

Marcin Mazurek

FUNDUSZE STRUKTURALNE JAKO ŹRÓDŁO FINANSOWANIA INWESTYCJI W JEDNOSTKACH OCHRONY ZDROWIA

STRUCTURAL FUNDS AS A SOURCE OF FINANCING INVESTMENTS IN HEALTH CARE UNITS

Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

STRESZCZENIE

Fundusze strukturalne dają zakładom opieki zdrowotnej możliwość pozyskania środków na inwestycje służące poprawie jakości i efektywności wykonywanych świadczeń zdrowotnych, a także na poprawę jakości zarządzania placówką. Niniejsza praca stanowi opis niektórych możliwości finansowych dla systemu ochrony zdrowia, jakie stwarzają środki europejskie wydatkowane w ramach „Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki” oraz „Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko”. Wskazano potencjalne źródła finansowania inwestycji w ramach regionalnych programów operacyjnych. Przedstawiono również poziom i strukturę wsparcia finansowego przeznaczonego dla beneficjentów wybranych programów operacyjnych.

Słowa kluczowe: fundusze strukturalne, zakłady opieki zdrowotnej, inwestycje, źródła finansowania

ABSTRACT

Structural funds could provide grounds for investments in health care institutions to improve quality and efficiency of health services and healthcare management allocated under Operational Programme Human Capital and Operational Programme Infrastructure and Environment. This article presents a description of the opportunities offered by the selected operational programmes. Potential sources of financing investments in the regional operational programmes are indicated. Current level and structure of financial support for intended beneficiaries of programmes are also presented.

Key words: structural funds, health care institutions, investments, sources of funding

WSTĘP

Zarówno działalność, jak i rozwój zakładu opieki zdrowotnej wiążą się z koniecznością prowadzenia procesu inwestycyjnego. Inwestowanie wymaga wskazania tzn. identyfikacji źródła finansowania. Obecnie możliwość pozyskania środków na inwestycje jest ściśle powiązana z możliwościami finansowymi organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej. Jednym z możliwych sposobów finansowania inwestycji są fundusze strukturalne. Spośród możliwych źródeł finansowania można wymienić pomoc bezzwrotną z „Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki” - Priorytet II, a także „Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko” w części Priorytet XII. Celem wymienionych programów operacyjnych jest finansowanie inwestycji związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym oraz poprawą efektywności systemu ochrony zdrowia. Do głównych założeń programów należy m.in. poprawa stanu zdrowia obywateli, prowadząca do wzrostu liczby osób aktywnych zawodowo. W tym celu zakłada się

konieczność poprawy infrastruktury ochrony zdrowia, unowocześnienie sprzętu medycznego oraz rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego. Priorytet XII Programu Infrastruktura i Środowisko przeznaczony jest dla zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń medycyny ratunkowej, a także świadczeń specjalistycznych i wysokospecjalistycznych. Na podstawie priorytetu II programu Kapitał Ludzki za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia finansowane będą projekty skierowane do zakładów opieki zdrowotnej oraz kadry medycznej.

Inwestycje prowadzone przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z zakresu: zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych, z zakresu promocji zdrowia, pokrycia kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego, inwestycji, w tym zakupy wysokospecjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego mogą być finansowane poprzez dotacje organów założycielskich

(1). Jednakże ograniczone możliwości budżetowe samorządów terytorialnych, centralnych organów administracji rządowej, publicznych uczelni medycznych, czy też innych organów uprawnionych do utworzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej wymuszają na zakładach opieki zdrowotnej dywersyfikację źródeł przychodów służących finansowaniu inwestycji.

Wydatki inwestycyjne w jednostkach opieki zdrowotnej wyniosły w 2008 roku 5 887 mln zł, były wyższe w porównaniu do roku poprzedniego o 1 100 mln zł i stanowiły 6,6% wydatków ogółem na ochronę zdrowia (2).

Celem pracy jest przedstawienie krótkiej charakterystyki wybranych programów operacyjnych, które stwarzają możliwość pozyskania środków na przeprowadzenie inwestycji w jednostce ochrony zdrowia.

Zawarte w programach operacyjnych priorytety stanowią wyodrębnione części tych programów, stanowiące zbiór działań, których realizacja służy osiągnięciu celu szczegółowego, określonego w programie. Każde działanie charakteryzuje odrębne przeznaczenie i zasady realizacji. W tabeli I przedstawiono wykaz priorytetów i działań zawartych w wybranych programach operacyjnych.

