

Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce

Katarzyna Dubas-Jakóbczyk

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 33, katarzyna.dubas@uj.edu.pl

■ Abstract

European Union structural funds' role in financing investments in Polish health care sector

The article presents the analysis of European Union structural funds' role in financing investments in Polish health care sector. The analysis includes investments in physical assets (mainly equipment, renovations) as well all projects related to human capital (education). Distinguishing features of EU co-financed investments projects are presented. The analysis is focused on the period 2007–2013, however some basic assumptions for the new financial perspective (2014–2020) were also discussed. The outcomes of the analysis confirm that EU structural funds constitute an important (and in many cases major) source of financing investments in Polish health care sector. However, at the macro level there is a strong need for introduction of coordination policies and rationalization mechanisms (linking the investments planning with the actual health needs and sustainability prognosis).

Key words: co-financing, European Union, grants, health care, investments

Słowa kluczowe: dofinansowanie, dotacje, inwestycje, ochrona zdrowia, Unia Europejska

■ Wprowadzenie

Pojęcie „funduszy unijnych” stało się w ostatnim dziesięcioleciu niezwykle popularne. W potocznym rozumieniu jest ono często identyfikowane z każdego rodzaju środkami finansowymi pochodzącymi z budżetu Unii Europejskiej (UE) stanowiącymi dofinansowanie określonych projektów. Zgodnie z nomenklaturą oficjalnych dokumentów natomiast funkcjonują trzy fundusze Unii Europejskiej, tj. Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejski Fundusz Społeczny (EFS) oraz Fundusz Spójności (FS). Dwa pierwsze określane są mianem funduszy strukturalnych i na ich podstawie tworzone są krajowe programy operacyjne. Obok funduszy strukturalnych na poziomie UE funkcjonują również tzw. programy oraz inicjatywy wspólnotowe. Ogólny zarys

struktury programów służących realizacji polityki UE w latach 2007–2013 przedstawia **Tabela I**.

Zarówno inicjatywy, programy, jak i fundusze są opracowywane w celu wsparcia realizacji polityki UE. Fundusze strukturalne stanowią podstawowe narzędzie realizacji polityki spójności mającej na celu wspieranie działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach UE. Ich wykorzystanie w okresie 2007–2013 przybierało formę dotacji dla tych regionów, w których wskaźnik produktu krajowego brutto (PKB) na jednego mieszkańca był poniżej 75% średniej UE¹ (w Polsce dotyczyło to wszystkich 16 województw). Inicjatywy wspólnotowe mają za zadanie wsparcie działań realizowanych w ramach funduszy strukturalnych, natomiast programy wspólnotowe są dostępne najczęściej dla wszystkich kra-

Poziom	Inicjatywy Wspólnotowe	Programy Wspólnotowe	Fundusze Strukturalne
Poziom UE	Inicjatywy dostępne dla Polski: • JASPERS • JESSICA • JEREMIE	M.in.: • Program Zdrowia Publicznego • Program „Uczenie się przez całe życie” • 7. Program Ramowy	• Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR) • Europejski Fundusz Społeczny (EFS) • Fundusz Spójności (FS)**
Poziom krajowy	Krajowa agencja kontaktowa ds. danego programu		Krajowe programy operacyjne (PO): • PO Infrastruktura i Środowisko • PO Innowacyjna Gospodarka • PO Kapitał Ludzki • 16 Regionalnych PO • Program Rozwój Polski Wschodniej • Program Pomoc Techniczna • Programy Europejskiej Współpracy Terytorialnej
Poziom regionalny	-----		Krajowa instytucja wdrażająca Regionalne instytucje wdrażające

* Z wykluczeniem programów z zakresu rybołówstwa oraz rozwoju obszarów wiejskich.

** Fundusz Spójności nie jest zaliczany do funduszy strukturalnych, służy jednak realizacji polityki strukturalnej UE poprzez dofinansowanie dużych projektów z zakresu infrastruktury transportowej i ochrony środowiska.

