

ZAŁĄCZNIK II

Format dokumentu służącego przekazywaniu informacji na temat dużego projektu

DUŻY PROJEKT

EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO / FUNDUSZ SPÓJNOŚCI

INWESTYCJA W INFRASTRUKTURĘ / INWESTYCJA PRODUKCYJNA

Tytuł projektu	Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu
CCI	CCI 2018PL16RFMP005

A. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ DUŻEGO PROJEKTU I ZDOLNOŚCI TEGO PODMIOTU

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

A.1.1	Nazwa:	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu (*)
A.1.2	Adres:	Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń
A.1.3	Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów:	dr Małgorzata Wiśniewska
A.1.4	Stanowisko osoby wyznaczonej do kontaktów:	Zastępca Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia
A.1.5	Telefon:	+48 56 652 18 96
A.1.6	Adres e-mail:	m.wisniewska@kujawsko-pomorskie.pl

(*) Objaśnienie charakterystyki pól:

type (typ): N = liczba, D = data, S = ciąg, C = pole wyboru, P = wartość procentowa
input (wprowadzanie danych): M = ręczne, S = wybór, G = generowane przez system
maxlength = maksymalna liczba znaków łącznie ze spacjami

A.2. Podmiot(-y)¹ odpowiedzialny(-e) za wdrożenie projektu (beneficjent/beneficjenci²)

¹ Jeżeli więcej niż jeden podmiot jest odpowiedzialny za wdrożenie, należy uwzględnić informacje na temat beneficjenta wiodącego (pozostali zostaną wymienieni w pkt A.5).

A.1.1	Nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
A.1.2	Adres:	ul. Św. Józefa 53-59, 87-100 Toruń
A.1.3	Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów:	Alicja Pietrusińska, Magdalena Domańska
A.1.4	Stanowisko osoby wyznaczonej do kontaktów:	Specjalista ds. koordynacji
A.1.5	Telefon:	+48 56 679 45 95
A.1.6	Adres e-mail:	alicja.pietrusinska@wszz.torun.pl m.domanska@wszz.torun.pl

A.3. Szczegółowe informacje na temat przedsiębiorstwa (należy wypełnić wyłącznie w przypadku inwestycji produkcyjnych)

A.3.1 Nazwa przedsiębiorstwa:

<type='S' maxlength='200' input='M'>

A.3.2 Czy przedsiębiorstwo spełnia kryteria MŚP³? <type='C' input='M'>

Tak

Nie

A.3.3 Obroty (wartość w mln EUR i rok):

A.3.3.1 Wartość w mln EUR <type='N' input='M'>

A.3.3.2 Rok <type='N' input='M'>

A.3.4 Całkowita liczba pracowników (liczba i rok):

A.3.4.1 Liczba pracowników <type='N' input='M'>

A.3.4.2 Rok <type='N' input='M'>

A.3.5 Struktura grupy:

Czy 25 % lub więcej kapitału lub praw głosu w przedsiębiorstwie należy do jednego przedsiębiorstwa lub grupy przedsiębiorstw nieobjętych definicją MŚP? <type='C' input='M'>

Tak

Nie

Należy wskazać nazwę i opisać strukturę grupy:

² W przypadku projektu PPP, w którym partner prywatny zostanie wybrany po zatwierdzeniu operacji i będzie beneficjentem zgodnie z art. 63 ust. 2 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013, w tej sekcji należy przedstawić informacje na temat podmiotu prawa publicznego inicjującego daną operację (tj. instytucji zamawiającej).

³ Zalecenie Rady 2003/361/WE (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36).

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

A.4. Potencjał podmiotu odpowiedzialnego za realizację projektu – w odniesieniu do jego zdolności technicznej, prawnej, finansowej i administracyjnej⁴

A.4.1 Potencjał techniczny (należy co najmniej przedstawić ogólny zarys wiedzy fachowej wymaganej w celu realizacji projektu oraz podać liczbę pracowników dysponujących taką wiedzą, którzy są zatrudnieni w organizacji i przydzieleni do danego projektu)

Wymagana wiedza fachowa w zakresie realizacji złożonej inwestycji infrastrukturalnej. Zespół roboczy został zdef. w Umowie o partner. z2014 r. (faza I). Um. pomiędzy KPIM a WSZ. KPIM jest spółką celową powołaną przez Woj. Kuj-Pom. w celu realizacji inwestycji w podmiotach med. Od 2009 roku real. szereg inwestycji o wart. ok 800 mln zł w tym 400 mln zł pożyczki z EBI. KPIM odpowiedzialny jest za techniczny aspekt realizacji inwestycji, w ramach przetargu nieogr wyłonił Inżyniera Kontraktu, który nadzoruje przebieg robót budowlanych. KPIM posiada Dział Monitoringu i Nadzoru Inwestycji, który w ramach zadań m.in.: -monitoruje postęp i sprawność procesu inwesty oraz analizuje ryzyko z tym związane, -kontroluje real. umów wykonawców robót, dostawców, usługodawców, -analizuje i kontroluje dokumenty dotyczące danej inwestycji, -współpracuje z wykonawcami i inspektorami nadzoru bud., -monit. i kontroluje: działania inż. nadzoru tech. i wykonawców w kontekście zgodności prowadzonych prac z postanowieniami kontraktowymi, jakość wykonywanych prac bud., dostaw, usług, -uczestniczy w naradach tech. i odbiorach. Z ramienia WSZ za zagadnienia techniczne odpow. Dział Techniczny oraz Inżynier Budowy. Zadania: uczestw w naradach, odbiorach poszczególnych etapów, opiniowanie faktur pod względem ich zgodności z wykonywanym postępowaniem prac, przyjmowanie do eksploatacji aparatury, sprzętu zakupionej w ramach przed., zapoznanie się z dok. proj., umową o wykonanie robót bud. i innych w tym zakresie, wypracowywanie bieżących rozwiązań, uzgodnień w celu optymalnej realizacji projektu i organizacji robót, sprawowanie kontroli zgodności realizacji proj., jakości wykonywanych robót bud. i stosowanych materiałów z proj., war. pozw. na budowę, odpow. przepisami

A.4.2 Potencjał prawny (należy co najmniej podać status prawny beneficjenta pozwalający mu na realizację projektu oraz zdolność beneficjenta do podejmowania w razie potrzeby czynności prawnych)

Organem założycielskim Szpitala jest Samorząd Woj. Kuj.-Pom.. Szpital działa na podstawie:
1. zarządzenia nr 56/75 Wojewody Toruńskiego z dnia 5 września 1975 roku w sprawie utworzenia Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu,
2. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
3. innych przepisów dotyczących podmiotów leczniczych,
4. Statutu.
Szpital jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę kujawsko – pomorskiego pod numerem księgi rejestrowej nr 00000002403 oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Toruniu VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000004086
WSZ w Toruniu kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor. Dyrektor powoływany jest przez Zarząd Województwa. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność.
Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o. jest jednoosobową spółką Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Celem działalności Spółki jest wspieranie, we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których uprawnienia organu, który je utworzył wykonuje Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Pracami spółki kieruje Zarząd (Prezes i Wiceprezes).
Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jest zarejestrowana pod numerem: 0000331628, Sąd Rejonowy w Toruniu, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, REGON: 340600685, NIP: 9562252941, z siedzibą przy ul. Plac Teatralny 2, 87-100 Toruń

A.4.3 Potencjał finansowy (należy co najmniej potwierdzić zdolność finansową podmiotu odpowiedzialnego za realizację projektu, aby wykazać, że oprócz innych realizowanych przez niego działań jest on w stanie zagwarantować płynność w zakresie odpowiedniego finansowania projektu w celu zapewnienia jego skutecznej realizacji i dalszego funkcjonowania)

Za finansową realizację inwestycji odpowiada Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego poprzez działania KPIM oraz Szpitala. Relacje te regulują umowy (1) o partnerstwie i (2) powierzenia. (1) pomiędzy Szpitalem a KPIM, (2) pomiędzy Woj Kuj-Pom a KPIM. Szpital pozyskał na realizację przedsięwzięcia dotację z EFRR w ramach RPO WK-P (192 482

⁴ W przypadku projektu PPP oraz jeżeli partner prywatny nie został jeszcze wybrany, w tej sekcji należy przedstawić minimalne kryteria kwalifikacji, które należy utrzymać w celu kwalifikacji wstępnej w ramach procedury przetargowej, oraz uzasadnienie tych kryteriów. We wniosku należy również przedstawić opis wszystkich ustaleń wdrażanych w celu przygotowania i monitorowania projektu PPP oraz zarządzania nim.

474,23 zł). KPIM uzyskał pożyczkę z EBI w wysokości 238,5 mln zł. Pożyczka została objęta gwarancją w ramach Planu Junckera.

Szpital wydatkuje ze swojego budżetu ok 60 mln zł (w latach 2015 do 2020). WSZ zakończył rok 2017 zyskiem netto 17681610,25zł.

Kontrakt z NFZ oscyluje na poziomie ok 260 mln zł rocznie.

Spółka posiada gwarancje Województwa w odniesieniu do pozostałych pożyczek (EBI I – w trakcie spłaty oraz EBI II – w trakcie realizacji inwestycji w innych podmiotach).

Samorząd Województwa-dochody budżetu województwa w 2018 (planowane) to 951.599.144 zł, z tego:

1) dochody bieżące 676.256.143 zł;

2) dochody majątkowe 275.343.001 zł;

Wydatki budżetu województwa-986.599.144 zł, z tego:

1) wydatki bieżące w kwocie 602.081.500 zł;

2) wydatki majątkowe w kwocie 384.517.644 zł;

Wydatki przypadające do spłaty w 2018 roku zgodnie z zawartymi umowami, z tytułu poręczeń i gwarancji udzielonych przez Woj Kuj-Pom w łącznej kwocie 36.328.912 zł.

Województwo zawarło trójstronną (3) Umowę przelewu praw z umowy powierzenia z EBI i KPIM. Województwo zabezpieczyło w budżecie oraz wieloletniej prognozie finansowej środki na zobowiązania z tytułu poręczeń kredytów EBI I i EBI II oraz podwyższenie kapitału zakładowego spółki w celu spłaty kredytu EBI III

A.4.4 Potencjał administracyjny (należy co najmniej wskazać projekty finansowane przez UE lub podobne projekty zrealizowane w ciągu ostatnich dziesięciu lat oraz, w przypadku braku takich przykładów, wskazać, czy uwzględniono potrzeby w zakresie pomocy technicznej; należy odnieść się do ustaleń instytucjonalnych, takich jak istnienie jednostki realizującej projekt posiadającej zdolność do wdrożenia i realizacji danego projektu oraz, w miarę możliwości, przedstawić proponowany schemat organizacyjny dotyczący wdrażania i realizacji)

Wojewódzki Szpital Zespolony posiada duży potencjał administracyjny, ponieważ w ostatnich latach realizował kilka projektów finansowanych przy współudziale środków z UE oraz poprzez KPIM ze środków EBI. Wartość zrealizowanych inwestycji od 2007 do 2016 roku wyniosła 178 978 179,90 zł. Szczegółowy wykaz zawarty jest w Studium Wykonalności. Projekty dotyczyły zakupu sprzętu i modernizacji placówki (różne lokalizacje). KPIM realizował inwestycje również w innych szpitalach (m.in. w Centrum Onkologii ok 290 mln, Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy ok 190 mln zł).

W przypadku przedmiotowego projektu nie korzystano z pomocy technicznej.

Wskazany w A.4.1 Zespół roboczy odpowiada za nadzór nad pracami w projekcie, a dodatkowo Województwo Kuj-Pom powołało Zespół ds. monitorowania tempa wdrażania projektu.

Powyzsze doświadczenie w realizacji projektów finansowanych ze środków zewnętrznych potwierdza, iż Szpital oraz Spółka dysponują wykwalifikowaną i doświadczoną kadrą oraz profesjonalnym zapleczem administracyjno-technicznym, doświadczonym w organizowaniu i nadzorowaniu inwestycji i tym samym potwierdza gotowość organizacyjną do realizacji przedmiotowego Projektu. W Szpitalu funkcjonują wyodrębnione komórki odpowiedzialne za poszczególne elementy wdrażania projektu.

W celu realizacji Fazy I Projektu zawarto umowę partnerską pomiędzy WSZ a KPIM.

Po zakończeniu procesu budowlanego powstałą infrastrukturą zarządzać będzie Szpital. Projekt dotyczy zmniejszenia liczby lokalizacji, a nie zmiany funkcji. Obecnie Szpital posiada odpowiednie kadry i strukturę organizacyjną właściwą do zarządzania

A.5 Należy przedstawić informacje na temat wszelkich planowanych i ewentualnie przyjętych istotnych ustaleń instytucjonalnych ze stronami trzecimi dotyczących realizacji projektu oraz skutecznego funkcjonowania infrastruktury projektu

Wszystkie istotne ustalenia instytucjonalne przyjęte w ramach realizacji projektu są opisane w umowach (1) o partnerstwie, (2) powierzenia, (3) przelewu praw z umowy powierzenia. Partnerem zaangażowanym w realizację Fazy I projektu jest Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o. opisana w A.4.2.

Skuteczne funkcjonowanie infrastruktury projektu gwarantuje Szpital. Projekt polega na skoncentrowaniu funkcji związanych z ochroną zdrowia. Funkcje te są obecnie realizowane w budynkach ulokowanych w różnych częściach miasta

A.5.1 Należy szczegółowo opisać, w jaki sposób infrastruktura będzie zarządzana po zakończeniu projektu (tj. nazwa operatora; metoda wyboru — zarządzanie publiczne lub koncesje; rodzaj umowy itp.).

Podmiotem tworzącym dla WSZ jest Województwo Kujawsko-Pomorskie.
 Nieruchomości Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu stanowią własność Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Szpital jest użytkownikiem nieruchomości (objętych projektem) na podstawie:
 - Umowy Nr MW.2012-PNU-/8/03 przekazania nieruchomości Samorządu Województwa w bezpłatne użytkowanie zawartej 19 grudnia 2003 r.
 - Umowy Nr MW.2012-PNU-/1/04 przekazania nieruchomości Samorządu Województwa w bezpłatne użytkowanie zawartej 31 marca 2004 r.
 12 marca 2014 roku między Szpitalem a KPIM zawarta została umowa użyczenia tych nieruchomości – na czas realizacji inwestycji.
 Po zakończeniu inwestycji Szpital będzie w dalszym ciągu użytkownikiem i zarządcą infrastruktury

B. OPIS INWESTYCJI I JEJ LOKALIZACJI; WYJAŚNIENIE NA TEMAT ZGODNOŚCI INWESTYCJI Z ODPOWIEDNIMI OSIAMI PRIORYTETOWYMI PROGRAMU OPERACYJNEGO LUB PROGRAMÓW OPERACYJNYCH ORAZ PRZEWIDYWANEGO WKŁADU INWESTYCJI W REALIZACJĘ SZCZEGÓŁOWYCH CELÓW TYCH OSI PRIORYTETOWYCH ORAZ PRZEWIDYWANEGO WKŁADU W ROZWÓJ SPOŁECZNO-GOSPODARCZY

B.1 Program lub programy operacyjne i osie priorytetowe

CCI PO	Oś priorytetowa PO
2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001 Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	Oś priorytetowa 6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry
2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001 Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	Oś priorytetowa 2: Cyfrowy Region

B.1.1 Czy projekt jest zawarty w wykazie dużych projektów programu lub programów operacyjnych⁵? <type='C' input='M'>

Tak



Nie



B.2. Kategoryzacja działań związanych z projektem⁶

⁵ Zgodnie z wymogiem określonym w art. 102 ust. 5 rozporządzenia nr 1303/2013.

⁶ Załącznik I do rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 215/2014 z dnia 7 marca 2014 r. ustanawiającego zasady wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego w zakresie metod wsparcia w odniesieniu do zmian klimatu, określania celów pośrednich i końcowych na potrzeby ram wykonania oraz klasyfikacji kategorii interwencji w odniesieniu do europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (Dz.U. L 69 z 8.3.2014, s. 65).

	Kod	Kwota	Wartość procentowa
B.2.1.Kody klasyfikacji według zakresu interwencji (należy zastosować więcej niż jeden kod, w przypadku gdy na podstawie wyliczenia proporcjonalnego właściwych jest kilka zakresów interwencji)	053	502801163,77	95,53%
	081	23529411,76	4,47%
B.2.2.Kod klasyfikacji według formy finansowania (w niektórych przypadkach właściwy może być więcej niż jeden kod — należy przedstawić proporcjonalny podział)	01	526330575,53	100
B.2.3.Kod klasyfikacji według wymiaru terytorialnego (w niektórych przypadkach właściwy może być więcej niż jeden kod — należy przedstawić proporcjonalny podział)	01	526330575,53	100
B.2.4. Kod klasyfikacji według terytorialnego mechanizmu wdrażania	07	526330575,53	100
B.2.5.Kod klasyfikacji według celu tematycznego (w niektórych przypadkach właściwy może być więcej niż jeden kod — należy przedstawić proporcjonalny podział)	09	502801163,77	95,53%
	02	23529411,76	4,47%
B.2.6.Kod klasyfikacji gospodarczej (kod NACE ^(*)) (w niektórych przypadkach właściwy może być więcej niż jeden kod — należy przedstawić proporcjonalny podział)	8 6.10	526330575,53	100
B.2.7.Kod klasyfikacji według wymiaru lub wymiarów dotyczących lokalizacji (NUTS III) ^(**) (w niektórych przypadkach właściwy może być więcej niż jeden kod — należy przedstawić proporcjonalny podział)	PL613	526330575,53	100
B.2.8.Charakter inwestycji ^(***) (należy wypełnić wyłącznie w przypadku inwestycji produkcyjnych)	Nie dotyczy		
B.2.9.Przedmiotowy produkt ^(****) (należy wypełnić wyłącznie w przypadku inwestycji produkcyjnych)	Nie dotyczy		

(*) NACE-Rev.2, kod czterocyfrowy: rozporządzenie (WE) nr 1893/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 393 z 30.12.2006, s. 1).

(**) Rozporządzenie (WE) nr 1059/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 154 z 21.6.2003, s. 1) z późniejszymi zmianami. Należy stosować najbardziej szczegółowe i odpowiednie kody NUTS III. Jeżeli projekt dotyczy wielu poszczególnych obszarów na poziomie NUTS III, należy rozważyć wprowadzenie kodów NUTS III lub wyższych.

(***) Nowa budowa = 1; rozszerzenie = 2; przekształcenie/modernizacja = 3; zmiana lokalizacji = 4; utworzenie w wyniku przejęcia = 5.

(****) Nomenklatura scalona (CN), rozporządzenie Rady (EWG) nr 2658/87 (Dz.U. L 256 z 7.9.1987, s. 1).

B.3. Opis projektu

B.3.1 Należy przedstawić krótki (maksymalnie 2 strony) opis projektu (prezentując jego cel, obecną sytuację, kwestie, których będzie dotyczył, infrastrukturę, jaka ma zostać stworzona itp.), mapę, na której wskazano obszar projektu⁷, dane

⁷ W przypadku projektu PPP, jeżeli partner prywatny nie został jeszcze wybrany, a jest on odpowiedzialny za zabezpieczenie lokalizacji, wnioskodawca nie ma obowiązku przekazania mapy, na której wskazano obszar projektu.

georeferencyjne⁸ oraz główne elementy projektu wraz z szacunkami dotyczącymi ogólnych kosztów każdego z nich (bez podziału na koszty związane z działaniami).

W przypadku inwestycji produkcyjnych należy również przedstawić szczegółowy opis techniczny obejmujący: wykonywane prace, wyszczególniając ich główne cechy charakterystyczne, główne rodzaje działalności gospodarczej i podstawowe elementy struktury finansowej przedsiębiorstwa, główne aspekty inwestycji, opis technologii produkcji i wyposażenia oraz opis produktów.

Projekt Modernizacja, remont i rozbudowa WSZ w Toruniu im. L. Rydygiera dotyczy zcentralizowania obiektów szpitalnych w jeden kompleks, w dwóch fazach.

W wyniku połączenia w 2010 r. WSZ z Woj. Szpitalem Dziecięcym w Toruniu oraz Samodzielnym Woj. Centrum Stomatologii w Toruniu powstał jeden samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. W 2012 r. później doszło do połączenia z Woj. Szpitalem Obserwacyjno-Zakaźnym, Woj. Ośrodkiem Lecznictwa Psychiatrycznego oraz Woj. Stacją Pogotowia Ratunkowego. Obecnie jednostka funkcjonuje pod nazwą Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu. Połączenie jednostek umożliwiło reorganizację i usprawnienia: finansowe i funkcjonalne jednostki. Obecnie Szpital funkcjonuje w 6 lokalizacjach, posiada zgodnie z Rejestrem 1061 łóżek (na 20.02.2017r) i 41 Oddziałów w tym: Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, II Klinika Psychiatrii,

6 Oddz. Klinicznych-Chirurgii Szczękowo-Twarzowej; Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych; Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkol.; Pediatrii i Nefrologii; VI Psychiatrii Młodzieży; VII Psychiatrii Wieku Podeszłego. Szpital prowadzi Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną w 59 poradniach.

WSZ posiada akredytację Ministra Zdrowia.

Położenie placówek w różnych lokalizacjach na obszarze miasta spowodowało potrzebę centralizacji jednostki poprzez modernizację i rozbudowę Szpitala przy ul. Św. Józefa 53-59 w Toruniu. Dodatkowo potrzeba realizacji projektu wynika z faktu: znacznego stopnia wyeksploatowania użytkowanych obecnie przez Szpital obiektów oraz braku centralnego Bloku Operacyjnego i lądowiska dla SOR, konieczności transportowania i oczekiwania na badania specjalistyczne/zabiegi pacjentów zlokalizowanych w innych lokalizacjach, niedostosowania do wymogów technicznych, braku możliwości wprowadzenia chirurgii jednego dnia, braku zintegrowanego centrum diagnostyczno-zabiegowo-interwencyjnego, nieczytelnych ciągów komunikacyjnych, które są ciasne, krzyżują się i utrudniają swobodny przepływ strumieni ludzi i sprzętu, rozproszenia elementów ratunkowych.

