadaniu znajduje się określona placówka medyczna. I tak na przykład wczesne wykrycie tętniaka w mózgu, raka mózgu przy pomocy rezonansu magnetycznego umożliwi postawienie szybkiej i precyzyjnej diagnozy lekarskiej. Jednak jak się okazuje, nie tylko sprawna aparatura może zaważyć na trafności diagnozy. Wiedza lekarska i kompetencja w działaniu są równie istotnym czynnikiem podnoszącym poziom jakości usług medycznych.

C.2. Inne rozwiązania

Wskazać alternatywne rozwiązania rozważane podczas studium wykonalności:

Planując realizację niniejszego projektu Specjalistyczny Szpital w Miasteczku wziął pod uwagę trzy warianty realizacyjne.

Wariant 1:

Wariant ten, jest wariantem tzw. nieinwestycyjnym. Jego głównym założeniem jest przewożenie pacjentów do innych placówek publicznej opieki zdrowotnej, lub korzystanie ze znajdujących się na terenie powiatu placówek prywatnych. W wariantcie niniejszym pacjenci SzS w Miasteczku byliby przewożeni do Szpitala w Dużym Mieście z którym szpital obecnie posiada umowę o wykonywanie badań wysokospecjalistycznych. Umowa niniejsza byłaby przedłużona na kolejny okres.

Wariant 2:

Wariant niniejszy polega na umieszczeniu pracowni rezonansu magnetycznego w obiektach kubaturowych szpitala. Pracownia miałaby powstać według tego wariantu w pomieszczeniach obecnych pomieszczeń socjalnych znajdujących się w bloku A, bloku diagnostyczno – zabiegowym, gdzie usytuowane są takie pracownie i działy jak: pracownie rtg, pracownia tomografii komputerowej, dział rehabilitacji, trakt operacyjny, laboratoria, apteka oraz centralna pracownia endoskopowa.

Konstrukcję nośną bloku A stanowią prefabrykowane stropy żelbetowe wypełnione pustakami Akermana oraz żelbetowe rygle i słupy ram H. Adaptacyjne roboty budowlane, założone w tym wariantcie sprowadzają się głównie do zmiany usytuowania ścianek działowych. Ze względu na duży ciężar urządzeń pracowni rezonansu magnetycznego prawdopodobnie będzie konieczne wzmocnienie części stropu nad przestrzenią instalacyjną lub posadowienie urządzeń bezpośrednio na gruncie, co nie będzie stanowić większego problemu technicznego ze względu na usytuowanie pracowni na najniższej kondygnacji.

Adaptacja pomieszczeń w tym wariantcie zakłada wykonywanie w oparciu o dokumentację techniczną, zawierającą rozwiązania konstrukcyjne, architektoniczne, technologiczne i instalacyjne, która będzie opracowana przez uprawnionych do tego typu zadań projektantów i będzie podstawą do uzyskania pozwolenia na prowadzenie robót budowlanych.

Pracownia rezonansu magnetycznego przewidziana w I wariantcie realizacyjnym składałaby się z kilku pomieszczeń o łącznej powierzchni 250m².

Wariant 3 :

Jako rozwiązanie wariantowe można rozpatrywać usytuowanie pracowni rezonansu magnetycznego poza istniejącą kubaturą budynków szpitala, również na poziomie niskiego parteru w dobudówce przylegającej do pomieszczeń łącznika między blokiem diagnostyczno-zabiegowym a budynkiem poradni specjalistycznych.

Po przeanalizowaniu trzech wariantów realizacji celów projektów, jako wariant optymalny wybrano wariant 2 polegający na utworzeniu pracowni rezonansu magnetycznego w istniejącej kubaturze budynków, za pomocą przystosowania

pomieszczeń do celów projektu. Rozwiązanie to jest bardzo korzystne ze względów lokalowych – pracownie będą umieszczone na dużej powierzchni użytkowej, co daje możliwość dobrego wykorzystania infrastruktury oraz lokalizacyjnych, gdyż będzie ono miało doskonałe połączenie komunikacyjne wewnątrz szpitala w strukturze poziomem i pionowej oraz łatwy dostęp z zewnątrz.

Wariant niniejszy okazał się także najbardziej korzystnym pod względem wykonania i rozwiązań technologicznych, korzyści społecznych oraz kosztowych, gdyż pomimo konieczności poważnego remontu okazał się rozwiązaniem najtańszym.

C.3. Przedstawić podsumowanie głównych wniosków wynikających z przeprowadzonego studium wykonalności

Potrzeba realizacji niniejszego projektu wynika przede wszystkim z aktualnie ograniczonego stanu dostępności i jakości do tego typu badań w regionie powiatu Miasteczkowego, co powoduje szereg niedogodności zarówno dla kadry medycznej, jak i pacjentów oraz negatywnie wpływa na stan zdrowia społeczności pięciu powiatów województwa lubelskiego.