Tabela 1. Programy służące realizacji polityki UE w latach 2007–2013*.

Źródło: Opracowanie własne.

jów UE (niezależnie od poziomu PKB) i służą rozwojowi współpracy i realizacji wspólnych działań w określonych dziedzinach. W przypadku Polski możliwość pozyskania środków na realizację zadań odnoszących się w sposób bezpośredni lub pośredni do obszaru ochrony zdrowia dotyczyła wszystkich trzech rodzajów programów funkcjonujących na poziomie UE. Przykładowo „Drugi Wspólnotowy Program Działania w Dziedzinie Zdrowia na lata 2008–2013” (*Health Programme*) w całości był przeznaczony na realizację projektów przyczyniających się do poprawy poziomu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli UE [1]. Z kolei w ramach 7. Programu Ramowego (*Seventh Framework Programme*) można było pozyskać środki na działalność naukowo-badawczą m.in. w zakresie nauk medycznych (komponent tematyczny – zdrowie) [2].

Celem niniejszego artykułu jest analiza wykorzystania funduszy strukturalnych UE na inwestycje w ochronie zdrowia w Polsce. Pod pojęciem inwestycji należy tu rozumieć zarówno te odnoszące się do aktywów trwałych (np. zakup sprzętu, wartości niematerialnych i prawnych, remont i budowa obiektów), jak i inwestycje w kapitał ludzki (szkolenia i podnoszenie kwalifikacji personelu). W artykule przedstawiono główne cechy wyróżniające projekt inwestycyjny realizowany ze wsparciem środków UE, dokonano analizy wykorzystania funduszy strukturalnych w okresie programowania 2007–2013 oraz omówiono podstawowe założenia nowej perspektywy finansowej 2014–2020. Podkreślenia wymaga

fakt, iż dokonane analizy dotyczą wyłącznie inwestycji realizowanych ze wsparciem środków funduszy strukturalnych UE. Tymczasem w okresie objętym analizą możliwość pozyskania środków finansowych na inwestycje w ochronie zdrowia wynikała również z innych programów międzynarodowych – nieopartych na budżecie UE. Wymienić tu należy przede wszystkim środki Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (*Swiss Contribution*), Norweskiego Mechanizmu Finansowego (*Norway Grants*) oraz Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (*EEA Grants*)².

Podstawowe założenia projektu inwestycyjnego realizowanego ze wsparciem finansowym UE

Uzyskanie dofinansowania ze środków UE na realizację projektu inwestycyjnego jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Najważniejsze z nich to: (1) odniesienie do celów danego programu operacyjnego, (2) metoda wyboru projektów oraz (3) kwalifikowalność podmiotu jako potencjalnego beneficjenta.

Najpierw należy się zapoznać ze szczegółowym opisem priorytetów danego programu operacyjnego – aby ocenić, czy planowany projekt wpisuje się w konkretny obszar tematyczny. Struktura poszczególnych programów najczęściej zawiera hierarchiczny podział na: priorytety, działania, a czasami również poddziałania i schematy. Proponowany projekt musi być spójny z celami danego działania, poddziałania i/lub schematu.

Drugi krok to uzyskanie informacji o stosowanej w ramach danego działania metodzie wyboru projektów. W okresie programowania 2007–2013 projekty mogły bowiem mieć charakter projektów: systemowych, indywidualnych lub wybieranych w trybie konkursowym. Projekty systemowe i indywidualne odnoszą się do realizacji zadań publicznych o charakterze strategicznym, a ich wyboru dokonuje się najczęściej na poziomie poszczególnych ministerstw (systemowe³) lub władz regionalnych (indywidualne⁴). Są to projekty, których wdrożenie w istotny sposób przyczynia się do przyspieszenia rozwoju społeczno-gospodarczego kraju lub regionu – stąd wybierane odgórnie, w trybie pozakonkursowym⁵. Praktyczna możliwość aplikowania o uzyskanie dofinansowania na inwestycję dla konkretnego podmiotu leczniczego występuje więc w przypadku konkursowego trybu wyboru projektów. Konkurs może mieć charakter otwarty (nabór wniosków ma charakter ciągły – do czasu wyczerpania określonego poziomu alokacji) lub zamknięty (podana data otwarcia i zakończenia naboru wniosków).