Powyższe czynniki uzasadniają potrzebę realizacji projektu polegającego na wybudowaniu kompleksu szpitalnego, gdzie przeniesione zostaną oddziały szpitalne (ulożowane w innych częściach miasta – Szpital Psychiatryczny, Szpital Zakaźny) oraz jednostki: Zakład Diagnostyki Obrazowej, Pracownia Kardiologii Inwazyjnej oraz Centralny Blok Operacyjny, prosektorium. Przewidziano też wybudowanie na dachu budynku H lądowiska dla helikopterów. Tak kompleksowo wyposażona platforma ratunkowo-zabiegowa przyczyni się do usprawnienia i funkcjonowania Szpitala oraz przede wszystkim wpłynie znacząco na podniesienie jakości i szybkości udzielanych świadczeń medycznych, szczególnie w sytuacji zagrożenia życia pacjenta.

Inwestycja w fazie I polega na wybudowaniu kompleksu szpitalnego składającego się z:

-budynku „H” 510-nowy główny budynek Szpitala łącznie na 254 łóżka, m.in. z następującymi jednostkami: Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej (77 ł.), Oddz Okulistyczny (18 ł.), Oddz Otolaryngologiczny (18 ł.), Pododdział Ginekol. Oddz. Klinicznego Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkol. (26 ł.), Oddz Anestezjologii i Intensywnej Terapii (18 ł.), Oddz Neurochirurgii (27 ł.), Oddz Chemioterapii Nowotworów (19 ł.), Oddz Ortopedyczno-Urazowy i Onkologii Narządu Ruchu (39 ł.), SOR (12 ł.), 10 sal Centralnego Bloku Operacyjnego, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Pracow Kardiologii Inwazyjnej, lądowisko dla helikopterów na dachu.

-budynku „A” 520–adm.-szpi. (pomieszczenia administracyjne, Apteka, Magazyn Odp. Med. i Prosektorium),

-budynek „P+Z” 530-przeznaczony na oddział chorób zakaźnych (39 łóżek) oraz na Zespół Poradni Przyszpitalnych. Powstanie budynku „P+Z”, oprócz znaczącej poprawy funkcjonowania oddziału zakaźnego, pozwoli przede wszystkim stworzyć dogodne warunki dla poprawy i optymalizacji działalności Poradni Przyszpitalnych funkcjonujących w systemie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co umożliwi założoną przez Szpital poprawę struktury pomiędzy leczeniem szpitalnym a ambulatoryjnym, zapewniając kompleksowość świadczeń zdrowotnych,

-budynek „W” 540–budynek będzie mieścił 5 oddziałów psychiatrycznych na 196 łóżek: II Psychiatryczny Męski (36 łóżek), III Psychiatryczny Żeński (36 łóżek), II Klinika Psychiatrii (72 łóżka), Oddz. Kliniczny VI Psychiatrii Młodzieży (21 łóżek), Oddz. Kliniczny VI Psychiatrii Wieku Podeszłego (31 łóżek).

-budynek 550/580 (część budynku istniejącego), w ramach realizowanego przedsięwzięcia zostanie wyremontowany w zakresie niezbędnym do funkcjonowania kompleksu szpitala.

-budynek 560-garaż wielopoz. na 423 miejsca samochodowe, 20 miejsc rowerowych,

-budynek 570-budynki techniczne (miejsce segregowania odpadów, kotłownia, węzeł cieplny, trafostacja, stacja uzdatniania wody).

Inwestycja wiąże się też z doposażeniem obiektów w niezbędne sprzęty i aparaturę medyczną pozwalającą na funkcjonowanie nowego kompleksu.

Przedsięwzięcie dotyczy także stworzenia infrastruktury technicznej, informatycznej i środowiska, które pozwolą na wprowadzenie specjalistycznych e-usług w ochronie zdrowia.

⁸ W dodatku 5 należy podać dane geograficzne w formacie wektorowym, w stosownych przypadkach zawierające wieloboki, linie lub punkty, aby przedstawić projekt najlepiej w formacie Shapefile.

W Fazie II planowana jest przebudowa budynku istniejącego i powstanie budynek o nr 600. Głównym celem szczegółowym projektu jest poprawa dostępności do usług zdrowotnych, poprzez utworzenie nowoczesnego samowystarczalnego kompleksu szpitalnego z nowoczesną platformą ratunkowo-zabiegową z dogodnym połączeniem komunikacyjnym z otaczającą siecią dróg miejskich. Cel bezpośredni przedsięwzięcia zostanie osiągnięty poprzez realizację celów szczegółowych opisanych w Studium Wykonalności.

Po realizacji I fazy inwestycji WSZ w Toruniu liczyć będzie: 1054 łóżka, 33 oddziały, 59 poradni specjalistycznych (AOS). Inwestycja przełoży się na redukcję kolejek do świadczeń zdrowotnych poprzez rozszerzenie parku aparaturowego, zwiększenie ilości sal operacyjnych, optymalizację liczby łóżek na poszczególnych oddziałach zgodnie z analizą trendów zawartą w mapach potrzeb zdrowotnych. Nastąpi także skrócenie czasu pobytu pacjenta na oddziałach; powstaną nowe pomieszczenia (optymalizacja bazy łóżkowej) i w efekcie skrócenie czasu oczekiwania na miejsce w szpitalu. Ponadto, nastąpią stosowne do analiz i prognoz, zmiany w strukturze łóżek szpitalnych. Przyjęte kierunki rozwoju podniosą standardy udzielanych świadczeń zdrowotnych, rozszerzą ich zakres i w efekcie wpłyną na stopień referencyjności Szpitala. Koszt realizacji (szacowany)

Faza 1–526330575,53 PLN
Faza 2–koszty w trakcie ustalania

W rezultacie inwestycja przyczyni się do utworzenia nowoczesnej platformy ratunkowo-zabiegowej, optymalizacji jednostek szpitalnych, wprowadzenia chirurgii jednego dnia, utworzenia Oddziału Rehabilitacji

Projekt zlokalizowany jest w województwie kujawsko-pomorskim, mieście Toruń (miasto na prawach powiatu), przy ul. Św. Józefa 53-59 (współrzędne B: 18,5810877, L: 53,0284093). Mapa z lokalizacją projektu oraz plik.shp została załączona

B.3.2 Czy przedmiotowy projekt stanowi etap dużego projektu ⁹? <type='C' input='M'>

Tak Nie ...

B.3.3 Jeżeli projekt stanowi etap ogólnego projektu, należy przedstawić krótki opis proponowanych etapów realizacji oraz wyjaśnić, w jaki sposób są one technicznie i finansowo niezależne. Należy wyjaśnić, jakie kryteria wykorzystano w celu określenia podziału projektu na etapy. Należy przedstawić udział (procentowy), jaki obejmuje dany etap w odniesieniu do ogólnego projektu. Jeżeli projekt jest współfinansowany z co najmniej dwóch programów operacyjnych, należy wskazać, które jego części wchodzi w zakres którego programu operacyjnego, oraz przedstawić ich proporcjonalną alokację.

Podmiot prowadzący tzn. Województwo Kujawsko-Pomorskiego zdecydował o realizacji projektu w dwóch fazach. Niniejszy Wniosek dotyczy realizacji pierwszej z dwóch faz inwestycji zaplanowanej do realizacji w dwóch fazach. Faza I polega na budowie nowych obiektów pozwalających na scentralizowanie usług szpitalnych rozproszonych na terenie miasta Torunia. Faza II dotyczy istniejącego budynku i polegać będzie na kompleksowej przebudowie i dostosowaniu do potrzeb. Faza ta I rozpoczęła się w 2011 roku poprzez przystąpienie do rozpoczęcia prac projektowych. W listopadzie 2016 roku podpisano umowę z generalnym wykonawcą i przystąpiono do robót budowlanych. Obecnie trwają również zakupy wyposażenia. Planowane zakończenie realizacji fazy I - to I kw. 2020 r. Stworzenie kompleksu szpitalnego (realizacja Fazy I) ma jednak na celu nie tylko skupienie kilku lokalizacji w jednej, ale przede wszystkim osiągnięcie dzięki temu zabiegowi zupełnie nowej jakości opieki nad pacjentami oraz warunków pracy dla personelu medycznego. Przedsięwzięcie zostało pomyślane w taki sposób, aby jak najefektywniej zorganizować pracę całej jednostki, w tym np. odpowiednio rozlokować powiązane ze sobą oddziały, połączyć budynki ciągami komunikacyjnymi pozwalającymi chociażby skrócić czas przemieszczania się personelu czy/i pacjentów. Całość zorganizowana została tak, aby obecnie funkcjonujący budynek został w miarę możliwości płynnie włączony w ten proces, jednakże już od początku planowania Fazy I zakładano realizację drugiej części inwestycji (Faza II).

W trakcie formułowania koncepcji Fazy I, zakres zadań przewidzianych dla Fazy II (dotyczącej istniejącego budynku) obejmował wyłącznie remont, jednakże w trakcie realizacji Fazy I, analiza stanu budynku istniejącego wskazała na konieczność znaczącego zwiększenia zakresu prac. Dlatego też Faza II projektu dotyczy istniejącego, tzw. „głównego” budynku i polegać będzie na jego kompleksowej przebudowie i dostosowaniu do potrzeb.

Z uwagi na fakt, że Faza II dotyczy budynku istniejącego, będącego obecnie głównym obiektem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, który nie może zaprzestać funkcjonowania w czasie realizacji Fazy I, podjęto decyzję, że względu na dobro pacjentów, że prace dotyczące Fazy II mogą zostać podjęte dopiero po zakończeniu Fazy I. Faza II planowana jest do realizacji w okresie od 2020 roku.

Faza II dotyczy istniejącego budynku i polegać będzie na kompleksowej przebudowie i dostosowaniu do potrzeb. Konieczny zakres działań dla Fazy II jest obecnie w trakcie opracowywania - powstają wytyczne do projektu (Program Funkcjonalno-

⁹ Rozpoczęty w okresie programowania 2007–2013 duży projekt, którego co najmniej jeden etap zakończono w tym okresie programowania i w ramach którego przedmiotowy projekt stanowi etap, który będzie realizowany i zostanie zakończony w okresie programowania 2014–2020, lub rozpoczęty w okresie programowania 2014–2020 projekt, w ramach którego przedmiotowy projekt stanowi jeden z etapów, który zostanie zakończony, a kolejny etap zostanie zrealizowany w obecnym lub następnym okresie programowania.

Użytkowy). Trwa również analiza funkcjonalności budynku - stanu na dzień dzisiejszy w kontekście potrzeb przyszłego funkcjonowania zarówno jako osobnej jednostki, skupiającej część z dziś istniejących tam oddziałów, ale przede wszystkim jako elementu całego, nowego kompleksu. Faza ta związana jest z przebudową budynku istniejącego. W trakcie formułowania koncepcji Fazy I Faza II (dotycząca istniejącego budynku) dotyczyła wyłącznie remontu. W trakcie realizacji fazy I analiza stanu budynku istniejącego wskazała na konieczność znaczącego zwiększenia zakresu prac i Przystąpiono także do ustalania źródeł finansowania dla drugiej części projektu. Jak wykazano powyżej, Realizacja każdej z faz jest niezależna od siebie.

B.3.4 Czy Komisja zatwierdziła wcześniej którąkolwiek część przedmiotowego dużego projektu? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać CCI zatwierzonego dużego projektu.

< type='S' input='S'>

Jeżeli przedmiotowy projekt stanowi część rozłożonego na etapy dużego projektu, którego pierwszy etap zrealizowano w latach 2007–2013, należy przedstawić opis celów fizycznych i finansowych poprzedniego etapu, w tym opis realizacji pierwszego etapu, oraz potwierdzić, że etap ten jest gotowy lub będzie gotowy do wykorzystania w zamierzonym celu.

NIE DOTYCZY

B.3.5 Czy projekt stanowi część sieci transeuropejskiej będącej przedmiotem uzgodnień na poziomie unijnym? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje oraz odniesienie do odpowiednich przepisów UE¹⁰.

< type='S' maxlength='1750' input='M'>

B.3.6 W przypadku inwestycji produkcyjnych, czy przedmiotowa inwestycja:

(i) jest objęta zakresem art. 3 ust. 1 lit. a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013¹¹? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Jeżeli tak, należy wyjaśnić, w jaki sposób przedmiotowa inwestycja przyczynia się do tworzenia i ochrony trwałych miejsc pracy (szczególnie dla osób młodych).

< type='S' maxlength='1750' input='M'>

¹⁰ W przypadku sektora energetycznego: czy projekt jest zdefiniowany jako projekt będący przedmiotem wspólnego zainteresowania zgodnie z rozporządzeniem nr 347/2013 w sprawie wytycznych dotyczących transeuropejskiej infrastruktury energetycznej, uchylającym decyzję nr 1364/2006/WE oraz zmieniającym rozporządzenia (WE) nr 713/2009, (WE) nr 714/2009 i (WE) nr 715/2009? W przypadku sektora transportu: czy projekt jest objęty rozporządzeniem (UE) nr 1315/2013 w sprawie unijnych wytycznych dotyczących rozwoju transeuropejskiej sieci transportowej i uchylającym decyzję nr 661/2010/UE?

¹¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylenia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 (Dz.U. L 347 z 20.12.2013, s. 289).

(ii) jest objęta zakresem art. 3 ust. 1 lit. b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013? <type='C' input='M'>

Tak

Nie

Jeżeli tak, należy wyjaśnić, w jaki sposób przedmiotowa inwestycja przyczynia się do realizacji priorytetów inwestycyjnych określonych w art. 5 ust. 1 i 4 rozporządzenia (UE) nr 1301/2013, a także, w przypadku gdy inwestycja ta wiąże się ze współpracą między dużymi przedsiębiorstwami a MŚP, w jaki sposób przyczynia się ona do realizacji priorytetów inwestycyjnych określonych w art. 5 ust. 2 wspomnianego rozporządzenia.

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

B.4. Cele projektu i jego spójność z odpowiednimi osiami priorytetowymi programu operacyjnego lub programów operacyjnych oraz jego przewidywany wkład w realizację szczegółowych celów i rezultatów tych osi priorytetowych, oraz przewidywany wkład w rozwój społeczno-gospodarczy obszaru objętego danym programem operacyjnym.

B.4.1 Jakie są główne cele projektu? Należy wymienić główne cele i podać krótkie wyjaśnienie.

Głównym celem realizacji projektu jest zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych poprzez utworzenie nowoczesnego, samowystarczalnego kompleksu szpitalnego z nowoczesną platformą ratunkowo-zabiegową z dogodnym połączeniem komunikacyjnym z otaczającą siecią dróg miejskich.

Cele szczegółowe:

- poprawa płynności i efektywności pracy szpitala poprzez dostosowanie infrastruktury szpitalnej do potrzeb placówki tego typu,
- poprawa funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego,
- zmniejszenie liczby przerw w pracy infrastruktury,
- oszczędność czasu personelu oraz zmniejszenie zakażeń poprzez rozdzielanie krzyżujących się obecnie ciągów komunikacyjnych „czystych” oraz „brudnych”,
- umożliwienie korzystania z infrastruktury przez osoby z niepełnosprawnościami poprzez likwidację barier,
- stworzenie infrastruktury technicznej, informatycznej i środowiska, które pozwolą na wprowadzenie specjalistycznych e-usług w ochronie zdrowia (ewidencjonowanie ruchu pacjentów, zmniejszenie pomyłek podań leków, zmniejszenie zużycia czasu personelu na działania administracyjne).

Osiągnięcie wskazanych celów przyczyni się do podniesienia jakości świadczenia usług medycznych zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi oraz stworzy pacjentom wysoki komfort leczenia. Efektem osiągnięcia celów będzie także poprawa ochrony epidemiologicznej, poprawa efektywności eksploatacji budynków, itp.

B.4.2 Należy przedstawić szczegółowe informacje na temat spójności projektu z odpowiednimi osiami priorytetowymi programu operacyjnego lub programów operacyjnych oraz jego przewidywany wkład w osiąganie wskaźników rezultatu w ramach celów szczegółowych tych osi priorytetowych.

W ramach RPO WK-P projekt wpisuje się w:

- OP 6 Solidarne społeczeństwo i konkurencyjne kadry

- OP 2 Cyfrowy region

OP 6 zakłada realizację CT 9 Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją. Projekt jest zgodny z CT 9, a w jego ramach z PI 9a Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną (...). Priorytet zakłada działania przyczyniające się do poprawy dostępu mieszkańców regionu do usług zdrowotnych, co jest istotnym elementem przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu. Projekt przyczyni się do spełnienia założeń celu szczegółowego PI 9a, jakim jest zwiększony dostęp do usług zdrowotnych. Cel zostanie zrealizowany przez modernizację, remont, rozbudowę, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną WSZ im. L. Rydygiera w Toruniu. Osiągnięcie ww. celu przyczyni się do podniesienia jakości świadczenia usług medycznych oraz rozszerzenia ich zakresu. Projekt realizuje wskaźnik rezultatu: Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI36), dla którego wartość docelową (2023 r.) w RPO WK-P oszacowano na poziomie 313 625 os. Przewidywany wpływ projektu na ww. wskaźnik to 14 000 os.

OP 2 obejmuje realizację CT 2 Zwiększenie dostępności, stopnia wykorzystania i jakości TIK, a w jego ramach PI 2c Wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e kultury i e-zdrowia. Wsparcie w PI 2c skierowane jest na tworzenie nowych oraz poprawę funkcjonalności istniejących elektronicznych usług publicznych w obszarach: e-administracji, e-zdrowia oraz e-kultury. Projekt wpisuje się w cel szczegółowy PI 2c, jakim jest większy zakres stosowania TIK w sferze usług publicznych. Cel zostanie zrealizowany poprzez wdrożenie w WSZ w Toruniu usług elektronicznych

B.4.3 Należy wyjaśnić, w jaki sposób projekt przyczyni się do rozwoju społeczno-gospodarczego obszaru objętego programem operacyjnym.

Realizacja inwestycji związana jest ze znaczącym wpływem na sytuację gospodarczą - WSZ jest jednym z większych pracodawców (bezpośrednich i pośrednich) w regionie.

Realizacja projektu sprawi, że znacząco poprawią się warunki i komfort pracy personelu zatrud. w szpitalu, co z kolei powinno stać się czynnikiem skłaniającym pracowników do kontynuacji zatrudnienia, a także przyciągającym specjalistów z innych ośrodków medycznych spoza regionu. Ze względu na realizowanie umów z Collegium Medicum (kliniki kształcące studentów) ma także wpływ na jakość kształcenia kadr medycznych. W nowym kompleksie Szpitala planowane jest również rozszerzenie działalności B+R (Faza II), która jest obecnie jednym z kół zamachowych nowoczesnej gosp. Szpital jako placówka o znaczeniu ponadlokalnym zapewnia opiekę medyczną dla kilkunastu tysięcy mieszkańców. Tym samym posiadanie tak dużej i nowoczesnej placówki w regionie, zwiększa jego (regionu) konkurencyjność.

Jakość świadczonych usług medycznych to jeden z elementów przekładających się na jakość życia mieszkańców regionu, sprawiający, że kujawsko-pomorskie staje się atrakcyjne zarówno dla zamieszkania, ale i prowadzenia działalności gosp. Zapewnienie wysokiego standardu usług publicznych stymuluje rozwój społeczeństwa, będąc jednym z argumentów wyboru woj. kuj.-pom. na miejsce zamieszkania.

Poprawa warunków funkcjonowania (scentralizowanie usług), ale również uczestnictwo w projekcie pt. „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej-I etap”, którego realizacja pozwoli na wprowadzenie specjalistycznych e-usług.) zmniejszy czas przeznaczony przez mieszkańców na procedury diagnostyczne i jednocześnie przełoży się na krótszy czas absencji zawodowej

B.4.4 Należy wyjaśnić, jakie działania zaplanował/podjął beneficjent w celu zapewnienia optymalnego wykorzystania infrastruktury na etapie eksploatacji.

Realizacja inwestycji pt. „Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu im. L. Rydygiera” wiązać się będzie ze zmianą liczby łóżek wynikającą

z prognoz demograficznych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa kujawsko – pomorskiego. W 2016 roku na analizowanych oddziałach dostępnych było łącznie 1061 łóżek, a w wyniku realizacji przedsięwzięcia łączna liczba łóżek na oddziałach w planowanym obiekcie zmniejszy się do 1054.

Prognozowany wzrost popytu na usługi medyczne związany jest ze zmianami demograficznymi oraz wzrostem świadomości pacjentów.

Beneficjent prowadzi analizy zapotrzebowania na poszczególne usługi medyczne dostosowując je do oczekiwań i możliwości publicznego płatnika

C. CAŁKOWITE KOSZTY I CAŁKOWITE KOSZTY KWALIFIKOWALNE

C.1. Należy uzupełnić poniższą tabelę, uwzględniając poniższe kwestie

- 1) Koszty niekwalifikowalne obejmują: (i) wydatki poniesione poza okresem kwalifikowalności; (ii) wydatki niekwalifikowalne na mocy obowiązujących przepisów unijnych i krajowych; (iii) inne wydatki niezgłoszone do współfinansowania. Uwaga: Termin rozpoczęcia kwalifikowalności wydatków jest tożsamy z datą przedłożenia Komisji programu operacyjnego lub z dniem 1 stycznia 2014 r., w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza¹².
- 2) Nieprzewidziane wydatki nie powinny przekraczać 10 % całkowitych kosztów po odjęciu nieprzewidzianych wydatków. Takie nieprzewidziane wydatki mogą być zawarte w całkowitych kosztach kwalifikowalnych stosowanych do celów obliczenia planowanego wkładu funduszy.
- 3) W stosownych przypadkach można wykorzystać dostosowanie cen w celu pokrycia przewidywanej inflacji, jeżeli wartość kosztów kwalifikowalnych wyrażona jest w cenach stałych.
- 4) VAT podlegający zwrotowi stanowi koszty niekwalifikowalne. Należy podać powody, w przypadku gdy VAT jest uważany za koszty kwalifikowalne.
- 5) Całkowite koszty muszą obejmować wszystkie koszty poniesione w związku z projektem, począwszy od planowania, a skończywszy na nadzorze, oraz muszą obejmować VAT, niezależnie od tego, czy podlega on zwrotowi.
- 6) Zakup gruntów niezabudowanych i zabudowanych na kwotę przekraczającą 10 % łącznych wydatków kwalifikowalnych dla danej operacji zgodnie z art. 69 ust. 3 lit. b) rozporządzenia (UE) 1303/2013. W wyjątkowych i należycie uzasadnionych przypadkach można dopuścić wyższy pułap procentowy dla operacji dotyczących ochrony środowiska

¹² Chyba że istnieje obowiązek stosowania się do specjalnych przepisów dotyczących projektów, np. zasad pomocy państwa.

naturalnego.

