

ZAŁĄCZNIK 02

Studium Wykonalności



Studium Wykonalności
dla projektu pn. „Dolnośląskie e-Zdrowie etap 3 –
Elektroniczna Dokumentacja Medyczna”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla
Województwa Dolnośląskiego
na lata 2007-2013

Działanie 2.2 Rozwój usług elektronicznych

Zgodnie z oryginałem (strony 1-206)

2013 11. 14

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
we Wrocławiu
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław **EP5/133**

KOMENDANT
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
Komendant ds. Gwarantu Profili Specjalistycznego

Grzegorz Stoinski
Grzegorz STOINSKI

Wrocław, październik 2013 r.

Spis treści:

I.	PRZEDMIOT STUDIUM.....	4
I.1.	Geneza i istota projektu. Potencjał i możliwości	4
I.2.	Nazwa i cel projektu.....	4
I.3.	Podmioty odpowiedzialne za realizację przedsięwzięcia: Inwestor, Beneficjent i Operator	5
II.	PODSUMOWANIE I WNIOSKI.....	6
II.1.	Wprowadzenie do projektu	6
II.2.	Koszty przedsięwzięcia.....	8
II.3.	Podsumowanie wyników analiz i finansowanie	13
II.4.	Główne uwarunkowania inwestycji (prawne i administracyjne) wraz z zaleceniami i rekomendacjami.....	13
III.	OTOCZENIE MAKROEKONOMICZNE I TRENDY.....	17
III.1.	Potencjał położenia geograficznego.....	17
III.2.	Potencjał społeczno-gospodarczy.....	17
III.3.	Zidentyfikowane problemy.....	21
III.4.	Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne realizacji przedsięwzięcia.....	22
IV.	LOGIKA INTERWENCJI.....	27
IV.1.	Źródła identyfikacji projektu	27
IV.2.	Cele projektu	27
IV.3.	Spójność z celami RPO i komplementarność z innymi programami.....	28
IV.4.	Analiza SWOT	33
IV.5.	Korzyści i oddziaływanie	34
IV.6.	Rzultaty	34
IV.7.	Produkty.....	35
IV.8.	Matryca logiczna (LogFrame).....	37
V.	ANALIZA RYNKU	39
V.1.	Definicja rynku usług	39
V.2.	Wielkość rynku i jego podział (podaż/popyt)	39
V.3.	Udział nowego przedsięwzięcia w rynku	39
V.4.	Odbiorcy usług	39
V.5.	Konkurencja.....	40
V.6.	Analiza popytu bieżącego i przyszłego	40
VI.	ANALIZA INSTYTUCJONALNO-PRAWNA.....	41
VI.1.	Status prawny beneficjenta / inwestora / operatora.....	41
VI.2.	Powiązania prawno-własnościowe pomiędzy uczestnikami projektu	58
VI.3.	Przygotowania formalno-administracyjne przedsięwzięcia	58
VII.	ANALIZA TECHNICZNA.....	66
VII.1.	Opis istniejącego systemu/przedsięwzięcia (stan istniejący).....	66

VII.2.	Lokalizacja.....	104
VII.3.	Analiza wariantów.....	108
VII.4.	Analiza opcji.....	109
VII.5.	Opis projektowanego zakresu przedsięwzięcia.....	109
VII.6.	Przygotowanie inwestycji.....	130
VIII.	PLAN WDROŻENIA I FUNKCJONOWANIA PRZEDSIĘWZIĘCIA.....	131
VIII.1.	Struktura organizacyjna wdrażania i eksploatacji.....	131
VIII.2.	Strategia cenowa.....	133
VIII.3.	Procedury przetargowe, Harmonogram realizacji.....	133
	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu.....	134
VIII.4.	Umowy z odbiorcami i inne.....	138
IX.	ANALIZA FINANSOWA.....	139
IX.1.	Założenia.....	139
IX.2.	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu.....	141
IX.3.	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu.....	154
IX.4.	Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu.....	167
IX.5.	Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich – S.P.Z.O.Z.....	180
IX.6.	Analiza skonsolidowana - podsumowanie.....	193
X.	ANALIZA KOSZTÓW I KORZYŚCI SPOŁECZNO-EKONOMICZNYCH.....	199
X.1.	Wprowadzenie do analizy ekonomicznej.....	199
X.2.	Analiza efektywności kosztowej (skonsolidowana).....	201
X.3.	Podsumowanie i wnioski z analizy ekonomicznej (skonsolidowane).....	201
X.4.	Podsumowanie i wnioski z analizy CBA (skonsolidowane).....	201
XI.	ANALIZA RYZYKA I WRAZLIWOŚCI.....	203
XI.1.	Założenia.....	203
XI.2.	Analiza wrażliwości.....	204
XI.3.	Analiza ryzyk ekonomiczno-finansowych.....	204
XII.	OCENA ODDZIAŁYWANIA NA ŚRODOWISKO (odniesienie do wymogów prawa wspólnotowego i krajowego oraz realizacji polityki zrównoważonego rozwoju).....	205
XIII.	ZAŁĄCZNIKI.....	206

I. PRZEDMIOT STUDIUM

I.1. Geneza i istota projektu. Potencjał i możliwości

Wg danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na terenie Dolnego Śląska funkcjonuje 116 podmiotów udzielających świadczeń w ramach lecznictwa zamkniętego, w tym 79 to szpitale ogólne.

Obecnie placówki te dysponują wdrożonymi w różnym zakresie systemami informatycznymi wspomagającymi ich pracę. Dodatkowo, żaden Szpital nie posiada wdrożonej obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej, a ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia narzuca obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej od dnia 1 sierpnia 2014 r. Co więcej, na mocy wymienionej ustawy w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (platforma P1) prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia placówki medyczne będą zobowiązane do przekazywania określonego zestawu danych medycznych do centralnego systemu.

W chwili obecnej szpitale objęte projektem nie dysponują systemami obsługującymi elektroniczną dokumentację medyczną oraz dostosowanymi do wymiany danych z platformą P1.

Na Dolnym Śląsku obecnie funkcjonuje regionalny system e-Zdrowia wdrożony pilotażowo w 2011 r. w ramach projektu pn. „Dolnośląskie E-Zdrowie”. Obejmuje on 12 szpitali, które dzięki wdrożonej regionalnej szynie wymiany danych mogą udostępniać sobie wzajemnie wyselekcjonowane dane medyczne swoich pacjentów. Na bazie tego systemu planuje się utworzenie, w ramach projektu pn. „Dolnośląskie e-Zdrowie etap 2 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna”, regionalnej platformy wymiany danych – regionalnego repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

Przedmiotowy projekt, realizowany w partnerstwie 4 podmiotów, polega na wdrożeniu systemów prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz zakupie infrastruktury i oprogramowania niezbędnych do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Projekt zakłada również integrację poprzez interfejsy wymiany danych z powstającą regionalną platformą wymiany danych oraz stworzenie możliwości udostępniania informacji o zdarzeniach medycznych do platformy P1.

Grupę docelową projektu stanowią mieszkańcy Dolnego Śląska – pacjenci podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie leczenia stacjonarnego – Partnerów projektu.

I.2. Nazwa i cel projektu

Nazwa projektu:

Dolnośląskie e-Zdrowie etap 3 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Celem ogólnym projektu jest rozwój infrastruktury informatycznej i oprogramowania umożliwiającego tworzenie i wymianę danych medycznych pomiędzy podmiotami leczniczymi w formie elektronicznej oraz integracja z platformą regionalną. Celami szczegółowymi projektu są:

1. obniżenie kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych,

2. poprawa dostępności do danych medycznych,
3. zwiększenie skuteczności leczenia poprzez bieżący, ciągły dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów,
4. zwiększenie bezpieczeństwa informacji,
5. podniesienie jakości obsługi pacjenta.

I.3. Podmioty odpowiedzialne za realizację przedsięwzięcia: Inwestor, Beneficjent i Operator

Inwestorem, Beneficjentem oraz Operatorem majątku powstałego w ramach projektu będzie konsorcjum:

Lider Konsorcjum

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

Partnerzy Konsorcjum:

1. Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu
2. Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu
3. Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich

II. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

II.1. Wprowadzenie do projektu

Nazwa programu operacyjnego

Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007 - 2013

Nazwa i numer priorytetu programu operacyjnego

Priorytet 2: Rozwój społeczeństwa informacyjnego na Dolnym Śląsku („Społeczeństwo Informacyjne”)

Nazwa i numer działania w ramach priorytetu

Działanie 2.2:Rozwój usług elektronicznych

Kategoria interwencji Funduszy Strukturalnych UE

11 – Technologie informacyjne i komunikacyjne (dostęp, bezpieczeństwo, interoperacyjność, zapobieganie zagrożeniom, badania, innowacje, treści cyfrowe itp.)

Tytuł Projektu

Dolnośląskie e-Zdrowie etap 3 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Okres realizacji Projektu

Data rozpoczęcia realizacji projektu **data umowy**

Data zakończenia rzeczowego realizacji projektu **15.12.2014r.**

Data zakończenia finansowego realizacji projektu **29.12.2014r.**

Projekt polega na stworzeniu i wdrożeniu systemów prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej zgodnej z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz regionalnej platformy wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej wraz ze stworzeniem infrastruktury niezbędnej do ich uruchomienia, a także możliwości udostępniania informacji o zdarzeniach medycznych do platformy P1.

Projekt będzie realizowany w Partnerstwie 4 podmiotów.

W ramach projektu w każdej z placówek medycznych zostaną wykonane prace związane z przygotowaniem do realizacji usługi regionalnej. Dla partnerów zaplanowano prace związane z rozbudową infrastruktury IT oraz oprogramowania i wdrożeniem Elektronicznej Dokumentacji Medycznej tak, aby można było przystąpić do integracji z węzłem regionalnym oraz zasilić go danymi o elektronicznej dokumentacji medycznej.

Najważniejszym elementem systemu regionalnego będzie regionalne archiwum dokumentacji medycznej, które będzie mogło pełnić funkcje centrum bezpieczeństwa dla systemów a także będzie w stanie świadczyć usługi składowania dokumentacji medycznej dla mniejszych jednostek, nie posiadających we własnej strukturze organizacyjnej repozytorium dokumentacji elektronicznej. Elektroniczna dokumentacja medyczna wytwarzana lokalnie może być gromadzona na poziomie regionalnym w oparciu o przygotowane w projekcie mechanizmy wymiany danych.

Dodatkowo węzeł regionalny może zostać zintegrowany z platformą centralną wytworzoną w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1).

Aby uczestniczyć w wymianie danych, każdy system dziedzinowy musi być w stanie komunikować się z otoczeniem co najmniej w zakresie przekazywania wytworzonej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej wraz z metadanymi. Przekazywanie ma odbywać się poprzez dedykowane interfejsy pośredniczące w komunikacji.

Projekt realizuje preferencje programowe dla działania 2.2. RPO WD:

- projekt ma charakter ponadlokalny, zmierzający do integracji systemów informacyjnych na poziomie regionalnym i krajowym poprzez planowaną integrację z regionalną platformą wymiany danych oraz stworzenie możliwości udostępniania informacji o zdarzeniach medycznych do platformy P1;

- projekt uwzględnia szybki rozwój technologiczny i przy jego przygotowywaniu i realizacji przestrzegana będzie zasada neutralności technologicznej oraz otwartego dostępu. Podstawowym założeniem projektu jest autonomia szpitala i jego systemów informatycznych. Przez pojęcie to rozumie się niezależność szpitala w zakresie podejmowania decyzji o rozwoju własnych systemów informatycznych a także o szczegółowych rozwiązaniach organizacyjnych i semantycznych realizowanych w szpitalu. W celu integracji i ułatwienia niezależnego rozwoju systemów szpitalnych zakłada się integrację poprzez dedykowane interfejsy, które to rozwiązanie będzie odpowiadało za wymianę danych z węzłem regionalnym i przez węzeł regionalny z systemem krajowym.