Każde „ogłoszenie o konkursie” musi precyzować charakter podmiotów uprawnionych do ubiegania się o wsparcie – co stanowi trzeci kluczowy warunek możliwości uzyskania dofinansowania. W okresie programowania 2007–2013, w ramach działań odnoszących się do inwestycji w podmiotach leczniczych, występowały postępowania konkursowe skierowane wyłącznie do podmiotów publicznych⁶, jak również przeznaczone zarówno do jednostek publicznych, jak i niepublicznych⁷. Często stosowanym kryterium, uprawniającym do zaliczenia do grona potencjalnych beneficjentów, było „funkcjonowanie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia” – interpretowane jako posiadanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ)⁸. W przypadku niektórych konkursów grupę potencjalnych beneficjentów mogły stanowić nie tylko same podmioty lecznicze, lecz także ich organy założycielskie.

Niezależnie od trybu wyboru projektów wszystkie inwestycje realizowane ze wsparciem finansowym UE podlegają pewnym wspólnym, ogólnym zasadom. Najważniejsze z nich to:

- podpisanie umowy o dofinansowanie z określoną instytucją wdrażającą, definiującą wartość oraz warunki przekazania środków;
- realizacja inwestycji zgodnie z przedłożoną dokumentacją projektową zawierającą m.in. wniosek o przyznanie dofinansowania oraz biznesplan lub studium wykonalności projektu (stanowiącą załącznik do umowy o dofinansowanie);
- realizacja inwestycji w sposób gwarantujący osiągnięcie określonych, predefiniowanych wskaźników projektu oraz rezultatu;
- podleganie procedurze kontroli, monitoringu i ewaluacji ze strony instytucji wdrażającej;
- zagwarantowanie trwałości projektu.

Umowa o dofinansowanie dokładnie określa warunki przekazania środków. Kwota dotacji stanowi najczęściej określony procent wartości całkowitych wydatków kwalifikowanych. Poziom dofinansowania może się różnić w poszczególnych działaniach, jak również w odniesie-

niu do różnych kategorii wydatków w ramach tego samego projektu. Przekazanie środków następuje zgodnie z harmonogramem płatności i może przybierać formę płatności zaliczkowej (przekazanej na realizację określonego zadania), pośredniej (stanowiącej zwrot poniesionych wydatków) oraz końcowej (po ostatecznym rozliczeniu projektu).

Projekt jest realizowany zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym, który definiuje poszczególne etapy wykonywanych zadań i odpowiadającą im kwotę ponoszonych wydatków. Realizacja projektu musi zagwarantować osiągnięcie określonych wskaźników produktu oraz rezultatu, które służą monitorowaniu stanu realizacji celów danego projektu oraz ocenie efektów jego wdrażania na poszczególnych etapach. Wskaźniki produktu to mierzalne efekty realizacji projektu osiągnięte w trakcie jego trwania (np. liczba zakupionych urządzeń, liczba zmodernizowanych obiektów). Wskaźniki rezultatu natomiast odnoszą się do efektów działań, które powinny nastąpić po zakończeniu projektu oraz wpływają bezpośrednio na otoczenie społeczno-ekonomiczne (np. liczba pacjentów korzystających ze zmodernizowanej infrastruktury ochrony zdrowia)⁹.