Aktualnie w województwie znajdują się dwa aparaty rezonansu magnetycznego, obydwa zlokalizowane w ośrodkach szpitalnych w Dużym Mieście. Stan taki powoduje, iż województwo wypada najgorzej na obszarze Polski pod względem dostępności do badań rezonansem magnetycznym. Obecnie badania te wykonywane są w skrajnych przypadkach chorób nowotworowych, układu krążenia i układu nerwowego, co niewątpliwie przyczynia się do tego, iż coraz więcej przypadków chorób wykrywanych jest w bardzo zaawansowanym stadium rozwojowym. Późne wykrycie chorób nowotworowych oraz układu krążenia powoduje większe prawdopodobieństwo powikłań oraz w wielu przypadkach prowadzi do śmierci.

Dostępność do badań rezonansem magnetycznym dla pacjentów powiatu Miasteczkowego i powiatów ościennych jest bardzo ograniczona. Obecnie szpital chcąc wykonać tego typu badania, zmuszony jest kierować pacjenta do szpitala w Dużym Mieście, co oprócz ograniczenia w ilości badań niesie za sobą skutek w postaci wysokich kosztów badania oraz dowozu pacjenta do placówki Dużym Mieście, gdyż w wielu przypadkach wykorzystana musi być karetka pogotowia ze specjalistycznym sprzętem medycznym. Tego typu działania powodują także zagrożenie dla innych mieszkańców, gdyż szpital w tym czasie dysponuje mniejszą liczbą karetek, często wzywanych do ratowania życia ludzkiego. Z tego typu sytuacji coraz częściej pojawiają się skargi społeczeństwa dotyczące głównie dostępności i jakości wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej prowadzonej w publicznych ośrodkach zdrowia.

Potrzeba realizacji projektu wynika także z faktu starzenia się społeczeństwa, które coraz częściej zapada na choroby układu krążenia i choroby nowotworowe. Stan taki powodowany jest m.in. poprzez styl życia oraz niekorzystne warunki środowiskowe (np. promieniowanie poczynobyłowskie). Starzenie się społeczeństwa oraz coraz większa ilość chorób serca, chorób nowotworowych powoduje wzrost liczby zgonów.

Problemy związane z projektem będą rozwiązane za pomocą niżej wskazanych celów:

- Poprawa jakości specjalistycznych usług medycznych w publicznych ośrodkach zdrowia

- Poprawa dostępności i usprawnienie działalności publicznej opieki zdrowotnej
- Zadowolenie społeczne – poprawa zdrowia społeczeństwa
- Poprawa opieki pacjentami z chorobami układu krążenia, nerwowego i chorobami nowotworowymi, zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych tymi chorobami,
- Program wczesnego wykrywania ww. chorób
- Lepsza opieka nad pacjentami
- Ulepszenie warunków funkcjonowania szpitala

W projekcie niniejszym zagwarantowana będzie także wykonalność instytucjonalna prawna. Szpital posiada status samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Ma prawo do dysponowania nieruchomościami – za sprawą aktu notarialnego.

Wszystkie prace będą prowadzone z zachowaniem ustawy prawo budowlane oraz zgodnie z wytycznymi ministra zdrowia dotyczącym tego typu robót i wyposażenia.

Projekt nie będzie miał negatywnego wpływu na środowisko regionu oraz ze względu na położenie poza obszarem Natura 2000, nie będzie miał szkodliwego wpływu na jego gatunki i obszar.

Projekt jest racjonalny ekonomicznie.

Podać szczegółowe odniesienia czy EFRR, Fundusz Spójności, ISPA lub inna pomoc wspólnotowa jest/była zaangażowana w finansowanie studium wykonalności:

Nie dotyczy

D. HARMONOGRAM

D.1. Harmonogram projektu

Poniżej należy podać harmonogram realizacji całego projektu.

Należy przewidzieć odrębny wpis w tabeli dla każdego kontraktu lub etapu, w stosownych przypadkach. Jeżeli wniosek dotyczy etapu projektu, należy wyraźnie wskazać w tabeli części projektu, w stosunku do których składany jest niniejszy wniosek o pomoc:

	Data rozpoczęcia (A) dd/mm/rrrr	Data ukończenia (B) dd/mm/rrrr
1. Studium wykonalności	01.01.2009	31.01.2009
2. Analiza kosztów i korzyści (włącznie z analizą finansową)	01.01.2009	31.01.2009
3. Ocena oddziaływania na środowisko naturalne	01.01.2009	31.01.2009
4. Studium projektowe	01.11.2008	31.12.2008
5. Opracowanie dokumentacji przetargowej	01.04.2009	30.04.2009
6. Przewidywane ogłoszenie procedury przetargowej	01.05.2009	31.05.2009
7. Nabycie gruntów	Nie dotyczy	Nie dotyczy
8. Etap budowy/umowa budowlana	01.06.2009	31.12.2009
9. Etap operacyjny	01.01.2010	31.12.2015

Należy załączyć krótki opis harmonogramu głównych kategorii prac (tj. wykres Gantta, jeżeli jest dostępny).

D.2. Stopień przygotowania projektu

Opisać harmonogram projektu (D.1) w zakresie technicznych i finansowych postępów oraz obecny stopień przygotowania projektu w następujących pozycjach:

D.2.1. Pod względem technicznym (studium wykonalności itd.):

Zadanie Szpitala w Miasteczku, to projekt w pełni przygotowany pod względem technicznym. Dla wszystkich zadań zostały przygotowane projekty wykonawczo-budowlane, kosztorysy inwestorskie lub specyfikacje dostaw. Sporządzone zostało także Studium Wykonalności projektu. Na dokumentację techniczną, projektu składają się:

- 1). Dokumentacja projektowo – wykonawcza dotycząca adaptacji pomieszczeń
- 2). Kosztorys inwestorski ww. adaptacji,
- 3). Specyfikacja zakupywanego sprzętu.