II.2. Koszty przedsięwzięcia

1.1 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

	Cena netto	Ilość	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
Zakup sprzętu komputerowego			75 000,00		92 250,00
Dostawa tabletek	2 500,00	30	75 000,00	23%	92 250,00
Zakup sprzętu serwerowego			500 000,00		615 000,00
Macierz dyskowa	500 000,00	1	500 000,00	23%	615 000,00
Oprogramowanie			706 100,00		868 503,00
Rozbudowa Informatycznego systemu Szpitala (HIS) z integracją	480 000,00	1	480 000,00	23%	590 400,00
Rozbudowa systemu informatycznego zakładu diagnostyki laboratoryjnej łącznie z systemem e-Diagnostyka	55 000,00	1	55 000,00	23%	67 650,00
Zakup oprogramowania narzędziowego do zarządzania klastrem macierzy	160 000,00	1	160 000,00	23%	196 800,00
e-Usługa - Portal informacyjny dla szpitala	11 100,00	1	11 100,00	23%	13 653,00
Szkolenia specjalistyczne			60 000,00	23%	73 800,00
Szkolenia dla kadry informatycznej (3 osoby) szpitala w zakresie obsługi i konfiguracji oprogramowania narzędziowego	20 000,00	3	60 000,00	23%	73 800,00
Usługi doradcy technicznego			16 531,00	23%	20 333,13
Inżynier kontraktu			42 858,00	23%	52 715,34
Promocja projektu			3 500,00	23%	4 305,00
Studium Wykonalności			15 473,00	23%	19 031,79
RAZEM			1 419 462,00		1 745 938,26
Wniosek - koszt niekwalifikowany			1 719,00	23%	2 114,37

1.2. Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu

	Cena netto	Ilość	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
Zakup sprzętu komputerowego			490 100,00		602 823,00
Zestawy komputerowe	1 900,00	120	228 000,00	23%	280 440,00
Skanery dokumentów identyfikacyjnych	2 500,00	7	17 500,00	23%	21 525,00
Zestawy do drukowania opasek identyfikacyjnych	3 900,00	5	19 500,00	23%	23 985,00
Skanery opasek identyfikacyjnych	1 100,00	25	27 500,00	23%	33 825,00
Skanery dokumentacji medycznej	2 000,00	25	50 000,00	23%	61 500,00
Urządzenia do materializacji i powielania dokumentacji	4 700,00	18	84 600,00	23%	104 058,00
Tablety	1 800,00	35	63 000,00	23%	77 490,00
Zakup sprzętu serwerowego			19 200,00		23 616,00
Dyski twarde do serwerów: (macierzy)	2 400,00	8	19 200,00	23%	23 616,00
Sieć LAN			11 200,00		13 776,00
Modernizacja sieci - osprzęt i akcesoria	11 200,00	1	11 200,00	23%	13 776,00
Urządzenia sieciowe aktywne			83 500,00		102 705,00
Przełączniki sieciowe (typ 1) - 24 portowe	5 200,00	2	10 400,00	23%	12 792,00
Przełączniki sieciowe (typ 2) - 48 portowe	16 700,00	3	50 100,00	23%	61 623,00
Przełączniki bezprzewodowe	400,00	25	10 000,00	23%	12 300,00
Moduły światłowodowe	1 300,00	10	13 000,00	23%	15 990,00
Oprogramowanie			851 200,00		1 046 976,00
Oprogramowanie stacji roboczych	460,00	120	55 200,00	23%	67 896,00
Oprogramowanie bezodpłatne	38 000,00	2	76 000,00	23%	93 480,00
Rozbudowa systemu medycznego HIS z integracją e-Rejestracja	520 000,00	1	520 000,00	23%	639 600,00
	200 000,00	1	200 000,00	23%	246 000,00
Szkolenia specjalistyczne			13 000,00		15 990,00
Szkolenia z zakresu obsługi systemów medycznych	13 000,00	1	13 000,00	23%	15 990,00
Usługi doradcy technicznego			18 097,00	23%	22 259,31
Inżynier kontraktu			46 919,00	23%	57 710,37
Promocja projektu			6 600,00	23%	8 118,00

Studium Wykonalności	16 939,00	23%	20 834,97
RAZEM	1 556 755,00		1 914 808,65
Wniosek - koszt niekwalifikowany	1 882,00	23%	2 314,86

1.3 Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu

	Cena netto	Ilość	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
Zakup sprzętu komputerowego			82 400,00		101 352,00
Skaner do skanowania dokumentów zewnętrznych	5 700,00	1	5 700,00	23%	7 011,00
Drukarka do kart jednostronna, złącze USB	3 600,00	1	3 600,00	23%	4 428,00
Karta krytygraficzna	72,00	250	18 000,00	23%	22 140,00
Czytnik kart krytygraficznych	40,00	80	3 200,00	23%	3 936,00
Zestaw komputerowy (stacja, monitor, klawiatura, mysz)	2 300,00	10	23 000,00	23%	28 290,00
Tablet	3 500,00	3	10 500,00	23%	12 915,00
Drukarka etykiet na materiał	1 200,00	8	9 600,00	23%	11 808,00
Drukarka opasek	2 200,00	4	8 800,00	23%	10 824,00
Zakup sprzętu serwerowego			135 000,00		166 050,00
Serwer 2xCPU, 64 GB RAM, 2x600 GB SAS	22 000,00	4	88 000,00	23%	108 240,00
Macierz główna	35 000,00	1	35 000,00	23%	43 050,00
Macierz backup NAS RACK, SATA 6G, 4G DDRIII RAM, 2X1Gb LAN, Wo Rail/ 8x3TB SATA 600	12 000,00	1	12 000,00	23%	14 760,00
Rozbudowa serwerowni			40 500,00		49 815,00
Szafa RACK 42U, 19"	5 500,00	1	5 500,00	23%	6 765,00
UPS centralny	35 000,00	1	35 000,00	23%	43 050,00
Sieć LAN			37 000,00		45 510,00
Modernizacja sieci - osprzęt i akcesoria	37 000,00	1	37 000,00	23%	45 510,00
Urządzenia sieciowe aktywne			22 360,00		27 502,80
switch warszwy 3 (24 porty opt. 1 Gb/s)	5 500,00	2	11 000,00	23%	13 530,00
switch warszwy 2 (2 porty opt, 24 porty Cu)	560,00	6	3 360,00	23%	4 132,80
access point (sieć bezprzewodowa)	1 000,00	8	8 000,00	23%	9 840,00
Oprogramowanie			545 000,00		670 350,00
Rozbudowa systemu medycznego HIS z integracją	510 000,00	1	510 000,00	23%	627 300,00
Certyfikat kwalifikowany 1 rok - (podpis)	150,00	20	3 000,00	23%	3 690,00

Oprogramowanie serwerowe wraz z licencjami dostępowymi	22 000,00	1	22 000,00	23%	27 060,00
e-Wyniki	5 000,00	1	5 000,00	23%	6 150,00
e-Recepty	5 000,00	1	5 000,00	23%	6 150,00
Szkolenia specjalistyczne	20 000,00		20 000,00		24 600,00
Szkolenia specjalistyczne w zakresie obsługi wdrożonego systemu medycznego	20 000,00	1	20 000,00	23%	24 600,00
Usługi doradcy technicznego	10 877,00		10 877,00	23%	13 378,71
Inżynier kontraktu	28 196,00		28 196,00	23%	34 681,08
Promocja projektu	3 500,00		3 500,00	23%	4 305,00
Studium Wykonalności	10 181,00		10 181,00	23%	12 522,63
RAZEM	935 014,00		935 014,00		1 150 067,22
Wniosek - koszt niekwalifikowalny			1 132,00	23%	1 392,36

1.4. Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich

	Cena netto	Ilość	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
Zakup sprzętu komputerowego			75 000,00		92 250,00
Komputery – stacje robocze	2 000,00	30	60 000,00	23%	73 800,00
Urządzenia mobilne – tablety	2 500,00	6	15 000,00	23%	18 450,00
Zakup sprzętu serwerowego			32 000,00		39 360,00
Serwer podstawowy	16 000,00	1	16 000,00	23%	19 680,00
Serwer zapasowy	16 000,00	1	16 000,00	23%	19 680,00
Rozbudowa serwerowni			8 500,00		10 455,00
Szafa krosowa z osprzętem, akcesoria	8 500,00	1	8 500,00	23%	10 455,00
Urządzenia sieciowe aktywne			16 000,00		19 680,00
Switch 48xGE, 4 SFF	8 000,00	1	8 000,00	23%	9 840,00
Router	8 000,00	1	8 000,00	23%	9 840,00
Oprogramowanie			223 000,00		274 290,00
Wdrożenie systemu medycznego HIS z integracją	170 000,00	1	170 000,00	23%	209 100,00
Oprogramowania bazodanowe	35 000,00	1	35 000,00	23%	43 050,00

Oprogramowanie do tworzenia kopii zapasowych	18 000,00	1	18 000,00	23%	22 140,00
Szkolenia specjalistyczne			10 000,00		12 300,00
Szkolenie informatyczne dla administratora	10 000,00	1	10 000,00	23%	12 300,00
Usługi doradcy technicznego			4 495,00	23%	5 528,85
Inżynier kontraktu			11 654,00	23%	14 334,42
Promocja projektu			3 500,00	23%	4 305,00
Studium Wykonalności			4 207,00	23%	5 174,61
RAZEM			388 356,00		477 677,88
Wniosek - koszt niekwalifikowany			467,00	23%	574,41

II.3. Podsumowanie wyników analiz i finansowanie

Projekt realizowany będzie w Partnerstwie 4 podmiotów. Wnioskodawca posiada potencjał osobowy do właściwego przygotowania i rozliczenia projektu – zarówno do przeprowadzenia zamówień publicznych, jak i prowadzenia finansów projektu. Partnerzy projektu dysponują wykwalifikowaną i doświadczoną kadrą medyczną oraz profesjonalnym zapleczem administracyjno – technicznym, doświadczonym w organizowaniu i nadzorowaniu inwestycji.

Koordinacja i rozliczanie projektu, powierzone zostanie podmiotowi zewnętrznemu, mającemu doświadczenie w realizacji projektów z zakresu ICT i usług elektronicznych.

Dokonano analizy finansowej, której celem jest wyznaczenie optymalnego poziomu dofinansowania, zbadanie rentowności przedsięwzięcia pod względem finansowym oraz zbadanie czy projekt i Wnioskodawca zachowuje trwałość finansową. By to osiągnąć zostały policzone odpowiednio, tak zwana luka w finansowaniu, wskaźniki efektywności finansowej projektu, oraz zbadano trzy aspekty trwałości finansowej.

Wskaźniki finansowej efektywności projektu, do których należy wartość bieżąca netto i wewnętrzna stopa zwrotu zostały policzone w dwóch wariantach (z inwestycji z dotacją, z inwestycji bez dotacji). Wartości, jakie przyjęły wynoszą odpowiednio:

- wariant z dotacją:

FNPV/C = -13 583 552 PLN

FRR/C = nie istnieje

- wariant bez dotacji:

FNPV/C = -16 970 433 PLN

FRR/C = nie istnieje

Jest to klasyczna sytuacja dla projektów, których celem realizacji nie jest cel uzyskania zysku. Świadczą one o tym, że projekt nie generuje wystarczającej ilości dochodu by można było go uznać za rentowny.

Wskaźniki efektywności finansowej, a w szczególności wewnętrzna stopa zwrotu z kapitału (mniejsza od przyjętej 8% stopy dyskontowej), dowodzą dodatkowo, że projekt nie będzie czerpał nieuzasadnionych korzyści z przyznanej dotacji.

Wykazano trwałość finansową Projektu. W związku z tym, nie ma zagrożenia, że projekt lub/i Partnerzy Projektu strąca płynność w analizowanym okresie.

Analiza dotychczasowej działalności Wnioskodawcy i Partnerów pozwala twierdzić, że są oni w pełni zdolni organizacyjnie i finansowo do utrzymania projektu w wymaganym okresie czasu, a nawet poza nałożonymi ramami czasowymi.

II.4. Główne uwarunkowania inwestycji (prawne i administracyjne) wraz z zaleceniami i rekomendacjami.

Projektowany system informatyczny będzie zgodny z normami dotyczącymi służby zdrowia:

1. ISO/IEC 27002 - Poszczególne rozdziały normy są poświęcone następującym zagadnieniom:
 1. polityka bezpieczeństwa;
 2. organizacja bezpieczeństwa;

3. klasyfikacja aktywów organizacji i bezpieczeństwa osobowego;
 4. sposoby kontroli dostępu, rozwoju i utrzymania systemu;
 5. warunki pracy.
2. PN-ISO/IEC 20000-1:2007 „Technika informatyczna - Zarządzanie usługami - Część 1: Specyfikacja”,
 3. PN-ISO/IEC 20000-2:2007 „Technika informatyczna - Zarządzanie usługami - Część 2: Reguły postępowania,
 4. PN ISO/IEC 27001:2007 „Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji - Wymagania”,
 5. PN-ISO/IEC 27005:2010 "Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Zarządzanie ryzykiem w bezpieczeństwie informacji",
 6. PN-ISO/IEC 27006:2009 "Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Wymagania dla jednostek prowadzących audyt i certyfikację systemów zarządzania bezpieczeństwem informacji",

Aby zoptymalizować funkcjonalność systemu w stosunku do realnych wymagań, planowany do wdrożenia w ramach projektu system będzie budowany w oparciu o dotychczasowe, wieloletnie doświadczenie pracowników Szpitala z użytkowania aktualnie pracujących systemów informatycznych. Wymagania funkcjonalne są zdefiniowane z wykorzystaniem wiedzy w eksploatacji zarówno systemów medycznych jak i administracyjnych i mają zapewnić zgodność systemu z bieżącymi wymaganiami Szpitala. Zakładana funkcjonalność ma również zapewnić, że system będzie wystarczająco elastyczny, aby skutecznie wspierać prace Szpitala w okresie po zakończeniu trwałości projektu.

Optymalizacja wymagań ma na celu również osiągnięcie optymalnego stosunku jakości do ceny. System będzie tak projektowany, aby posiadał tylko takie funkcjonalności, które będą wspierały działalność szpitala w sposób znaczący i podnoszący jego wydajność jako całej jednostki organizacyjnej.

Planowany do wykorzystania w ramach projektu sprzęt jest zgodny z obowiązującymi Krajowymi i Europejskimi normami ochrony środowiska oraz zużycia energii elektrycznej.