Realizacja projektu dofinansowanego ze środków UE podlega procedurze kontroli i monitoringu ze strony instytucji wdrażającej. Kontrola ma na celu potwierdzenie zgodności realizacji projektu z zapisami umowy o dofinansowanie, sprawdzenie prawdziwości i prawidłowości poniesionych wydatków, a także wywiązywania się beneficjenta z obowiązków wynikających z umowy oraz stosowania przepisów prawa. Kontrola może mieć charakter planowy lub doraźny, odbywać się w trakcie lub na zakończenie projektu, polegać na kontroli dokumentacji oraz wizyty na miejscu realizacji projektu. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości może nawet dojść do rozwiązania umowy o dofinansowanie i konieczności zwrotu całości lub części otrzymanych środków.

Niezwykle ważnym elementem projektów dofinansowanych ze środków UE jest zasada zagwarantowania trwałości projektu [3]. Trwałość projektu definiowana jest jako zakaz wprowadzania zasadniczych modyfikacji w terminie do 5 lat od momentu zakończenia realizacji projektu (w przypadku sektora małych i średnich przedsiębiorstw – do 3 lat). Pojęcie „zasadniczych modyfikacji” odnosi się do zmian: mających wpływ na charakter lub warunki realizacji inwestycji, powodujących uzyskanie nieuzasadnionej korzyści przez przedsiębiorstwo lub podmiot publiczny, dotyczących charakteru własności elementu infrastruktury lub zaprzestania działalności produkcyjnej [4]. W praktyce projektów inwestycyjnych z zakresu ochrony zdrowia oznacza to m.in. zakaz udzielania świadczeń komercyjnych na sprzęcie zakupionym w ramach projektu, w którego przypadku w umowie o dofinansowanie określono, że „zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany do realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”. Zasada trwałości oznacza również brak możliwości sprzedaży lub zlikwidowania podmiotu leczniczego, który zrealizował inwestycję.

Wykorzystanie funduszy strukturalnych UE na inwestycje w ochronie zdrowia w perspektywie programowania 2007–2013

Informację na temat projektów zrealizowanych ze wsparciem finansowym funduszy strukturalnych UE można uzyskać z Krajowego Systemu Informatycznego SIMIK 07-13¹⁰. Na jego podstawie Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju opracowało m.in. serwis „Mapa dotacji UE”, umożliwiający analizę danych odnośnie do liczby i wartości projektów zrealizowanych w ramach poszczególnych zadań i/lub programów¹¹. Serwis umożliwia wyszukanie projektów przypisanych do jednego z 15 obszarów tematycznych i/lub realizowanych w ramach konkretnego działania. Na potrzeby niniejszego artykułu dokonano wyszukania liczby i wartości projektów realizowanych w ramach działań odnoszących się bezpośrednio do inwestycji w ochronie zdrowia (krajowe programy operacyjne) lub automatycznie przypisanych przez serwis do obszaru „ochrony zdrowia” (regionalne programy operacyjne).

W okresie programowania 2007–2013 dominujący udział w finansowaniu **inwestycji infrastrukturalnych** w ochronie zdrowia miał Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko (POIŚ) oraz regionalne programy operacyjne (RPO) poszczególnych województw. W przypadku POIŚ jeden z priorytetów poświęcony był w całości wsparciu inwestycji z zakresu ochrony zdrowia (Priorytet XII – Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia). Jego celem ogólnym było wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe obejmowały: obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Adekwatnie do tych celów priorytet XII POIŚ obejmował dwa zadania:

- 12.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego;
- 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Instytucją wdrażającą Priorytet XII POIŚ było Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ). **Tabela II** zawiera informację na temat liczby oraz wartości projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu XII POIŚ.

Liczba podpisanych umów o dofinansowanie w ramach Priorytetu XII POIŚ wyniosła 352 na łączną kwotę wsparcia ze środków UE ponad 1,6 mld zł. W ramach

działania 12.1 realizowano projekty polegające głównie na budowie, modernizacji oraz wyposażeniu ośrodków ratownictwa medycznego (m.in. zakup karettek, budowa lądowisk dla helikopterów). W przypadku działania 12.2 dominowały projekty inwestycji infrastrukturalnych, których beneficjentami były specjalistyczne instytuty, kliniki i szpitale uniwersyteckie (rozbudowa, modernizacja, zakup sprzętu).