D.2.2. Pod względem administracyjnym (zezwoleń, zakup gruntów, zaproszenia do składania ofert itd.):

Niniejszy projekt, to projekt przygotowany pod względem administracyjnym, który posiada niezbędne do prowadzenia prac pozwolenia administracyjne i poświadczenie dotyczące oddziaływania na środowisko. Ze względu na to, iż część inwestycyjna i wyposażeniowa będzie realizowana w II połowie roku 2010 nie zostały sporządzone ogłoszenia o postępowaniu dotyczącym wyboru wykonawcy robót, a co za tym idzie nie podpisano umów z wykonawcami ww. prac.

Przygotowanie administracyjne projektu przedstawia się następująco:

- 1). Pozwolenie na budowę nr 101/09 z dnia 12.02.2009 wydana przez Starostę Powiatu Miasteczkowego
- 2). Deklaracja organu odpowiedzialnego za monitorowanie obszarów Natura 2000 nr RDOŚ/24/PN/6640/184/09/PS wydana przez Regionalnego Dyrektora ds. Ochrony Środowiska w Dużym Mieście, styczeń 2009 roku,
- 3). Postępowanie dotyczące wyboru wykonawcy dokumentacji projektowo-kosztorysowej: 22.10.2008 – 31.10.2008 roku,
- 4). Umowa z wykonawcą na opracowanie dokumentacji projektowej: 31.10.2008 roku
- 5). Postępowanie dotyczące wyboru wykonawcy robót budowlanych i dostawy sprzętu - : przewidywany termin ogłoszenia: maj 2009 roku,
- 6). Podpisanie umowy z wykonawcą na realizację umowy – koniec maja 2009 r.

D.2.3. Pod względem finansowym (decyzje dotyczące zobowiązań w zakresie krajowych wydatków publicznych, wymaganych lub przyznanych pożyczek itd.- podać odniesienia):

Na realizację niniejszego przedsięwzięcia Wnioskodawca potrzebuje środki finansowe w wysokości 10 000 000 zł netto, sfinansowane za pomocą dotacji pochodzącej z EFRR w ramach działania 12.2 PO IiŚ w kwocie 8 500 000 zł oraz z wkładu własnego w wysokości 1 500 000 zł. Otrzymanie decyzji o dofinansowaniu projektu w ramach działania 12.2 spodziewane jest na maj 2009 roku.

Wkład własny w wysokości 1 500 000 zł został zapewniony w budżecie szpitala decyzją Dyrekcji Szpitala w Miasteczku.

D.2.4. Jeżeli realizacja projektu już się rozpoczęła, należy wskazać obecny stan prac:

Nie dotyczy

E. ANALIZA KOSZTÓW I KORZYŚCI

Niniejsza sekcja powinna być oparta na wytycznych na temat metodyki dotyczącej przeprowadzania analizy kosztów i korzyści dużych projektów. Oprócz krótkiego opisu elementów, należy przedstawić pełną analizę kosztów i korzyści stanowiącą uzupełnienie niniejszego wniosku jako załącznik II.

E.1. Analiza finansowa

Poniżej należy podać krótki opis podstawowych elementów wynikających z analizy finansowej zawartej w analizie kosztów i korzyści (CBA).

E.1.1. Krótki opis metodyki i przyjętych szczegółowych założeń:

Analiza finansowa została przeprowadzona metodą standardową, różnicową porównującą wariant z projektem i bez projektu. Wyliczenia przeprowadzono w cenach stałych. Do wyliczeń przyjęto stopę dyskontową na poziomie 5%. Okres referencyjny wynosi 15 lat. Ze względu na fakt nie zbywania powstałej infrastruktury wartość rezydualną przyjęto na poziomie 0 zł. Podatek VAT jest kosztem kwalifikowanym ze względu na brak możliwości jego odzyskania.

E.1.2. Główne elementy i parametry wykorzystywane do analizy finansowej:

	Główne elementy i parametry		Wartość niedyskontowana	Wartość dyskontowana (zaktualizowana wartość netto)
1.	Okres odniesienia (lata)	15		
2.	Finansowa stopa dyskontowa (%) ⁶	5		
3.	Łączny koszt inwestycji (w PLN, niedyskontowany)		15 000 000	
4.	Łączny koszt inwestycji (w PLN, dyskontowany)			13 500 000
5.	Wartość rezydualna (w PLN, niedyskontowana)		0	
6.	Wartość rezydualna (w PLN, dyskontowana)			0
7.	Dochody (w PLN, dyskontowane)			0
8.	Koszty operacyjne (w PLN, dyskontowane)			3 000 000
9.	Dochód netto = dochody – koszty operacyjne + wartość rezydualna (w PLN, dyskontowany) = (7) – (8) + (6)			0
10.	Wydatki kwalifikowane (art. 55 ust. 2) = koszt inwestycji			13 500 000

⁶ Określić, czy stopa jest rzeczywista czy nominalna. Jeżeli analiza finansowa jest przeprowadzana w oparciu o ceny stałe, należy wykorzystać finansową stopę dyskontową wyrażoną w wartościach rzeczywistych. Jeżeli analiza jest przeprowadzana w oparciu o ceny bieżące, należy wykorzystać stopę dyskontową wyrażoną w wartościach nominalnych.