Inne przepisy:

1. Dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 1999/93/WE z dnia 13 grudnia 1999r. w sprawie wspólnotowych ram w zakresie podpisów elektronicznych
3. Konwencja nr 108 Rady Europy z dnia 28 stycznia 1981r. o ochronie osób w związku z automatycznym przetwarzaniem danych osobowych (Dz. U. z 2003r. Nr 3, poz. 25; uzup.: Dz. U. z 2006r. Nr 3, poz. 15)
4. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. 2004 Nr 100 poz. 1024)
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697)
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011 Nr 112, poz. 654)
7. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 nr 133 poz. 88)

8. Ustawa z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz.U. 2001 Nr 130, poz. 1450)
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417)
10. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 Nr 113 poz. 657)

Prawo zamówień publicznych

Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2009 nr 157 poz. 1240) środki z funduszy strukturalnych są środkami publicznymi. Ponadto zarówno Wnioskodawca jak i Partnerzy są jednostkami sektora finansów publicznych - samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. W związku z powyższym przy zawieraniu umów, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, zobowiązane są do przestrzegania przepisów o zamówieniach publicznych. Zasady, formy i tryb udzielania zamówień publicznych, organy właściwe w sprawach o zamówienia publiczne, a także m. in. środki ochrony prawnej określa ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. (Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 z późn. zm.) Prawo zamówień publicznych.

Od dnia 9.09.2008r. przy udzielaniu zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14 000 euro Beneficjenci RPO WD zobowiązani są przestrzegać „Wytycznych programowych IZ RPO WD w zakresie ogólnych zasad udzielania zamówień i wyboru wykonawców w transakcjach nieobjętych przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych (...)”. Wydatki poniesione bez przestrzegania zapisów „Wytycznych programowych IZ RPO WD w zakresie ogólnych zasad udzielania zamówień i wyboru wykonawców w transakcjach nieobjętych przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych (...)” nie mogą zostać uznane za kwalifikowane.

Wykonawcy zadań w ramach projektu wyłaniania będą zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych. W ramach projektu zaplanowano 5 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, w tym 2 przetargi nieograniczone oraz 3 postępowania, których szacunkowa wartość nie przekroczy 14 tys. euro. Jedno z ww. zamówień (na przygotowanie Studium wykonalności oraz wniosku o dofinansowanie) zostało już zrealizowane.

Pomoc Publiczna

Artykuł 107 ust 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej mówi, że pomoc publiczna jest pomocą przyznawaną przez państwo członkowskie lub przy użyciu zasobów państwowych, w jakiegokolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji poprzez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów, jest niezgodna ze wspólnym rynkiem w zakresie, w jakim wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi.

Pomocą publiczną można nazwać wsparcie udzielane przedsiębiorstwu, jednakże muszą być jednocześnie spełnione następujące warunki:

- jest przyznawane przez Państwo lub pochodzi ze środków państwowych,
- udzielane jest na warunkach korzystniejszych niż oferowane na rynku,
- ma charakter selektywny (uprzywilejowuje określone przedsiębiorstwo lub przedsiębiorstwa albo produkcję określonych towarów),
- grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między Państwami Członkowskimi UE.

W przypadku, gdy chociaż jeden z wyżej wymienionych warunków nie jest spełniony, nie mamy do czynienia z pomocą publiczną.

Rozpatrując niniejszy projekt pod kątem jego oddziaływania na konkurencję na rynku europejskim, należy zaznaczyć, że jego realizacja nie spowoduje zmiany podaży usług, nie będzie miała również

wpływu na zmianę popytu. W związku z powyższym sytuacja na rynku usług medycznych w Unii Europejskiej nie zmieni się - realizacja projektu nie grozi zakłóceniem konkurencji.

Niezaprzeczalnym jest fakt, iż działalność podmiotów leczniczych, oferujących usługi z zakresu ochrony, ratowania i promocji zdrowia, jest co do zasady adresowana do obywateli polskich. Wdrożenie systemu wspomagającego zarządzanie i stworzenie EDM w podmiotach leczniczych nie spowoduje zwiększenia atrakcyjności oferty dla pacjentów z innych krajów UE, nie spowoduje zmiany struktury uzyskiwanych przez podmioty lecznicze przychodów. Projekt nie jest bowiem związany w sposób bezpośredni ze świadczeniem usług zdrowotnych. W związku z powyższym należy uznać, iż projekt nie grozi zakłóceniem konkurencji i nie wpłynie na wymianę gospodarczą między krajami członkowskimi UE, przez co nie stanowi pomocy publicznej.

Na podstawie analizy dostępnych dokumentów i wytycznych stwierdzić można, iż projekt jest zgodny z polityką konkurencji, a dofinansowanie go środkami z EFRR nie ma znamion pomocy publicznej.

Obowiązki w zakresie informacji i promocji

Obowiązki w zakresie promocji projektu wynikają z Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1828/2006 z dnia 8 grudnia 2006 r. ustanawiającego szczegółowe zasady wykonania rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 oraz rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Celem prowadzonych przez Członków działań będzie poinformowanie jak najszerszego grona o fakcie otrzymania dofinansowania na realizację projektu z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach RPO WD, a tym samym zwiększenie publicznej świadomości dotyczącej finansowego wsparcia inwestycji ze strony Funduszy Strukturalnych UE.

Działania informacyjne oraz promocja Programu Operacyjnego skierowane będą przede wszystkim do pacjentów – mieszkańców województwa dolnośląskiego.

Wnioskodawca i Partnerzy wypełniając obowiązek informowania o zakresie realizowanego projektu i wsparciu ze środków unijnych zastosują instrumenty promocyjno-informacyjne w postaci:

- Tablic informacyjnych (w czasie trwania inwestycji) o wymiarach 250x200cm;
- Tablic pamiątkowych (po zakończeniu projektu) o wymiarach 90x70cm;
- Naklejek informacyjnych umieszczanych na zakupionym sprzęcie informatycznym – naklejki o wymiarach min. 6,5x8cm.
- Akcji promocyjnej w środkach masowego przekazu.

Wszystkie instrumenty będą spełniały wymogi określone przepisami.

Informacja o zakresie projektu i wsparciu ze strony funduszy strukturalnych docierać będzie nie tylko do pacjentów, ale również instytucji publicznych, przedsiębiorców, itp.

Dokumenty towarzyszące realizacji projektu (w szczególności korespondencja prowadzona w sprawach projektu, dokumentacja przetargowa, umowy z dostawcami i wykonawcami począwszy od uzyskania informacji o przyznaniu dofinansowania) zostaną opatrzone obowiązkowymi znakami graficznymi i będą zawierać informację o współfinansowaniu projektu z EFRR w ramach RPO WD.

III. OTOCZENIE MAKROEKONOMICZNE I TRENDY

III.1. Potencjał położenia geograficznego¹

Województwo dolnośląskie położone jest w południowo-zachodniej części Polski. Obejmuje większość historycznego i geograficznego Dolnego Śląska oraz fragment Łużyc. Zasadniczo obszar regionu można podzielić na dwie strefy: niziną na północy i wschodzie oraz strefę górską (Sudety i ich pogórza) na południu. Od zachodu graniczy z Niemcami (Saksonia), od południa z Republiką Czeską (region Severovýchod), od wschodu z województwem opolskim, na północnym wschodzie sąsiaduje z województwem wielkopolskim, zaś od strony północno-zachodniej z lubuskim.

Region leży w strategicznym miejscu Polski i Europy, na przecięciu odwiecznych szlaków komunikacyjnych wschód-zachód i południe-północ. Stolicą regionu jest Wrocław, położony w niewielkiej odległości od stolic sąsiednich krajów europejskich. Sprawia to, że miasto oraz przynależny doń region mają atrakcyjną lokalizację w europejskiej przestrzeni gospodarczej.

Odległość Wrocławia od Warszawy i Berlina wynosi około 350 km, do Drezna, Krakowa i Pragi jest około 300 km, zaś do Bratysławy, Szczecina i Wiednia około 400 km. Do najbliższych polskich metropolii - Katowic i Poznania - jest około 200 km.

Województwo dolnośląskie składa się z 26 powiatów, 3 miast na prawach powiatu oraz 169 gmin (36 miejskich, 55 miejsko-wiejskich i 78 wiejskich). Przynależy, wspólnie z opolskim, do regionu południowo-zachodniego (NUTS 1), a jako jednostka szczebla NUTS 2 podzielone jest na 4 jednostki terytorialne szczebla NUTS 3 (podregiony: jeleniogórsko-wałbrzyski, legnicki, wrocławski i miasto Wrocław).

Województwo zajmuje obszar 19 947 km², co stanowi 6,4 proc. powierzchni całego kraju. Dolnośląskie jest siódmym co do wielkości województwem w Polsce. Z ogólnej jego powierzchni 31% przypada na lasy i grunty leśne, 60,1% na użytki rolne i są to proporcje podobne do tych, jakie występują w innych częściach kraju. Istniejące zasoby kopaliny użytecznych (w tym rud miedzi i węgla brunatnego) stanowią podstawę dla rozwoju przemysłu wydobywczego oraz wielu innych gałęzi przemysłu. Rozwijają się także nowoczesne dziedziny przetwórstwa przemysłowego oraz sfera usług. Ukształtowanie geograficzne, warunki środowiska przyrodniczego, zasoby wód leczniczych oraz bogate dziedzictwo kulturowe i historia regionu sprawiają zaś, że także turystyka i lecznictwo uzdrowiskowe jest jedną z podstawowych sfer działalności w województwie dolnośląskim.

III.2. Potencjał społeczno-gospodarczy

Potencjał gospodarczy

Województwo dolnośląskie jest jednym z najbardziej rozwiniętych gospodarczo obszarów kraju. Sprzyja temu położenie geograficzne – w pobliżu zachodniej i południowej granicy państwa – w bliskości Berlina i Pragi, połączenia drogowe i kolejowe z innymi częściami kraju, dość duża gęstość zaludnienia, obecność silnego ośrodka metropolitalnego – jednego z największych miast w Polsce, oraz kilku równomiernie rozłożonych ośrodków lokalnych (Legnica, Jelenia Góra, Wałbrzych). Pod względem udziału w tworzeniu PKB całej gospodarki narodowej województwo sytuuje się na czwartym miejscu i w 2010r. wynosił 120,12 mld zł, co stanowiło 8,5% PKB Polski w kraju. W 2010 r. produkcja sprzedana przemysłu w woj. dolnośląskim wynosiła 89,3 mld zł, co stanowiło 9,1% produkcji przemysłu Polski. Sprzedaż produkcji budowlano-montażowej w dolnośląskim wynosiła 13,0 mld zł, co stanowiło 8,1% tej sprzedaży Polski. Niemal 60 proc. dolnośląskiego PKB jest wytwarzane przez sektor

¹ Na podstawie RPO dla Województwa Dolnośląskiego

usług, w tym 45,7 procent stanowią usługi rynkowe. 32 proc. PKB generuje przemysł, a jedynie 2,2 proc. rolnictwo.

Najbardziej uprzemysłowionymi rejonami dolnośląskiego są okolice Wrocławia i Lubina, najsłabiej - Wałbrzycha.

Wrocław posiada drugi po Warszawie pod względem wielkości dochodów (3,814 mld zł w 2012) i wydatków (3,804 mld zł) budżet w Polsce. Dochody w przeliczeniu na jednego mieszkańca (6025 PLN) także ustępują jedynie Warszawie.

Do największych inwestorów wg kraju pochodzenia na terenie województwa dolnośląskiego należą:

- Kapitał brytyjski - Cadbury Schweppes, Cussons Group Ltd, Tesco, Shell, BP;
- Kapitał amerykański - Whirlpool - Polar S.A., PepsiCo, Cargill, McDonalds, Gerber Comp., General Electric International;
- kapitał niemiecki - Deutsche Bank, Siemens, Bosch, Volkswagen, Makro, Selgros, OBI, Real;
- kapitał szwedzko - szwajcarski i szwedzki Volvo, Electrolux, IKEA, DeLaval;
- kapitał francuski - Castorama, Carrefour, Geant, E'Leclerc, Lucas Bank;
- kapitał holenderski - 3M;
- kapitał japoński - Toyota;
- kapitał hiszpański - Fagor;
- kapitał koreański - LG Electronics.

W końcu grudnia 2012 r. w województwie dolnośląskim w rejestrze REGON zarejestrowanych było ogółem 336,9 tys. podmiotów gospodarki narodowej (bez osób prowadzących indywidualne gospodarstwa rolne), tj. 8,5% ogólnej liczby podmiotów zarejestrowanych w kraju (5. lokata – wyższy udział odnotowano w województwach: mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i małopolskim).

W ogólnej liczbie podmiotów największy udział miały osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą – 68,9%, czyli o 0,7 p. proc. mniej niż w 2011 r. (w kraju odsetek ten wyniósł 73,4%, tj. o 0,8 p. proc. mniej niż rok wcześniej). Wśród osób prawnych i jednostek organizacyjnych niemających osobowości prawnej najliczniejszą grupę stanowiły spółki handlowe (27,2%) oraz spółki cywilne (22,7%); w 2011 r. odpowiednio 26,5% oraz 23,7%.

W końcu 2012 r. w województwie zarejestrowanych było 104,9 tys. osób prawnych i jednostek organizacyjnych niemających osobowości prawnej, tj. 9,9% jednostek w kraju (3. lokata – więcej takich podmiotów zarejestrowanych było tylko w województwach mazowieckim i śląskim). W porównaniu do 2011 r. ich liczba zwiększyła się o 5,2 tys. (tj. o 5,2%).