W odróżnieniu do POIŚ, który był programem krajowym, RPO były opracowywane indywidualnie przez władze każdego regionu – województwa¹². Oznacza to, iż struktura, wybór priorytetów oraz podział alokacji na poszczególne zadania mogły być odmienne w ramach programów różnych województw. Niemniej jednak możliwość dofinansowania projektów inwestycji infrastrukturalnych w placówkach ochrony zdrowia została ujęta w działaniach wszystkich 16 RPO. **Tabela III** przedstawia informacje na temat liczby oraz wartości projektów zrealizowanych w ochronie zdrowia w ramach regionalnych programów operacyjnych poszczególnych województw.

Łącznie w ramach RPO wszystkich województw zrealizowano 740 projektów o sumarycznej wartości wynoszącej prawie 4 mld zł, w tym dofinansowania ze środków UE na poziomie ponad 2,5 mld zł. Kwota dofinansowania w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa wyniosła od 32,29 zł w województwie śląskim do 153,99 zł w świętokrzyskim, uśredniony zaś poziom dofinansowania (udział dotacji UE w całkowitej wartości inwestycji) wyniósł od 48,63% w województwie zachodniopomorskim do ok. 76,5% w mazowieckim i łódzkim.

Regionalne programy operacyjne stanowiły w skali kraju najważniejsze źródło finansowania inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia. Podstawowe znaczenie miała tu specyfika RPO polegająca na ich zdecentralizowanym charakterze i dużym zainteresowaniu ze strony potencjalnych beneficjentów (regionalne instytucje wdrażające oraz brak konkurencji o przyznanie dotacji z podmiotami z innych regionów). W przypadku większości województw w ramach osi priorytetowej odnoszącej się do infrastruktury społecznej wydzielono zadania poświęcone inwestycjom w placówkach ochrony zdrowia. Zgodnie z raportem na temat wdrażania RPO według stanu na koniec stycznia 2014 r. doposażono, przebudowano lub wybudowano łącznie 615 instytucji ochrony zdrowia¹³. Planuje się docelowo objąć wsparciem (projekty w trakcie realizacji) łącznie 786 instytucji ochrony zdrowia, najwięcej w województwie śląskim (127 szt.) i pomorskim (107 szt.) [5].

Priorytet XII POIŚ	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Działanie 12.1	272	947 769 448,25	731 689 758,79
Działanie 12.2	80	1 132 133 824,63	876 907 716,92
Suma	352	2 079 903 272,88	1 608 597 475,71

Tabela II. Projekty zrealizowane w latach 2007–2013 w ramach Priorytetu XII POIŚ.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

Województwo	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)	Kwota dofinansowania UE w przeliczeniu na jednego mieszkańca (zł)**	Uśredniony poziom dofinansowania UE (%)
Dolnośląskie	90	325 282 705,36	216 834 218,91	74,38	66,66%
Kujawsko-pomorskie	63	262 552 496,44	149 328 920,19	71,19	56,88%
Lubelskie	80	272 600 430,87	203 727 528,24	93,64	74,73%
Lubuskie	17	93 785 922,78	65 486 650,01	64,02	69,83%
Łódzkie	11	220 679 178,53	168 854 192,51	66,51	76,52%
Małopolskie	23	245 328 964,65	136 993 960,40	41,05	55,84%
Mazowieckie	34	322 431 868,62	247 162 219,85	46,91	76,66%
Opolskie	38	92 538 226,45	47 318 636,16	46,56	51,13%
Podkarpackie	36	224 201 557,15	118 945 635,31	55,91	53,05%
Podlaskie	38	176 137 093,14	110 978 623,83	92,30	63,01%
Pomorskie	53	234 802 808,26	146 159 000,14	64,21	62,25%
Śląskie	109	248 564 707,73	149 512 417,86	32,29	60,15%
Świętokrzyskie	30	338 225 965,18	197 221 695,97	153,99	58,31%
Warmińsko-mazurskie	28	237 822 133,18	163 986 714,39	112,93	68,95%
Wielkopolskie	70	336 470 686,05	217 114 416,87	62,98	64,53%
Zachodniopomorskie	20	353 996 254,10	172 161 267,70	99,93	48,63%
Suma	740	3 985 420 998,49	2 511 786 098,34	65,22	63,02%