	- dochód netto (w PLN, dyskontowane) = (4) – (9)	
11.	Luka w finansowaniu (%) =(10)/(4)	100%

Koszty i dochody powinny opierać się na danych z wyłączeniem VAT

E.1.3. Główne wyniki analizy finansowej

Główne elementy i parametry	Bez pomocy wspólnotowej (finansowa stopa zwrotu z inwestycji- FSZ/C) (A)		Uwzględniając pomoc wspólnotową (finansowa stopa zwrotu z kapitału własnego- FSZ/K) (B)	
1. Finansowa stopa zwrotu (%)	- 1,5%	FSZ/C	- 0,3 %	FSZ/K
2. Zaktualizowana wartość netto (PLN)	-15 000 000	ZWN/C	-6 000 000	ZWN/K

E.1.4. Dochody uzyskane w wyniku realizacji projektu

Jeżeli przewiduje się, że projekt przyniesie dochody wynikające z taryf lub opłat ponoszonych przez użytkowników, należy wyszczególnić opłaty (rodzaje i poziom opłat oraz zasady, na podstawie których ustalono opłaty).

a) Czy opłaty pokrywają koszty operacyjne i amortyzację projektu?

Nie dotyczy

b) Czy opłaty różnią się w zależności od poszczególnych użytkowników infrastruktury?

Nie dotyczy

c) Czy opłaty są proporcjonalne

i. do wykorzystania projektu/rzeczywistego zużycia?

Nie dotyczy

ii. do zanieczyszczenia powodowanego przez użytkowników?

Nie dotyczy

Jeżeli brak jest taryf lub opłat, w jaki sposób pokrywane będą koszty utrzymania i operacyjne?

Nie dotyczy

E.2. Analiza społeczno-gospodarcza

E.2.1. Przedstawić krótki opis metodyki (podstawowe założenia przyjęte przy wycenie kosztów i korzyści) oraz główne ustalenia wynikające z analizy społeczno – gospodarczej:

Analizę ekonomiczną sporządzono metodą pełną. Stopę dyskontowa przyjęto na poziomie 5%.

E.2.2. Podać szczegóły głównych korzyści i kosztów gospodarczych wskazanych podczas analizy wraz z przypisanymi im wartościami:

Korzyści	Wartość jednostkowa (jeśli dotyczy)	Wartość całkowita (w PLN, dyskontowana)	% całkowitych korzyści
<i>Bezpłatne badanie</i>	<i>600</i>	<i>1 200 000</i>	<i>100%</i>
...
Koszty	Wartość jednostkowa (w stosownych przypadkach)	Wartość całkowita (w PLN, dyskontowana)	% całkowitych kosztów
<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>
...

E.2.3. Główne wskaźniki analizy gospodarczej

Główne parametry i wskaźniki	Wartości
1. Społeczna stopa dyskontowa (%)	<i>5%</i>
2. Ekonomiczna stopa zwrotu (%)	<i>9%</i>
3. Ekonomiczna zaktualizowana wartość netto (w PLN)	<i>4 600 000</i>
4. Wskaźnik korzyści i kosztów	<i>1,5</i>

E.2.4. Wpływ projektu na zatrudnienie

Wskaźnik liczbę miejsc pracy, które mają być utworzone (wyrażone w ekwiwalencie pełnego czasu pracy (EPCP)).

Bezpośrednio utworzona liczba miejsc pracy	Nr (EPCP) (A)	Średni czas trwania takiego zatrudnienia (miesiące) (B)
1. Podczas etapu realizacji	<i>0</i>	<i>0</i>
2. Podczas etapu operacyjnego	<i>2</i>	<i>60</i>

[Uwaga: pośrednie miejsca pracy, utworzone lub utracone, nie są uwzględniane w ramach inwestycji publicznych w infrastrukturę].

E.2.5. Określić główne mierzalne/niemierzalne korzyści i koszty:

Nie dotyczy

E.3. Analiza ryzyka i wrażliwości

E.3.1. Krótki opis przyjętej metodologii i wyników:

Analizę sporządzono w dwóch wariantach podstawowym i pesymistycznym

E.3.2. Analiza wrażliwości

Określić stopę zmiany zastosowaną do badanych zmiennych: **10%**

Przedstawić spodziewany wpływ finansowych i ekonomicznych wskaźników wykonania na wyniki.

Badana zmienna	Zmiana finansowej stopy zwrotu	Zmiana finansowej zaktualizowanej wartości netto	Zmiana ekonomicznej stopy zwrotu	Zmiana ekonomicznej zaktualizowanej wartości netto
Koszty operacyjne	<i>- 1,3%</i>	<i>- 3 %</i>	<i>-2,4 %</i>	<i>-4 %</i>

Wysokość kontraktu z NFZ	-1,1%	- 3, 3 %	- 1,8%	- 3,2 %
--------------------------	-------	----------	--------	---------

Które zmienne zostały wskazane jako zmienne krytyczne? Określić rodzaj stosowanego kryterium:

Koszty operacyjne, Kontrakt z NFZ

Które wartości zmiennych krytycznych podlegają zmianom?