Liczba zarejestrowanych osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą w końcu 2012 r. wyniosła 232,1 tys., tj. 8,0% jednostek w kraju i pod tym względem województwo dolnośląskie plasowało się na 5. miejscu po województwie mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i małopolskim. W porównaniu do 2011 r. liczba zarejestrowanych osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą zwiększyła się o 4,1 tys. (tj. o 1,8%).

Struktura podmiotów według klas wielkości ukazuje, iż przeważającą część wszystkich podmiotów stanowiły podmioty małe, o przewidywanej liczbie pracujących do 9 osób (96,2%). W porównaniu do grudnia 2011 r. odnotowano wzrost liczby podmiotów w tej grupie – o 9,9 tys., tj. o 3,2%. Wzrost odnotowano również wśród podmiotów o liczbie pracujących od 50 do 249 osób (o 3,7%). Natomiast mniej było podmiotów o liczbie pracujących od 10 do 49 osób – o 6,5%, a także podmiotów największych (250 pracujących i więcej) – o 0,8%.

W strukturze podmiotów gospodarki narodowej w województwie dolnośląskim w końcu 2012 r. najliczniej reprezentowana była sekcja handel; naprawa pojazdów samochodowych, której udział wyniósł 25,0% (w kraju 26,8%), a kolejno sekcja budownictwo – 11,8% (w kraju 11,9%) oraz obsługa rynku

nieruchomości – 10,8% (w kraju 5,3%). Sekcja obsługa rynku nieruchomości jest w województwie dolnośląskim wyjątkowo liczna i jest to jedna z trzech sekcji, których udział w liczbie podmiotów ogółem jest wyższy niż w kraju. Dolnośląskie skupia aż 17,3% wszystkich podmiotów działających w tej sekcji w kraju – 1. Lokata przed województwem mazowieckim (13,9%) i śląskim (11,3%). Druga sekcja o wyższym udziale niż średnia w kraju to działalność profesjonalna, naukowa i techniczna (9,0% w województwie dolnośląskim wobec 8,9% w kraju), a trzecia - to działalność finansowa i ubezpieczeniowa (3,3% w województwie dolnośląskim wobec 3,2% w kraju).

W końcu 2012 r. w województwie dolnośląskim było 28,5 tys. spółek handlowych, tj. 8,2% spółek handlowych w kraju, w tym 6,9 tys. z udziałem kapitału zagranicznego (9,3% zarejestrowanych w kraju). Pod względem liczby spółek handlowych z udziałem kapitału zagranicznego województwo dolnośląskie zajmowało 2. miejsce w kraju, po województwie mazowieckim (38,5%). Zdecydowaną większość spółek handlowych stanowiły spółki kapitałowe – 24,8 tys. (87,2%), w tym spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – 24,0 tys. (96,8% spółek kapitałowych). Pozostałe 3,7 tys. spółek handlowych to spółki osobowe, wśród których zdecydowaną większość stanowiły spółki jawne – 2,4 tys. (65,5% spółek osobowych). W porównaniu do 2011 r. liczba spółek handlowych ogółem zwiększyła się o 2,1 tys., tj. o 8,0%, w tym liczba spółek kapitałowych o 7,8%, a spółek osobowych o 9,2%.

Liczba spółek handlowych z udziałem kapitału zagranicznego wzrosła o 0,3 tys., tj. o 3,8%.

Liczba zarejestrowanych spółek cywilnych w końcu 2012 r. wyniosła 23,8 tys., tj. 8,5% spółek cywilnych w kraju (5. lokata po województwie mazowieckim, śląskim, małopolskim i wielkopolskim). Było ich o 0,7% więcej niż w 2011 r. W końcu 2012 r. w województwie dolnośląskim działało 12 przedsiębiorstw państwowych, tj. 6,8% przedsiębiorstw państwowych w kraju (udział ten w ciągu roku zwiększył się o 0,1 p. proc.).

W porównaniu do 2011 r. liczba spółdzielni zwiększyła się o 1,0% i w końcu 2012 r. było ich 1373, tj. 8,0% spółdzielni w kraju (3. lokata po województwach mazowieckim i wielkopolskim). Wzrost liczby spółdzielni, w porównaniu do 2011 r., wystąpił w 8 województwach (w tym największy w województwie podkarpackim – o 4,6%), a w 8 odnotowano spadek (w tym największy w województwie zachodniopomorskim – o 0,7%).

We wszystkich województwach odnotowano znaczny wzrost liczby fundacji (w tym największy w województwie podlaskim – o 15,7%). W województwie dolnośląskim w końcu 2012 r. działało 1312 fundacji – o 173, czyli 15,2% więcej niż rok wcześniej (2. lokata pod względem dynamiki liczby fundacji w porównaniu do poprzedniego roku). Stanowiło to 8,6% fundacji w kraju (2. lokata po województwie mazowieckim).

Również we wszystkich województwach wzrosła liczba stowarzyszeń i organizacji społecznych. W województwie dolnośląskim odnotowano wzrost o 5,4% (2. lokata po województwie lubuskim). W końcu 2012 r. zarejestrowanych było 8,0 tys. stowarzyszeń i organizacji społecznych. Stanowiło to 8,0% stowarzyszeń i organizacji społecznych w kraju (5. lokata po województwach mazowieckim, wielkopolskim, śląskim i małopolskim).

Według stanu w końcu grudnia 2012 r. najwięcej podmiotów gospodarki narodowej (ponad 31%) zarejestrowanych było we Wrocławiu – 105,1 tys., a najmniej w powiecie górowskim – 2,7 tys. (niespełna 1%). Wzrost liczby podmiotów gospodarczych w województwie dolnośląskim w porównaniu do poprzedniego roku odnotowano we wszystkich powiatach, w tym największy w powiatach: wrocławskim, bolesławickim, we Wrocławiu oraz w powiecie trzebnickim. Wśród powiatów województwa dolnośląskiego największą zmienność zaobserwowano w powiecie dzierzoniowskim (0,95) i jaworskim (0,93), natomiast najmniejszą w powiecie wrocławskim (0,55) i we Wrocławiu (0,57).

Przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw w sierpniu br. ukształtowało się na poziomie 440,5 tys. osób, tj. wyższym niż przed rokiem o 0,9% (wobec spadku o 0,3% w sierpniu ub. roku). Wzrost przeciętnego zatrudnienia odnotowano w 6 sekcjach, w tym największy w administrowaniu i działalności wspierającej (o 15,9%) oraz w informacji i komunikacji (o 11,6%). W 7 sekcjach

zatrudnienie zmniejszyło się, w tym najbardziej w wytwarzaniu i zaopatrywaniu w energię elektryczną, gaz, parę wodną i gorącą wodę (o 30,6%). W sekcji obsługa nieruchomości i firm przeciętne zatrudnienie pozostało na poziomie sprzed roku.

W kraju przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw zmniejszyło się w skali roku o 0,5%. W końcu sierpnia br. liczba bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy w województwie dolnośląskim kształtowała się na poziomie 149,7 tys. osób i była większa o 4,6% (tj. o 6,6 tys. osób) niż w sierpniu ub. roku, natomiast mniejsza o 0,9% w porównaniu do lipca br. Stopa bezrobocia rejestrowanego w końcu sierpnia br. wyniosła 12,9%, tj. więcej o 0,5 p.proc. niż przed rokiem, natomiast o 0,1 p.proc. mniej w porównaniu z poprzednim miesiącem. W rankingu z innymi województwami, dolnośląskie pod względem wysokości stopy bezrobocia plasowało się na 6. miejscu (najwyższą pozycję zajmowało woj. wielkopolskie ze stopą bezrobocia równą 9,5%). W grupie powiatów o niskiej stopie bezrobocia znalazły się powiaty:

- wrocławski (5,2% wobec 4,9% w analogicznym miesiącu ub. roku),

- polkowicki (8,3% wobec 8,5%),

oraz miasta na prawach powiatu:

- Wrocław (5,7% wobec 5,2%),

- Jelenia Góra (9,2% wobec 9,6%).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w sektorze przedsiębiorstw w województwie w sierpniu br. kształtowało się na poziomie 3678,72 zł i było niższe o 3,7% w relacji do sierpnia ub. roku (przed rokiem wzrosło o 2,3%). W kraju przeciętne wynagrodzenie wyniosło 3760,45 zł i wzrosło w ciągu roku o 2,0%.

W porównaniu z sierpniem ub. roku spadek przeciętnych wynagrodzeń odnotowano w 2 sekcjach sektora przedsiębiorstw. Wyższy niż przed rokiem poziom przeciętnych wynagrodzeń zanotowano w 12 sekcjach, w tym największy w sekcjach wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną i gorącą wodę (o 17,1%) oraz zakwaterowanie i gastronomia (o 10,6%).

Produkcja sprzedana przemysłu w sierpniu br. osiągnęła wartość (w cenach bieżących) 7723,7 mln zł i była (w cenach stałych) o 1,4% niższa niż przed rokiem (kiedy to zanotowano jej spadek o 0,5%). Równocześnie w skali roku wystąpił spadek (w cenach bieżących) produkcji budowlano-montażowej o 1,6% (przed rokiem – spadek o 23,2%).

Produkcja sprzedana w przetwórstwie przemysłowym, stanowiąca 78,8% produkcji przemysłowej ogółem, w porównaniu z sierpniem ub. roku zmniejszyła się (w cenach stałych) o 0,4% (wówczas odnotowano wzrost o 2,7%). W sekcji wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną i gorącą wodę odnotowano spadek o 41,5% (wobec spadku o 48,7% przed rokiem).

Niższy niż w sierpniu ub. roku poziom produkcji sprzedanej wystąpił w 16 (spośród 31 występujących w województwie) działach przemysłu. Spośród działów o wysokim udziale w strukturze produkcji sprzedanej przemysłu niższa niż w sierpniu ub. roku była m.in.: produkcja maszyn i urządzeń (o 31,2%), komputerów, wyrobów elektronicznych i optycznych (o 14,5%), wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych (o 8,6%), artykułów spożywczych (o 5,8%) oraz papieru i wyrobów z papieru (o 2,7%). Znaczący wzrost produkcji sprzedanej dotyczył natomiast m.in. produkcji pojazdów samochodowych, przyczep i naczep (o 24,5%) oraz urządzeń elektrycznych (o 13,3%).

Produkcja sprzedana budownictwa (w cenach bieżących) w sierpniu br. wyniosła 1017,5 mln zł i była wyższa o 5,8% niż w sierpniu ub. roku (kiedy notowano spadek o 7,6%). Produkcja budowlano-montażowa (w cenach bieżących) w sierpniu br. ukształtowała się na poziomie 525,4 mln zł i stanowiła 51,6% ogółu produkcji sprzedanej budownictwa.

W sierpniu br. w porównaniu z analogicznym miesiącem ub. roku zmniejszyła się liczba mieszkań oddanych do użytkowania, natomiast znacznie zwiększyła się liczba mieszkań, na budowę których uzyskano pozwolenia, a także liczba mieszkań rozpoczętych. Według wstępnych danych¹ w sierpniu

br. w województwie przekazano do użytkowania 1148 mieszkań, tj. o 2,6% mniej niż przed rokiem. W kraju oddano do użytkowania o 18,6% mniej mieszkań niż rok wcześniej.

W sierpniu br. odnotowano w skali roku (w cenach bieżących) spadek sprzedaży detalicznej, natomiast wzrost sprzedaży hurtowej. Sprzedaż detaliczna zrealizowana przez przedsiębiorstwa handlowe i niehandlowe w sierpniu br. była o 1,7% niższa niż przed rokiem (wobec wzrostu o 10,5% w sierpniu ub. roku oraz o 0,5% w lipcu br.). Największy spadek sprzedaży detalicznej w relacji do analogicznego miesiąca poprzedniego roku odnotowano w grupach: pozostałe (o 33,5%) oraz paliwa stałe, ciekłe i gazowe (o 16,1%). W grupie żywność, napoje i wyroby tytoniowe (o udziale – 45,4% sprzedaży detalicznej ogółem) sprzedaż była wyższa o 16,0%.

W sierpniu br. sprzedaż hurtowa (w cenach bieżących) w przedsiębiorstwach handlowych w relacji do poprzedniego miesiąca była niższa o 2,2%, natomiast w porównaniu do sierpnia ub. roku – wyższa o 10,5%. W przedsiębiorstwach hurtowych odnotowano również spadek sprzedaży hurtowej w skali miesiąca – o 2,0%, natomiast wzrost o 12,5% w skali roku.

Widoczne są pozytywne symptomy przemian społecznych i gospodarczych: wzrastająca innowacyjność dolnośląskiej gospodarki, napływ kapitału zagranicznego, dynamicznie funkcjonujące trzy specjalne strefy ekonomiczne, rozwijający się sektor małych i średnich przedsiębiorstw, wysoka aktywność samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych.

Istotnymi problemami regionu są wzrost bezrobocia, dysproporcje w jakości życia mieszkańców, w poziomie i rozmieszczeniu Infrastrukturalnego wyposażenia. Dysproporcje te widoczne są nie tylko między miastami i miejscowościami wiejskimi, lecz także w przekroju podregionów, powiatów i gmin.