* W serwisie „Mapy dotacji UE” projekty automatycznie przyporządkowywane są do jednego z 15 obszarów tematycznych. Wszystkie projekty w ramach danego działania są przypisywane do jednego, wspólnego obszaru tematycznego. W przypadku województw: małopolskiego, podkarpackiego oraz warmińsko-mazurskiego projekty z zakresu ochrony zdrowia były realizowane w ramach działań obejmujących również tematykę opieki społecznej i włączone do obszaru tematycznego „praca i integracja społeczna”. W odniesieniu do tych trzech województw autorka dokonała „ręcznego” wyselekcjonowania projektów odnoszących się ściśle do obszaru ochrony zdrowia.

** Liczba mieszkańców województw według stanu na rok 2011, Źródło: GUS, Ludność – stan i struktura demograficzno-społeczna, Warszawa 2013.

Tabela III. Projekty zrealizowane w latach 2007–2013 w ramach regionalnych programów operacyjnych poszczególnych województw w obszarze ochrony zdrowia*.
Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko oraz regionalne programy operacyjne stanowiły podstawowe źródła finansowania inwestycji infrastrukturalnych polegających przede wszystkim na modernizacji obiektów i/lub zakupie sprzętu w poszczególnych placówkach opieki zdrowotnej. Głównie natomiast źródło finansowania **inwestycji z zakresu informatyzacji** ochrony zdrowia stanowił Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka (POIG). Realizowane w jego ramach przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ) dwa projekty systemowe są dofinansowane ze środków UE na łączną kwotę ponad 614 mln zł (**Tabela IV**).

W okresie 2007–2013 środki UE były również wykorzystywane na dofinansowanie tzw. projektów miękkich w ochronie zdrowia, polegających głównie na wsparciu procesu **podnoszenia kwalifikacji przez pracowników sektora zdrowia**. Podstawowym źródłem finansowania był tu Program Operacyjny Kapitał Ludzki (POKL). Priorytet II POKL – „Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących” obejmował m.in. działanie nr 2.3 – „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Projekty realizowane w ramach tego działania były zgrupowane w czterech kolejnych poddziałaniach:

- 2.3.1. Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych (projekty systemowe);
- 2.3.2. Doskonalenie zawodowe kadr medycznych (projekty systemowe);
- 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia (projekty systemowe);
- 2.3.4. Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia (projekty konkursowe).

Tabela V prezentuje zestawienie liczby oraz wartości projektów zrealizowanych w ramach działania 2.3 POKL.

Łącznie w latach 2007–2013 podjęto się realizacji 45 projektów na łączną kwotę dofinansowania wynoszącą ok. 410 mln zł. Biorąc pod uwagę wartość projektów, dominujące znaczenie miały inwestycje w doskonalenie zawodowe kadr medycznych – poddziałanie 2.3.2. Spośród sześciu realizowanych w ramach tego poddziałania projektów dwa największe to: „Kształcenie zawodowe pielęgniarzek i położnych w ramach studiów pomostowych” (projekt realizowany przez Ministerstwo Zdrowia – kwota dofinansowania UE 164 mln zł [6]) oraz „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” (projekt realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – kwota dofinansowania UE to prawie 83 mln zł [7]).