7) Całkowite koszty kwalifikowalne przed uwzględnieniem wymogów określonych w art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

EUR	Całkowite koszty (A)	Koszty niekwalifikowalne (1) (B)	Koszty kwalifikowalne (C) = (A) – (B)	Wartość procentowa całkowitych kwalifikowalnych kosztów
	Parametry wejściowe	Parametry wejściowe	Obliczone	Obliczone
1 Wynagrodzenia za opracowanie planów i projektów	136 980,42	136 980,42	0,00	0,00
2 Zakup gruntów	0,00	0,00	0,00	#DZIEL/0!
3 Roboty budowlane	62 711 545,86	38 966 501,31	23 745 044,55	0,09
4 Urządzenia techniczne i maszyny lub sprzęt	34 897 189,60	4 028 707,95	30 868 481,65	0,21
5 Nieprzewidziane wydatki (2)	5 599 980,68	5 599 980,68	0,00	0,00
6 Dostosowanie cen (w stosownych przypadkach) (3)	0,00	0,00	0,00	#DZIEL/0!
7 Promocja	121 610,24	0,00	121 610,24	0,23
8 Nadzór budowlany	534 208,06	534 208,06	0,00	0,00
9 Pomoc techniczna	96 599,18	0,00	96 599,18	0,23
10 Suma cząstkowa	104 098 114,05	49 266 378,42	54 831 735,63	0,12
11 (VAT (4))	19 222 077,03	11 123 474,89	8 098 602,14	0,10
12 OGÓLEM	123 320 191,08	60 389 853,31	62 930 337,77	0,22

Należy podać kurs wymiany oraz odniesienie (w stosownych przypadkach)

Ceny w EUR. Zastosowano kurs przeliczeniowy PLN/EUR 4,268

W przypadku jakichkolwiek uwag dotyczących powyższych pozycji (np. braku nieprzewidzianych wydatków, kwalifikowalnego VAT) należy zapisać je poniżej.

Wydatki inwestycyjne w ramach niniejszego projektu ponoszone są przez dwa podmioty: Szpital oraz spółkę Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne. Szpital nie może odliczyć podatku VAT zapłaconego w wyniku dokonania zakupu sprzętu medycznego czy opłacenia robót budowlanych, ponieważ wskazane towary i usługi nie są wykorzystywane do wykonywania czynności opodatkowanych. Z tego względu VAT od kosztów kwalifikowalnych poniesionych przez WSZZ jest kwalifikowalny. KPIM prowadząc działalność statutową jest zobowiązany do ponoszenia podatku VAT. Jednakże nie

odlicza podatku naliczonego VAT, ponieważ nie prowadzi sprzedaży opodatkowanej z wykorzystaniem nabytych środków trwałych. Zgodnie z aktualnym podejściem Komisji Europejskiej odnośnie kwalifikowalności podatku VAT, podatek VAT może zostać uznany za wydatek kwalifikowalny tylko wtedy, gdy beneficjent nie ma prawnej możliwości jego odzyskania. Posiadanie potencjalnej prawnej możliwości wyklucza uznanie wydatku za kwalifikowalny, nawet jeśli faktycznie zwrot nie nastąpił, np. ze względu na nie podjęcie przez beneficjenta czynności zmierzających do realizacji tego prawa. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku KPIM. Dlatego uznać należy, że VAT naliczony od wydatków zrealizowanych przez KPIM nie jest kwalifikowalny.

C.2. Weryfikacja zgodności z zasadami pomocy państwa

Czy uważają Państwo, że przedmiotowy projekt wiąże się z przyznaniem pomocy państwa? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Jeżeli tak, należy wypełnić poniższą tabelę¹³:

-	Kwota pomocy (w EUR) wyrażona jako ekwiwalent dotacji brutto ^(*)	Całkowita kwota kosztów kwalifikowalnych (w EUR) ^(**)	Intensywność pomocy (w %)	Numer pomocy państwa/numer rejestru pomocy podlegającej przepisom o wyłączeniach grupowych
Zatwierdzony program pomocowy lub zatwierdzona pomoc indywidualna	<type='N' input='M'>	<type='N' input='M'>	<type='P' input='M'>	<type='N' input='M'>
Pomoc objęta zakresem rozporządzenia w sprawie wyłączeń grupowych	<type='N' input='M'>	<type='N' input='M'>	<type='P' input='M'>	<type='N' input='M'>
Pomoc zgodna z decyzją w sprawie usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym ^(***) lub z rozporządzeniem w sprawie publicznego lądowego transportu pasażerskiego ^(****)	<type='N' input='M'>	<type='N' input='M'>	<type='P' input='M'>	<type='N' input='M'>
Całkowita kwota przyznanej pomocy	<type='N' input='G'>	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy

(*) „Ekwiwalent dotacji brutto” oznacza zdyskontowaną wartość pomocy wyrażoną jako odsetek zdyskontowanej wartości kosztów kwalifikowalnych, obliczoną w momencie przyznania pomocy na podstawie stopy referencyjnej obowiązującej w tym dniu.

(**) Zasady pomocy państwa obejmują przepisy dotyczące kosztów kwalifikowalnych. W tej kolumnie państwa członkowskie powinny wskazać całkowitą kwotę kosztów kwalifikowalnych w oparciu o zastosowane zasady pomocy państwa.

(***) Decyzja Komisji 2012/21/UE z dnia 20 grudnia 2011 r. w sprawie stosowania art. 106 ust. 2 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, przyznawanej przedsiębiorstwom zobowiązanym do wykonywania usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (Dz.U. L 7 z 11.1.2012, s. 3).

(****) Rozporządzenie (WE) nr 1370/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. dotyczące usług publicznych w zakresie kolejowego i drogowego transportu pasażerskiego oraz uchylające rozporządzenia Rady (EWG) nr 1191/69 i (EWG) 1107/70 (Dz.U. L 315 z 3.12.2007, s. 1).

Jeżeli nie, należy szczegółowo wyjaśnić, na jakiej podstawie stwierdzono, że projekt nie wiąże się z przyznaniem pomocy państwa¹⁴. Informacje te należy przedstawić w odniesieniu do wszystkich grup potencjalnych beneficjentów pomocy

¹³ Wniosek ten nie zastępuje notyfikacji Komisji na mocy z art. 108 ust. 3 Traktatu. Pozytywna decyzja Komisji w sprawie dużego projektu na mocy rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 jest równoznaczna z zatwierdzeniem pomocy państwa.

państwa, na przykład w przypadku infrastruktury – w odniesieniu do właściciela, wykonawców, operatora oraz użytkowników danej infrastruktury. W stosownych przypadkach należy wskazać, czy stwierdzono, że projekt nie wiąże się z pomocą państwa, ponieważ: (i) projekt nie dotyczy żadnego rodzaju działalności gospodarczej (w tym działalności w ramach zadań publicznych); lub (ii) beneficjent lub beneficjenci wsparcia działają w ramach monopolu prawnego dotyczącego odpowiednich rodzajów działalności i nie prowadzą działalności w żadnym innym zliberalizowanym sektorze (lub będą prowadzić odrębną księgowość, w przypadku gdy beneficjent lub beneficjenci prowadzą działalność w dodatkowych sektorach).

W ramach przedmiotowego Projektu zidentyfikowano dwóch beneficjentów wsparcia – spółkę Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. (dalej: KPIM) oraz Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu (dalej: WSZ). W odniesieniu do obu podmiotów przyznane wsparcie nie będzie jednak stanowiło pomocy publicznej w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE. Jeżeli chodzi o pierwszy ze wskazanych ww. podmiotów to za konkluzją o braku pomocy publicznej przemawiają następujące względy:

- przewidziana w ramach projektu działalność KPIM nie będzie miała charakteru gospodarczego, gdyż zakup towarów i usług sam w sobie nie stanowi działalności gospodarczej. Sposób wykorzystania nabytych towarów i usług również nie ma charakteru gospodarczego. Nieruchomości zostaną bowiem przekazane na rzecz Samorządu Województwa, natomiast wyposażenie zostanie udostępnione WSZ bezpłatnie.

- KPIM służy jako kanał płatniczy, który otrzymane środki finansowe ma obowiązek wykorzystać w celu wybudowania/zmodernizowania nieruchomości i nabycia wyposażenia. Następnie aktywa te zobowiązany jest przekazać w całości na rzecz WSZ. Przewidziane w umowach zasady realizacji Projektu powodują, że KPIM nie tylko nie jest beneficjentem pomocy publicznej, lecz jest jej dawcą. Realizowane przez niego bezpłatne usługi na rzecz WSZ stanowią dla tego ostatniego podmiotu dodatkową korzyść.

- Finansowanie KPIM w postaci dokapitalizowania jest zgodne z logiką prywatnego inwestora,

- Uzyskane przez KPIM wsparcie ze względu na zakres działania tego podmiotu, jego specyfikę oraz strukturę projektu nie wpłynie na handel między Państwami Członkowskimi.

Jeżeli chodzi o WSZ to na poziomie tego podmiotu nie wystąpi pomoc publiczna, gdyż zrealizowana w ramach Projektu infrastruktura i wyposażenie będą przeznaczone do świadczenia usług o charakterze lokalnym (w maksymalnym stopniu regionalnym). Tym samym nie zostanie spełniona przesłanka wpływu na handel między Państwami Członkowskimi. Za taką konkluzją przemawiają następujące względy:

-WSZ nie oferuje usług wysoko specjalistycznych o międzynarodowej renomie, które mogłyby przyciągnąć pacjentów z innych krajów członkowskich;

-lokalizacja WSZ (oddalenie od granic, jakość połączeń transportowych) nie sprzyja korzystaniu z transgranicznej opieki zdrowotnej;

-WSZ nie jest zobowiązany obsługiwać pacjentów w języku obcym,

-poziom wykorzystania WSZ nie jest adekwatny do stopnia zaspokojenia potrzeb regionalnej społeczności,

-dane statystyczne udostępnione przez WSZ wyraźnie wskazują, że ilość obsługiwanych pacjentów z zagranicy to promil w stosunku do pacjentów pochodzących z regionu. Co ważne, większość pacjentów zagranicznych którzy skorzystali z usług WSZ było przyjęte w trybie nagłym.

Reasumując, zarówno w przypadku KPIM, jak i WSZ udostępnione finansowanie nie będzie stanowiło pomocy publicznej w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE.

C.3. Obliczanie całkowitych kosztów kwalifikowalnych

Należy zastosować kwotę całkowitych kosztów kwalifikowalnych, po uwzględnieniu wymogów określonych w art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013, aby zweryfikować, czy w ramach danego projektu osiągnięto próg dla dużego projektu zgodnie z art. 100 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

Należy wybrać odpowiedni wariant i uzupełnić wymagane informacje. W przypadku operacji niegenerujących dochodów należy wybrać metodę określoną w art. 61 ust. 3 lit. b) rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 oraz ustalić proporcjonalne zastosowanie zdyskontowanego dochodu na poziomie 100 %.

¹⁴ Służby Komisji zapewniły wytyczne dla państw członkowskich mające na celu ułatwienie oceny w przypadkach, gdy inwestycje w infrastrukturę wiążą się z przyznawaniem pomocy państwa. Służby Komisji opracowały w szczególności siatki analityczne. Obecnie trwają również prace nad komunikatem w sprawie pojęcia pomocy. Komisja zachęca państwa członkowskie do korzystania z siatek analitycznych lub innych metod umożliwiających wyjaśnienie powodów, dla których stwierdzono, że wsparcie nie wiąże się z przyznaniem pomocy państwa.

Metoda obliczania potencjalnego dochodu	Stosowana metoda wybrana przez instytucję zarządzającą w odniesieniu do odpowiedniego sektora, podsektora lub rodzaju operacji ^(*) (należy zaznaczyć tylko jedno pole)
Obliczenie zdyskontowanego dochodu	X
Metoda ryczałtowa	
Metoda zmniejszonego poziomu współfinansowania	

(*)Zgodnie z wymogiem art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

Obliczanie zdyskontowanego dochodu (art. 61 ust. 3 lit. b) rozporządzenia (UE) nr 1303/2013)

		Wartość
1.	Całkowity koszt kwalifikowalny przed uwzględnieniem wymogów określonych w art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 (w EUR, niezdykontowany) (sekcja C.1.12(C))	62 930 337,77
2.	Proporcjonalne zastosowanie zdyskontowanego dochodu (%) (w stosownych przypadkach) = (E.1.2.9)	100%
3.	Całkowity koszt kwalifikowalny po uwzględnieniu wymogów określonych w art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 (w EUR, niezdykontowany) = (1) * (2) Maksymalny wkład publiczny musi być zgodny z zasadami pomocy państwa oraz zgłoszoną powyżej całkowitą kwotą przyznanej pomocy (w stosownych przypadkach)	62 930 337,77

Metoda ryczałtowa lub metoda zmniejszonego poziomu współfinansowania (art. 61 ust. 3 lit. a) i art. 61 ust. 5 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013)

		Wartość
1.	Całkowity koszt kwalifikowalny przed uwzględnieniem wymogów określonych w art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 (w EUR, niezdykontowany) (sekcja C.1.12(C))	n/d
2.	Zryczałtowana stawka dochodów określona w załączniku V do rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 lub aktów delegowanych (FR) (%)	n/d

3.	<p>Całkowity koszt kwalifikowalny po uwzględnieniu wymogów określonych w art. 61 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013 (w EUR, niezdyskontowany) = (1) * (1-FR) ^(*)</p> <p>Maksymalny wkład publiczny musi być zgodny z zasadami pomocy państwa oraz zgłoszoną powyżej całkowitą kwotą przyznanej pomocy (w stosownych przypadkach)</p>	n/d
----	---	-----

(*) Podany wzór nie ma zastosowania w przypadku metody zmniejszonego poziomu współfinansowania (zryczałtowana stawka jest odzwierciedlona w poziomie współfinansowania osi priorytetowej) i całkowity koszt kwalifikowalny jest równy kwocie wskazanej w pkt 1.

D. PRZEPROWADZONE STUDIA WYKONALNOŚCI, W TYM ANALIZY WARIANTÓW I ICH WYNIKI

D.1. Analiza popytu

Należy przedstawić podsumowanie analizy popytu, wraz z przewidywaną stopą wzrostu popytu, aby wykazać zapotrzebowanie na dany projekt, zgodnie z podejściem określonym w załączniku III (Metodyka przeprowadzania analizy kosztów i korzyści) do niniejszego rozporządzenia. Powinno ono zawierać co najmniej następujące informacje:

- (i) metodykę sporządzania prognoz;
- (ii) założenia i poziomy referencyjne (np. ruch w przeszłości, zakładany ruch w przyszłości w przypadku niezrealizowania projektu);
- (iii) w stosownych przypadkach prognozy dla wybranych wariantów;
- (iv) aspekty dotyczące dostaw, w tym analizę istniejących dostaw i przewidywanego rozwoju (infrastruktury);
- (v) efekt sieciowy (o ile występuje);

W przypadku inwestycji produkcyjnych należy opisać rynki docelowe oraz przedstawić podsumowanie analizy popytu, obejmujące stopę wzrostu popytu, dokonując w stosownych przypadkach podziału na państwa członkowskie i osobno na państwa trzecie rozpatrywane w ujęciu całościowym.

Prognozy użyte do analizy pochodzą z danych beneficjanta, Map Potrzeb Zdrowotnych oraz statystyki publicznej. Na podstawie danych historycznych oraz danych prognostycznych wyznaczono główne kierunki rozwoju. Zastosowano metodykę wskazaną w załączniku III do Rozporządzenia 2015/207

Realizacja inwestycji pt. „Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu im. L. Rydygiera” wiązać się będzie ze zmianą liczby łóżek wynikającą z prognoz demograficznych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa kujawsko – pomorskiego. W 2016 roku na analizowanych oddziałach dostępnych było łącznie 1061 łóżek, a w wyniku realizacji przedsięwzięcia łączna liczba łóżek na oddziałach w planowanym obiekcie zmniejszy się do 1054.

Poprzez zaplanowane zmiany rozmieszczenia łóżek realizacja Projektu wychodzi naprzeciw rekomendacjom zawartym w Mapach Potrzeb Zdrowotnych oraz w Regionalnych Priorytetach Polityki Zdrowotnej m.in. w następujących aspektach:

- optymalizacja rozmieszczenia i wykorzystania łóżek poszczególnych dziedzin na terenie województwa,
- przystosowanie do trendów demograficznych i prognozowanych zmian liczby hospitalizacji,
- zmniejszenie czasu pobytu pacjenta w Szpitalu,
- zwiększenie roli ośrodków wykonujących kompleksowe usługi zdrowotne (koncentracja), z jednoczesną zmianą funkcji oddziałów o słabej wydajności,
- racjonalizacja zasobów,
- zwiększenie dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia,
- stworzenie warunków do opieki koordynowanej,
- zwiększenie efektywności kosztowej poprzez zwiększenie efektywności opieki jednego dnia i ambulatoryjnej,
- zwiększenie jakości i dostępności do opieki zdrowotnej nad matką oraz populacją dzieci i młodzieży.

Przeprowadzono także analizę w aspekcie dostaw (woda, prąd itp.)

Inwestycja polegająca na rozbudowie szpitala (głównie poprzez scentralizowanie usług) jest dostosowana do przewidywalnych trendów demograficznych (struktura wieku) oraz trendów w obsłudze pacjenta (poprawa jakości warunków obsługi oraz wprowadzenie form elektronicznych) a także uwzględnia kierunki rozwoju poszczególnych dyscyplin medycznych (np. psychiatria – obecnie niedoszacowana liczba łóżek z tendencją do zmiany w kierunku usług zdeistytucjonalizowanych)

D.2. Analiza wariantów

D.2.1 Należy wskazać alternatywne warianty rozpatrywane w ramach studiów wykonalności (maksymalnie 2–3 strony), zgodnie z podejściem określonym w załączniku III (Metodyka przeprowadzania analizy kosztów i korzyści) do niniejszego rozporządzenia. Należy uwzględnić co najmniej następujące informacje:

- (i) całkowite koszty inwestycji i koszty operacyjne dotyczące rozpatrywanych wariantów;
- (ii) warianty w odniesieniu do skali (według kryteriów technicznych, operacyjnych, ekonomicznych, środowiskowych i społecznych) oraz warianty w odniesieniu do lokalizacji proponowanej infrastruktury;
- (iii) warianty technologiczne — dla danego elementu i dla danego systemu;
- (iv) ryzyko związane z poszczególnymi wariantami alternatywnymi, w tym ryzyko związane ze skutkami zmiany klimatu i ekstremalnymi zdarzeniami pogodowymi;
- (v) w stosownych przypadkach¹⁵ wskaźniki ekonomiczne dotyczące rozpatrywanych wariantów,
- (vi) tabelę zbiorczą, w której przedstawiono wszelkie zalety i wady wszystkich rozpatrywanych wariantów.

Ponadto w przypadku inwestycji produkcyjnych należy szczegółowo przedstawić uwagi dotyczące mocy produkcyjnych (np. moce produkcyjne przedsiębiorstwa przed realizacją inwestycji (w jednostkach na rok), datę odniesienia, moce produkcyjne po realizacji inwestycji (w jednostkach na rok) oraz szacunkową stopę wykorzystania mocy produkcyjnych).

W Studium Wykonalności rozpatrzono trzy opcje – (1) bezinwestycyjną, (2) Rozbudowa kompleksu szpitalnego zlokalizowanego przy ul. Św. Józefa, (3) budowa obiektu: Blok Operacyjny.

W wyniku przeprowadzonej analizy wielokryterialnej:

- Wariant 1 uzyskał 2,6 pkt,
- Wariant 2 uzyskał 1,2 pkt,
- Wariant bezinwestycyjny został oceniony na 0,6 pkt,

Porównanie kosztów inwestycyjnych

Wariant 1 0,00

Wariant 2 526 mln zł

Wariant 2 40 mln zł

Przeprowadzono również analizę instytucjonalną oraz dotyczącą rozwiązań związanych z wyposażeniem.

D.2.2 Należy określić kryteria rozpatrywane przy wyborze najlepszego rozwiązania (w kolejności według ich znaczenia i metody ich oceny, odzwierciedlając wyniki oceny narażenia na zmianę klimatu i oceny ryzyka zmiany klimatu, a także w stosownych przypadkach procedur OOS/SEA (zob. sekcja F poniżej)) oraz przedstawić krótkie uzasadnienie wybranego wariantu zgodnie z załącznikiem III (Metodyka przeprowadzania analizy kosztów i korzyści) do niniejszego rozporządzenia¹⁶.

Biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy dotyczące Projektu, a także społeczności, na którą ma ona wpływ, w analizie wielokryterialnej przyjęto następujące kryteria wyboru wariantów Projektu:

- Dostosowanie infrastruktury szpitalnej do faktycznych potrzeb – rozumiane jako optymalizacja rozmieszczenia i wykorzystania łóżek poszczególnych oddziałów oraz przystosowanie Szpitala do trendów demograficznych i prognozowanych zmian liczby hospitalizacji. Kryterium to jest priorytetowe w kontekście celu realizacji Projektu, dlatego też otrzymało najwyższą wagę 0,30.
- Zwiększenie dostępności i jakości świadczonych usług – kryterium dotyczy realizacji Projektu, za sprawą którego nastąpi zmniejszenie czasu pobytu pacjenta w Szpitalu, zmniejszenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do danego oddziału oraz zwiększenie jakości i dostępności do opieki zdrowotnej nad matką oraz populacją dzieci i młodzieży. Powyższe kryterium odnosi się także do zwiększenia dostępności oddziałów dla osób niepełnosprawnych. Także niniejsze kryterium jest priorytetowe w kontekście celu realizacji Projektu, dlatego też otrzymało najwyższą wagę 0,30.
- Wysokość nakładów finansowych – kryterium to wynika z ograniczonych możliwości budżetu. Kryterium rozumiane jest jako ilość funduszy w ramach realizacji Projektu i otrzymało wagę – 0,20, ponieważ nie jest to najważniejsze kryterium pod względem spełnienia zakładanych celów Projektu, jednak efektywność w wydatkowaniu pieniędzy z budżetu Projektu jest istotna z punktu widzenia społeczeństwa.