Zmianom podlegają wskaźniki NPV, ENPV oraz IRR i ERR

E.3.3. Analiza ryzyka

Opisać szacunkowy rozkład prawdopodobieństwa finansowych i ekonomicznych wskaźników wykonania projektu. Przedstawić odpowiednie informacje statystyczne (spodziewane wartości, odchylenie standardowe):

Prawdopodobieństwo wystąpienia niniejszych ryzyk jest niskie w obu przypadkach, co potwierdzają dane historyczne dotyczące wysokości kontraktu z NFZ oraz wysokość cen materiałów budowlanych i wartości sprzętu.

F. OCENA WPŁYWU ODDZIAŁYWANIA NA ŚRODOWISKO

F.1. W jaki sposób projekt:

- przyczynia się do osiągnięcia trwałości środowiska naturalnego (europejska polityka w dziedzinie zmian klimatycznych, powstrzymanie utraty różnorodności biologicznej itd.)?
- przestrzega zasad dotyczących działań zapobiegawczych oraz gwarantuje, że szkoda środowiskowa powinna być usunięta u źródła?
- przestrzega zasady „zanieczyszczający płaci”?

Nie dotyczy

F.2. Konsultacje z organami ds. ochrony środowiska

Czy przeprowadzono konsultacje z organami ds. ochrony środowiska, których dany projekt może wymagać, z uwagi na ich konkretne kompetencje?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać nazwy i adresy oraz wyjaśnić zakres obowiązków organu:

Nie dotyczy

Jeżeli nie, proszę podać powody:

Nie dotyczy

F.3. Ocena wpływu na środowisko naturalne

F.3.1. Zezwolenie na inwestycję⁷

⁷ „Zezwolenie na inwestycję” oznacza decyzję właściwego(-ych) organu(-ów), na podstawie której wykonawca otrzymuje prawo do realizacji projektu.

F.3.1.1. Czy wydano już zezwolenie na realizację tego projektu?

Tak Nie

F.3.1.2. Jeżeli tak, proszę podać datę:

01.09.2008

F.3.1.3. Jeżeli nie, proszę podać datę złożenia oficjalnego wniosku o zezwolenie na inwestycję:

dd/mm/rrrr

F.3.1.4. Kiedy spodziewane jest wydanie ostatecznej decyzji?

dd/mm/rrrr

F.3.1.5. Określić właściwe władze, które wydały lub wydadzą zezwolenie na inwestycję:

Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy

F.3.2. *Stosowanie dyrektywy Rady 85/337/EWG w sprawie oceny wpływu na środowisko naturalne*⁸

F.3.2.1. Czy projekt jest rodzajem przedsięwzięcia objętym:

- załącznikiem I do dyrektywy (proszę przejść do pytania F 3.2.2)?
- załącznikiem II do dyrektywy (proszę przejść do pytania F 3.2.3)?
- żadnym z powyższych załączników (proszę przejść do pytania F 3.3)?

F.3.2.2. Jeżeli projekt objęty jest załącznikiem I do dyrektywy, proszę załączyć następujące dokumenty:

- a) informacje, o których mowa w art. 9 ust.1 dyrektywy;
- b) streszczenie w języku nietechnicznym⁹ informacji zawartych w raporcie o oddziaływaniu na środowisko, sporządzonym na potrzeby tego projektu;
- c) informacje na temat konsultacji przeprowadzonych z organami ds. ochrony środowiska, zainteresowanymi stronami i, w stosownych przypadkach, z państwami członkowskimi.

F.3.2.3. Jeżeli projekt objęty jest załącznikiem II do dyrektywy, czy przeprowadzono ocenę wpływu na środowisko naturalne?

- Tak (w takim przypadku proszę załączyć niezbędne dokumenty wskazane w pkt F.3.2.2.).
- Nie (w takim przypadku proszę wyjaśnić powody i podać dane dotyczące progów, kryteria lub określić badania przeprowadzone oddzielnie dla każdego przypadku, które doprowadziły do wniosku, że dany projekt nie ma znaczącego wpływu na środowisko):

Nie dotyczy

⁸ Dyrektywa w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre przedsięwzięcia publiczne i prywatne na środowisko naturalne („dyrektywa w sprawie oceny wpływu na środowisko”) (Dz. U. L 175 z 5.7.1985, s. 40), ostatnio zmieniona dyrektywą 2003/35/WE (Dz. U. L 156 z 25.6.2003, s. 17).

⁹ Opracowane zgodnie z art. 5 ust. 3 dyrektywy 85/337/EWG ze zmianami.

F.3.3. Stosowanie dyrektywy 2001/42/WE w sprawie strategicznej oceny środowiska¹⁰

F.3.3.1. Czy projekt wynika z planu lub programu objętego zakresem wymienionej dyrektywy?

Nie (w takim przypadku proszę podać krótkie wyjaśnienie):

Nie dotyczy

Tak (w takim przypadku proszę podać, w celu dokonania oceny, czy uwzględniono szerszy, potencjalny, skumulowany wpływ projektu, link internetowy do nietechnicznego podsumowania¹¹ sprawozdania dotyczącego ochrony środowiska sporządzonego na potrzeby planu lub programu lub dostarczyć kopię elektroniczną tego sprawozdania).