CHARAKTERYSTYKA DZIAŁANIA 2.3 PRIORYTETU II PROGRAMU „KAPITAŁ LUDZKI”

W ramach działania numer 2.3 priorytetu II „Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki” na lata 2007 – 2013 możliwe jest pozyskanie środków na sfinansowanie projektów służących wzmocnieniu potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawie jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zakłada się osiągnięcie celu poprzez realizację projektów związanych z opracowaniem kompleksowych programów zdrowotnych, doskonalenie zawodowe kadr medycznych oraz podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia. Głównym zamierzeniem jest poprawa zdrowia ludności czynnej zawodowo, m.in. przez zmniejszenie zapadalności na choroby związane ze środowiskiem pracy. Programy te będą również służyły aktywizacji osób, które ucierpiały na skutek choroby zawodowej lub chorób związanych z warunkami pracy. Ponadto zakłada się wydłużenie okresu zatrudnienia poprzez poprawę stanu zdrowia osób aktywnych zawodowo, m.in. dzięki podwyższeniu standardu świadczeń zdrowotnych medycyny pracy (3).

Podnoszenie kwalifikacji kadr medycznych to nie tylko wymóg formalno - prawny, ale również potrzeba wymuszona przez szybki rozwój technologii medycznych. Dlatego w ramach priorytetu II programu Kapitał Ludzki finansowaniu podlegać będą programy związane z prowadzeniem studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych, a także programy związane

ze zwiększeniem liczby lekarzy specjalistów z zakresu kardiologii oraz onkologii. Choroby układu naczyniowego oraz choroby onkologiczne stanowią główną przyczynę zgonów wśród ludności polskiej (4). Aby temu zapobiec, konieczne jest ułatwienie dostępności do lekarzy kardiologów i onkologów wykonujących świadczenia zdrowotne. Poprawie stanu zdrowia osób aktywnych zawodowo posłuży m.in. zwiększenie liczby lekarzy medycyny pracy.

Wśród głównych, zidentyfikowanych przyczyn problemów w funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej wymienia się błędy w zarządzaniu. Błędy w wydatkowaniu powierzonych środków finansowych, gospodarowaniu powierzonym mieniem oraz kierowaniu personelem niejednokrotnie prowadziły do zadłużenia tych zakładów (5). Szkolenia obejmujące kadrę zarządzającą szpitali mają polepszyć zdolności zarządzania, a tym samym efektywność gospodarowania powierzonymi środkami. Dowodem poprawy jakości i podniesienia standardów wykonywanych świadczeń zdrowotnych będzie zwiększona liczba placówek medycznych posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Wsparcie procesu akredytacyjnego skierowane jest szczególnie do zakładów opieki zdrowotnej mających zawartą umowę z Narodowym Funduszem zdrowia lub ich działalność jest finansowana ze środków publicznych.

Na realizację założeń Priorytetu II „Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki” zagwarantowano 778 011 906 euro, przy 85% wkładzie ze środków unijnych i 15% wsparciu ze środków publicznych. Z tej kwoty 105 713 179 euro posłuży działaniom mającym na celu wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ponad 100 444 979 euro przeznaczono na kształcenie kadr medycznych, natomiast na podniesienie jakości zarządzania placówkami medycznymi 3 121 000 euro. Przewidziano 2 147 200 euro na opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych. Głównymi beneficjentami wsparcia są: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Przygotowane przez beneficjentów programy są kierowane do kadry zarządzającej szpitali, dysponentów środków publicznych na świadczenia zdrowotne oraz do zakładów opieki zdrowotnej posiadających umowę z płatnikiem publicznym (3).

CHARAKTERYSTYKA PRIORYTETU XII PROGRAMU OPERACYJNEGO „INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO”

Priorytet XII w całości poświęcony jest ochronie zdrowia i zawiera w sobie dwa działania, które są

Tabela I. Wykaz priorytetów i działań dedykowanych na ochronę zdrowia w ramach Programów Operacyjnych: „Kapitał ludzki” oraz „Infrastruktura i Środowisko” ze wskazaniem Funduszu, z którego pochodzą środki

Table I. The priorities and actions dedicated to the health of the Operational Programme: “Human Capital” and “Infrastructure and Environment”, an indication of origin of funds