¹⁵ Jeżeli produkty i efekty zewnętrzne są różne w różnych wariantach (przy założeniu, że wszystkie warianty mają ten sam cel), np. w przypadku projektów dotyczących odpadów stałych, zaleca się przeprowadzenie uproszczonej analizy kosztów i korzyści (AKK) wszystkich głównych wariantów, aby wybrać najlepszy wariant alternatywny i parametry ekonomiczne projektu, przy czym zasadniczym czynnikiem podczas wyboru powinna być ekonomiczna zaktualizowana wartość netto.

¹⁶ W przypadku projektu PPP w tej sekcji należy przedstawić uzasadnienie wyboru metody udzielenia zamówienia, w tym poprzez analizę opłacalności ekonomicznej z wykorzystaniem odpowiednich komparatorów sektora publicznego.

- Optymalizacja organizacji pracy – kryterium dotyczy wpływu realizacji inwestycji na skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na badania specjalistyczne odbywające się w innych obiektach szpitalnych, oszczędności czasu wymaganego na przewóz pacjentów pomiędzy obiektami oraz optymalizacji zaangażowania personelu medycznego. Niniejsze kryterium otrzymało wagę 0,2.

D.3. Wykonalność wybranego wariantu

Należy przedstawić krótkie podsumowanie wykonalności wybranego wariantu obejmujące następujące kluczowe wymiary: instytucjonalny, techniczny, środowiskowy, dotyczący emisji gazów cieplarnianych, skutków zmiany klimatu oraz ryzyka związanego z projektem (w stosownych przypadkach), a także innych aspektów, biorąc pod uwagę stwierdzone rodzaje ryzyka, aby udowodnić wykonalność danego projektu. Należy uzupełnić tabelę, podając odniesienia do odpowiednich dokumentów.

D.3.1 Aspekt instytucjonalny

Przedsięwzięcie jest projektem partnerskim, w rozumieniu art. 28a ustawy z dnia 6 grudnia 2006 o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Projekt jest realizowany wspólnie przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu (dalej: WSZ) oraz Kujawsko – Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o. o. (dalej: KPIM) będącą partnerem Szpitala. Podmiotem tworzącym WSZ jest Samorząd Województwa Kujawsko – Pomorskiego. KPIM to spółka Województwa Kujawsko – Pomorskiego powołana do realizacji inwestycji w obszarze ochrony zdrowia. Główną rolą partnera jest pozyskanie środków finansowych w formie pożyczki (kredytu) Europejskiego Banku Inwestycyjnego, przeprowadzenie inwestycji i przekazanie gotowej inwestycji do użytku Szpitalowi. W ramach umowy partnerskiej partner będzie prowadził nadzór formalny nad realizacją, monitorował i raportował Liderowi stan realizacji inwestycji. Oba podmioty ponoszą zatem nakłady inwestycyjne i oba są beneficjentami dofinansowania z EFRR. KPIM realizuje swoją część projektu posiłkując się finansowaniem zwrotnym z EBI (trzeci kredyt z tej instytucji). Spółka nie prowadzi jednak działalności operacyjnej – ma charakter typowej spółki majątkowej – a zatem obsługa zobowiązań wobec banku jest finansowana z dokapitalizowań otrzymywanych od właściciela – Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Natomiast WSZ prowadzi działalność operacyjną (medyczną) na powstałym majątku. W części w której majątek jest własnością KPIM Szpital posiada odpowiednią umowę użyczenia. Szpital uzyskuje przychody z kontraktu z NFZ oraz ponosi odpowiednie koszty operacyjne.

D.3.2 Aspekty techniczne obejmujące lokalizację, zaplanowane moce produkcyjne głównej infrastruktury, uzasadnienie zakresu i wielkości projektu w kontekście prognozowanego zapotrzebowania, uzasadnienie wyborów dokonanych w zakresie oceny ryzyka zmiany klimatu i zagrożeń związanych z kłęskami żywiołowymi (w stosownych przypadkach), szacunkowe koszty inwestycji i koszty operacyjne

Potrzeba realizacji przedmiotowego przedsięwzięcia wynika z faktu znacznego stopnia wyeksploatowania użytkowanych obecnie przez Szpital obiektów, w których udziela się świadczeń zdrowotnych. Zakres przedsięwzięcia obejmuje rozbudowę Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego o następujące obiekty:

- budynek H: oddział chemioterapii, Zakład Diagnostyki Obrazowej, oddział ortopedii, SOR, pracownia kardiologii inwazyjnej, oddział neurochirurgii, oddział okulistyki, OIOM, oddział laryngologii, pododdział ginekologii, blok operacyjny, klinika chirurgii, szatnia centralna personelu medycznego, centralna sterylizacja, archiwum, stacja mycia łóżek,
- bud A: magazyn odpadów medycznych, prosektorium, apteka oraz administracja i sale konferencyjne,
- budynek Z oraz budynek P: oddział zakaźny z izbą przyjęć chorób zakaźnych oraz poradnie przyszpitalne z centralną rejestracją,
- budynek W – który będzie zawierał pięć oddzi psychiatrycznych i izbę przyjęć chorych. Budynek ten będzie połączony z budynkiem H, co zapewni bezpośredni dostęp do Zakładu Diagnostyki Obrazowej,
- budynki techniczne wraz z obsługującą infrastrukturą.

Ponadto inwestycja w fazie I zakłada wyremontowanie w zakresie niezbędnym do funkcjonowania kompleksu Szpitala istniejącego budynku 550/580. Budynek ten zostanie połączony z nowobudowanymi budynkami – Z oraz H i na jego terenie będzie przebiegać tzw. ulica szpitalna, która będzie stanowił główny ciąg komunikacyjny.

W II Fazie przedsięwzięcia istniejący budynek 550/580 zostanie przebudowany i zmienione zostanie jego nazewnictwo – powstanie budynek o nr 600.

Elementem przedsięwzięcia jest także projekt e-zdrowie oraz zakup niezbędnego wyposażenia.

Koszty realizacji przedsięwzięcia 526 mln zł z VAT.

D.3.3 Aspekty związane z ochroną środowiska i łagodzeniem zmiany klimatu (emisje gazów cieplarnianych) oraz przystosowaniem się (w stosownych przypadkach)

Obserwowane obecnie postępujące zmiany klimatu charakteryzujące się występowaniem krótkich, ale bardzo intensywnych opadów deszczu (deszcze nawalne), falami upałów, huraganami czy powodzią, wymuszają zrewidowanie obecnie zasady

zagospodarowywania Przeprowadzona analiza trendu zmian częstości występowania opadów deszczowych w poszczególnych przedziałach czasowych wykazała, że nasilać się będzie zjawisko występowania krótkotrwałych deszczy o wysokiej intensywności (deszcze nawalne) oraz fal upałów w sezonie letnim.

Przedmiotowa inwestycja została przygotowana z uwzględnieniem wszystkich wymogów wynikających z przepisów ochrony środowiska i uzyskała w dniu 29 lipca 2013 roku decyzję o środowiskowych uwarunkowaniach (WaiB.6220.11.11.8.2013 AG – WaiB-58/V/81 tom VII), którą wydał Prezydent Miasta Torunia. W trakcie postępowania, przed wydaniem ostatecznej ww. decyzji uzyskano następujące opinie: (i) Regionalnego Dyrektora Ochrony Środowiska w Bydgoszczy – postanowienie z dnia 24.05.2013 r. (WOO.4240.265.2013 ADS) o braku konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko; (ii) Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Toruniu – opinia z dnia 20.05.2013 r. (N.NZ-402-T-28A/13) o braku konieczności przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko.

W ogólnej ocenie realizacja przedmiotowego projektu wpłynie korzystnie w zakresie zrównoważonego rozwoju, ochrony środowiska i na kształtowanie zmian klimatu lokalnego pośrednio poprzez zmniejszenie presji środowiskowej i zmianę postaw mieszkańców na postawy proekologiczne.

Tematyka ta została opisana w sekcji F

D.3.4 Inne aspekty

Z uwagi na rozbudowaną sytuację instytucjonalną w Projekcie, w który zaangażowane są: Wojewódzki Szpital Zespolony oraz Kujawsko Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o., analizę występowania pomocy publicznej sporządzono odrębnie dla obu podmiotów.

(1) Beneficjentem wsparcia jest przedsiębiorca, (2) Wsparcie udzielone jest za pośrednictwem lub ze źródeł państwowych w jakiegokolwiek formie, (3) Stanowi przysporzenie korzystne oraz selektywne, (4) grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi UE.

Do obowiązków KPIM należy planowanie, wdrażanie i nadzorowanie procesów realizacji inwestycji. Z punktu widzenia unijnego prawa konkurencji, czynność polegająca na zakupie określonych dóbr czy usług nie stanowi działalności gospod. Uznano zatem że pierwsza przesłanka nie jest spełniona, ponieważ KPIM nie jest przedsiębiorcą i nie prowadzi działalności gospodarczej. Podobnie przesłanka druga nie jest spełniona, ponieważ KPIM pełniąc w Projekcie rolę tzw. kanału płatniczego, nie uzyska żadnego przysporzenia. Środki finansowe pozyskane w ramach niniejszego Projektu zostaną przetransferowane przez KPIM na właściwego Beneficjenta, którym jest WSZ. Analiza wskazała ponadto, że udzielenie wsparcia nie grozi zakłóceniem, nie zakłóca konkurencji oraz nie wpływa na wymianę handlową między państwami członk. UE z uwagi na regionalny charakter usług świadczonych przy użyciu nowej infrastruktury. Celem Projektu jest dostosowanie oferty WSZ do potrzeb mieszkańców region oraz usprawnienie procesu jego zarządzania. Z tego też względu uznano, że przesłanka 4 nie jest spełniona w przypadku Szpitala (pozostał przesłanki uznano, że są spełnione).

Należy wypełnić poniższą tabelę referencyjną.

Kluczowy wymiar studiów wykonalności (lub biznesplan w przypadku inwestycji produkcyjnej)	Odniesienie (dokumenty potwierdzające oraz rozdział/sekcja/strona zawierające istotne i szczegółowe informacje)
Analiza popytu	Analiza popytu została przygotowana w ramach studium wykonalności Przedsięwzięcia pn. Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu im. L. Rydygiera (rozdział 3.4.2. Analiza popytu str. 111 i następne). Podstawą do wykonania prognoz popytu były dane demograficzne, zestawienie dotyczące udzielonych w okresie 2014-2016 hospitalizacji i porad we wszystkich oddziałach WSZ oraz z prognoz zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa kujawsko – pomorskiego. Realizacja Projektu wiązać się będzie ze zmianą liczby łóżek: W 2016 roku na analizowanych oddziałach WSZ dostępnych było łącznie 1061 łóżek, a w wyniku realizacji przedsięwzięcia łączna liczba łóżek na oddziałach w planowanym obiekcie zmniejszy się do 1054.
Analiza wariantów	Analiza opcji (wariantów) została przygotowana w ramach studium wykonalności Przedsięwzięcia pn. Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu im. L. Rydygiera (rozdział 3.4.3. Analiza opcji str. 126 i następne). W ramach analizy opcji zastosowano metodologię analizy wielokryterialnej, gdzie poszczególne opcje realizacyjne zostały poddane badaniu pod względem adekwatności do celów Projektu. Wariant 1 zakładał rozbudowę kompleksu szpitalnego zlokalizowanego przy ul. Św. Józefa. Wariant 2 zakłada budowę nowego mniejszego obiektu, który w odróżnieniu od Wariantu 1 zostanie zaadaptowany jedynie na Blok Operacyjny składający się z 10 zintegrowanych sal operacyjnych. Wybrano wariant 1 jako w większym stopniu spełniający cele

	projektu. Analizowano też rozwiązania technologiczne (rozdział 3.4.4. Analiza rozwiązań technologicznych). W wyniku analiz zdecydowano się na zakup niezbędnego wyposażenia oraz przeniesienie do budynku wyposażenia z istniejących oddziałów (wariantem alternatywnym było wyposażenie obiektu poprzez zakup w pełni nowego wyposażenia).
Aspekt instytucjonalny	Analiza Instytucjonalna została przygotowana w ramach studium wykonalności Przedsięwzięcia pn. Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu im. L. Rydygiera (rozdział 2. Analiza instytucjonalna str. 17 i następne). Wnioskodawcą Projektu i Beneficjentem jest Wojewódzki Szpital Zespołony im. L. Rydygiera w Toruniu. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, działającym w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2018, poz. 160 z późn. zm.), zarządzenie nr 56/75 Wojewody Toruńskiego z dnia 5 września 1975 roku w sprawie utworzenia Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu, statut a także inne przepisy dotyczące podmiotów leczniczych. Przedsięwzięcie jest projektem partnerskim, w rozumieniu art. 28a ustawy z dnia 6 grudnia 2006 o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1376 z późn. zm. dalej: u.z.p.r.) oraz ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm. dalej u.z.r.p.z.p.s.). Partnerem Przedsięwzięcia, zgodnie z umową partnerstwa z dnia 28 sierpnia 2014 r., są Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o. o.
Aspekt techniczny	Aspekty techniczne zostały omówione w ramach studium wykonalności Przedsięwzięcia pn. Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu im. L. Rydygiera 3.4. Analiza wykonalności, analiza popytu oraz analiza opcji (str. 110 i nast.)
Aspekt środowiskowy, aspekt dotyczący przystosowania się do zmiany klimatu i łagodzenia zmiany klimatu oraz odporności na klęski żywiołowe (w stosownych przypadkach)	Aspekty środowiskowe zostały omówione w ramach studium wykonalności Przedsięwzięcia pn. Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu im. L. Rydygiera 4. Analiza oddziaływania na środowisko (str. 165 i nast.).
Inne aspekty	Aspekty pomocy publicznej zostały opisane w rozdziale 3.7. Analiza występowania pomocy publicznej w Przedsięwzięciu (str. 149 i następne) w Studium Wykonalności Przedsięwzięcia pn. Modernizacja, remont i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu im. L. Rydygiera

Oprócz krótkiego opisu elementów należy przedstawić dokument dotyczący studiów wykonalności stanowiący uzupełnienie niniejszego wniosku jako dodatek 4.

E. ANALIZA KOSZTÓW I KORZYŚCI, W TYM ANALIZA FINANSOWA I EKONOMICZNA ORAZ OCENA RYZYKA

Podstawę poniższej sekcji powinien stanowić załącznik III (Metodyka przeprowadzania analizy kosztów i korzyści) do niniejszego rozporządzenia. Oprócz krótkiego opisu elementów należy przedstawić pełną analizę kosztów i korzyści stanowiącą uzupełnienie niniejszego wniosku jako dodatek 4.

E.1. Analiza finansowa

E.1.1. Należy przedstawić krótki (maksymalnie 2-3 strony) opis metodyki (opis zgodności z załącznikiem III (Metodyka przeprowadzania analizy kosztów i korzyści) do niniejszego rozporządzenia i z sekcją III (Metoda obliczania zdyskontowanego dochodu operacji generujących dochód) rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) nr 480/2014¹⁷ oraz z wyjątkami od stosowania metodyki; wszystkie przyjęte kluczowe założenia dotyczące kosztów operacyjnych, kosztów odtworzenia, dochodów i wartości rezydualnej, zastosowane parametry makroekonomiczne, etapy uwzględnione w obliczeniach, dane wykorzystane do przeprowadzenia analizy) oraz głównych ustaleń analizy finansowej, w tym wyników

¹⁷ Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 480/2014 z dnia 3 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego (Dz.U. L 138 z 13.5.2014, s. 5).

analizy trwałości finansowej, aby wykazać, że zasoby gotówkowe projektu nie skończą się w przyszłości (należy potwierdzić zobowiązanie beneficjenta projektu, jego właścicieli lub organów publicznych do sfinansowania kosztów inwestycji, kosztów operacyjnych i kosztów odtworzenia oraz w stosownych przypadkach przedstawić tabele trwałości finansowej, w których przedstawiono prognozy przepływów pieniężnych w okresie odniesienia):

Dla niniejszego przedsięwzięcia sporządzona została analiza finansowa zgodna z wymogami przedstawionymi w następujących dokumentach: (i) Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006; (II) Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w zakresie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020. (iii) Wytycznymi w zakresie zagadnień związanych z przygotowaniem projektów inwestycyjnych, w tym projektów generujących dochód i projektów hybrydowych na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 17 lutego 2017 r.

Podstawowe założenia przyjęte w analizie finansowej są następujące:

1. Horyzont czasowy analizy obejmuje lata 2017-2031, przy założeniu 15 letniego okresu referencyjnego;
2. Pierwszym rokiem analizy – rokiem bazowym dla inwestycji jest rok 2017 – rok złożenia wniosku o dofinansowanie dla Projektu Przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu (na ten rok dyskontowane są wszystkie strumienie pieniężne);
3. Pierwszy pełny rok eksploatacyjny dla inwestycji to rok 2020, w tym roku cały zakres inwestycji staje się w pełni operacyjny;
4. Prognoza została wykonana w cenach stałych;
5. Prognozę kosztów i przychodów wykonano na podstawie obecnego poziomu cen uwzględniając przewidywany realny wzrost poszczególnych wartości;
6. Wyliczenie wskaźników efektywności finansowej (NPV/C, IRR/C) dokonano na podstawie przepływów różnicowych, w oparciu o wariant z projektem (W1) oraz wariant przedsięwzięcia bez projektu (W0);
7. Przyjęto 4% stopę dyskontową dla analizy finansowej;
8. Wartość rezydualna – przedsięwzięcie w okresie eksploatacyjnym będzie finansowane jedynie z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z prawnym następcą tej instytucji. W okresie trwałości nie przewiduje się innych przychodów. W związku z tym, wartość rezydualną projektu przyjęto jako niezamortyzowaną wartość nakładów inwestycyjnych.
9. Stawki amortyzacyjne dla Projektu przyjęto na poziomie 13% dla sprzętu i aparatury medycznej oraz 2,5% dla budynków i budowli.

Założenia makroekonomiczne zostały oparte w szczególności o Zaktualizowane warianty rozwoju gospodarczego Polski (sierpień 2018 r.), jedynie w roku 2017 przyjęto dane historyczne.

Istotny dla analizy finansowej jest układ instytucjonalny realizacji niniejszego projektu. Projekt jest realizowany wspólnie przez WSZ oraz KPIM – spółkę województwa kujawsko-pomorskiego powołaną do realizacji inwestycji w obszarze ochrony zdrowia. Oba podmioty ponoszą zatem nakłady inwestycyjne i oba są beneficjentami dofinansowania z EFRR. KPIM realizuje swoją część projektu posiłkując się finansowaniem zwrotnym z EBI (trzeci kredyt z tej instytucji). Spółka nie prowadzi jednak działalności operacyjnej – ma charakter typowej spółki majątkowej – a zatem obsługa zobowiązań wobec banku jest finansowana z dokapitalizowań otrzymywanych od właściciela – Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Natomiast WSZ prowadzi działalność operacyjną (medyczną) na powstałym majątku. W części w której majątek jest własnością KPIM Szpital posiada odpowiednią umowę użyczenia. Szpital uzyskuje przychody z kontraktu z NFZ oraz ponosi odpowiednie koszty operacyjne. Opisany powyżej układ instytucjonalny znajduje odzwierciedlenie w analizie finansowej. Jest ona przygotowana dla obu podmiotów prezentując ich przewidywaną sytuację finansową (prognoza sprawozdań finansowych w okresie referencyjnym). Natomiast w zakresie kalkulacji wskaźników finansowych dla projektu analiza ma charakter skonsolidowany obejmując odpowiednie przepływy z projekcji Szpitala i Spółki KPIM.

Łączne nakłady w projekcie sięgają kwoty 526,331 mln zł (123.320.191,10 EUR) z VAT, w tym koszty kwalifikowane to 268, 587 mln zł (62 930 337,77 EUR) z VAT. Projekt należy zakwalifikować jako Projekt duży w myśl rozporządzenia ogólnego oraz Wytycznych, gdyż wartość jego kosztów kwalifikowalnych jest wyższa niż 50 mln euro.

Żaden z podmiotów (KPIM i Szpital) nie odlicza podatku VAT od kosztów stąd analiza została przeprowadzona w kwotach brutto. Nakłady odtworzeniowe (dotyczą głównie sprzętu) ustalono na poziomie 500 tys. zł rocznie.

Źródła finansowania to dofinansowanie z EFRR (225 042 861,87 zł – 52 727 943,27 EUR), Wkład własny partnerów (Szpital - 62,8 mln zł, KPIM – 2,9 mln zł - 686 411,44 EUR) oraz kredyt EBI 238,5 mln zł (55 880 974,70 EUR) przy czym kredytobiorcą jest KPIM.

Szpital będzie prowadził działalność operacyjną na nowopowstałej infrastrukturze. Projekcje wykazały, że zwiększone koszty operacyjne będą mogły być pokryte wyższymi przychodami i tym samym Szpital zapewni trwałość finansową projektu. Natomiast KPIM jest spółką, która nie prowadzi działalności operacyjnej - środki na spłatę zobowiązań (kredyty z EBI) uzyskuje z budżetu województwa Kujawsko-Pomorskiego w formie dokapitalizowań. Wieloletnia Prognoza Finansowa Województwa Kujawsko – Pomorskiego przyjęta Uchwałą Nr XI/659/17 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie wieloletniej prognozy finansowej Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2018-2038 uwzględnia zadanie: Dokapitalizowanie spółki KPIM – Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia. Planowany limit wydatków to 313,5 mln zł w latach 2018-2035. Celem zadania jest wyposażenie spółki KPIM w środki zapewniające funkcjonowanie spółki i spłatę zobowiązań kredytowych zaciąganych na inwestycje w zakresie infrastruktury medycznej. Samorząd będzie corocznie aktualizował zapisy WPF – w zakresie podwyższenia kapitału zakładowego Spółki KPIM. Projekcje finansowe wykazały trwałość finansową obu podmiotów.

Koszty i przychody operacyjne będą dotyczyły jedynie Szpitala. Planuje się, że wzrosną one mniej więcej proporcjonalnie od roku 2020.

Wyniki analizy efektywności finansowej zaprezentowano w Studium Wykonalności w rozdziale 5.2.6. Analiza finansowej efektywności przedsięwzięcia. Wskaźniki efektywności finansowej zostały wyliczone przy założeniu, że rokiem bazowym jest rok 2017 a stopa dyskontowa zgodnie z wytycznymi wynosi 4% dla analiz w cenach stałych.