Podsumowując zatem analizę ekonomiczną – stwierdzić można, że z jednej strony region Dolnego Śląska jest jednym z najlepiej rozwiniętych gospodarczo województw w kraju, z drugiej jednak strony – wobec średniej dla UE oraz wybranych regionów w bardziej rozwiniętych gospodarczo krajach Unii Dolny Śląsk jest w znacznie gorszej sytuacji.

Potencjał społeczny

Zaludnienie województwa dolnośląskiego w końcu 2011 roku wynosiło 2 916 577 osób, co stanowiło 7,56% ogółu ludności kraju. Według zaś stanu z końca 2010 roku województwo dolnośląskie zamieszkałe było przez 2 878,3 tys. osób, co stanowiło 7,5% ludności Polski. 51,89% mieszkańców województwa stanowią kobiety. 69,8% ogółu ludności regionu zamieszkuje w miastach.

Pod względem wielkości zaludnienia region dolnośląski zajmuje 5 miejsce wśród województw kraju (po mazowieckim, śląskim, wielkopolskim i małopolskim).

Struktura ludności województwa dolnośląskiego według wieku wskazuje, iż społeczeństwo regionu jest nieco starsze aniżeli przeciętnie w kraju. W 2011 roku udział ludności w wieku przedprodukcyjnym w regionie wynosił 17,20% (w kraju – 18,8%), ludności w wieku produkcyjnym – 65,26% (w kraju – 64,5%), a ludności w wieku poprodukcyjnym – 16,55% (w kraju – 16,7%). Prognozuje się, że w 2035 roku ludność w wieku produkcyjnym stanowić będzie 57,82%, a w wieku poprodukcyjnym niemal 27,4% ogółu mieszkańców województwa dolnośląskiego. Ten proces niewątpliwie będzie znacząco determinować sytuację społeczno-ekonomiczną regionu.

III.3. Zidentyfikowane problemy

Wg danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na terenie Dolnego Śląska funkcjonuje 116 podmiotów udzielających świadczeń w ramach lecznictwa zamkniętego, w tym 79 to szpitale ogólne.

Obecnie placówki te dysponują wdrożonymi w różnym zakresie systemami informatycznymi wspomagającymi ich pracę. Dodatkowo, żaden Szpital nie posiada wdrożonej obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej, a ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia narzuca obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej od dnia 1 sierpnia 2014 r. Co więcej, na mocy wymienionej ustawy w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (platforma P1) prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia placówki medyczne będą zobowiązane do przekazywania określonego zestawu danych medycznych do centralnego systemu.

W chwili obecnej szpitale objęte projektem nie dysponują systemami obsługującymi elektroniczną dokumentację medyczną oraz dostosowanymi do wymiany danych z platformą P1.

III.4. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne realizacji przedsięwzięcia

Obecnie na całym świecie zaobserwować można intensywny rozwój informatyzacji i jej wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa. Populacja staje się w coraz większym stopniu społeczeństwem informacyjnym, uzależnionym od intensywnego rozwoju technologii teleinformatycznych. Technologie takie jak Internet umożliwiają szybki i szeroki dostęp do różnorodnych informacji oraz sprawną komunikację.

Problemem, zarówno w skali województwa, jak i całego kraju, jest niewielki stopień wykorzystania technologii ICT w opiece zdrowotnej.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez GfK Polonia Sp. z o.o. we wrześniu 2010 r.², z Internetu korzysta 94% specjalistów oraz 76% lekarzy POZ. Spośród użytkowników Internetu wśród kadry medycznej, 94% lekarzy wykorzystuje Internet do sprawdzania poczty elektronicznej, 86% - wyszukiwania potrzebnych informacji w celu dokształcania się, 84% - wyszukiwania potrzebnych informacji do pracy.

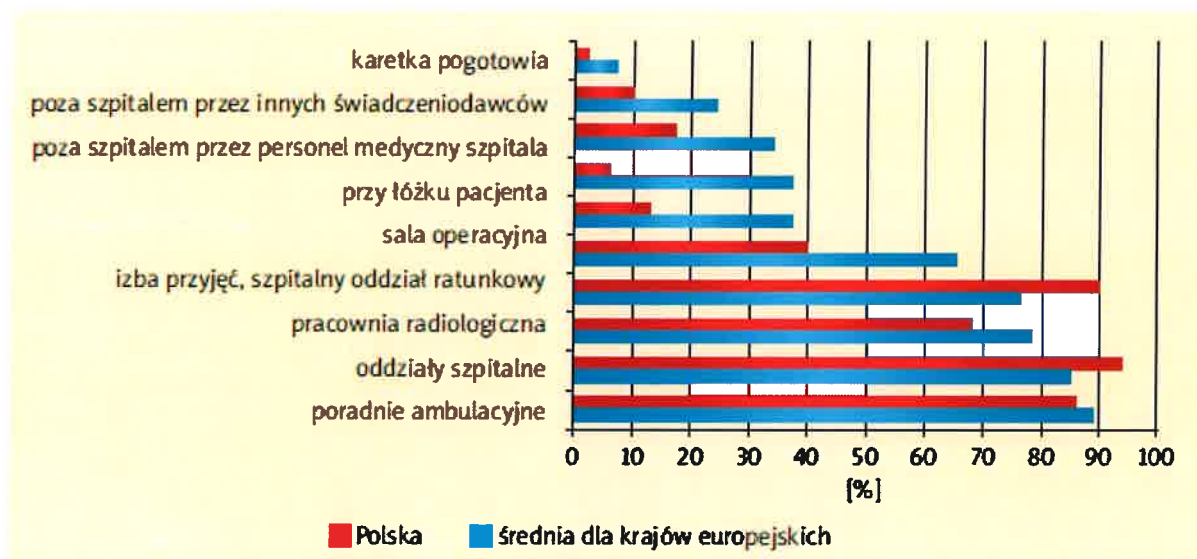
W roku 2011 Komisja Europejska ogłosiła raport z badań porównawczych dotyczących rozwoju e-zdrowia w europejskich szpitalach. W projekcie, który realizowała firma Deloitte na zlecenie Dyrekcji Generalnej Społeczeństwa Informacyjnego i Mediów KE, uczestniczyło 906 szpitali z 30 krajów europejskich, w tym 99 z Polski.

Zbadano m.in. występowanie systemu EHR (elektroniczny rekord pacjenta) w europejskich szpitalach. Wg definicji Gartnera EHR – to skomputeryzowany system dokumentacji medycznej pacjenta zawierający informacje o stanie zdrowia w jednej placówce opieki zdrowotnej. Uzyskane dane pokazały, że Polska na tle pozostałych krajów europejskich objętych programem nie wypada najlepiej. Żadnego systemu EHR nie posiadało 33% szpitali, podczas gdy średnia dla tej kategorii w Europie wynosi 19%.

Na pytanie, czy zamierzasz w ciągu trzech lat wdrożyć w szpitalu zintegrowany system EHR, twierdząco odpowiedziało 67% szefów polskich placówek (33% nie podjęło decyzji w tej sprawie).

O ile Polska nie odbiega znacząco od europejskiej średniej jeśli chodzi o dostępność danych medycznych, o tyle dostęp do nich z urządzeń mobilnych jest znacznie gorszy.

² „HCP i ich zachowania w Internecie – wybrane wyniki badania”, GfK Polonia Sp. z o.o., 2010, http://www.gfk.pl/imperia/md/content/gfkpolonia/s_m_raporty/sectors___markets_raporty_hc_hcp_w_internecie_prezentacja.pdf



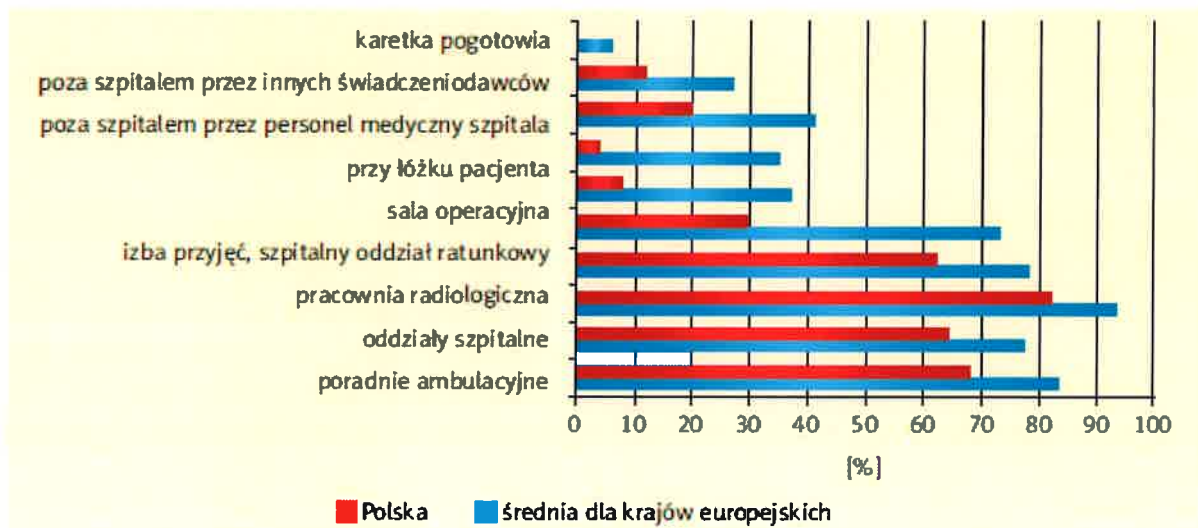
Rysunek 1 Lokalizacje, z których istnieje dostęp do elektronicznych danych pacjenta.

Źródło: „menadżer zdrowia / grudzień-styczeń 10/2011”

Badanie objęło swoim zainteresowaniem również dostęp do danych medycznych on-line. Okazało się, że zaledwie 1% objętych badaniem szpitali europejskich zapewnia pacjentom dostęp do pełnej dokumentacji medycznej, a 3% tylko częściowo. W Polsce tylko jeden szpital na 99 badanych zadeklarował, że jego pacjenci mają dostęp do wybranej dokumentacji medycznej (karta informacyjna z leczenia szpitalnego).

Kolejnym badanym aspektem było obecność systemu archiwizacji i przekazywania obrazów – PACS. Technologia ta umożliwia przechowywanie, przekazywanie i elektroniczny dostęp do obrazów, m.in. zdjęć rentgenowskich. W tym kryterium Polska nie odbiega dużo od średniej europejskich. Ponad 60% europejskich szpitali posiada taki system, dla Polski wskaźnik ten oscyluje w granicach 51%. Dla porównania – w takich krajach jak Dania, Belgia, Finlandia, Holandia, Norwegia, Portugalia czy Wielka Brytania, wskaźnik ten wynosi 100%.

Również przy tej technologii istnieją dysproporcje między sytuacją w Polsce a średnią europejską dotyczącą dostępności on-line.



Rysunek 2 Lokalizacje, z których istnieje dostęp do systemów PACS

Źródło: „menadżer zdrowia / grudzień-styczeń 10/2011”

Mało optymistyczne są również wyniki badań w zakresie integracji informatycznych systemów szpitalnych z uwzględnieniem następujących obszarów: rozliczenia z płatnikiem świadczeń, elektroniczna recepta, radiologia, wypisy ze szpitala czy elektroniczna karta choroby. Najbardziej zaawansowane pod tym względem są kraje skandynawskie. Polska natomiast znacząco odbiega od średniej europejskiej.

Tabela 1. Obszary integracji szpitalnych systemów informatycznych

[%]	Rozliczenia (faktury i rachunki)	Elektroniczna karta choroby	Wypis ze szpitala, zalecenia lekarskie	Konsultacje w zakresie radiologii	Elektroniczna recepta	Żadne
Czechy	47	20	40	60	13	20
Finlandia	87	93	60	80	7	0
Niemcy	84	10	23	45	6	10
Litwa	50	40	40	20	0	30
Łotwa	33	33	67	33	0	33
Polska	58	24	32	24	11	26

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „menadżer zdrowia / grudzień-styczeń 10/2011”

Jak wynika z badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2009 i 2010 roku przez CSIOZ³ w polskich szpitalach średnie nasycenie komputerami wynosi 169. Najmniejsza liczba komputerów w szpitalu wynosi 8, a największa 1 087.

Spośród tych komputerów prawie 47% umieszczonych jest w oddziałach szpitalnych. Średnio na oddziały w szpitalu przypada 76 komputerów; minimum 4 a maksimum 708.

W izbach przyjęć / oddziałach ratunkowych umieszczonych jest 3% ogółu komputerów w badanych szpitalach, co daje średnio 5 komputerów na izbę przyjęć / oddział ratunkowy.

W laboratoriach gabinetach diagnostycznych oraz aptekach szpitalnych umieszczonych jest około 14% ogółu komputerów w szpitalach.

W administracji umieszczono 28% ogółu komputerów w szpitalach.

Średnie nasycenie komputerami administracji szpitalnej wynosi około 50 komputerów na szpital, a różnicowanie między szpitalami sięga od 5 do 294.

W gabinetach lekarskich przychodni przyszpitalnych znajduje się 4% ogółu komputerów w badanych szpitalach.

"Mały" szpital dysponuje średnio 56 komputerami, "średni" to 125, a "duży" to aż 305 komputerów.

Wszystkie szpitale deklarują posiadanie komputerowej sieci lokalnej LAN. 63 % badanych szpitali podało, że ma dostęp do sieci WAN a dwie trzecie ogółu badanych, że posiada Intranet.