Nazwa Programu	Nazwa Funduszu	Numer i nazwa priorytetu	Numer i nazwa działania
Program Operacyjny Kapitał Ludzki	Europejski Fundusz Społeczny	II: Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących	2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zagwarantowano możliwość finansowania przedsięwzięć związanych
Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, Fundusz Spójności	XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia	12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego
			12.2 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym

kierowane do innej grupy podmiotów. W każdym działaniu określone są odrębne cele i zasady prowadzenia projektów. Działanie 12.1 dotyczy rozwoju systemu ratownictwa medycznego. Głównym założeniem w tej części programu jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów zagrożenia życia. Projekt skierowany jest do szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych oraz zespołów ratownictwa medycznego, które są wpisane do wojewódzkiego planu działania systemu zdrowotnego w zakresie ratownictwa medycznego. Beneficjenci to niepubliczne oraz publiczne zakłady opieki zdrowotnej, udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Beneficjentami mogą być również organy założycielskie wymienionych wcześniej zakładów opieki zdrowotnej. Uzyskane środki przeznaczone są przede wszystkim na wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego, a także czynności remontowo - budowlane oraz wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej. Możliwy jest również zakup wyrobów medycznych, które są niezbędne w procesie diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Możliwe jest pozyskanie środków na budowę lub remont lądowisk dla helikopterów.

Maksymalny udział dofinansowania w przypadku jednostek, które są częścią sektora finansów publicznych stanowi 100% (środki unijne wraz ze środkami krajowymi), zaś w przypadku jednostek spoza sektora finansów publicznych maksymalna kwota dofinansowania sięga 85% całości inwestycji.

Działanie 12.2 w ramach priorytetu XII zakłada finansowanie inwestycji związanych z przebudową, rozbudową, budową bądź remontem infrastruktury ochrony zdrowia. Ponadto zakłada wyposażenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w nowoczesny

sprzęt medyczny służący do leczenia i diagnostyki w trakcie wykonywania specjalistycznych lub wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Beneficjentami są publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które z racji wykonywanych świadczeń mają znaczenie ponadregionalne. Ma to na celu podniesienie jakości, dostępności oraz obniżenie kosztów wykonywanych świadczeń, prowadząc tym samym pośrednio do poprawy stanu zdrowia ludności. W tym przypadku udział dofinansowania może wynosić nawet 100% wartości inwestycji. W szczegółowym opisie priorytetu podano również przykładowe rodzaje finansowanych projektów. Minimalna wartość inwestycji prac remontowo - budowlanych wynosi 1 mln zł., zaś zakup aparatury obrazowej 400 tys. zł. Wartość projektów związanych z zakupem wyrobów medycznych wykorzystywanych w trakcie diagnostyki i leczenia musi wynosić co najmniej 400 tys. zł. Wartość maksymalna projektu nie może przekroczyć 50 mln zł., przy czym wartość wsparcia to 10 ml zł przy wkładzie własnym ze środków budżetowych oraz 8,5 mln przy wsparciu pozabudżetowym (6).

W ramach Priorytetu XII „Programu Infrastruktura i Środowisko” finansowane będą inwestycje na łączną kwotę 411 757 941 euro, przy wsparciu europejskim 349 990 00 euro. Wartość wsparcia ze środków unijnych będzie wynosiła 85%. Wkład wspólnotowy pochodzi z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Pozostała kwota to środki publiczne, które stanowią znaczną część środków wkładu krajowego. Na wkład krajowy składają się środki publiczne (środki budżetu państwa 55%, środki jednostek samorządu terytorialnego 17% oraz inne stanowiące 29%). Wartość środków prywatnych nie przekracza 4 % wkładu krajowego(6).

REGIONALNE PROGRAMY OPERACYJNE W CZĘŚCI DEDYKOWANEJ OCHRONIE ZDROWIA

Poza omówionymi powyżej Programami Operacyjnymi, w każdym z 16 województw w Polsce

Tabela II. Wykaz priorytetów i działań dedykowanych na ochronę zdrowia Regionalnych Programów Operacyjnych ze wskazaniem wartości przeznaczonych środków

Table II. The priorities and measure dedicated to the healthcare of the Regional Operational Programmes, with indication of the funds allocated