Przy kalkulacji wskaźników efektywności:

- Wzięto pod uwagę nakłady inwestycyjne bez rezerwy i kosztów finansowych,
- Uwzględniono przepływy różnicowe;
- Uwzględniono wartość rezydualną skalkulowaną w podejściu majątkowym;
- Uwzględniono wszystkie koszty operacyjne wynikające z projektu (bez amortyzacji),
- Nie uwzględniono zmian w kapitale obrotowym.

Skalkulowano następujące miary dla Projektu: FNPV/-126 844 987,72 EUR, FRR/C -14,32%. Wskaźnik NPV/C dla stopy dyskontowej równej 4% jest znacznie niższy od zera, a stopa zwrotu jest niższa od przyjętej stopy dyskontowej.

W podobny sposób skalkulowano wskaźniki dla kapitałów własnych, ujmując przepływy związane z długiem oraz otrzymaną dotacją: FNPV/K -59 209 151,70 EUR, FRR/K -18,99%

E.1.2. Główne elementy i parametry wykorzystywane w AKK do analizy finansowej (wszystkie wartości w euro)¹⁸

	Główne elementy i parametry	Wartość		
1	Okres odniesienia (lata)	15		
2	Finansowa stopa dyskontowa (%) ^(*)	4%		
	Główne elementy i parametry	Wartość niezdykontowana	Wartość zdyskontowana (wartość zaktualizowana netto)	Odniesienie do dokumentu dotyczącego AKK (rozdział/sekcja/strona)
3	Całkowity koszt inwestycji bez nieprzewidzianych wydatków	123 320 191,08 EUR	117 073 269,97 EUR	Rozdział 5 od str 180
4	Wartość rezydualna	40 610 966,12 EUR	23 451 821,02 EUR	Rozdział 5 Str 178
5	Dochody		0,00 EUR	Rozdział 5 Str 193
6	Koszty operacyjne i koszty odtworzenia ^(**)		33 223 538,77 EUR	Rozdział 5 Str 184

¹⁸ Wszystkie liczby muszą odpowiadać danym w dokumencie dotyczącym AKK. AKK należy sporządzić w euro lub w walucie krajowej, wyraźnie wskazując kurs wymiany

Proporcjonalne zastosowanie zdyskontowanego dochodu ^(***)				
7	Dochód = przychody – koszty operacyjne i koszty odtworzenia + wartość rezydualna = (5) – (6) + (4)		n/d	n/d
8	Całkowity koszty inwestycji – dochody = (3) – (7)		n/d	n/d
9	Proporcjonalne zastosowanie zdyskontowanego dochodu (%) = (8) / (3)	100,00%		n/d

Jeżeli VAT podlega zwrotowi, koszty i dochody powinny opierać się na danych liczbowych z wyłączeniem VAT.

(*) Najlepiej w ujęciu realnym.

(**) W rozumieniu art. 17 rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) nr 480/2014.

(***) Pozycja ta nie ma zastosowania: 1) w przypadku projektów podlegającym zasadom pomocy państwa w rozumieniu art. 107 Traktatu (zob. pkt G1) zgodnie z art. 61 ust. 8 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013; 2) jeżeli wykorzystano zryczałtowaną stawkę (art. 61 ust. 3 lit. a) rozporządzenia (UE) nr 1303/2013) lub zmniejszony poziom dofinansowania (art. 61 ust. 5 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013); oraz 3) jeżeli suma wartości zaktualizowanych kosztów operacyjnych i kosztów odtworzenia przewyższa wartość zaktualizowaną dochodów, uznaje się, że projekt nie generuje dochodów, w związku z czym można pominąć pozycje 7 i 8, a proporcjonalne stosowanie zdyskontowanego dochodu należy ustalić na poziomie 100 %.

E.1.3. Główne wskaźniki analizy finansowej zgodnie z dokumentem dotyczącym AKK

	bez wsparcia Unii		ze wsparciem Unii		Odniesienie do dokumentu dotyczącego AKK (rozdział/sekcja/strona)
	A		B		
1 Finansowa stopa zwrotu (%)	-14,32%	FRR(C) ^(*)	-18,99%	FRR(K) ^(**)	Studium Wykonalności, rozdział 5. Analiza finansowa Przedsięwzięcia / sekcja 5.2.6. Analiza finansowej efektywności przedsięwzięcia/ str. 185)
2 Wartość zaktualizowana netto (EUR)	-126 844 987,72 EUR	FNPV(C)	-59 209 151,70 EUR	FNPV(K)	Studium Wykonalności, rozdział 5. Analiza finansowa Przedsięwzięcia / sekcja 5.2.6. Analiza finansowej efektywności przedsięwzięcia/ str. 185)

(*) FRR(C) oznacza finansową rentowność danej inwestycji.

(**) FRR(K) oznacza finansową rentowność kapitału krajowego.

W przypadku gdy duży projekt wykazuje wysoką rentowność finansową, tj. jeśli wskaźnik FRR(C) jest znacznie wyższy od finansowej stopy dyskontowej, należy uzasadnić wkład Unii zgodnie z załącznikiem III do niniejszego rozporządzenia.

Nie dotyczy

W przypadku inwestycji produkcyjnych należy przedstawić wyniki obliczeń wskaźnika FRR(Kp)¹⁹ oraz jego porównanie z krajowymi punktami odniesienia w zakresie przewidywanej rentowności w danym sektorze.

Nie dotyczy

E.1.4. Strategia taryfowa i dostępność cenowa (w stosownych przypadkach)

E.1.4.1. Jeżeli oczekuje się, że projekt będzie generował dochody wynikające z taryf lub opłat ponoszonych przez użytkowników, należy przedstawić szczegółowe informacje na temat systemu pobierania opłat (rodzaje i poziom opłat oraz zasady lub przepisy Unii, na podstawie których ustalono opłaty).

Projekt nie będzie generował przychodów z taryf lub opłat ponoszonych przez użytkowników. Przychody szpitala pochodzą i będą pochodziły ze środków NFZ lub jego prawnego następcy.

E.1.4.2 Czy opłaty pokrywają koszty operacyjne, w tym koszty utrzymania i odtworzenia związane z projektem²⁰? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Należy podać szczegółowe informacje w odniesieniu do strategii taryfowej. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „nie”, należy wskazać część kosztów operacyjnych, jaka będzie pokrywana, oraz źródła finansowania niepokrytych kosztów. W przypadku przyznania pomocy operacyjnej, należy podać szczegółowe informacje. Jeżeli nie przewiduje się żadnych opłat, należy wyjaśnić, w jaki sposób będą pokrywane koszty operacyjne.

Przychody uzyskane z NFZ będą pokrywały wydatki bieżące i część amortyzacji środków trwałych.

E.1.4.3. W przypadku gdy opłaty są różne dla różnych użytkowników, czy są one proporcjonalne do różnych stopni wykorzystania projektu/rzeczywistego zużycia? (Należy przedstawić szczegółowe informacje w polu tekstowym) <type='C' input='M'>

Tak Nie

Szpital nie będzie pobierał opłat bezpośrednio od użytkowników.

E.1.4.4 Czy opłaty są proporcjonalne do zanieczyszczenia powodowanego przez użytkowników? (Należy przedstawić szczegółowe informacje w polu tekstowym) <type='C' input='M'>

Tak Nie

Nie dotyczy

E.1.4.5 Czy uwzględniono dostępność cenową opłat dla użytkowników? (Należy przedstawić szczegółowe informacje w polu tekstowym) <type='C' input='M'>

Tak Nie

Szpital nie będzie pobierał opłat bezpośrednio od użytkowników

E.2. Analiza ekonomiczna

E.2.1. Należy przedstawić krótki (maksymalnie 2–3 strony) opis metodyki (opis zgodności z aktem wykonawczym dotyczącym metodyki przeprowadzania analizy kosztów i korzyści oraz z wyjątkami od stosowania metodyki), kluczowych

¹⁹ FRR(Kp) oznacza finansową rentowność kapitału projektodawcy.

²⁰ Z uwzględnieniem zwiększonych kosztów w okresie ekonomicznego okresu użytkowania projektu związanych ze skutkami zmiany klimatu oraz innymi kłęskami żywiołowymi (w stosownych przypadkach).

założeń przyjętych przy wycenie kosztów (w tym odpowiednie uwzględnione składniki kosztów — koszty inwestycji, koszty odtworzenia, koszty operacyjne), korzyści gospodarczych i efektów zewnętrznych, w tym tych związanych z ochroną środowiska, łagodzeniem zmiany klimatu (w tym w stosownych przypadkach narastająca emisja gazów cieplarnianych wyrażona w ekwiwalencie dwutlenku węgla) oraz odpornością na zmianę klimatu i klęski żywiołowe, a także należy przedstawić opis głównych ustaleń analizy społeczno-gospodarczej oraz w stosownych przypadkach wyjaśnić powiązanie z „Analizą oddziaływania na środowisko” (zob. sekcja F poniżej):

Analiza ekonomiczna wykonana została zgodnie z podręcznikiem dotyczącym przeprowadzania analizy kosztów i korzyści.

W analizie przyjęto następujące założenia:

analizę wykonano metodą złożoną,

stopa dyskontowa wynosi 5%,

analiza ekonomiczna została sporządzona w cenach stałych,

została sporządzona w cenach netto (dokonano korekt fiskalnych o wartość podatku VAT, który jest kwalifikowalny ze względu na brak możliwości jego odzyskania przez Beneficjenta),

analizę sporządzono dla 15-letniego okresu referencyjnego (2017-2031),

rokiem bazowym jest rok 2017,

korzyści społeczne wyliczane z wykorzystaniem kategorii wynagrodzenia zostały przeliczone na wynagrodzenia ukryte, wartość rezydualna została wyliczona metodą księgową.

Punktem wyjścia do analizy ekonomicznej były wyniki analizy finansowej, w której prawidłowo obliczono koszty związane z projektem, zarówno na etapie inwestycji, jak i na etapie eksploatacji projektu, a także przychody i oszczędności, jakie projekt generuje.

W analizie przeprowadzono korektę o efekty podatków pośrednich i transferów, uwzględniono rozliczenie VAT, CIT od faktur wykonawców oraz świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych dotyczących wynagrodzenia osób zatrudnionych do zarządzania projektem.

Na etapie korekt o efekty zewnętrzne uwzględniono szereg korzyści, dla których znaleziono racjonalny i wiarygodny sposób oceny. Uwzględniono następujące korzyści:

Oszczędności społeczne na wytwarzaniu i wprowadzaniu dokumentacji medycznej

Oszczędności społeczne wynikające z obiegu dokumentacji medycznej

Skrócenie czasu dotarcia do informacji medycznych - pacjenci

Skrócenie czasu dotarcia do informacji medycznych - personel medyczny

Korzyści ekonomiczne z e-usług po realizacji projektu

Zmniejszenie umieralności pacjentów wywołanej poprawą funkcjonowania WSZ dzięki wprowadzeniu e-usług

Zmniejszenie umieralności hospitalizowanych pacjentów

Wykorzystanie dotychczasowych nieruchomości szpitalnych na inne cele społeczne lub komercyjne

Korzyść dla pacjentów niehospitalizowanych wynikająca z możliwości korzystania z różnych poradni w jednej lokalizacji

Powstanie nowych miejsc pracy w sektorze komercyjnym bezpośrednio przy realizacji inwestycji

Podniesienie wartości pracy stażystów, rezydentów oraz studentów

Powstanie nowych przedsiębiorstw medycznych i niemedycznych w bezpośrednim otoczeniu Szpitala

W projekcie nie zachodziła konieczność przekształcania cen rynkowych w ceny kalkulacyjne.

Występujące w związku z projektem koszty społeczne pozostawiono poza wyceną, bowiem ich znaczenie nie będzie istotne, a wycena byłaby trudna.

W analizie nie wyceniano efektów środowiskowych. Zagadnienia związane z ochroną klimatu lub z jego zagrożeniem nie są wiodącym tematem dla tego projektu. Wycena społecznych oddziaływań tych aspektów wydawała się nieuzasadniona. Ocena skutków dla środowiska przeprowadzono poza analizą ekonomiczną.

Po zastosowaniu społecznej stopy dyskontowej obliczono wyniki wskaźników: ekonomiczna wartość bieżąca netto (ENPV), ekonomiczna stopa zwrotu (ERR) i wskaźnika korzyści i kosztów (B/C).

E.2.2. Należy podać szczegółowe informacje dotyczące korzyści i kosztów gospodarczych wynikających z analizy wraz z przypisanymi im wartościami:

Korzyć	Wartość jednostkowa (w stosownych przypadkach)	Wartość całkowita (w EUR, zdyskontowana) ^(*)	% całkowitych korzyści
Wartość rezydualna		20 511 298	5,67%

korekta o efekty fiskalne		20 362 311	5,63%
Oszczędności społeczne na wytwarzaniu i wprowadzaniu dokumentacji medycznej		3 519 537	0,97%
Oszczędności społeczne wynikające z obiegu dokumentacji medycznej		506 714	0,14%
Skrócenie czasu dotarcia do informacji medycznych - pacjenci		16 311 746	4,51%
Skrócenie czasu dotarcia do informacji medycznych - personel medyczny		3 620 051	1,00%
Korzyści ekonomiczne z e-usług po realizacji projektu		19 931 797	5,51%
Zmniejszenie umieralności pacjentów wywołanej poprawą funkcjonowania WSZ dzięki wprowadzeniu e-usług		36 821 273	10,17%
Zmniejszenie umieralności hospitalizowanych pacjentów		222 128 361	61,36%
Wykorzystanie dotychczasowych nieruchomości szpitalnych na inne cele społeczne lub komercyjne		4 820 056	1,33%
Korzyść dla pacjentów niehospitalizowanych wynikająca z możliwości korzystania z różnych poradni w jednej lokalizacji		1 082 760	0,30%
Powstanie nowych miejsc pracy w sektorze komercyjnym bezpośrednio przy realizacji inwestycji		7 589 401	2,10%
Podniesienie wartości pracy stażystów, rezydentów oraz studentów		4 116 223	1,14%
Powstanie nowych przedsiębiorstw medycznych i niemedycznych w bezpośrednim otoczeniu Szpitala		627 342	0,17%
Ogółem		OBLICZONE	100 %
Koszt	Wartość jednostkowa (w stosownych przypadkach)	Wartość całkowita (w EUR, zdyskontowana)	% całkowitych kosztów
Koszty operacyjne		28 261 441	19,31%
Nakłady inwestycyjne		115 615 165	78,99%
Nakłady odtworzeniowe		2 486 659	1,70%
Ogółem		OBLICZONE	100 %

(*) Suma zdyskontowanych kwot kosztów i korzyści przedstawionych w tabeli powinna być równa wartości ENPV.

E.2.3. Główne wskaźniki analizy ekonomicznej zgodnie z dokumentem dotyczącym AKK

Główne parametry i wskaźniki	Wartości	Odniesienie do dokumentu dotyczącego AKK (rozdział/sekcja/strona)
1. Społeczna stopa dyskontowa (%)	5%	Rozdział 6
2. Wewnętrzna stopa zwrotu (%)	17%	Rozdział 6

3. Ekonomiczna zaktualizowana wartość netto (w EUR)	105 460 987,49 EUR	Rozdział 6
4. Wskaźnik korzyści i kosztów	1,60	Rozdział 6

E.2.4. Wpływ projektu na zatrudnienie

Należy wskazać liczbę miejsc pracy, które mają być utworzone (wyrażone w ekwiwalencie pełnego czasu pracy (EPC)):

Liczba miejsc pracy utworzonych bezpośrednio:	Liczba (EPC) (A)	Średni czas trwania takiego zatrudnienia (miesiące) ^(*) (B)
Podczas etapu realizacji	572,7	Na czas nieokreślony
Podczas etapu operacyjnego	b/d	b/d
Liczba miejsc pracy utworzonych pośrednio (wyłącznie w przypadku inwestycji produkcyjnych):	Liczba (EPC) (A)	Średni czas trwania takiego zatrudnienia (miesiące) (B)
Podczas etapu operacyjnego		<type='N' input='M'>
Liczba utrzymanych miejsc pracy (wyłącznie w przypadku inwestycji produkcyjnych)	<type='N' input='M'>	nie dotyczy

(*) W przypadku stałych miejsc pracy zamiast okresu w miesiącach należy wpisać „na czas nieokreślony”.

Ponadto w przypadku inwestycji produkcyjnych należy podać szczegółowe informacje na temat przewidywanego wpływu projektu na zatrudnienie w innych regionach Unii oraz określić, czy wkład finansowy z funduszy nie spowoduje znacznego ubytku liczby miejsc pracy w istniejących ośrodkach na terytorium Unii, uwzględniając motyw 92 rozporządzenia w sprawie wspólnych przepisów, jak również zasady regionalnej pomocy państwa.

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

E.2.5. Należy wskazać główne korzyści i koszty o niedającej się określić ilości/wartości pieniężnej:

Ustalono, że w projekcie wystąpią jeszcze następujące korzyści społeczne, których wartości nie dało się wiarygodnie określić:

- Poprawa wizerunku Szpitala oraz Samorządu Województwa jako organu założycielskiego;

- Wydłużenie dalszego trwania życia pacjentów opuszczających szpital, powstałe w wyniku przeprowadzenia dokładniejszej diagnozy i skuteczniejszego leczenia ambulatoryjnego;
- Korzyści dla pacjentów i ich rodzin wynikające ze skrócenia czasu hospitalizacji;
- Oszczędność czasu pracy lekarzy i administracji wynikająca ze zlokalizowania oddziałów Szpitala w jednym miejscu;
- Korzyść dla właścicieli nieruchomości sąsiadujących z obiektem szpitalnym wynikająca ze wzrostu wartości nieruchomości otaczających nowy kompleks.

Projekt generuje również koszty społeczne. Oto kilka kosztów, których wartości w projekcie nie udało się wycenić:

- Powstanie zwiększonego obciążenia komunikacyjnego i obciążenia hałasem (helikopter, karetka) w rejonie szpitala,
- Okresowe utrudnienia komunikacyjne w okresie realizacji inwestycji,
- Czasowe emisje hałasu i zanieczyszczeń związanych z prowadzonymi pracami budowlanymi,
- Wykorzystanie przy realizacji projektu zasobów siły roboczej, która w ten sposób przestaje być dostępna dla innych alternatywnych celów społecznych,
- Przeznaczenie na projekt znaczącego obszaru, który utraci możliwość wykorzystania go na inne cele komercyjne bądź społeczne.

Ze względu na krótki czas występowania oraz niewielki zakres, wpływ tych kosztów społecznych realizacji projektu będzie nieznaczny i trudny do ustalenia, w związku z czym nie dokonano ich wyceny w wartościach pieniężnych.

E.3. Ocena ryzyka i analiza wrażliwości

E.3.1. Należy podać krótki opis metodyki i wyników, w tym główne rodzaje zidentyfikowanego ryzyka

Studium wykonalności zawiera analizę wrażliwości i ryzyka (rozdział 7, str. 227).

W analizie wrażliwości przedstawiono spodziewany wpływ (jako stopę zmiany) finansowych i ekonomicznych wskaźników wykonania na wyniki. Do analizy wrażliwości przyjęto następujące zmienne:

- Całkowite korzyści społeczne
- Nakłady inwestycyjne
- Koszty operacyjne Szpitala
- Popyt na usługi Szpitala
- Dynamika wzrostu wynagrodzeń

Analiza ryzyka w ramach niniejszego Projektu została sporządzona w oparciu o wytyczne przedstawione w Przewodniku po analizie kosztów i korzyści projektów inwestycyjnych oraz Rozporządzeniu wykonawczym komisji (UE) 2015/207.

Analiza została przeprowadzona za pomocą identyfikacji czynników ryzyka, analizy jakościowej ryzyka oraz określenia działań zaradczych i monitorowania dla ryzyk najbardziej istotnych dla Projektu. Analiza ryzyka została zaprezentowana w ujęciu jakościowym, które polega na ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego czynnika oraz wielkości jego wpływu na Projekt.

E.3.2. Analiza wrażliwości

Należy określić stopę zmiany zastosowaną do badanych zmiennych:

Należy przedstawić spodziewany wpływ (jako stopę zmiany) finansowych i ekonomicznych wskaźników wykonania na wyniki.

Badana zmienna	Zmiana finansowej zaktualizowanej wartości netto (FNPV(K)) (%)	Zmiana finansowej zaktualizowanej wartości netto (FNPV(C)) (%)	Zmiana ekonomicznej zaktualizowanej wartości netto (ENPV) (%)
zmiana całkowitych korzyści zewnętrznych. o -1%	0,00%	0,00%	-2,00%
zmiana nakładów inwestycyjnych o +1%	1,98%	0,92%	-1,01%

zmiana kosztów operacyjnych o +1%	0,52%	0,24%	-0,27%
-----------------------------------	-------	-------	--------

Które zmienne zostały wskazane jako zmienne krytyczne? Należy określić rodzaj stosowanego kryterium oraz podać wpływ kluczowych zmiennych na główne wskaźniki — FNPV, ENPV.

Za zmienną krytyczną uważa się tę zmienną kluczową, której zmiana o +/-1% powoduje zmianę wyniku badanego wskaźnika analizy kosztów i korzyści (FNPV/c, FNPV/k oraz ENPV) o co najmniej +/-1% lub więcej.
Dla FNPV/c zmienną krytyczną jest popyt na usługi.
Dla FNPV/k zmienną krytyczną są nakłady inwestycyjne oraz popyt na usługi.
Dla ENPV zmienną krytyczną są korzyści, nakłady inwestycyjne oraz popyt na usługi.

Które wartości zmiennych krytycznych podlegają zmianom? Należy wskazać spodziewaną stopę zmiany, przy której FNPV lub ENPV wyniosą zero w odniesieniu do każdej zidentyfikowanej zmiennej krytycznej.

ENPV przyjmuje wartość graniczną 0 w sytuacji wzrostu popytu o 44% (wzrost popytu pociąga zwiększone koszty funkcjonowania szpitala), lub zwiększenia nakładów inwestycyjnych o 99% lub spadku sumarycznych korzyści społecznych o 50%.
FNPV/k przyjmuje wartość graniczną 0 w sytuacji gdyby nakłady spadły o 51%.