Nie korzysta ani z Intranetu ani z sieci WAN prawie 11% badanych szpitali.

³ Zasoby i potencjały zakładów opieki zdrowotnej w dziedzinie informatyki a ich uczestnictwo w przestrzeni teleinformatycznej Warszawa, X.2009/IV.2010 www.csioz.gov.pl

Dane ukazują prawidłowość, z jaką kolejnym kategoriom szpitali według rosnącej liczby łóżek odpowiada rosnący udział zakładów z dostępem do sieci WAN oraz posiadających Internet w ramach poszczególnych kategorii.

W 83% z badanych szpitali dostęp do Internetu ma większość pracowników administracji, gdy o dostępie większości personelu medycznego można mówić w przypadku 55% badanych szpitali.

Tylko w pięciu z badanych szpitali wykorzystuje się Internet w kontaktach z pacjentem do uzgadniania terminów w przychodni przyszpitalnej, a w 4 - 2% spośród badanych szpitali - wykorzystuje się Internet do uzgodnień związanych z hospitalizacją.

Własnym serwis www posiada 80% szpitali i zbliżony odsetek - 85% dysponuje podpisem elektronicznym, spośród tych ostatnich 62% wprowadziło podpis w roku 2008, a 26% w roku 2009.

Porównując kategorie szpitali według ich wielkości mierzonej liczbą łóżek dostrzec można, że w miarę wzrostu liczby łóżek w poszczególnych kategoriach szpitali, zmniejsza się w nich udział szpitali, w których większość pracowników ma dostęp do sieci www, przy czym w większym stopniu dotyczy to pracowników administracyjnych niż medycznych.

I odwrotnie – rośnie w tych kategoriach szpitali udział zakładów, w których tylko wybrane osoby mają dostęp do Internetu. Również w tym wypadku prawidłowość ta dotyczy w większym stopniu pracowników administracyjnych niż medycznych. Ogólnie we wszystkich kategoriach szpitali częściej spotykamy się z sytuacją, gdy większość pracowników administracyjnych ma dostęp do Internetu, rzadziej, gdy dostępem takim dysponuje większość pracowników medycznych.

Specjalistyczne oprogramowanie informatyczne dla potrzeb medycznych wykorzystuje 97% szpitali. Specjalistycznych informatycznych programów medycznych nie posiada natomiast:

- do obsługi ruchu chorych - prawie 11% badanych szpitali.
- do tworzenia dokumentacji medycznej - 16% badanych szpitali ,
- do rejestracji pacjentów - 9% badanych szpitali,
- do prowadzenia list oczekujących - prawie 11% badanych szpitali,
- do zaopatrzenia i gospodarki lekami - prawie 11% badanych szpitali,
- do obsługi laboratorium - prawie 33% badanych szpitali,
- dla diagnostyki (dane obrazowe) - 38% badanych szpitali.

Prawie 32% szpitali deklaruje, że posiada oprogramowania dla administracji zintegrowane z oprogramowaniem medycznym. W 69% szpitali system do rozliczania z NFZ jest, jak wynika z tych deklaracji, integralną częścią systemu medycznego. Około 20% szpitali deklaruje, że posiada hurtownię danych.

Wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych w opiece zdrowotnej przyniosłoby wiele korzyści – zmniejszyłoby koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (m.in. poprzez zmniejszenie kosztów archiwizacji i udostępniania danych medycznych oraz przez zwiększenie efektywności zarządzania systemem ochrony zdrowia), poprawiłoby jakość leczenia i czas obsługi pacjentów (co jest istotne w przypadku zabiegów ratujących życie), pozwoliłoby na wprowadzenie tzw. e-usług publicznych (co zmniejszyłoby czas poświęcany przez chorych na dostęp do opieki zdrowotnej). Skalę potencjalnych korzyści związanych z wprowadzeniem elektronicznych rozwiązań w opiece zdrowotnej obrazują wyniki badań przeprowadzonych przez firmę Gartner w sześciu krajach członkowskich Unii Europejskiej⁴. Wynika z nich, iż dzięki zastosowaniu rozwiązań informatycznych w opiece zdrowotnej możliwe jest uzyskanie następujących korzyści:

- redukcja częstotliwości występowania zakażeń szpitalnych o 10,3%,

⁴ „eHealth for eHealthier Europe! – opportunities for a better use of healthcare resources”, Gartner <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/12/98/15/5b63bacb.pdf>

- redukcja częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych u pacjentów hospitalizowanych o 17,0%,
- redukcja ilości przypadków błędnego podania leku w związku z nieodpowiednim dawkowaniem o 84%,
- redukcja potencjalnych zdarzeń niepożądanych (znanych również jako sytuacje grożące wypadkiem) o 60%,
- spadek liczby wizyt u lekarza pierwszego kontaktu (zastąpionych konsultacjami przez telefon) o 7%,
- zwiększenie zgodności z listą leków refundowanych o 39%,
- redukcja kosztów każdej recepty, związana ze wzrostem ilości przepisywanych leków generycznych o 7,2%,
- redukcja błędnie wypisanych recept o 15%,
- spadek ilości zgonów z powodu cukrzycy o 32%,
- wzrost liczby pacjentów, którzy wyznaczyli sobie cele związane z zarządzaniem własnymi schorzeniami, o 52%,
- skrócenie pobytów w szpitalach o 7%,
- redukcja liczby zdublowanych testów laboratoryjnych / chemicznych o 48%,
- obniżenie kosztów kupowanych leków o 5%,
- redukcja ilości przyjęć do szpitala pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe o 19%, a na przewlekłą niewydolność serca – o 55%,
- redukcja ilości wizyt u lekarza pierwszego kontaktu o 9,7%,
- redukcja przypadków błędnego podania leku związanych z nieprawidłowym ustaleniem tożsamości pacjenta o 83%.

IV. LOGIKA INTERWENCJI

IV.1. Źródła identyfikacji projektu

Wg danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą na terenie Dolnego Śląska funkcjonuje 116 podmiotów udzielających świadczeń w ramach leczenia zamkniętego, w tym 79 to szpitale ogólne.

Obecnie placówki te dysponują wdrożonymi w różnym zakresie systemami informatycznymi wspomagającymi ich pracę. Dodatkowo, żaden Szpital nie posiada wdrożonej obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej, a ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia narzuca obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej od dnia 1 sierpnia 2014 r. Co więcej, na mocy wymienionej ustawy w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (platforma P1) prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia placówki medyczne będą zobowiązane do przekazywania określonego zestawu danych medycznych do centralnego systemu.

IV.2. Cele projektu

Celem ogólnym projektu pn. Dolnośląskie e-Zdrowie Etap 3 - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna jest rozwój infrastruktury informatycznej i oprogramowania umożliwiającego tworzenie i wymianę danych medycznych pomiędzy podmiotami leczniczymi w formie elektronicznej oraz przyłączenie do regionalnej platformy i korzystanie z usług elektronicznych na poziomie regionalnym.

Celami szczegółowymi projektu są:

1. obniżenie kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych,
2. poprawa dostępności do danych medycznych,
3. zwiększenie skuteczności leczenia poprzez bieżący, ciągły dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów,
4. zwiększenie bezpieczeństwa informacji,
5. podniesienie jakości obsługi pacjenta.

Cele projektu zostaną osiągnięte dzięki stworzeniu i wdrożeniu systemów prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz regionalnej platformy wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej a także udostępnienia danych medycznych do platformy P1.

Dzięki realizacji projektu dolnośląskie szpitale będą przygotowane do prowadzenia EDM, jak również będą posiadały możliwość wymiany danych pomiędzy sobą i placówkami przyłączonymi do regionalnej platformy stworzonej w ramach projektu Dolnośląskie e-Zdrowie etap 2 - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna.

Projekt niewątpliwie wpłynie również na **obniżenie kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych** - wczesna diagnoza i podjęcie właściwego leczenia skróci czas hospitalizacji oraz umożliwi pacjentom szybszy powrót do aktywności zawodowej. Będzie możliwa również redukcja kosztów funkcjonowania wynikających np. z ponownego zlecenia tych samych badań czy też kosztów osobowych.

Realizacja projektu przyczyni się również do **poprawy dostępności do danych medycznych**. Wyeliminowane zostaną sytuacje, w których jedyny egzemplarz badania wydany pacjentowi uległ zgubieniu lub zniszczeniu.

Dzięki wdrożeniu systemu EDM oraz szyny integracyjnej na poziomie regionalnym i lokalnego repozytorium ułatwi i jeszcze bardziej **zwiększy skuteczność leczenia poprzez bieżący ciągły dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów.**

Zwiększenie bezpieczeństwa informacji będzie możliwe dzięki uruchomieniu dodatkowego repozytorium oraz szyfrowanie danych i kanałów transmisji. Projekt wpłynie na zwiększenie bezpieczeństwa przetwarzanych informacji również poprzez konieczność autoryzacji użytkowników i nadzorowany, selektywny dostęp do danych a także automatyczne zarządzanie retencją danych oraz przechowywanie wersji dokumentów.

Podniesienie jakości obsługi pacjentów – wdrożenie projektu umożliwi Szpitalom znaczną poprawę oferowanych dotychczas usług w zakresie opieki zdrowotnej.

IV.3. Spójność z celami RPO i komplementarność z innymi programami

Spójność z celami RPO

Cele projektu są zgodne zarówno z celem głównym RPO WD jakim jest podniesienie poziomu życia mieszkańców Dolnego Śląska oraz poprawa konkurencyjności regionu przy respektowaniu zasad zrównoważonego rozwoju, jak i celem szczegółowym dla priorytetu 2:I. Wzrost aktywności gospodarczej opartej o wiedzę i innowacyjność.

Przedmiotowy projekt jest w pełni spójny z celami Priorytetu II „Rozwój Społeczeństwa informacyjnego na Dolnym Śląsku” Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013. Zgodnie z jego zapisami, głównym celem Priorytetu jest wspieranie konkurencyjności Województwa Dolnośląskiego poprzez rozwój szeroko rozumianej regionalnej i lokalnej infrastruktury społeczeństwa informacyjnego. Cel ten będzie realizowany poprzez dofinansowanie działań związanych z infrastrukturą telekomunikacyjną, technologiami ICT i publicznymi usługami elektronicznymi. Działanie 2.2 „Rozwój usług elektronicznych” tego Priorytetu określa sposoby osiągnięcia tego celu poprzez rozwój usług świadczonych drogą elektroniczną.

Przedmiotowy projekt zakłada wdrożenie usług elektronicznych, w związku z powyższym jest zgodny z celami RPO WD Działanie 2.2. Dzięki realizacji projektu dolnośląskie szpitale będą przygotowane do prowadzenia EDM, jak również będą posiadały możliwość wymiany danych pomiędzy sobą. Realizacja projektu, poprzez ułatwienie i przyspieszenie dostępu do danych medycznych wpłynie na poprawę standardów opieki zdrowotnej, podniesienie jakości życia i przyczyni się do poprawy zdrowia obywateli. Dzięki realizacji projektu Dolny Śląsk stanie się atrakcyjniejszym miejscem do życia i prowadzenia działalności zawodowej.

Realizacja Projektu jest ponadto zgodna z następującymi dokumentami strategicznymi:

Strategia Europa 2020⁵ i Europejska agenda cyfrowa⁶

Priorytetami Strategii Europa 2020 są::

- rozwój Inteligentny: rozwój gospodarki opartej na wiedzy i innowacji;
- rozwój zrównoważony: wspieranie gospodarki efektywniej korzystającej z zasobów, bardziej przyjaznej środowisku i bardziej konkurencyjnej;
- rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia, zapewniającej spójność społeczną i terytorialną.

⁵Europa 2020 Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu - http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf

⁶Europejska agenda cyfrowa - <http://www.mswia.gov.pl/download.php?s=1&id=11695>

Cele wytyczone w Strategii będą osiągnane za pomocą siedmiu projektów przewodnich. Europejska Agenda Cyfrowa jest pierwszą z przyjętych inicjatyw Strategii Europa 2020. Działania Agendy zorganizowane zostały wokół potrzeby systemowego rozwiązania siedmiu obszarów problematycznych. Wśród zidentyfikowanych problemów wyróżnić należy *Niewykorzystane możliwości w zakresie sprostania wyzwaniom społecznym*. W Agendzie założono, iż wykorzystanie pełnego potencjału technologii ICT pozwoliłoby Europie na lepsze rozwiązanie niektórych z najważniejszych wyzwań społecznych: zmiany klimatu i innych zagrożeń dla środowiska, starzejącego się społeczeństwa i rosnących kosztów opieki zdrowotnej, opracowania skuteczniejszych usług użyteczności publicznej i integracji osób niepełnosprawnych, cyfryzacji europejskiego dziedzictwa kulturowego i udostępnienia go przyszłym pokoleniom itd.

Realizacja przedmiotowego projektu przyczyni się zatem do niwelowania zidentyfikowanych w Agendzie problemów, poprzez wdrożenie usług dla ludności bazujących na technologii ICT, przyczyniając się do poprawy codziennego życia obywateli.

Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015.