F.4. Ocena oddziaływania na obszary Natura 2000

F.4.1. Czy projekt może wywierać istotne negatywne oddziaływanie na obszary objęte lub które mają być objęte siecią Natura 2000?

Tak, w takim przypadku

1) należy przedstawić podsumowanie wniosków wynikających z odpowiedniej oceny przeprowadzonej zgodnie z art. 6 ust. 3 dyrektywy 92/43/EWG¹²

2) jeżeli podjęcie środków kompensujących uznano za konieczne zgodnie z art. 6 ust. 4, proszę dostarczyć kopię formularza „Informacje na temat projektów, które mogą wywierać istotny negatywny wpływ na obszary Natura 2000, zgłoszone Komisji (DG ds. Środowiska) na mocy dyrektywy 92/43/EWG¹³

Nie, w takim przypadku proszę załączyć wypełnioną przez właściwą instytucję deklarację z załącznika I.

F.5. Dodatkowe integracyjne środki w zakresie ochrony środowiska

Czy w projekcie przewidziano, oprócz oceny oddziaływania na środowisko naturalne, jakiegokolwiek dodatkowe działania uwzględniające aspekt ochrony środowiska (np. audyt środowiskowy, zarządzanie środowiskiem, innego rodzaju instrument monitorowania środowiskowego)?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły:

Nie dotyczy

F.6. Koszt rozwiązań na rzecz zmniejszenia negatywnego oddziaływania na środowisko

¹⁰ Dyrektywa 2001/42/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko (Dz. U. L 197 z 21.7.2001, s. 30).

¹¹ Opracowanego zgodnie z załącznikiem I lit. J) do dyrektywy 2001/42/WE.

¹² Dz. U. L 206 z 22.7.1992, s. 7.

¹³ Dokument 99/7 rev. 2 przyjęty przez Komitet ds. Siedlisk Naturalnych (w którego skład wchodzi przedstawiciele państw członkowskich i ustanowiony na mocy dyrektywy 92/43/EWG) na posiedzeniu w dniu 4 października 1999 r.

Jeżeli są one zawarte w kosztach całkowitych, proszę oszacować udział kosztów środków podjętych w celu zmniejszenia i/lub skompensowania negatywnego wpływu na środowisko naturalne

%

Proszę podać krótkie wyjaśnienie:

Nie dotyczy

F.7. W przypadku projektów dotyczących gospodarki wodnej, ściekowej i odpadów stałych:

Wyjaśnić, czy projekt jest spójny z sektorowym/zintegrowanym planem i programem połączonymi z wdrożeniem polityki wspólnotowej lub prawodawstwa w tych dziedzinach:

Nie dotyczy

G. ZASADNOŚĆ WKŁADU PUBLICZNEGO

Wskazana powyżej analiza społeczno – gospodarcza dostarcza informacji na temat wewnętrznej stopy zwrotu projektu. Analiza finansowa określa lukę w finansowaniu i wpływ wkładu wspólnotowego na zasadność finansową projektu. Należy uzupełnić wskazane informacje, wykorzystując poniższe elementy.

G.1. Konkurencja

Czy projekt korzysta z pomocy państwa?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać w poniższej tabeli kwotę pomocy i, w odniesieniu do zatwierdzonej pomocy państwa, jej numer oraz numer identyfikacyjny pisma o zatwierdzeniu. W przypadku pomocy będącej przedmiotem wyłączeń grupowych należy podać odnośny nr rejestracji, a w przypadku schematu pomocy objętego procedurą notyfikacji – numer programu pomocowego.¹⁴

Źródła pomocy (lokalne, regionalne, krajowe, wspólnotowe)	Kwota pomocy w PLN	Numer programu pomocowego/nr identyfikacyjny pomocy podlegającej przepisom o wyłączeniach grupowych	Numer identyfikacyjny pisma o zatwierdzeniu
---	--------------------	---	---

¹⁴ Złożenie takiego wniosku nie zastępuje powiadomienia Komisji zgodnie z art. 88 ust. 3 Traktatu. Przyjęcie przez Komisję pozytywnej decyzji w sprawie dużego projektu na mocy rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 nie jest równoznaczne z zatwierdzeniem pomocy państwa.

Zatwierdzone schematy pomocy, pomoc państwa zatwierdzona <i>ad hoc</i> lub objęta przepisami o wyłączeniach grupowych: <i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>
Pomoc państwa w trakcie procedury notyfikacji (programy lub schematy <i>ad hoc</i>): <i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>
Pomoc państwa, dla której procedura notyfikacji została zawieszona (programy lub schematy <i>ad hoc</i>): <i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>
Całkowita kwota przyznanej pomocy:	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>
Całkowity koszt projektu inwestycyjnego:	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>	<i>Nie dotyczy</i>

G.2. Wpływ wkładu wspólnotowego na realizację projektu

Dla każdej odpowiedzi twierdzącej proszę podać szczegóły:

Czy wkład wspólnotowy:

a) przyspieszy realizację projektu?

Tak Nie

b) będzie czynnikiem decydującym w realizacji projektu?