E.3.3. Ocena ryzyka

Należy przedstawić krótkie podsumowanie oceny ryzyka, w tym wykaz różnych rodzajów ryzyka, jakie mogą wystąpić w trakcie projektu, matrycę ryzyka²¹, interpretację i proponowaną strategię ograniczania ryzyka oraz podmiot odpowiedzialny za ograniczanie głównych rodzajów ryzyka, takich jak przekroczenie kosztów, opóźnienia w czasie, spadek popytu; szczególną uwagę należy zwrócić na zagrożenia dla środowiska, rodzaje ryzyka związane ze zmianą klimatu oraz inne rodzaje ryzyka związane z klęskami żywiołowymi.

Analiza ryzyka została sporządzona w oparciu o wytyczne przedstawione w Przewodniku po analizie kosztów i korzyści projektów inwestycyjnych oraz Rozporządzeniu wykonawczym komisji (UE) 2015/207.
Najważniejsze ryzyka przeanalizowane to: Ryzyko finansowe (Wzrost kosztów wykonania prac, Wzrost kosztów operacyjnych), Ryzyko prawno-organizacyjne (Zmiana stanu prawnego, zmiany organizacyjno-instytucjonalne), Ryzyko związane z czasem (Niezrealizowanie projektu w zakładanym terminie), Inne ryzyka (akcje protestacyjne, ryzyko związane z uwarunkowaniami przestrzennymi, Niedostosowanie do potrzeb medycznych regionu, Niedostosowanie rozwiązań architektonicznych i technicznych do potrzeb Szpitala).
W sumie w wykonanej analizie zostało zidentyfikowanych 9 ryzyk, z czego 5 jest aktywnych i 4 nieaktywne. Do ryzyk aktywnych zaliczono: wzrost kosztów wykonania prac, ryzyko związane z uwarunkowaniami przestrzennymi, niedostosowanie do potrzeb medycznych regionu oraz niedostosowanie rozwiązań architektonicznych i technicznych do potrzeb Szpitala. Z kolei do ryzyk aktywnych przypisano wzrost kosztów operacyjnych, zmianę stanu prawnego, zmiany organizacyjno-instytucjonalne oraz niezrealizowanie projektu w zakładanym terminie. Cztery ryzyka aktywne charakteryzowały się średnim poziomem ryzyka, a jedno niskim. Monitorowanie zidentyfikowanych ryzyk pozwoli na natychmiastową reakcję, w przypadku odstępstw do realizacji planu Projektu oraz jest jednym z czynników sukcesu Projektu. W celu określenia poziomu ryzyka zidentyfikowanych czynników wykonano matrycę poziomu ryzyka (studium wykonalności str. 236). Poziom ryzyka jest kombinacją dwóch czynników: prawdopodobieństwa i siły oddziaływania. Im wyższy poziom ryzyka, tym konieczne jest przeprowadzenie intensywniejszych działań zaradczych mających na celu obniżenie jego poziomu.
W zależności od poziomu ryzyka zastosowano różne strategie mitygacji ryzyk w projekcie. Tabela na str 236 w Studium Wykonalności przedstawia poziomy ryzyka, które można określić na podstawie macierzy wraz z reakcjami na ryzyko.

E.3.4. Dodatkowe przeprowadzone oceny, w stosownych przypadkach

²¹ W przypadku projektu PPP należy uwzględnić matrycę ryzyka, przydzieloną na mocy ustaleń dotyczących PPP (jeżeli złożono już ofertę przetargową dotyczącą operacji) lub zamierzony podział ryzyka na mocy ustaleń dotyczących PPP (jeżeli nie złożono jeszcze oferty przetargowej dotyczącej operacji).

Jeżeli wykonano rozkład prawdopodobieństwa zmiennych krytycznych, analizy ilościowej ryzyka lub możliwości przeprowadzenia oceny ryzyka związanego ze zmianą klimatu i podjęto działania, należy przedstawić poniżej szczegółowe informacje.

Nie dotyczy

F. ANALIZA ODDZIAŁYWANIA NA ŚRODOWISKO, Z UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB DOTYCZĄCYCH PRZYSTOSOWANIA SIĘ DO ZMIANY KLIMATU I ŁAGODZENIA ZMIANY KLIMATU, A TAKŻE ODPORNOŚCI NA KLĘSKI ŻYWIOŁOWE

F.1. Zgodność projektu z polityką ochrony środowiska

F.1.1 Należy opisać, w jaki sposób projekt przyczynia się do realizacji celów polityki ochrony środowiska, w tym w zakresie zmiany klimatu, oraz w jaki sposób uwzględniono przedmiotowe cele w danym projekcie (jako wytyczne należy wziąć pod uwagę następujące kwestie: efektywną gospodarkę zasobami, zachowanie różnorodności biologicznej i usług ekosystemowych, zmniejszenie emisji gazów cieplarnianych, odporność na skutki zmiany klimatu itp.).

Przedsięwzięcie na etapie projektowania i wykonawstwa uwzględnia cele polityki ochrony środowiska. Dla przedsięwzięcia wydano decyzję w zakresie braku konieczności przeprowadzania OOŚ (informacja podana na www.bip.torun.pl/info_ogl_pmt.php?Kod=3560 oraz <https://wykaz.ekoportal.pl/login.seam?cid=664146> pod pozycją 165/2013 oraz w siedzibie UMT).

Przedsięwzięcie uwzględnia elementy związane z celami polityki klimatycznej ujętymi w krajowej strategii klimatycznej SPA 2020:

Efektywna gospodarka zasobami

- wykorzystanie wody deszczowej-odprowadzanej z dachów do spłukiwania WC;
- zastosowanie systemów fotowoltaicznych, w tym wykorzystanie energii słonecznej do wspomagania podgrzewu ciepłej wody użytkowej;
- zastosowanie absorpcyjnych pomp ciepła;
- centralny system nawadniający;
- odzysk ciepła z powietrza wentylacyjnego;
- centralny system monitorowania i zarządzania energią.

Zachowanie różnorodności biologicznej i usług ekosystemowych

- wykonano nasadzenia 2877 drzew;
- na terenie szpitala zaprojektowano różnorodne formy terenowe;
- przeprowadzono analizę ornitologiczną i chiropterologiczną i prowadzono działania uwzględniając jej wyniki;
- zielona infrastruktura-efekt „zielonych dachów odwróconych”, przywrócenie zieleni na powierzchni zajętej przez zabudowę.

Zmniejszenie emisji gazów cieplarnianych

- energooszczędna kotłownia awaryjna na olej opałowy;
- efektywne i energooszczędne systemy oświetlenia;
- zastosowanie wysokoizolacyjnych materiałów budowlanych;
- odpowiednie zorientowanie budynków względem stron świata.

Odporność na skutki zmiany klimatu (dodatkowo)

- automatyczne żaluzje okienne;
- dach balastowy-ochrona przed nagrzewaniem i tworzeniem „plamy ciepła”.

Aspekt dot. zmian klimatu opisano w sekcji F.8.2 / F.8.3 oraz w Studium Wykonalności.

F.1.2 Należy opisać, w jaki sposób projekt jest zgodny z zasadą ostrożności, zasadą działania zapobiegawczego oraz zasadą naprawiania szkody w pierwszym rzędzie u źródła i zasadą „zanieczyszczający płaci”

Dla przedsięwzięcia przeprowadzono postępowanie w sprawie wydania decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, gdzie wykazano brak konieczności przeprowadzenia OOŚ. Stosuje się prowadzenie prac budowlanych w sposób pozwalający ograniczyć negatywne ich oddziaływanie na środowisko (zasada ostrożności i zasada działania zapobiegawczego). Szpital jako beneficjent projektu posiada umowy w zakresie utylizacji odpadów medycznych, komunalnych oraz ścieków. Dokonuje także odpowiednich opłat związanych z wprowadzaniem gazów lub pyłów do powietrza (zasada zanieczyszczający płaci).

W projekcie uwzględniono szereg „czystych” technologii i rozwiązań. Przeprowadzono działania kompensacyjne polegające na nasadzeniu drzew oraz odzyskaniu powierzchni biologicznie czynnej (zielone dachy oraz nasadzenia drzew) (zasada naprawienia szkody w pierwszym rzędzie u źródła).

F.2. Stosowanie dyrektywy 2001/42/WE Parlamentu Europejskiego i Rady²² („dyrektywa SEA”)

F.2.1 Czy projekt jest realizowany w wyniku planu lub programu, innego niż program operacyjny? <type='C' input='M'>

Tak Nie

F.2.2. Jeżeli w odpowiedzi na pytanie F.2.1 zaznaczono „Tak”, należy określić, czy dany plan lub program podlegał strategicznej ocenie oddziaływania na środowisko zgodnie z dyrektywą SEA <type='C' input='M'>

Tak Nie

— Jeżeli zaznaczono odpowiedź „nie”, należy podać krótkie wyjaśnienie:

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

— Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Tak”, należy podać nietechniczne streszczenie²³ sprawozdania dotyczącego środowiska oraz informacji wymaganych w art. 9 ust. 1 lit. b) przedmiotowej dyrektywy (łącze internetowe albo kopię elektroniczną).

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

F.3. Stosowanie dyrektywy 2011/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady²⁴ („dyrektywa OOS”)

F.3.1 W przypadku niespełnienia warunku wstępnego dotyczącego przepisów w dziedzinie ochrony środowiska (dyrektywa 2011/92/UE i dyrektywa 2001/42/WE), zgodnie z art. 19 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013, należy przedstawić łącze internetowe do uzgodnionego planu działania

Nie dotyczy

F.3.2 Czy projekt wymieniono w następujących załącznikach do dyrektywy OOS²⁵:

- załączniku I do tej dyrektywy (należy przejść do pytania F.3.3);
- **załączniku II do tej dyrektywy (należy przejść do pytania F.3.4);**
- żadnym z powyższych załączników (należy przejść do pytania F.4) — należy przedstawić wyjaśnienie poniżej.

Przedsięwzięcie wymienione jest w załączniku II do dyrektywy OOS pkt. 10 b) - przedsięwzięcia inwestycyjne na obszarach miejskich, włączając budownictwo centrów handlowych i parkingów.

F.3.3 Jeżeli projekt objęty jest załącznikiem I do dyrektywy OOS, należy załączyć następujące dokumenty (jako dodatek 6) i skorzystać z poniższego pola tekstowego w celu przedstawienia dodatkowych informacji i wyjaśnień²⁶:

²² Dyrektywa 2001/42/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko (Dz.U. L 197 z 21.7.2001, s. 30).

²³ Przygotowane zgodnie z art. 5 i załącznikiem I do dyrektywy 2001/42/WE.

²⁴ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/92/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie oceny skutków wywieranych przez niektóre przedsięwzięcia publiczne i prywatne na środowisko (Dz.U. L 26 z 28.1.2012, s. 1).

²⁵ Jeżeli projekt składa się z szeregu robót/działań/usług, które są zaklasyfikowane do różnych grup, informacje należy podać oddzielnie dla poszczególnych zadań inwestycyjnych.

²⁶ Dodatkowe informacje powinny obejmować głównie wybrane elementy procedury OOS istotne w odniesieniu do projektu (np. analizę danych, badania i oceny, dodatkowe konsultacje z właściwymi organami i społeczeństwem, określenie dodatkowych środków kompensujących/zmniejszających ryzyko, dodatkową decyzję dotyczącą preselekcji itp., gdy istnieje prawdopodobieństwo zidentyfikowania zmian w projekcie), którą należy przeprowadzić, w szczególności w ramach wieloetapowych procesów dotyczących zezwolenia na inwestycję.

- a) nietechniczne streszczenie sprawozdania z OOS²⁷;
- b) informacje na temat konsultacji z organami ds. ochrony środowiska, ze społeczeństwem oraz w stosownych przypadkach z innymi państwami członkowskimi przeprowadzonych zgodnie z art. 6 i 7 dyrektywy OOS;
- c) decyzję właściwego organu wydaną zgodnie z art. 8 i 9 dyrektywy OOS²⁸, w tym informacje dotyczące sposobu podania jej do wiadomości publicznej.

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

F.3.4 Jeżeli projekt objęty jest załącznikiem II do przedmiotowej dyrektywy, czy przeprowadzono ocenę oddziaływania na środowisko?

Tak

Nie

X

— Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Tak”, należy załączyć niezbędne dokumenty wskazane w pkt F.3.3.

— Jeżeli zaznaczono odpowiedź „nie”, należy podać następujące informacje:

- a) ustalenie wymagane w art. 4 ust. 4 dyrektywy OOS (znane jako „decyzja dotycząca preselekcji”);
- b) progi, kryteria lub przeprowadzone indywidualne badania przedsięwzięć, które doprowadziły do wniosku, że OOS nie była wymagana (nie ma konieczności przedstawienia przedmiotowych informacji, jeżeli zawarto je już w decyzji wspomnianej w pkt a) powyżej);
- c) wyjaśnienie powodów, dla których projekt nie ma znaczących skutków środowiskowych, biorąc pod uwagę odpowiednie kryteria selekcji określone w załączniku III do dyrektywy OOS (nie ma konieczności przedstawienia przedmiotowych informacji, jeżeli zawarto je już w decyzji wspomnianej w pkt a) powyżej).

W związku z zaklasyfikowaniem przedsięwzięcia do przedsięwzięć mogących potencjalnie znacząco oddziaływać na środowisko przeprowadzono postępowanie w sprawie wydania dla przedsięwzięcia decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach. Przeprowadzone postępowanie wykazało, że planowane przedsięwzięcie ze względu na jego skalę i charakter nie będzie znacząco oddziaływać na środowisko i tym samym nie istnieje potrzeba przeprowadzenia OOS. Decyzja Prezydenta Miasta Torunia WAIB.6220.11.11.8.2013 AG

Szczegółowe ustalenia zawiera dokumentacja z postępowania stanowiąca załącznik 6.

F.3.5 Zezwolenie na inwestycję/pozwolenie na budowę (w stosownych przypadkach)

F.3.5.1. Czy projekt jest już na etapie budowy (co najmniej jedno zamówienie na roboty budowlane)?

Tak*

Nie

F.3.5.2. Czy udzielono już zezwolenia na inwestycję/pozwolenia na budowę w odniesieniu do danego projektu (w przypadku co najmniej jednego zamówienie publicznego na roboty budowlane)?

Tak

Nie^(*)

^(*) Komisja Europejska nie dopuszcza projektów znajdujących się na etapie budowy (odpowiedź „Tak” na pytanie F.3.5.1.), w przypadku których nie posiadano zezwolenia na inwestycję/pozwolenia na budowę w odniesieniu do co najmniej jednego zamówienia na roboty budowlane w momencie przedstawienia ich Komisji Europejskiej

F.3.5.3. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Tak” (na pytanie F 3.5.2), należy podać datę.

²⁷ Przygotowane zgodnie z art. 5 i załącznikiem IV do dyrektywy 2011/92/UE.

²⁸ W przypadkach gdy procedurę OOS zakończono prawnie wiążącą decyzją przed wydaniem zezwolenia na inwestycję zgodnie z art. 8 i 9 dyrektywy 2011/92/UE, państwa członkowskie udostępniają pisemne zobowiązanie do terminowego działania w celu zapewnienia wydania zezwolenia na inwestycję najpóźniej przed rozpoczęciem prac.

29.05.2014
12.06.2017

F.3.5.4. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Nie” (na pytanie F.3.5.2), należy podać datę złożenia oficjalnego wniosku o zezwolenie na inwestycję:

<type='D' input='M'>

F.3.5.5. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Nie” (na pytanie F.3.5.2), należy określić przeprowadzone dotychczas czynności administracyjne i opisać te, które pozostały do przeprowadzenia:

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

F.3.5.6. Kiedy oczekuje się wydania ostatecznej decyzji (lub ostatecznych decyzji)?

<type='D' input='M'>

F.3.5.7. Należy określić właściwy organ (lub właściwe organy), który wydał lub wyda zezwolenie na inwestycję:

Prezydent Miasta Torunia

F.4. Stosowanie Dyrektywy Rady 92/43/EWG w sprawie ochrony siedlisk przyrodniczych oraz dzikiej fauny i flory²⁹ (dyrektywa siedliskowa); ocena oddziaływania na obszary Natura 2000

F.4.1. Czy projekt może samodzielnie lub w połączeniu z innymi projektami w istotny sposób negatywnie wpłynąć na obszary, które są lub mają być objęte siecią Natura 2000? <type='C' input='M'>

Tak

Nie

F.4.2. Jeżeli w odpowiedzi na pytanie F.4.1 zaznaczono „Tak”, należy przedstawić:

1) decyzję właściwego organu oraz odpowiednią ocenę przeprowadzoną zgodnie z art. 6 ust. 3 dyrektywy siedliskowej;
2) jeżeli właściwy organ ustalił, że dany projekt ma istotny negatywny wpływ na jeden obszar lub więcej obszarów objętych lub które mają być objęte siecią Natura 2000, należy przedstawić:

- a) kopię standardowego formularza zgłoszeniowego Informacje dla Komisji Europejskiej zgodnie z art. 6 ust. 4 dyrektywy siedliskowej³⁰, zgłoszone Komisji (DG ds. Środowiska) lub;
- b) opinię Komisji zgodnie z art. 6 ust. 4 dyrektywy siedliskowej w przypadku projektów mających istotny wpływ na główne siedliska lub gatunki, które są uzasadnione tak ważnymi względami jak nadrzędny interes publiczny inny niż zdrowie ludzkie i bezpieczeństwo publiczne lub korzystne skutki o podstawowym znaczeniu dla środowiska.

F.4.3. Jeżeli w odpowiedzi na pytanie F.4.1 zaznaczono „Nie”, należy dołączyć wypełnioną przez właściwy organ deklarację znajdującą się w dodatku I oraz mapę, na której wskazano lokalizację projektu i obszarów Natura 2000. Jeżeli duży projekt ma charakter nieinfrastrukturalny (np. wiąże się z zakupem taboru), należy to odpowiednio wyjaśnić i w takim przypadku nie ma obowiązku dołączania deklaracji.

Dla projektu wydano Zaświadczenie organu odpowiedzialnego za monitorowanie obszarów Natura 2000 (Regionalnego Dyrektora Ochrony Środowiska w Bydgoszczy) wskazujące, iż nie przewiduje się, aby oddziaływanie przedsięwzięcia miało znacząco negatywny wpływ na obszary Natura 2000.

Zaświadczenie wraz z mapą, na której wskazano lokalizację projektu i obszarów Natura 2000 stanowi załącznik do niniejszego zgłoszenia

²⁹ Dyrektywa Rady 92/43/EWG z dnia 21 maja 1992 r. w sprawie ochrony siedlisk przyrodniczych oraz dzikiej fauny i flory (Dz.U. L 206 z 22.7.1992, s. 7).

³⁰ Zmieniona wersja przyjęta przez Komitet ds. siedlisk naturalnych w dniu 26 kwietnia 2012 r.

http://ec.europa.eu/environment/nature/natura2000/management/guidance_en.htm#art6

F.5. Stosowanie dyrektywy 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady³¹ („ramowej dyrektywy wodnej”); ocena oddziaływania na jednolitą część wód

F.5.1 W przypadku niespełnienia odpowiedniego warunku wstępnego zgodnie z art. 19 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013, należy przedstawić łącznie do zatwierdzonego planu działań.

Nie dotyczy

Spełnienie warunku nie dotyczy Priorytetów Inwestycyjnych, w ramach których projekt będzie realizowany. Zgodnie z pismem Komisji Europejskiej z dnia 10 października 2017 r., (Ref. Ares(2017)4937143; PK/ regio.ddg.f.3(2017)5497055) w zakresie spełnienia warunkowości ex-ante 6.1 dotyczącej sektora wodnego, brak możliwości realizacji inwestycji w związku z niespełnieniem warunku odnosi się wyłącznie do projektów realizowanych w ramach CT 4,5 i 7.

F.5.2 Czy projekt obejmuje nowe zmiany charakterystyki fizycznej części wód powierzchniowych lub zmiany poziomu części wód podziemnych, które pogarszają stan jednolitej części wód lub uniemożliwiają osiągnięcie dobrego stanu wód/potencjału?

Tak

Nie

F.5.2.1. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Tak”, należy przedstawić ocenę oddziaływania na jednolitą część wód i szczegółowe wyjaśnienie sposobu, w jaki spełniono lub w jaki zostaną spełnione wszystkie warunki zgodnie z art. 4 ust. 7 ramowej dyrektywy wodnej.

Należy wskazać także, czy projekt jest wynikiem krajowej/regionalnej strategii w odniesieniu do danego sektora lub wynikiem planu gospodarowania wodami w dorzeczu, który uwzględnia wszystkie istotne czynniki (np. wariant korzystniejszy dla środowiska, oddziaływanie skumulowane itd.)? Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje.

Nie dotyczy

F.5.2.2. Jeżeli zaznaczono odpowiedź „Nie”, należy dołączyć wypełnioną przez właściwy organ deklarację znajdującą się w dodatku 2. Jeżeli duży projekt ma charakter nieinfrastrukturalny (np. wiąże się z zakupem taboru), należy to odpowiednio wyjaśnić i w takim przypadku nie ma obowiązku dołączania deklaracji.

Dla projektu wydano Zaświadczenie organu odpowiedzialnego za gospodarkę wodną (Regionalnego Dyrektora Ochrony Środowiska w Bydgoszczy) wskazujące, że projekt nie wpływa na stan jednolitych części wód. Zaświadczenie stanowi załącznik 2.

F.5.3 Należy wyjaśnić, w jaki sposób projekt pokrywa się z celami planu gospodarowania wodami w dorzeczu, które ustanowiono dla odpowiednich jednolitych części wód.

Nie dotyczy

F.6. W stosownych przypadkach, informacje na temat zgodności z innymi dyrektywami środowiskowymi

F.6.1 Stosowanie dyrektywy Rady 91/271/EWG³² („dyrektywy dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych”) — projekty w sektorze ścieków komunalnych

1) Należy wypełnić dodatek 3 do formularza wniosku (tabelę dotyczącą zgodności z dyrektywą dotyczącą oczyszczania ścieków komunalnych).

2) Należy wyjaśnić, w jaki sposób projekt jest spójny z planem lub programem związanym z wdrażaniem dyrektywy dotyczącej oczyszczania ścieków komunalnych.

< type='S' maxlength='1750' input='M' >

³¹ Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w dziedzinie polityki wodnej (Dz.U. L 327 z 22.12.2000, s. 1

³² Dyrektywa Rady 91/271/EWG z dnia 21 maja 1991 r. dotycząca oczyszczania ścieków komunalnych (Dz.U. L 135 z 30.5.1991, s. 40).