Projekt jest zgodny z założeniami SRK w priorytecie 1 Wzrost konkurencyjności i innowacyjności gospodarki, w punkcie „Rozwój społeczeństwa informacyjnego”. W tej sferze jako szczególne działania, mające znaczenie dla potencjalnego wzrostu gospodarczego i tworzenia nowych usług definiuje się rozwój elektronicznych usług: elektronicznego biznesu(e-business), elektronicznej administracji (e-government), nauczania na odległość(e-learning) oraz medycznych (e-health). Zakres projektu wypełnia wprost tę przesłankę, ponieważ jednym z efektów przedsięwzięcia będzie wdrożenie e-usługi dla zakładów opieki zdrowotnej na poziomie 2 - interakcja. Zgodność projektu z SRK przejawia się również w rozpowszechnianiu umiejętności w zakresie posługiwania się nowoczesną technologią.

Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007 – 2013 (NSRO).

Przedmiotowy projekt odpowiada założeniom NSRO poprzez realizację celu IV, który brzmi: Podniesienie konkurencyjności i innowacyjności przedsiębiorstw poprzez zwiększenie dostępności do usług e-Government on-line oraz wzrost wydatków na technologie informacyjne i komunikacyjne. Cel szczegółowy zakłada przede wszystkim wdrażanie nowoczesnych usług świadczonych drogą elektroniczną. Zakres projektu dotyczy w szczególności zakupu i wdrożenia technologii informacyjno-komunikacyjnych w efekcie czego powstanie nowa usługa świadczona drogą elektroniczną, która wprost przekłada się na rozwój społeczeństwa informacyjnego.

Projekt jest zgodny także z założeniami celu III NSRO - Budowa i modernizacja infrastruktury technicznej i społecznej mającej podstawowe znaczenie dla wzrostu konkurencyjności Polski (w celu szczegółowym Wsparcie podstawowej infrastruktury społecznej), w którym działania służące poprawie infrastruktury ochrony zdrowia, zmniejszeniu nierówności w dostępie do infrastruktury medycznej oraz zwiększające efektywność w systemach opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w ICT, wiedzę i innowacje są kluczowe dla produktywności i wzrostu gospodarczego oraz istotnym wyznacznikiem ogólnie pojętej jakości życia.

W Narodowych Strategicznych Ramach Odniesienia podkreślono konieczność rozwoju społeczeństwa informacyjnego, zwiększenia dostępności usług elektronicznych świadczonych przez sektor publiczny w Polsce. Projekt wdraża usługę z pogranicza zdrowia i administracji. Jak wynika z powyższego, Projekt zakłada wykorzystanie innowacyjnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych poprawiających m.in. efektywność funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Jego realizacja wpływa zatem na osiągnięcie III i IV celu NSRO.

Strategia kierunkowa rozwoju informatyzacji Polski do 2013r. oraz perspektywiczna prognoza transformacji społeczeństwa informacyjnego do 2020r.⁷

Projekt posłuży osiągnięciu następujących celów Strategii:

- zwiększenie dostępności do systemu usług elektronicznych w Polsce świadczonych zarówno przez sektor publiczny, jak i prywatny do poziomu co najmniej 80% usług, a w przypadku administracji 100% usług świadczonych on-line,
- zlikwidowanie zjawiska „wykluczenia cyfrowego” w zagrożonych grupach społecznych i obszarach geograficznych – sprowadzenie do poziomu marginalnego,
- stworzenie ogólnokrajowych, wielokanałowych zintegrowanych platform świadczenia usług elektronicznych administracji wykorzystujących podpis cyfrowy i identyfikator elektroniczny, w tym platform usług specjalizowanych.

Dzięki informatyzacji podmiotów leczniczych, wdrożeniu w nich EDM połączonej z udostępnianiem jej za pomocą sieci Internet innym podmiotom leczniczym (wdrożeniu e-usługi) realizacja projektu będzie miała pozytywny wpływ na osiągnięcie celów dokumentu w regionie i przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu wśród kadry zarządzającej i medycznej.

Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011 – 2015⁸

Zgodnie z koncepcją przedstawioną w *Kierunkach informatyzacji* rozwój e-Zdrowia wymagać będzie wdrażania powszechnie dostępnych usług medycznych na odległość oraz upowszechniania wartościowych treści na temat zdrowia w Internecie, jak i zapewnienia warunków dla podnoszenia poziomu wiedzy zdrowotnej wśród mieszkańców wraz z równoległym zdobywaniem nowych kwalifikacji i umiejętności przez pracowników sektora opieki zdrowotnej. Szerokie upowszechnienie wykorzystania Internetu w ochronie zdrowia pozwoli na korzystanie z usług przeniesionych na platformy elektroniczne, ułatwi pacjentowi dostęp do informacji i będzie miało istotny wpływ na zwiększenie efektywności jednostek ochrony zdrowia. W rozwoju systemów informatycznych w obszarze ochrony zdrowia zostanie uwzględniona konieczność zwiększenia i ułatwienia dostępu personelu medycznego do najnowszej wiedzy medycznej, a także rozwój informatycznych systemów wspomagania podejmowania decyzji medycznych.

W dokumencie zostały zdefiniowane priorytety w obszarze e-Zdrowia, których realizacja ma doprowadzić do:

- poszerzenia zdolności szybkiego, skoordynowanego reagowania na zagrożenia dla zdrowia,
- prowadzenia działań z zakresu promocji zdrowia i zapobiegania chorobom przy wykorzystywaniu narzędzi teleinformatycznych,
- rozwoju telemedycyny,
- lepszej organizacji i integracji systemów informacji publicznej w ochronie zdrowia.

Należy zauważyć, iż projektowane przedsięwzięcie w całości wpisuje się w założenia dokumentu, a planowane działania wpłyną bezpośrednio na realizację zdefiniowanych priorytetów, a tym samym rozwój e-Zdrowia w Polsce.

Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku

Projekt jest zgodny z celami Działania 1 „Wspieranie inwestycji krajowych i zagranicznych. Marketing gospodarczy Dolnego Śląska”, Priorytetu 1 Podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej Dolnego Śląska oraz Działania 1 „Rozwijanie nowoczesnych technik i technologii również w sferze usług oraz

⁷ „Strategia kierunkowa rozwoju informatyzacji Polski do 2013r. oraz perspektywiczna prognoza transformacji społeczeństwa informacyjnego do 2020r.” Ministerstwo Nauki i Informatyzacji. Warszawa, 24 czerwca 2005r.

⁸ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/kierunki_e_zdrowie_09022011.pdf

umiejętności ich wykorzystania” Priorytetu 2 Budowa gospodarki opartej na wiedzy (GOW). Priorytety te zawarte są w celu Gospodarczym „Zbudowanie konkurencyjnej i innowacyjnej gospodarki Dolnego Śląska” Strategii. Celem pierwszego z ww. Działań jest m.in. tworzenie platform internetowych, a drugiego Działania – stymulowanie rozwoju rynku technik i technologii, w tym tworzenie i wprowadzenie w regionie innowacji technologicznych oraz wsparcie projektów zwiększających absorpcję nowoczesnych technologii w sferze usług i ich upowszechnianie. Projekt zakłada wdrożenie systemu gromadzenia i udostępniania danych medycznych w postaci elektronicznej i za pomocą technologii ICT. Tym samym jest zgodny z ww. działaniami.

Dolnośląska Strategia Innowacji

Projekt ma charakter innowacyjny, ponieważ w Polsce nie ma wdrożonego podobnego systemu. Obecnie na Dolnym Śląsku funkcjonuje regionalny system e-Zdrowia wdrożony pilotażowo w 2011 r. Obejmuje on 12 szpitali, które dzięki wdrożonej regionalnej szynie wymiany danych mogą udostępniać sobie wzajemnie wyselekcjonowane dane medyczne swoich pacjentów. Żaden ze szpitali na terenie województwa nie posiada jednakże wdrożonej obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej od dnia 1 sierpnia 2014 r. nakłada na świadczeniodawców ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dodatkowo na mocy wymienionej ustawy w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (platforma P1) prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia placówki medyczne będą zobowiązane do przekazywania określonego zestawu danych medycznych do centralnego systemu.

Dzięki realizacji projektu dolnośląskie szpitale będą przygotowane do prowadzenia EDM, jak również będą posiadały możliwość wymiany danych pomiędzy sobą, dzięki czemu uzyskają przewagę konkurencyjną na rynku regionalnym.

Projekt wpisuje się zatem w realizację Strategii.

Wpływ projektu na realizację polityk horyzontalnych

Ochrona środowiska i polityka zrównoważonego rozwoju

Realizacja projektu będzie miała pozytywny wpływ na środowisko naturalne, w szczególności w zakresie zmniejszenia wykorzystania zasobów naturalnych oraz produkowania odpadów. Wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej skutkuje zmniejszeniem ilości zużywanego papieru, tonerów i tuszu dla drukarek. Projekt będzie zatem pozytywnie oddziaływał na powierzchnię ziemi, klimat, roślinność, zdrowia ludzi i zwierząt. Projekt będzie obojętny dla wód powierzchniowych i podziemnych. Zarówno na etapie realizacji projektu jak i etapie funkcjonowania Systemu nie będą powstawać: odpady, pyłowe czy gazowe zanieczyszczenie powietrza, hałas, promieniowanie, itp.

Równość szans

Projekt będzie miał neutralny wpływ na politykę równych szans.

Z rezultatów projektu w taki sam sposób będą mogli korzystać wszyscy pacjenci podmiotów leczniczych uczestniczących w projekcie bez względu na płeć, miejsce zamieszkania, stopień niepełnosprawności, religię czy orientację seksualną.

Społeczeństwo informacyjne

Projekt będzie miał pozytywny wpływ na politykę społeczeństwa informacyjnego.

Celem ogólnym projektu jest stworzenie Infrastruktury I oprogramowania umożliwiającego korzystanie z usług elektronicznych na poziomie regionalnym. Natomiast celami pobocznymi projektu są obniżenie kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych, poprawa dostępności do danych medycznych, zwiększenie skuteczności leczenia poprzez bieżący, ciągły dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów, zwiększenie bezpieczeństwa informacji, podniesienie jakości obsługi pacjenta. Zostaną one osiągnięte dzięki stworzeniu i wdrożeniu systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej,

umożliwiającego udostępnianie danych medycznych na odległość. Dlatego też opisywane przedsięwzięcie ma pozytywny wpływ przede wszystkim na realizację polityki horyzontalnej dotyczącej rozwoju społeczeństwa informacyjnego w krajach Unii Europejskiej.

Realizacja projektu wpłynie na wykorzystanie rozwiązań ICT i rozwój komunikacji elektronicznej w sektorze ochrony zdrowia. Wpłynie także na rozwój kompetencji osób pracujących z wykorzystaniem systemu w zakresie obsługi i wykorzystywania funkcjonalności nowoczesnych rozwiązań komunikacyjno – informacyjnych. Powyższa argumentacja dowodzi pozytywnego wpływu projektu na realizację polityki społeczeństwa informacyjnego.

Polityka konkurencji i zamówień publicznych

Zgodnie z art. 107 ust. 1. Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej pomoc publiczna jest pomocą przyznaną przez państwo członkowskie lub przy użyciu zasobów państwowych, w jakiegokolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji poprzez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów, jest niezgodna ze wspólnym rynkiem w zakresie, w jakim wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi.

Pomocą publiczną jest wsparcie udzielane przedsiębiorstwu, o ile jednocześnie spełnione są następujące warunki:

- jest przyznawane przez Państwo lub pochodzi ze środków państwowych,
- udzielane jest na warunkach korzystniejszych niż oferowane na rynku,
- ma charakter selektywny (uprzywilejowuje określone przedsiębiorstwo lub przedsiębiorstwa albo produkcję określonych towarów),
- grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między Państwami Członkowskimi UE.

W przypadku, gdy którykolwiek z powyższych warunków nie jest spełniony, nie mamy do czynienia z pomocą publiczną.

Rozpatrując niniejszy projekt pod kątem jego oddziaływania na konkurencję na rynku europejskim, należy zaznaczyć, że jego realizacja nie spowoduje zmiany podaży usług, nie będzie miała również wpływu na zmianę popytu. W związku z powyższym sytuacja na rynku usług medycznych nie zmieni się - realizacja projektu nie grozi zakłóceniem konkurencji.

Rozpatrując niniejszy projekt pod kątem jego oddziaływania na konkurencję na rynku europejskim, należy zaznaczyć, że jego realizacja nie spowoduje zmiany podaży usług, nie będzie miała również wpływu na zmianę popytu. W związku z powyższym sytuacja na rynku usług medycznych w Unii Europejskiej nie zmieni się - realizacja projektu nie grozi zakłóceniem konkurencji.

Niezaprzeczalnym jest fakt, iż działalność zakładów opieki zdrowotnej, oferujących usługi z zakresu ochrony, ratowania i promocji zdrowia, jest co do zasady adresowana do obywateli polskich. Wdrożenie systemu wspomagającego zarządzanie i stworzenie EDM w podmiotach leczniczych nie spowoduje zwiększenia atrakcyjności oferty dla pacjentów z innych krajów UE, nie spowoduje zmiany struktury uzyskiwanych przez podmioty lecznicze przychodów. Projekt nie jest bowiem związany w sposób bezpośredni ze świadczeniem usług zdrowotnych. W związku z powyższym należy uznać, iż projekt nie grozi zakłóceniem konkurencji i nie wpłynie na wymianę gospodarczą między krajami członkowskimi UE, przez co nie stanowi pomocy publicznej.