Województwo	Wartość środków z EFRR (w euro)	Numer i Nazwa Priorytetu	Numer i Nazwa Działania
dolnośląskie	52 722 970	VIII Modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku ("Zdrowie")	8.1. Poprawa jakości opieki zdrowotnej
kujawsko-pomorskie	42 333 938	III Rozwój infrastruktury społecznej	3.2. Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej
lubelskie	53 460 000	VIII Infrastruktura społeczna	8.3. Ochrona zdrowia
lubuskie	13 172 194	IV Poprawa jakości życia mieszkańców	4.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia
łódzkie	41 060 341	V Infrastruktura społeczna,	5.1 Infrastruktura ochrony zdrowia
małopolskie	30 001 198	V Krakowski Obszar Metropolitalny	5.2 Rozwój funkcji metropolitalnych Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego
		VI Spójność wewnątrzregionalna	6.3 Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców, w tym socjalnego i zdrowotnego
mazowieckie	61 240 953	VII Tworzenie i poprawa warunków dla rozwoju kapitału ludzkiego	7.1 Infrastruktura służąca ochronie zdrowia i życia
opolskie	12 814 344	V Infrastruktura społeczna i szkolnictwo wyższe	5.2 Rozwój bazy medycznej w regionie
podkarpackie	39 543 512	V Infrastruktura publiczna	5.2 Infrastruktura ochrony zdrowia i pomocy społecznej
podlaskie	19 000 000	VI Rozwój infrastruktury społecznej	6.2 Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej
pomorskie	35 402 630	VII Ochrona zdrowia i system ratownictwa medycznego	
śląskie	37 759 000	IX Zdrowie i rekreacja	
świętokrzyskie	50 806 509	V Wzrost jakości infrastruktury społecznej oraz inwestycje w dziedzictwo kulturowe, turystykę i sport	5.1 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia
warmińsko-mazurskie	35 096 261	III Infrastruktura społeczna	3.2 Wysoki poziom zabezpieczenia i dostępności medycznej i opiekuńczej
wielkopolskie	52 620 000	V Infrastruktura dla kapitału ludzkiego	5.3 Poprawa warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w województwie
zachodnio-pomorskie	36 810 000	VII Rozwój infrastruktury społecznej i ochrony zdrowia	7.3 Infrastruktura ochrony zdrowia

opracowano Regionalne Programy Operacyjne, które mają na celu podnoszenie konkurencyjności regionu oraz promowanie zrównoważonego rozwoju. Środki na regionalne programy operacyjne pochodzą z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR). Na działania związane z infrastrukturą społeczną i ochroną zdrowia przeznaczono 7% całkowitej kwoty – w tym na ochronę zdrowia i opiekę nad dzieckiem maksymalnie 3% dostępnych środków. Łączna wartość środków na ochronę zdrowia w skali kraju wynosi 613 843 850 euro. Podmiotami odpowiedzialnymi za zarządzanie programami są zarządy województw. Wykaz priorytetów i działań, z których istnieje możliwość pozyskania środków na inwestycje w ochronie zdrowia w ramach

regionalnych programów operacyjnych przedstawiono w tabeli II (7).

PODSUMOWANIE

Fundusze strukturalne stanowią jeden z elementów finansowania inwestycji służących poprawie efektywności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (8). W pracy omówiono zarysy dwóch programów, które dają możliwość pozyskiwania przez zakład opieki zdrowotnej potrzebnych środków finansowych. Stopień ich wykorzystania oraz udział środków finansowych wkładu europejskiego w stosunku do wkładu krajowego

daje podstawę do stwierdzenia, iż fundusze strukturalne są coraz bardziej dostępne i stanowią dużą szansę poprawy jakości i efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 30.08.1991o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 75, poz. 518) Art. 55
2. GUS. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2008 rok, Materiał na konferencję w dniu 23 lipca 2010 r., str 3-5.
3. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego; Szczegółowy opis priorytetów programu operacyjnego Kapitał Ludzki 2007- 2013, Warszawa 2009: 50-75;76-78.
4. GUS. Sytuacja demograficzna w Polsce, Materiał na konferencję w dniu 23 października 2007r. str 6.
5. NIK. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego w województwie łódzkim, Łódź 2009, str. 6-10.
6. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego; Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007 – 2013, Szczegółowy opis priorytetów Warszawa 2010 r. str. 203-213.
7. <http://www.zdrowie.gov.pl/index.php?rpo-1>
8. Sprawozdanie z realizacji XII Priorytetu PO IiŚ (I półroczu 2009), <http://www.zdrowie.gov.pl/index.php?Sprawozdania>

Otrzymano: 18.08.2010 r.

Zaakceptowano do druku: 15.09.2010 r.

Adres do korespondencji:

Mgr Marcin Mazurek
Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony
Zdrowia i Szpitalnictwa
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. 022 5421245,
e-mail: mmazurek@pzh.gov.pl