F.6.2 Stosowanie dyrektywy 2008/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady³³ („dyrektywy ramowej w sprawie odpadów”) — projekty w sektorze gospodarowania odpadami

F.6.2.1. W przypadku niespełnienia odpowiedniego warunku wstępnego zgodnie z art. 19 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013, należy przedstawić łącze do zatwierdzonego planu działań.

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

F.6.2.2. Należy wyjaśnić, w jaki sposób projekt spełnia cele określone w art. 1 dyrektywy ramowej w sprawie odpadów. W szczególności, w jakim stopniu projekt jest spójny z odpowiednim planem gospodarki odpadami (art. 28), hierarchią postępowania z odpadami (art. 4) i w jaki sposób projekt przyczynia się do osiągnięcia celów w zakresie recyklingu na 2020 r. (art. 11 ust. 2).

<type='S' maxlength='3500' input='M'>

F.6.3 Stosowanie dyrektywy 2010/75/UE Parlamentu Europejskiego i Rady³⁴ („dyrektywy w sprawie emisji przemysłowych”) — projekty wymagające udzielenia pozwolenia zgodnie z przedmiotową dyrektywą

Należy wyjaśnić, w jaki sposób projekt spełnia wymogi dyrektywy 2010/75/UE, w szczególności czyni zadość obowiązkowi eksploatacji zgodnie z zintegrowanym pozwoleniem opartym na najlepszej dostępnej technice (BAT) i w stosownych przypadkach przestrzega dopuszczalnych wielkości emisji określonych w przedmiotowej dyrektywie.

<type='S' maxlength='3500' input='M'>

F.6.4 Wszelkie inne odpowiednie dyrektywy środowiskowe (należy wyjaśnić poniżej)

Beneficjent stosuje się do przepisów związanych odpadami w szczególności jest to postępowanie zgodne z Dyrektywą PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY 2008/98/WE z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie odpadów oraz uchylającą niektóre dyrektywy. Szpital posiada procedury wewnętrzne w zakresie identyfikacji oraz postępowania z odpadami powstającymi w komórkach organizacyjnych szpitala. Odpady o charakterze medycznym podzielone są na zakaźne, medyczne niebezpieczne inne niż zakaźne i medyczne inne niż niebezpieczne. Szpital posiada umowy na odbiór i utylizację odpadów przez wyspecjalizowane jednostki. Szpital także gromadzi i sortuje odpady komunalne (umowa z firmą odbierającą odpady komunalne). Ścieki po podczyszczeniu (dwie stacje dezynfekcji ścieków) trafiają do miejskiej sieci kanalizacyjnej i następnie do oczyszczalni ścieków. Szpital posiada umowę na odbiór ścieków.

F.7. Koszt rozwiązań na rzecz zmniejszenia lub skompensowania negatywnego oddziaływania na środowisko, w szczególności wynikającego z procedury OOS lub innych procedur oceny (takich jak dyrektywa siedliskowa, ramowa dyrektywa wodna, dyrektywa w sprawie emisji przemysłowych) lub wymogów krajowych/regionalnych

F.7.1. W przypadku takich kosztów, czy uwzględniono je w analizie kosztów i korzyści?

Tak

Nie

F.7.2. Jeżeli przedmiotowe koszty uwzględnia się w kosztach całkowitych, należy oszacować udział kosztów związanych z uruchomieniem rozwiązań na rzecz zmniejszenia lub skompensowania negatywnego oddziaływania na środowisko.

%

Należy krótko opisać rozwiązania

³³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/98/WE z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie odpadów oraz uchylająca niektóre dyrektywy (Dz.U. L 312 z 22.11.2008, s. 3).

³⁴ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/75/UE z dnia 24 listopada 2010 r. w sprawie emisji przemysłowych (zintegrowane zapobieganie zanieczyszczeniom i ich kontrola) (Dz.U. L 334 z 17.12.2010, s. 17).

0,69% wartości inwestycji stanowi koszt nasadzeń zrealizowanych w związku z budową. Wymóg wynikający z Ustawy o ochronie przyrody.
Pozostałe rozwiązania wskazane w F.1.1 zostały ujęte w ogólnych kosztach projektu (w koszcie budowy), ze względu na to, że trudno byłoby je wyspecyfikować

F.8. PRZYSTOSOWANIE SIĘ DO ZMIANY KLIMATU I ŁAGODZENIE ZMIANY KLIMATU, A TAKŻE ODPORNOŚĆ NA KLĘSKI ŻYWIOŁOWE

F.8.1. Należy wyjaśnić, w jaki sposób projekt przyczynia się do realizacji celów w zakresie zmiany klimatu zgodnie ze strategią „Europa 2020”, w tym zawiera informacje na temat wydatków związanych ze zmianą klimatu zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 215/2014.

Zgodnie z załącznikiem I do Rozp. 215/2014 dla zakresu interwencji: Infrastruktura ochrony zdrowia (kod 053) oraz Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym) (kod 081) współczynnik dla obliczania wsparcia na cele związane ze zmianami klimatu wynosi 0%.

Pomimo określenia dla projektu zerowego współczynnika, przyczyni się on jednak do realizacji celów strategii „Europa 2020”, tj. ograniczenia emisji gazów cieplarnianych, wzrostu poziomu energii pozyskiwanej z OZE oraz wzrostu efektywności wykorzystania energii, co uda się osiągnąć poprzez relokację szpitala do nowoczesnych i energooszczędnych budynków, w których planuje się zastosowanie m.in.:

- wysokoizolacyjnych materiałów budowlanych,

- odnawialnych źródeł energii,

- szeregu rozwiązań zapewniających zmniejszone zużycie energii (np. energooszczędne oświetlenie, świetliki dachowe, „zielone dachy” itp.).

Pozostałe wykorzystane rozwiązania adaptacyjne i mitygacyjne zostały wymienione w sekcji F.1.1 oraz w Studium Wykonalności.

F.8.2. Należy wyjaśnić, w jaki sposób uwzględniono zagrożenia związane ze zmianą klimatu, kwestie dotyczące przystosowania się do zmian klimatu i ich łagodzenia oraz odporność na klęski żywiołowe.

(W ramach wytycznych należy rozważyć następujące pytania: w jaki sposób oceniono rozmiar efektów zewnętrznych gazów cieplarnianych i kosztów zewnętrznych węgla? Jakie są koszty alternatywne gazów cieplarnianych i w jaki sposób włączono je do analizy ekonomicznej? Czy rozważono alternatywne rozwiązanie dotyczące mniejszego zużycia węgla lub oparte na źródłach odnawialnych? Czy w trakcie przygotowywania projektu przeprowadzono ocenę zagrożeń wynikających ze zmian klimatycznych lub kontrolę podatności? Czy w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko i oceny oddziaływania na środowisko uwzględniono kwestie związane ze zmianą klimatu oraz czy dane kwestie zostały sprawdzone przez odpowiednie organy krajowe? W jaki sposób kwestie klimatyczne zostały uwzględnione w analizie i rankingu odpowiednich wariantów? W jaki sposób projekt odnosi się do strategii krajowej lub regionalnej w zakresie przystosowania

się do zmiany klimatu? Czy projekt w połączeniu ze zmianą klimatu będzie miał jakikolwiek pozytywny lub negatywny wpływ na otoczenie? Czy zmiana klimatu wpłynęła na lokalizację projektu?)³⁵

Dla projektu oszacowano emisję CO₂ na podstawie metodologii określonej w wytycznych EBI. Szczegółowe dane oraz sposób oszacowania emisji znajdują się w Studium Wykonalności.

Dla projektu na etapie przygotowania projektu, procedury środowiskowej oraz tworzenia zapotrzebowania na wyposażenie budynku przeprowadzono analizę jego podatności na zagrożenia związane ze zmianami klimatu. Każdy z rozpatrywanych wariantów miał na względzie wysokie bezpieczeństwo inwestycji oraz jej odporność na ryzyka klimatyczne. W ramach analizy dokonano oceny poziomu ryzyka, którą to ocenę zweryfikowano z Dokumentem roboczym KE „Wytyczne dla kierowników projektu: uodpornienie wrażliwych inwestycji na zmianę klimatu”. Pozwoliło to na wypracowanie poniższych rozwiązań.

Ocena wskazała na główne obszary narażenia (określone jako ryzyka skrajnie wysokie oraz wysokie), do których zaliczono: ekstremalny wzrost temperatury, ekstremalną zmianę opadów, maksymalną prędkość wiatru, burze, pożary, miejską wyspę ciepła, fale chłodu oraz przedłużające się okresy ekstremalnie niskich temperatur. Zaproponowano realizację projektu w sposób pozwalający ograniczyć negatywny wpływ zidentyfikowanych ryzyk na funkcjonowanie szpitala oraz na jego otoczenie. W odniesieniu do ww. ryzyk zaproponowano następujące działania adaptacyjne:

- budowę zbiorników na wodę opadową i jej wykorzystanie na cele użytkowe,
- budowę rezerwowych zbiorników na wodę,
- budowę zbiornika retencyjnego,
- zastosowanie „zielonych dachów” i dachów balastowych,
- zastosowanie automatycznych żaluzji okiennych,
- zastosowanie układów chłodzących,
- budowę rezerwowych źródeł zasilania energią cieplną i elektryczną,
- nasadzenia drzew,
- odpowiednie zorientowanie budynków względem stron świata.

Wskazane działania są zgodne z zaleceniami Wytycznych JASPERS: Podstawy adaptacji do zmian klimatu, ocena podatności i ryzyka.

Przygotowując inwestycję przewidziano również zastosowanie szeregu rozwiązań mitygacyjnych. Zaliczyć do nich należy przede wszystkim zaprojektowanie budynków o wysokich parametrach energetycznych, zastosowanie energooszczędnych systemów oświetlenia oraz zastosowanie instalacji OZE (PV, kolektorów oraz absorpcyjnych pomp ciepła).

Zastosowanie w ramach projektu ww. rozwiązań adaptacyjnych ma na celu dostosowanie inwestycji do zachodzących zmian klimatu. Rozwiązania mitygacyjne mają zaś na celu zmniejszenie negatywnego oddziaływania inwestycji na klimat. Zastosowane rozwiązania odpowiadają kierunkom określonym w strategii SPA2020 (kierunki działań: 1.5 – adaptacja do zmian klimatu w gospodarce przestrzennej i budownictwie, 1.6 – zapewnienie funkcjonowania skutecznego systemu ochrony zdrowia w warunkach zmian klimatu i 4.2 – miejska polityka przestrzenna uwzględniająca zmiany klimatu). Pozytywny wpływ na zmiany klimatu będzie miało przede wszystkim samo założenie projektu, tj. relokacja szpitala ze starych nieefektywnych energetycznie budynków do nowych, posiadających nowoczesne i energooszczędne rozwiązania.

³⁵ W celu uzyskania dodatkowych wytycznych dotyczących przystosowania się do zmiany klimatu/odporności na zmianę klimatu należy odnieść się do wytycznych sporządzonych dla kierowników projektów z DG ds. Działań w dziedzinie Klimatu: http://ec.europa.eu/clima/policies/adaptation/what/docs/non_paper_guidelines_project_managers_en.pdf oraz wytycznych dotyczących oceny oddziaływania na środowisko/strategicznej oceny oddziaływania na środowisko: <http://ec.europa.eu/environment/eia/home.htm>

Rozwiązania zastosowane w projekcie będą miały pozytywny wpływ na otoczenie przede wszystkim w odniesieniu do możliwości zagospodarowania nadmiaru wód opadowych oraz zmniejszenia efektu „wyspy ciepła” poprzez zastosowanie m.in. „zielonych dachów” i nasadzenia drzew. Biorąc pod uwagę funkcjonowanie istniejącego kompleksu szpitala, nie przewiduje się negatywnego wpływu powstającej inwestycji na otoczenie.

Zmiany klimatu nie mają wpływu na lokalizację nowych budynków. Powstają one na terenie użytkowanym dotychczas przez Szpital

F.8.3. Należy wyjaśnić, jakie rozwiązania przyjęto w celu zapewnienia odporności na bieżącą zmienność klimatu i przyszłą zmianę klimatu w ramach projektu.

(W ramach wytycznych należy rozważyć następujące pytania: w jaki sposób uwzględniono zmianę klimatu podczas opracowywania projektu i jego części składowych np. w odniesieniu do sił zewnętrznych (np. obciążenie wiatrem, obciążenie śniegiem, różnice temperatury) i oddziaływań (np. fale upałów, osuszanie, zagrożenie powodziowe, jak również przedłużające się okresy suszy wpływające np. na właściwości gleby))

Podczas przygotowywania inwestycji wzięto pod uwagę kwestię zmian klimatu. Zdecydowano się na zastosowanie rozwiązań uodparniających inwestycję na zjawiska związane ze zmianami klimatu (działania adaptacyjne) oraz rozwiązań przyczyniających się do zmniejszenia oddziaływania inwestycji na zmiany klimatu (działania mitygacyjne).

Działania adaptacyjne (w odniesieniu do zjawisk klimatycznych dot. głównych zidentyfikowanych ryzyk)

Fale upałów

- budowa rezerwowych zbiorników na wodę, budowa zbiorników na wodę opadową, zastosowanie dostosowanych do wysokich temperatur konstrukcji budowlanych, nasadzenia leśne w celu zacielenia, „zielone” i balastowe dachy, instalacja klimatyzatorów, systemy awaryjne w ramach ochrony przeciwpożarowej, zastosowanie efektywnych technologii obiegu powietrza, zastosowanie materiałów budowlanych odpornych na wysokie temperatury, zastosowanie materiałów pochłaniających lub odbijających światło słoneczne.

Ekstremalne opady

- budowa zbiorników na wodę opadową oraz zbiornika retencyjnego, powstanie dużych powierzchni biologicznie czynnych, zastosowanie wydajnej kanalizacji deszczowej.

Burze i silne wiatry

- zastosowanie technologii konstrukcyjnych odpornych na zjawiska, nasadzenia drzew, uwzględnienie awaryjnego zasilania, zastosowanie piorunochronów.

G. PLAN FINANSOWY UWZGLĘDNIAJĄCY CAŁKOWITĄ PRZEWIDYWANĄ KWOTĘ ŚRODKÓW FINANSOWYCH I PRZEWIDYWANE WSPARCIE Z FUNDUSZY, EBI I WSZYSTKICH POZOSTAŁYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA, WRAZ ZE WSKAŹNIKAMI RZECZOWYMI I FINANSOWYMI STOSOWANYMI W CELU MONITOROWANIA POSTĘPÓW, Z UWZGLĘDNIENIEM STWIERDZONYCH RODZAJÓW RYZYKA

G.1. Całkowita przewidywana kwota środków finansowych i przewidywane wsparcie z funduszy, EBI i wszystkich pozostałych źródeł finansowania

G.1.1. Źródła współfinansowania

Całkowite koszty inwestycji w ramach projektu pokrywa się z następujących źródeł:

Źródła finansowania całkowitych kosztów inwestycji (EUR)	W tym (dla celów informacyjnych)
--	----------------------------------

Całkowite koszty [C.1.12.(A)]	Wsparcie Unii ^(*)	Krajowy wkład publiczny (lub równoważny)	Krajowy wkład prywatny	Inne źródła (należy określić)	Pożyczki EBI/EFI:
a) = b) + c) + d) + e)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
123 320 191,08	52 727 943,27	70 592 247,81	0,00	0,00	55 880 974,70

(*) Wsparcie Unii powinno odpowiadać kwocie wskazanej w umowie, o której mowa w art. 125 ust. 3 lit. c).

G.1.2. Roczny plan całkowitych wydatków kwalifikowalnych, jakie należy zgłosić Komisji (wskaźnik finansowy stosowany w celu monitorowania postępów)

Całkowite wydatki kwalifikowalne, jakie należy zgłosić Komisji, przedstawia się poniżej w odniesieniu do rocznego (szacunkowego) udziału w EUR. W przypadku dużych projektów współfinansowanych w ramach więcej niż jednego programu operacyjnego, należy przedstawić roczny plan oddzielnie dla każdego programu operacyjnego. W przypadku dużych projektów współfinansowanych w ramach więcej niż jednej osi priorytetowej, należy przedstawić roczny plan oddzielnie dla każdej osi priorytetowej.

(w EUR)	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2022 r.	2023 r.	Całkowite wydatki kwalifikowalne
Oś priorytetowa 6 RPO WK-P	0,00	0,00	0,00	7 204 708,85	12 604 894,81	37 607 751,04	0,00	0,00	0,00	0,00	57 417 354,70
Oś priorytetowa 2 RPO WK-P	0,00	0,00	0,00	0,00	2 447 716,08	3 065 267,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5 512 983,07

G.1.3. Inne źródła finansowania unijnego

G.1.3.1 Czy złożono wnioszek o wkład z innego źródła unijnego (budżet TEN-T, instrument „Łącząc Europę”, LIFE +, „Horyzont 2020”, inne źródła finansowania unijnego) w odniesieniu do tego projektu?

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje (odnośny program UE, numer identyfikacyjny, datę, wnioskowaną kwotę dofinansowania, przyznaną kwotę dofinansowania itd.):

Nie dotyczy

G.1.3.2 Czy dany projekt stanowi uzupełnienie innego projektu finansowanego w ramach EFRR, EFS, Funduszu Spójności, instrumentu „Łącząc Europę”, innego źródła finansowania unijnego lub projektu, który ma być finansowany z tych źródeł? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje (źródło wkładu UE, numer identyfikacyjny, datę, wnioskowaną kwotę dofinansowania, przyznaną kwotę dofinansowania itd.):

Nie dotyczy

G.1.3.3 Czy złożono wniosek o udzielenie pożyczki lub wsparcie kapitału własnego przez EBI lub EFI w odniesieniu do tego projektu?

Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje (odnośny instrument finansowy, numer identyfikacyjny, datę, wnioskowaną kwotę dofinansowania, przyznaną kwotę dofinansowania itd.):

instrument finansowy:	KREDYT
numer identyfikacyjny:	FI84669/ SERAPIS2015-0207
data:	17.11.2016 R.
wnioskowana kwota dofinansowania:	238.500.000,00 PLN
przyznana kwota dofinansowania:	238.500.000,00 PLN

Europejski Bank Inwestycyjny (EBI) udzielił kredytu w wysokości 238 mln PLN (około 57 mln EUR) na sfinansowanie modernizacji szpitala w Toruniu. Była to pierwsza w Polsce transakcja z udziałem sektora publicznego objęta gwarancją z budżetu UE w ramach Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych (EFIS).

G.1.3.4 Czy złożono wniosek o wkład z innego źródła unijnego (włącznie z EFRR, EFS, Funduszem Spójności, EBI, EFI, innymi źródłami finansowania unijnego) w odniesieniu do wcześniejszego etapu tego projektu (włączając etap studium wykonalności i etap przygotowawczy)?

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje (źródło wkładu UE, numer identyfikacyjny, datę, wnioskowaną kwotę dofinansowania, przyznaną kwotę dofinansowania itd.):

W 2009 roku pozyskano kredyt EBI (tzw EBI 1) na realizację Programu Rozwoju Służby Zdrowia w Województwie Kujawsko-Pomorskim. Kredyt przyznany 425 mln zł. Z tej kwoty 7.516.598,05 zł zostało wydatkowanych na zadanie „prace przygotowawcze” – nie wykazywane w niniejszym zgłoszeniu.

G.1.4. Czy budowa infrastruktury będzie przeprowadzana w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP)³⁶ ?

Tak Nie

Jeżeli tak, należy opisać formę PPP (tj. procedurę wyboru partnera prywatnego, strukturę PPP, uzgodnienia w zakresie własności infrastruktury w tym po upływie terminu zapadalności uzgodnień PPP lub inne uzgodnienia, uzgodnienia dotyczące podziału ryzyka itd.). Ponadto należy przedstawić wyniki obliczeń wskaźnika FRR(Kp) oraz jego porównanie z krajowymi poziomami odniesienia w zakresie przewidywanej rentowności w danym sektorze.

<type='S' maxlength='1750' input='M'>

G.1.5. Jeżeli instrumenty finansowe³⁷ są wykorzystywane do finansowania projektu, należy opisać formę instrumentów finansowych (instrumenty kapitałowe i dłużne):

Nie dotyczy

G.1.6. Wpływ wkładu unijnego na realizację projektu

Czy wkład unijny:

³⁶ W rozumieniu art. 62 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

³⁷ W rozumieniu art. 37 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

a) przyspieszy realizację projektu?

Tak



Nie



Jeżeli tak, należy określić, w jaki sposób i w jakim stopniu przyspieszy jego realizację. Jeżeli nie, należy wyjaśnić dlaczego:

Wkład unijny stanowi ok 43% wartości inwestycji (łącznie), kolejne 45% pochodzi z kredytu EBI a więc są to środki zwrotne. Ze względu na pilną potrzebę modernizacji Szpitala i po rozpatrzeniu wariantu modernizacji w wąskim zakresie jako opcji mniej korzystnej konieczne stało się przygotowanie projektu, którego koszt przekraczał bieżące możliwości beneficjenta i podmiotu tworzącego. Dzięki środkom dotacyjnym inwestycja zostanie zrealizowana w czasie krótszym niż bez udziału środków bezzwrotnych.

b) będzie czynnikiem decydującym w realizacji projektu?

Tak



Nie



Jeżeli tak, należy określić, w jakim stopniu przyczyni się do jego realizacji. Jeżeli nie, należy uzasadnić potrzebę uzyskania wsparcia ze strony UE

Wsparcie ze strony UE umożliwi realizację projektu w pełnym zakresie, ze względu na charakter inwestycji przyczyni się to do wcześniejszego osiągnięcia rezultatów.

G.2. Wskaźniki produktu³⁸ i wskaźniki rzeczowe służące do monitorowania postępów

W poniższej tabeli należy wymienić wskaźniki produktu, w tym wspólne wskaźniki określone w programie lub programach operacyjnych oraz pozostałe wskaźniki rzeczowe służące do monitorowania postępów. Ilość informacji będzie zależeć od stopnia złożoności projektów, ale należy przedstawić tylko główne wskaźniki.