Wnioskodawcy podczas realizacji projektu będą przestrzegać zasad określonych w przepisach o zamówieniach publicznych, a procedury te nie tylko są niezbędne do uznania wydatku z tytułu realizacji zadania za wydatek kwalifikowany, ale również gwarantują, iż wydatki zostały dokonane w sposób oszczędny, tzn. w oparciu o zasadę dążenia do uzyskania założonych efektów przy jak najniższej kwocie wydatku.

Planuje się przeprowadzenie przetargów nieograniczonych w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych natomiast zapytań ofertowych (przy zamówieniach, do

14000euro) zgodnie z "Wytycznymi programowymi IZ RPO WD w zakresie ogólnych zasad udzielania zamówień i wyboru wykonawców w transakcjach nieobjętych przepisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych (..)".

Komplementarność z innymi programami

Projekt przewidziany jest do realizacji w ramach Działania 2.2 RPO WD.

Opisywany projekt jest kontynuacją działań służących poprawie jakości opieki zdrowotnej na terenie województwa. Z punktu widzenia celów projektu przedmiotowe przedsięwzięcie jest komplementarne z następującymi projektami:

Tabela 2. Komplementarność projektu

Nazwa Projektu	Numer umowy	Wartość dofinansowania z EFRR	Wartość całkowita	Źródła finansowania
„Dolnośląskie E-zdrowie”	UDA-RPDS.02.02.00-02-026/09-00 z dnia 12.01.2010r.	25 282 753,81 zł.	29 785 896,24 zł.	EFRR w ramach RPO WD na lata 2007-2013
„Dolnośląskie e-Zdrowie etap 2 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna”	UDA-RPDS.02.02.00-02-003/12-00 z dnia 14 maja 2013 r.	18 767 895,74 zł	22 079 878,58 zł	EFRR w ramach RPO WD na lata 2007-2013

Komplementarność z ww. projektami przejawia się przede wszystkim w tożsamy celach. Projekt jest kontynuacją prac nad stworzeniem EDM w województwie, rozpoczętych w ramach projektu „Dolnośląskie E-zdrowie” i kontynuowanych w ramach projektu „Dolnośląskie e-Zdrowie etap 2 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna”. Przedmiotowa inwestycja zostanie oparta o infrastrukturę powstałą w etapie 2 i pośrednio 1, i ma na doprowadzić do stworzenia regionalnego systemu zgodnego z obowiązującymi przepisami.

Ponadto projekt komplementarny jest ze zrealizowanym na terenie szpitala – Lidera projektem pn. „Stworzenie bezpiecznego systemu transmisji danych medycznych w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu” w ramach RPO 2.1. Projekt obejmował swym zakresem działania zmierzające do utworzenia bezpiecznej sieci transmisji danych w Szpitalu.

IV.4. Analiza SWOT

Analiza SWOT dla Projektu została przedstawiona poniżej.

Tabela 3. Analiza SWOT dla projektu

Silne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> - wysoki poziom infrastruktury informatycznej Lidera konsorcjum; - wysokie kompetencje kadry informatycznej Lidera konsorcjum; - wykorzystanie efektu synergii; 	<ul style="list-style-type: none"> - brak własnych środków finansowych na realizację projektu; - wdrożenie systemu w placówkach o różnym poziomie infrastruktury i wiedzy personelu z zakresu ICT.

- doświadczenie Lidera w realizacji projektów finansowanych ze środków unijnych	
Szanse	Zagrożenia
- innowacyjny charakter projektu; - zgodność z przepisami prawa i polityką ogólnokrajową; - silne wsparcie osób odpowiedzialnych za kreowanie polityki zdrowotnej w regionie.	- pogorszenie się warunków finansowania działalności szpitali; - dekonunktura gospodarcza.

IV.5. Korzyści i oddziaływanie

Projekt pn. „Dolnośląskie e-Zdrowie etap 3 – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna” będzie oddziaływał przede wszystkim na społeczność województwa dolnośląskiego. Wśród korzyści należy wymienić:

zmniejszenie kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych - realizowany projekt umożliwi sprawniejszą pracę personelu medycznego, ale także zwiększy jego efektywność, co będzie miało wpływ na świadczone przez niego usługi. Świadczenie usług medycznych na wysokim poziomie, wymaga poza kompetentnym personelem oraz wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu również dostępu do informacji dotyczących choroby pacjenta. Realizacja przedmiotowego projektu dzięki wprowadzeniu planowanych rozwiązań przyczyni się do zaspokojenia tych potrzeb, a w dłuższym przedziale czasowym przyniesie korzyści w postaci redukcji kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych, wynikających np. z ponownego zlecenia tych samych badań czy też kosztów osobowych. Nastąpi również **wzrost jakości obsługi pacjenta** - wdrożenie projektu umożliwi Szpitalom znaczną poprawę oferowanych dotychczas usług w zakresie opieki zdrowotnej, a także skróci czas na realizację poszczególnych czynności związanych z obsługą procesu leczniczego. Krótszy czas hospitalizacji będzie możliwy dzięki wczesnej diagnozie i podjęciu właściwego leczenia oraz umożliwi pacjentom szybszy powrót do aktywności zawodowej.

Wdrożenie niniejszego projektu wpłynie na **poprawę dostępności do danych medycznych**, dzięki czemu zmniejszą się koszty leczenia oraz nastąpi **wzrost skuteczności leczenia poprzez bieżący, ciągły dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów**, możliwy dzięki świadczeniu opieki zdrowotnej z wykorzystaniem nowoczesnych technologii.

Uruchomienie dodatkowego repozytorium oraz szyfrowanie danych i kanałów transmisji, konieczność autoryzacji użytkowników i nadzorowany, selektywny dostęp do danych a także automatyczne zarządzanie retencją danych oraz przechowywanie wersji dokumentów znacznie wpłynie na **wzrost bezpieczeństwa informacji**.

Korzyści wynikające z realizacji projektu są niemierzalne

IV.6. Rezultaty

W punkcie tym przedstawiono informacje na temat rezultatów, które zostaną osiągnięte dzięki realizacji inwestycji. Rezultaty zdefiniowano jako korzyści, jakie wynikną dla beneficjentów ostatecznych bezpośrednio po zakończeniu projektu w związku ze zrealizowanymi działaniami.

Rezultatami projektu będą:

Tabela 4. Wskaźniki rezultatu

Wskaźniki rezultatu	Jedn. miary	Wartość wskaźnika bazowego	Docelowa wartość wskaźnika	Rok osiągnięcia docelowej wartości wskaźnika	Źródło informacji o wskaźnikach (dokumenty**)
Liczba jednostek sektora publicznego korzystających z utworzonych aplikacji i usług teleinformatycznych	Szt.	0	4	2014r.	Protokół wdrożenia
Liczba bezpośrednich utworzonych miejsc pracy	etat	0	1	2014r.	Umowy o pracę
- w tym kobiet	etat	0	0	2014 r.	Umowy o pracę
Liczba osób korzystających z usług on-line	Os.	0	5750	2015r.	Oświadczenie Beneficjenta sporządzone na podstawie rejestru kont użytkowników

IV.7. Produkty

Produkty są bezpośrednimi, materialnymi efektami realizacji przedsięwzięcia projektowanego mierzonymi konkretnymi wielkościami. Poniżej zaprezentowano produkty pozyskane w ramach inwestycji, które po zakończeniu projektu przełożą się na rezultaty opisane w poprzednim punkcie.

Tabela 5. Wskaźniki produktu

Wskaźniki produktu	Jedn. miary	Wartość wskaźnika bazowego	Docelowa wartość wskaźnika	Rok osiągnięcia docelowej wartości wskaźnika	Źródło informacji o wskaźnikach (dokumenty**)	Opis
Liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 3 – Dwustronna interakcja	Szt.	0	3	2014r.	Protokół wdrożenia	Wartość docelowa obejmuje następujące usługi elektroniczne: - usługę portal dla pacjenta – e-diagnostyka (4WSK) - usługa portal dla pacjenta e-wyniki (Wałbrzych) - usługa portal dla pacjenta e-recepta (Wałbrzych) Obie usługi wymagają autoryzacji.
Liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 2 – Interakcja	Szt.	0	1	2014r.	Protokół wdrożenia	Wartość docelowa obejmuje następujące usługi elektroniczne: - portal dla pacjenta – e-rejestracja (DCCHP). Usługa obejmuje procesowanie formularzy, bez autoryzacji.
Liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 1 – Informacja	Szt.	0	1	2014r.	Protokół wdrożenia	Wartość docelowa obejmuje następujące usługi elektroniczne: - portal informacyjny szpitala (4WSK). Będzie to ogólnodostępny serwis informacyjny.

Liczba zakupionych zestawów komputerowych	Szt.	0	204	2014	Faktury zakupu	Wartość docelowa obejmuje zestaw komputerowy składający się ze stacji roboczej, monitora, klawiatury - 155 DCCHP - 13 Wałbrzych - 30 4WSK - 6 Janowice
---	------	---	-----	------	----------------	--

IV.8. Matryca logiczna (LogFrame)

MATRYCA LOGICZNA

Tytuł projektu	Nazwa pilorytu	Wniosekodawca
Dolnośląskie e-Zdrowie etap 3 - Elektroniczna Dokumentacja Medyczna	2. Rozwój społeczeństwa informacyjnego na Dolnym Śląsku (Społeczeństwo Informacyjne)	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu ul. Ul. Rudolfa Weigla 5 / - 50-981 Wrocław
Adresaci / grupa docelowa	Nazwa działania	Partnerzy projektu
Odbiorcami usług elektronicznych będzie konsorcjum: 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu, Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu, Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich. Grupa docelowa projektu stanowią mieszkańcy Dolnego Śląska – pacjenci podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie leczenia stacjonarnego, zlokalizowanych na terenie województwa.	2.2 Rozwój usług elektronicznych	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich – S.P.Z.O.Z.
Przewidywana data rozpoczęcia realizacji projektu – data zawarcia pierwszej umowy w ramach projektu (kwartał rok)	Ilość postępowań o udzielenie zamówienia publicznego	Przewidywana data ogłoszenia ostatniego zamówienia publicznego (kwartał rok)
III 2013	5	I 2014
Logika interwencji	Źródła weryfikacji	Zagrożenia (Zaboznienie/Ryzyka)
Celem ogólnym projektu jest rozwój infrastruktury informatycznej i oprogramowania umożliwiającego tworzenie i wymianę danych medycznych pomiędzy podmiotami leczniczymi w formie elektronicznej oraz przyłączenie do regionalnej platformy / korzystanie z usług elektronicznych na poziomie regionalnym.		

<p>Rezultaty</p>	<p>[67] Liczba jednostek sektora publicznego korzystających z utworzonych aplikacji i usług teleinformatycznych ** (szł.)</p> <p>[330] Liczba bezpośrednich utworzonych miejsc pracy * (lat)</p> <p>[331] w tym kobiety (lat)</p> <p>[80] Liczba osób korzystających z usług on-line ** (osoby)</p>	<p>2014 4,00</p> <p>2014 1,00</p> <p>2014 0,00</p> <p>2015 5 750,00</p>	<p>Protokołów wdrożenia</p> <p>Umowy o pracę</p> <p>Umowy o pracę</p> <p>Oświadczenie Beneficjenta, sporządzone na podstawie rejestru kont użytkowników</p>	<p>Zagrożenie: brak skutecznego wdrożenia EDM w 4 podmiotach leczniczych. Stopień ryzyka: niskie</p>
<p>Produkty</p>	<p>[72] Liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 3 – Dwustronna interakcja ** (szł.)</p> <p>[71] Liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 2 - Interakcja ** (szł.)</p> <p>[70] Liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 1 – Informacja ** (szł.)</p> <p>[69] Liczba zakupionych zestawów komputerowych ** (szł.)</p>	<p>2014 3,00</p> <p>2014 1,00</p> <p>2014 1,00</p> <p>2014 204,00</p>	<p>Protokołów wdrożenia</p> <p>Protokołów wdrożenia</p> <p>Protokołów wdrożenia</p> <p>Faktury zakupu lub inne równoważne dowody księgowe</p>	<p>Zagrożenie: nieterminowa realizacja zadań. Stopień ryzyka: niskie.</p>
<p>Kategorie wydatków</p>	<p>Zakup sprzętu serwerowego</p> <p>Oprogramowanie</p> <p>Studium wykonalności</p> <p>Wniosek - koszt niekwalifikowany</p> <p>Zakup sprzętu komputerowego</p> <p>Rozbudowa serwerowni</p> <p>Sieć LAN</p> <p>Urządzenia sieciowe aktywne</p> <p>Usługi doradcy technicznego</p> <p>Inżynier kontraktu</p> <p>Szkolenia specjalistyczne</p>	<p>Wydatki/koszty całkowite: 5 294 888,01 zł</p> <p>Wydatki/koszty kwalifikowalne: 4 299 587 zł</p> <p>Kwota wnioskowanej dotacji: 3 654 648,95 zł</p>		<p>Zagrożenie: utrata części dofinansowania w związku z naruszeniem procedur IZ RPO WD. Stopień ryzyka: niskie.</p>
<p>Sytuacja wyjściowa</p>	<p>W chwili obecnej szpitala objęte projektem nie dysponują systemami obsługującymi elektroniczną dokumentację medyczną oraz dostosowanymi do wymiany danych z platformą P1.</p>			