Tak Nie

W przypadku nieotrzymania dofinansowanie projekt nie będzie zrealizowany

H. PLAN FINANSOWANIA

Kwota stanowiąca przedmiot decyzji i inne informacje finansowe muszą być zgodne z podstawą obliczania poziomu współfinansowania osi priorytetowej (koszt całkowity lub publiczny). W odróżnieniu od kwalifikowanych wydatków prywatnych wydatki prywatne niekwalifikowane do współfinansowania w ramach osi priorytetowej nie są uwzględniane w kosztach kwalifikowanych.

H.1. Podział kosztów

(w PLN)

	Całkowite koszty projektu (A)	Koszty niekwalifikowalne ⁽¹⁾ (B)	Koszty kwalifikowane (C) = (A) – (B)

1. Wynagrodzenia za opracowanie planów i projektów	116 721	0	116 721
2. Zakup gruntów	0	0	0
3. Roboty budowlane	3 000 000	0	3 000 000
4. Instalacja i maszyny/sprzęt	5 000 000	0	5 000 000
5. Nieprzewidziane wydatki ⁽²⁾	0	0	0
6. Dostosowanie cen (jeśli dotyczy) ⁽³⁾	0	0	0
7. Pomoc techniczna	0	0	0
8. Promocja	30 000	0	30 000
9. Nadzór budowlany	50 000	0	50 000
10. Suma cząstkowa	8 196 721	0	8 196 721
11. VAT ⁽⁴⁾	1 803 279	0	1 803 279
12. RAZEM	10 000 000	0	10 000 000

- 1) Koszty niekwalifikowalne obejmują (i) wydatki poniesione poza okresem kwalifikowalności; (ii) wydatki niekwalifikowalne na mocy przepisów krajowych (art. 56 ust. 4 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006); (iii) inne wydatki niezgłoszone do współfinansowania. Termin kwalifikowalności wydatków jest tożsamy z datą otrzymania przez Komisję odpowiedniego projektu programu operacyjnego lub z dniem 1 stycznia 2007 r., w zależności od tego, która z tych dat będzie wcześniejsza.
- 2) Nieprzewidziane wydatki nie powinny przekraczać 10 % całkowitych kosztów inwestycji po odjęciu nieprzewidzianych wydatków. Wymienione nieprzewidziane wydatki mogą być zawarte w całkowitych kosztach kwalifikowanych stosowanych do celów obliczania planowanego wkładu funduszy- sekcja H.2.
- 3) W stosownych przypadkach można wykorzystać dostosowanie cen w celu pokrycia przewidywanej inflacji, jeżeli wartość kosztów kwalifikowanych jest wyrażona w cenach stałych.
- 4) Proszę podać powody uznania VAT za koszty kwalifikowane.

H.2. Całkowite planowane zasoby i planowany wkład z funduszy

Deficyt finansowania został już przedstawiony w sekcji E.1.2. Należy go zastosować do kosztów kwalifikowalnych w celu obliczenia „kwoty, do której stosowana jest stopa współfinansowania osi priorytetowej” (art. 41 ust 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006). Następnie wynik jest mnożony przez stopę współfinansowania osi priorytetowej w celu ustalenia wkładu wspólnotowego.

H.2.1. Obliczenie wkładu wspólnotowego

		Wartość
1.	Koszt kwalifikowalny (w PLN, niedyskontowany) (sekcja H.1.12 lit. C)	10 000 000
2.	Poziom deficytu finansowania (%) = (E.1.2.11)	100%
3.	Kwota stanowiąca przedmiot decyzji, tj. podstawy obliczania poziomu współfinansowania osi priorytetowej (art. 41 ust. 2) = (1)*(2) (przestrzegającej zasady maksymalnego wkładu publicznego zgodnie z przepisami dotyczącymi pomocy państwa)	10 000 000
4.	Stopa współfinansowania osi priorytetowej (%)	85
5.	Wkład wspólnotowy (w PLN) = (3)*(4)	8 500 000

H.2.2. Źródła współfinansowania

Uwzględniając wynik pochodzący z kalkulacji deficytu finansowania (jeśli dotyczy), całkowite koszty inwestycji są pokrywane z następujących źródeł:

Źródło finansowania całkowitego kosztu inwestycji (w PLN)					W tym dla celów informacyjnych
Całkowity koszt Inwestycji [H.1.12.(A)]	Wkład wspólnotowy [H.2.1.5]	Krajowy wkład publiczny (lub równoważny)	Krajowy wkład prywatny	Inne źródła (określić)	Pożyczki EBI/EFI
a)=b)+c)+d)+e)	b)	c)	d)	e)	f)
10 000 000	8 500 000	1 500 000	0	0	0

W sekcji D.2.3. należy podać szczegółowe informacje zawarte w decyzji(-ach) w sprawie finansowania publicznego, pożyczek itd.

Odpowiedzialność za finansowanie pożyczki, jeżeli jest one wykorzystywane, przypisuje się organowi krajowemu publicznemu lub krajowemu prywatnemu, zobowiązanemu do spłaty takiej pożyczki. Wyłącznie w przypadku pożyczek EBI/EFI należy określić, w celach informacyjnych, sumę finansowania pożyczki.