PO (CCI)	Oś priorytetowa	Nazwa wskaźnika	Jednostka pomiaru	Wartość docelowa w odniesieniu do dużego projektu	Rok docelowy
RPO WK-P 2014-2020 2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001	6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry	Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	liczba	1	2019
RPO WK-P 2014-2020 2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001	6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry	Liczba wspartych podmiotów leczniczych	liczba	1	2019
RPO WK-P 2014-2020 2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001	6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry	Liczba wyposażonych obiektów ochrony zdrowia	liczba	1	2019

³⁸ Zgodnie z wymogiem art. 101 ust. 1 lit. h) rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

RPO WK-P 2014-2020 2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001	6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry	Liczba zakupionej aparatury medycznej	liczba	13	2019
RPO WK-P 2014-2020 2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001	6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	PLN	88.182.318,80	2019
RPO WK-P 2014-2020 2014PL16M2OP002 2014PL16M8PA001	6: Solidarne Społeczeństwo i Konkurencyjne Kadry	Liczba ulepszonych usług zdrowotnych w wyniku realizacji projektu	liczba	11	2019

G.3. Ocena ryzyka

Należy przedstawić krótkie podsumowanie głównych zagrożeń dla pomyślnej rzeczowej i finansowej realizacji projektu i proponowane środki zmniejszające ryzyko.

Analiza ryzyka została przeprowadzona za pomocą identyfikacji czynników ryzyka, analizy jakościowej ryzyka oraz określenia działań zaradczych i monitorowania dla ryzyk najbardziej istotnych dla Projektu. Wśród aktywnych ryzyk przeanalizowano takie jak: wzrost kosztów operacyjnych, zmiana stanu prawnego, zmiany organizacyjno-instytucjonalne, niezrealizowanie projektu w zakładanym terminie, akcje protestacyjne. Wśród pięciu ryzyk aktywnych zidentyfikowano 4 ryzyka na poziomie średnim oraz 1 ryzyko na poziomie niskim, tj. zmiany organizacyjno-instytucjonalne. Opis szczegółowy został zawarty w Studium Wykonalności.

H. HARMONOGRAM REALIZACJI DUŻEGO PROJEKTU

Jeżeli przewiduje się, że okres realizacji będzie dłuższy niż okres programowania, należy przedstawić harmonogram w odniesieniu do etapów, w stosunku do których złożono wnioski o otrzymanie wsparcia z funduszy w latach 2014–2020.

H.1. Harmonogram projektu

Należy podać poniżej harmonogram opracowania i realizacji całego projektu oraz załączyć krótki opis harmonogramu głównych kategorii prac (tj. wykres Gantta, jeżeli jest dostępny). Jeżeli wniosek dotyczy etapu projektu, należy wyraźnie wskazać w tabeli części projektu, w stosunku do których składany jest przedmiotowy wniosek o wkład:

	Data rozpoczęcia (A) ^(*)	Data ukończenia (B) ^(*)
1. Studia wykonalności (lub biznesplan w przypadku inwestycji produkcyjnej):	1/10/2016	30/09/2018
2. Analiza kosztów i korzyści:	1/04/2018	30/09/2018
3. Ocena oddziaływania na środowisko:	n/d	n/d
4. Studia projektowe:	04.01.2011	27.07.2014
5. Opracowanie dokumentacji przetargowej:	27.07.2014	29.09.2014
6. Postępowanie lub postępowania o udzielenie zamówienia:	2.10.2014	22.11.2016
7. Nabycie gruntów:	n/d	n/d

8. Zezwolenie na inwestycję:		29.05.2014
9. Etap budowy/umowa budowlana:	22.11.2016	12.2019
10. Etap operacyjny:	22.11.2019	

(*) Jeżeli już zakończony — należy podać dokładną datę, jeżeli planowany — należy podać ostatni miesiąc i rok.

n/d Zgodnie z decyzją Prezydenta Miasta Torunia WAiB.6220.11.11.8.2013 AG z 29.07.2013 organ stwierdził, że nie ma potrzeby przeprowadzania oceny oddziaływania na środowisko.

Ad. 4 Studia projektowe- okres od zlecenia projektu do otrzymania dokumentacji projektowej z prawomocnym pozwoleniem na budowę

Ad.5 opracowanie dokumentacji przetargowej- okres od otrzymania dokumentacji projektowej do ogłoszenia przetargu

H.2. Stopień przygotowania projektu

Należy opisać harmonogram projektu (J.1) w zakresie technicznych i finansowych postępów oraz obecny stopień przygotowania projektu w następujących pozycjach:

H.2.1. pod względem technicznym (studia wykonalności, opracowanie projektu itd.):

Projekt budowlano-wykonawczy został zlecony przez Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o. firmie 4105.eu Simon Gregson. Projekt budowlany został wykonany i zatwierdzony przez Prezydenta Miasta Torunia. Prezydent Miasta Torunia udzielił pozwolenia na budowę na wykonanie robót budowlanych Decyzją WAiB.6740. 13.154.63. 2014 MS KK MP z dn. 29.05.2014 r., która stała się prawomocna w dn. 21.06.2014 r.

Studium Wykonalności zlecił WSZ firmie DS CONSULTING Sp. z o.o.

H.2.2. pod względem administracyjnym z minimalnym odniesieniem do niezbędnych zezwoleń takich jak OOŚ, zezwolenie na inwestycję, decyzje terytorialne/decyzje z zakresu gospodarowania gruntami, zakup gruntów (w stosownych przypadkach), udzielanie zamówień publicznych itp.:

LP	ORGAN	PISMO		TEMAT
		DATA	ZNAK	
1	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego	12.03.2014	10/310/14	Uchwała w sprawie wyrażenia zgody Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu im. L. Rydygiera w Toruniu na użyczenie aktywów trwałych
2	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	29.05.2014	WAiB.6740. 13.154.63. 2014 MS KK MP	POZWOLENIE NA BUDOWĘ
3	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	10.10.2014	WAiB.6740. 1.154.1333. 2014.MS	POSTANOWIENIE O SPROSTOWANIU OCZYWISTEJ OMYŁKI W OSTATECZNEJ DECYZJI O POZWOLENIU NA BUDOWĘ Z 29 MAJA 2014, ZNAK: WAiB. 6740.13.154.63.2014.MS KK MP
4	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	11.07.2014	WAiB.6743. 50.376.379. 2014 JAC	ZGŁOSZENIE DLA ZADANIA PN. „BUDOWA PRZYŁĄCZA WODOCIĄGOWEGO DN. 150 ŻEL.” W ZWIĄZKU Z INWESTYCJĄ PRZEBUDOWY I ROZBUDOWY WSZZ PRZY UL. ŚW. JÓZEFA 53-59

5	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	04.08.2014	WAIb.6743. 50.598.437.2014 KJ	ZGŁOSZENIE DLA ZADANIA PN. „PRZEBUDOWA ISTNIEJĄCEGO ZJAZDU – DROGI DOJAZDOWEJ, STANOWIĄCEJ PAS DROGOWY UL. OSIEDLOWEJ W TORUNIU”
6	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	24.09.2014	WAIb.6743. 50.702.559.2014 MP	ZGŁOSZENIE DLA INWESTYCJI PN. „PRZEBUDOWA SIECI KANALIZACJI DESZCZOWEJ W DRODZE DOJAZDOWEJ Z UL. ŚW. JÓZEFA W TORUNIU
7	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	01.12.2014	WAIb.6743. 50.959.707. 2014.MP	ZGŁOSZENIE DLA ZADANIA PN. „BUDOWA PRZYŁĄCZA WODOCIĄGOWEGO PRZEWIDZIANEGO DO REALIZACJI W RAMACH PRZEDSIĘWZICIA PN. PRZEBUDOWA I ROZBUDOWA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO PRZY UL. ŚW. JÓZEFA W TORUNIU
8	WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE	14.05.2014	20/668/14	UCHWAŁA ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO – POMORSKIEGO W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA ROZBIÓRKĘ OBIEKTÓW BUDOWLANYC ZNAJDUJĄCYCH SIĘ NA NIERUCHOMOŚCI POŁOŻONEJ W TORUNIU PRZY UL. ŚW. JÓZEFA 53- 59
9	WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE	04.03.2015	9/281/15	UCHWAŁA ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO – POMORSKIEGO W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA WYSTĄPIENIE O UZYSKANIE ZEZWOLENIA NA USUNIĘCIE DRZEW I KRZEWÓW
10	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	20.03.2015	WŚiZ.6131. 514.2014.JT	DECYZJA - WYCINKA DRZEW DO 39
11	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	20.03.2015	WŚiZ.6131. 36.2015.JT	DECYZJA - WYCINKA DRZEW POWYŻEJ 39
12	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	08.12.2015	WŚiZ.6131. 514.2014.JT	ZMIANA TERMINU WYCINKI DRZEW – DECYZJA WYCINKA DRZEW DO 39 LAT
13	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	08.12.2015	WŚiZ.6131. 36.2015.JT	ZMIANA TERMINU WYCINKI DRZEW – DECYZJA WYCINKA DRZEW POWYŻEJ 39 LAT
14	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	14.12.2015	WŚiZ.6131. 514.2014.JT	POSTANOWIENIE – OMYŁKA PISARSKA DOT. TERMINU
15	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	01.12.2016	WŚiZ.6131. 36.2015.JT	DECYZJA – ZMIANA TERMINU POWYŻEJ 39 LAT
16	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	29.07.2013	WAIb.6220.11.11. 8.2013 AG	DECYZJA ŚRODOWISKOWA
17	PREZYDENT MIASTA TORUNIA	12.06.2017	WAIb.6740. 21.170.38.2017 MS WAIb-58/V/81	ZMIANA DECYZJI Z DN. 29.05.2014 POZWOLENIA NA BUDOWĘ W ZAKRESIE ZMIANY PARAMETRÓW BUDYNKU GARAŻU WIELOPOZIOMOWEGO
18	PREZYDENT MIASTA TORUNA	31.12.2013	WAIb.6733. 11. 29. 37. 2013. AR WAIb- 58/V/81, TIV	DECYZJA O USTALENIU LOKALIZACJI INWESTYCJI CELU PUBLICZNEGO
19	KUJAWSKO-POMORSKIE INWESTYCJE MEDYCZNE SP. Z O. O. Wojewódzki SZPITAL	02.10.2014	2014/S 189- 332994	ogłoszenie o zamówieniu na „Przebudowę i rozbudowę Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu”

	ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU			
20	KUJAWSKO-POMORSKIE INWESTYCJE MEDYCZNE SP. Z O. O. WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	07.10.2017	2017/S 193-395521	ogłoszenie o zamówieniu na „Dostawę wyposażenia dla przebudowywanego i rozbudowywanego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu – etap I”

H.2.3. Udzielanie zamówień publicznych:

Należy wypełnić poniższą tabelę.

Nazwa zamówienia	Rodzaj zamówienia (roboty budowlane /dostawy/u usługi)	Wartość (rzeczywista lub przewidywana)	Organ odpowiedzialny za zamówienie	Data ogłoszenia procedury przetargowej (rzeczywista lub planowana)	Data zakończenia oceny ofert (rzeczywista lub planowana)	Data podpisania zamówienia (rzeczywista lub planowana)	Podstawa (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej itd.) w stosownych przypadkach
Przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu ZP/10/14	Roboty budowlane	343 197 153,58	KPIM / Wojewódzki Szpital Zespołony im. Rydygiera	2.10.2014	30.12.2015	22.11.2016	Ogłoszenie o udzieleniu zamówienia nr: 2016/S 247-452257
Dostawa wyposażenia dla przebudowywanego i rozbudowywanego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu – etap I ZP/06/17 22 pakiety – sukcesywnie podpisano 20 umów	Dostawy	52 934 766,34	KPIM / Wojewódzki Szpital Zespołony im. Rydygiera	7.10.2017	8.02.2018	30.01.2018 ; 27.02.2018	Ogłoszenia o udzieleniu zamówienia nr: 2018/S 035-076139 2018/S 047-102905
Dostawa wyposażenia dla przebudowywanego i rozbudowywanego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. L. Rydygiera w Toruniu – etap II	Dostawy	35 247 552,46 zł	KPIM / Wojewódzki Szpital Zespołony im. Rydygiera	2/11/2018	2/02/2019	15/03/2019	

W.Sz.Z.: TZ-280-90/18 przetarg nieograniczony na dostawę sprzętu informatycznego, licencji oraz usług nadzoru autorskiego oprogramowania w celu rozbudowy infrastruktury informatycznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu	Dostawy	17991889,73	Wojewódzki Szpital Zespołowy im. Rydygiera	10.2018	11.2018	12.2018	
---	---------	-------------	--	---------	---------	---------	--

H.2.4. Pod względem finansowym (decyzje dotyczące zobowiązań w zakresie krajowych wydatków publicznych, wymaganych lub przyznanych pożyczek itd. — podać odniesienia):

100% wkładu własnego jest dostępne dla beneficjenta (WSZ) w postaci już poniesionych wydatków oraz oszczędności, 100% wkładu własnego jest dostępne dla partnera (KPIM) w postaci już poniesionych wydatków oraz w związku z umową kredytową EBI
85% z EFRR zostało zakontraktowanych, pozostałe są w trakcie procedury identyfikacji projektu strategicznego w osi 6 RPO WK-P (spodziewana data uzyskania dostępu 12.2018)

H.2.5. Jeżeli realizacja projektu już się rozpoczęła, należy wskazać stan zaawansowania prac:

Umowa z Wykonawcą, Konsorcjum firm: Budimex S.A. (Lider) i Ferroviał Agroman S.A., została podpisana w dn. 22.11.2016 r. Cena Kontraktowa Oferty Wykonawcy to 336 413 825, 65 zł brutto (275 191 167,77 zł netto).

Po zawarciu Umowy zawarto Zmiany nr 1, 3, 4 i 6 do Umowy, które zwiększyły Kwotę Kontraktową do 348 985 212, 17 zł brutto (285 411 807,23 zł netto).

L.pl	ODCINEK	ZAAWANSOWANIE FINANSOWE Sierpień 2018
1	ODCINEK 1 – BUDYNEK 510 (główny)	55,62%
2	ODCINEK 2 – BUDYNEK 520 (administracyjny)	51,74%
3	ODCINEK 3 – BUDYNEK 530 (zakaźny)	40,35%
4	ODCINEK 4 – BUDYNEK 540 (psychiatryczny)	17,21%
5	ODCINEK 5.1 – BUDYNEK 550 – piętro VI (istniejący)	0,00%
6	ODCINEK 5.2 – BUDYNEK 550 – piętra II-V (istniejący)	2,82%
7	ODCINEK 6 – BUDYNEK 560 (garaż wielopoziomowy)	100,00%
8	ODCINEK 7 – BUDYNEK 570 (budynki techniczne)	95,15%
9	ODCINEK 8 – BUDYNEK 580 (istniejący - część pięter -1, 0, 1)	3,83%
10	ODCINEK 9 - ZAGOSPODAROWANIE I	76,19%
11	ODCINEK 10 - ZAGOSPODAROWANIE II	33,09%
12	Odcinek 11 -Przebudowa zjazdu	0,00%
	Razem	47,68%

Zaawansowanie wynikające ze Zmian do Umowy:

L.p.	NR ZMIANY	ZAAWANSOWANIE FINANSOWE KWIECIEŃ 2018
13	ZMIANA NR 1 – NADBUDOWA GARAŻU – ODCINEK 6	100,00%
14	ZMIANA NR 3	40,64%
15	ZMIANA NR 4	46,08%
16	ZMIANA NR 6	37,42%
	RAZEM WARTOŚĆ ROBÓT ZAMIENNYCH / UZUPEŁNIAJĄCYCH	46,39%

ZMIANA 2 i 5 TO ZMIANY NIE RODZĄCE SKUTKÓW FINANSOWYCH:

1. ZMIANA NR 2 – DOT. PODZIŁU PŁATNOŚCI Z UWAGI NA DOFINANSOWANIE Z RPO;
2. ZMIANA NR 5 - DOT. ZMIN KONTA WYKONAWCY

CAŁKOWITE ZAAWANSOWANIE PRAC BUDOWLANYCH NA SIERPIEŃ 2018 – 49,13%

I. CZY PROJEKT PODLEGA PROCEDURZE PRAWNEJ W ZWIĄZKU Z BRAKIEM ZGODNOŚCI Z PRAWEM UNIJNYM? <type='C' input='M'>

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje i uzasadnić proponowany wkład z budżetu Unii w tym zakresie:

< type='S' maxlength='1750' input='M'>

J. CZY PRZEDSIĘBIORSTWO BYŁO LUB JEST OBJĘTE PROCEDURĄ³⁹ ODZYSKIWANIA WKŁADU UNIJNEGO W NASTĘPSTWIE PRZENIESIENIA DZIAŁALNOŚCI PRODUKCYJNEJ POZA OBSZAR OBJĘTY PROGRAMEM?

Tak Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje i uzasadnić proponowany wkład na rzecz projektu z budżetu Unii w tym zakresie:

K. UDZIAŁ INICJATYWY JASPERS W PRZYGOTOWANIU PROJEKTU

K.1. Czy inicjatywa JASPERS przyczyniła się do realizacji jakiegokolwiek etapu przygotowania tego projektu?

Tak Nie

K.2. Należy opisać elementy projektu, w które wkład miała inicjatywa JASPERS (np. zgodność z wymogami w dziedzinie ochrony środowiska, zamówienia publiczne, przegląd opisu technicznego, analiza kosztów i korzyści).

Konsultanci Jaspers doradzali przy sporządzaniu dokumentacji na etapie zgłoszenia dużego projektu. Doradztwo dotyczyło pomocy publicznej, montażu finansowego, zarządzania infrastrukturą po etapie realizacyjnym.

L. STATUS PROJEKTU W ODNIESIENIU DO ART. 102 ROZPORZĄDZENIA (UE) NR 1303/2013

³⁹ Na mocy art. 71 ust. 2 rozporządzenia (UE) nr 1303/2013.

L.1. Jeżeli projekt złożono zgodnie z procedurą przedstawioną w art. 102 ust. 2, należy określić, czy projekt objęto oceną jakości przeprowadzoną przez niezależnych ekspertów?

Tak

Nie

Jeżeli tak, należy podać szczegółowe informacje i uzasadnić zmianę procedury przedkładania projektów Komisji:

'1750'

M. PODSUMOWANIE ZMIAN WPROWADZONYCH DO FORMULARZA WNIOSKU W PRZYPADKU DUŻEGO PROJEKTU PODLEGAJĄCEGO MODYFIKACJI

Nie dotyczy

N. POTWIERDZENIE PRZEZ WŁAŚCIWY ORGAN KRAJOWY

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

Imię i nazwisko	
Podpis (podpis elektroniczny za pośrednictwem SFC2014)	
Organizacja (instytucja(-e) zarządzająca(-e))	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu
Data	

Dodatek 1 ⁽¹⁾

DEKLARACJA ORGANU ODPOWIEDZIALNEGO ZA MONITOROWANIE OBSZARÓW NATURA 2000

Institucja odpowiedzialna

po zbadaniu wniosku dotyczącego projektu:

w odniesieniu do projektu zlokalizowanego w:

oświadcza, że projekt prawdopodobnie nie wywrze istotnego wpływu na obszar Natura 2000 z następujących powodów:

--

W związku z tym przeprowadzenie odpowiedniej oceny wymaganej na mocy art. 6 ust. 3 dyrektywy Rady 92/43/EWG ⁽²⁾ nie zostało uznane za niezbędne.

W załączniku znajduje się mapa w skali 1:100 000 (lub w skali najbardziej zbliżonej do wymienionej) ze wskazaniem lokalizacji projektu oraz przedmiotowego obszaru Natura 2000, jeżeli taki istnieje.

Data (dd/mm/rrrr):

Podpisano:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Organizacja:

(Organ odpowiedzialny za monitorowanie obszarów Natura 2000)

Urzędowa pieczęć:

⁽¹⁾ Deklaracja znajdująca się w dodatku 1 powinna zawierać nazwę odpowiedniego obszaru lub obszarów, numer identyfikacyjny, odległość miejsca, w którym realizowany jest projekt do najbliższych obszarów Natura 2000, jego cele w zakresie ochrony i uzasadnienie, że istnieje małe prawdopodobieństwo, aby projekt (czy to samodzielnie, czy w połączeniu z innymi projektami), mógł w istotny sposób negatywnie wpłynąć na obszary objęte lub które mają być objęte siecią Natura 2000 i, w stosownych przypadkach, decyzją administracyjną.

⁽²⁾ Dyrektywa Rady 92/43/EWG z dnia 21 maja 1992 r. w sprawie ochrony siedlisk przyrodniczych oraz dzikiej fauny i flory (Dz.U. L 206 z 22.7.1992, s. 7).

Dodatek 2

DEKLARACJA WŁAŚCIWEGO ORGANU ODPOWIEDZIALNEGO ZA GOSPODARKĘ WODNĄ ⁽¹⁾

Institucja odpowiedzialna

po zbadaniu wniosku dotyczącego projektu:

w odniesieniu do projektu zlokalizowanego w:

oświadcza, że projekt nie pogarsza stanu jednolitej części wód ani nie uniemożliwia osiągnięcia dobrego stanu wód/potencjału z następujących powodów:

--

Data (dd/mm/rrrr):

Podpis:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Organizacja:

(Właściwy organ określony zgodnie z art. 3 ust. 2 ramowej dyrektywy wodnej)

Pieczczę urzędu:

⁽¹⁾ Zgodnie z art. 3 ust. 2 dyrektywy 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiającej ramy wspólnotowego działania w dziedzinie polityki wodnej (Dz.U. L 327 z 22.12.2000, s. 1).

Dodatek 4

STUDIA WYKONALNOŚCI I ANALIZA KOSZTÓW I KORZYŚCI (ZGODNIE Z WYMOGIEM OKREŚLONYM W PKT D I E)

Dodatek 5

MAPA, NA KTÓREJ WSKAZANO OBSZAR PROJEKTU, ORAZ DANE GEOGRAFICZNE (ZGODNIE Z WYMOGIEM OKREŚLONYM W PKT B.3.1)

Dodatek 6

DOKUMENTACJA WYMAGANA W PKT F.3.3 (dotyczy programu operacyjnego)

- a) nietechniczne streszczenie sprawozdania z OOŚ ;
- b) informacje na temat konsultacji z organami ds. ochrony środowiska, ze społeczeństwem oraz w stosownych przypadkach z innymi państwami członkowskimi przeprowadzonych zgodnie z art. 6 i 7 dyrektywy OOŚ;
- c) decyzję właściwego organu wydaną zgodnie z art. 8 i 9 dyrektywy OOŚ , w tym informacje dotyczące sposobu podania jej do wiadomości publicznej.