H.3. Roczny plan finansowania wkładu wspólnotowego

Wkład wspólnotowy (H.2.1.5) jest przedstawiony w postaci procentowego udziału rocznego programu środków na zobowiązania.

	(w EUR)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
[Fundusz Spójności/ EFRR – określić]	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

I. ZGODNOŚĆ Z POLITYKAMI I PRAWEM WSPÓLNOTOWYM

W art. 9 ust. 5 rozporządzenia (WE) nr 1083/2006 określono, że „Operacje finansowane z funduszy są zgodne z postanowieniami Traktatu i aktów przyjętych na jego podstawie”.
Oprócz elementów określonych powyżej, proszę przedstawić następujące informacje.

I.1. Inne źródła finansowania wspólnotowego

I.1.1. Czy złożono wniosek o pomoc z innego źródła wspólnotowego (włącznie z EFRR, EFS, Funduszem Spójności, budżetem TEN-T, LIFE+...) w odniesieniu do tego projektu?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły (odnośny instrument finansowy, numery identyfikacyjne, daty, wnioskowane kwoty dofinansowania, przyznane kwoty dofinansowania itd.):

Nie dotyczy

I.1.2. Czy dany projekt stanowi uzupełnienie innego projektu finansowanego lub który ma być finansowany w ramach EFRR, EFS, Funduszu Spójności, budżetu TEN-T, innych źródeł wspólnotowego finansowania?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły (odnośny instrument finansowy, numery identyfikacyjne, daty, wnioskowane kwoty dofinansowania, przyznane kwoty dofinansowania itd.):

Nie dotyczy

I.1.3. Czy złożono wniosek o udzielenie pożyczki lub wsparcie kapitału własnego przez EBI/EFI w odniesieniu do tego projektu?

Tak

Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły (odnośny instrument finansowy, numery identyfikacyjne, daty, wnioskowane kwoty dofinansowania, przyznane kwoty dofinansowania itd.):

Nie dotyczy

I.1.4. Czy złożono wniosek o pomoc z innego źródła wspólnotowego (włącznie z EFRR, EFS, Funduszem Spójności, EBI/EFI,...) w odniesieniu do wcześniejszego etapu tego projektu (włączając etapy studium wykonalności i przygotowawcze)?

Tak

Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegóły (odnośny instrument finansowy, numery identyfikacyjne, daty, wnioskowane kwoty dofinansowania, przyznane kwoty dofinansowania itd.):

Nie dotyczy

I.2. Czy projekt podlega procedurze prawnej w zakresie zgodności z prawem wspólnotowym?

Tak

Nie

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, należy podać szczegóły:

Nie dotyczy

I.3. Działania promocyjne

Podać szczegóły dotyczące działań promocyjnych na rzecz upowszechnienia informacji o wkładzie wspólnotowym (tj. rodzaj instrumentów upowszechnienia informacji, krótki opis, szacowane koszty, czas trwania itd.):

W ramach promocji zaplanowano wykonanie tablic czasowych i stałych, a także zakup naklejek na zakupiony sprzęt oraz druk 1000 szt. broszur informacyjnych określających sposób dofinansowania projektu ze środków PO IiŚ. Na wszystkich materiałach pojawią się informacje o dofinansowaniu projektu w ramach działania 12.2 PO IiŚ.

I.4. Udział inicjatywy JASPERS w przygotowaniu projektu

I.4.1. Czy pomoc techniczna w ramach JASPERS przyczyniła się do realizacji jakiegokolwiek etapu przygotowania tego projektu?

Tak

Nie

I.4.2. Opisać elementy projektu, w które wkład miała inicjatywa JASPERS (np. zgodność z wymogami w dziedzinie ochrony środowiska, zamówienia publiczne, przegląd opisu technicznego):

Nie dotyczy

I.4.3. *Jakie są główne wnioski i zalecenia wynikające z wykorzystania inicjatywy JASPERS oraz czy zostały one uwzględnione podczas finalizacji opracowania projektu?*

Nie dotyczy

I.5. Zamówienia publiczne

Jeżeli zamówienia zostały ogłoszone w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, proszę podać numery identyfikacyjne:

Zamówienie	Data	Nr identyfikacyjny
Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
... Nie dotyczy	... Nie dotyczy	Nie dotyczy ...

J. POŚWIADCZENIE WŁAŚCIWEJ INSTYTUCJI KRAJOWEJ

(Beneficjent)

Potwierdzam, że przedstawione w niniejszym formularzu dane są dokładne i prawidłowe.

Nazwisko:.....

Podpis:.....

Organ:.....

Data (dd/mm/rrrr):.....

(Instytucja Wdrażająca)

Potwierdzam, że przedstawione w niniejszym formularzu dane są dokładne i prawidłowe.

Nazwisko:.....

Podpis:.....

Organ:.....

.....

Data (dd/mm/rrrr):.....

(Instytucja Pośrednicząca)

Potwierdzam, że przedstawione w niniejszym formularzu dane są dokładne i prawidłowe.

Nazwisko:.....

Podpis:.....

Organ:.....

Data (dd/mm/rrrr):.....

(Instytucja Zarządzająca)

Potwierdzam, że przedstawione w niniejszym formularzu dane są dokładne i prawidłowe.

Nazwisko:.....

Podpis:.....

Organ:.....

Data (dd/mm/rrrr):.....