Podsumowanie przedstawionych powyżej zestawień pozwala na oszacowanie całkowitej kwoty środków finansowych pozyskanych z funduszy strukturalnych UE w latach 2007–2013 na inwestycje w ochronie zdrowia na kwotę ponad 5 mld zł. Kwota ta obejmuje: 4120 mln zł dofinansowania inwestycji infrastrukturalnych (w ramach POIŚ, RPO), 614 mln zł wsparcia dla projektów z zakresu informatyzacji (POIG) oraz ponad 409 mln zł dofinansowania szkoleń i podnoszenia kwalifikacji pracowników sektora zdrowia (POKL).

Należy podkreślić, że powyższe szacunki nie uwzględniają mniejszych inwestycji realizowanych przez pojedyncze niepubliczne podmioty lecznicze w ramach działań z obszaru „podniesienia konkurencyjności przedsiębiorstw”. W przypadku większości regionalnych programów operacyjnych wyróżniono działania skierowane

Tytuł projektu	Wartość projektu (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych	712 640 000,00	570 972 165,65
Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych	53 263 000,00	43 148 550,00
Suma	765 903 000,00	614 120 715,65

Tabela IV. Projekty z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia realizowane przez CSIOZ w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007–2013.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

POKL Priorytet II – Działanie 2.3	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Poddziałanie 2.3.1	3	30 071 487,83	25 560 764,66
Poddziałanie 2.3.2	6	379 936 072,30	322 945 661,45
Poddziałanie 2.3.3	6	40 740 163,17	34 629 138,69
Poddziałanie 2.3.4	30	31 381 302,52	26 674 107,16
Suma	45	482 129 025,82	409 809 671,96

Tabela V. Projekty zrealizowane w latach 2007–2013 w ramach Priorytetu II POKL.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

Fundusz	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Programy operacyjne finansowane z EFRR	303	784 553 683,03	491 805 796,00

* Były to głównie projekty o charakterze inwestycji infrastrukturalnych (finansowane z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego).

Tabela VI. Projekty z zakresu ochrony zdrowia zrealizowane w ramach Programów Operacyjnych dostępnych w latach 2004–2006*.
Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

do sektora małych i średnich przedsiębiorstw, polegające na bezpośrednim wsparciu inwestycji. Przykładowo w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013 (MRPO) – Priorytetu nr II (Gospodarka regionalnej szansy), działania nr 2.1 (Rozwój i podniesienie konkurencyjności przedsiębiorstw), schematu A (Bezpośrednie wsparcie inwestycji w małych i średnich przedsiębiorstwach) – w konkursach dla mikro- oraz małych przedsiębiorstw branża medyczna stanowiła (po firmach produkcyjnych) jedną z najczęściej dofinansowywanych dziedzin gospodarki¹⁴.

Warto nadmienić, iż realizacja inwestycji dofinansowywanych ze środków UE miała również miejsce w okresie programowania 2004–2006. **Tabela VI** prezentuje informacje o liczbie oraz wartości projektów z zakresu inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia zrealizowanych w tym okresie.

W latach 2004–2006 zrealizowano 303 projekty inwestycyjne na łączną kwotę dofinansowania ok. 492 mln zł. Były to projekty polegające głównie na zakupie sprzętu i/lub modernizacji obiektów infrastrukturalnych.

Założenia perspektywy finansowej 2014–2020

Najważniejszym dokumentem określającym założenia polityki UE w latach 2014–2020 jest strategia Europa 2020 na rzecz inteligentnego, trwałego i sprzyjającego włączeniu społecznemu wzrostu gospodarczego, przyjęta w czerwcu 2010 r. [8]. W dokumencie tym wyznaczono konkretne cele w dziedzinie zatrudnienia, badań naukowych, edukacji, ograniczenia ubóstwa oraz w zakresie klimatu i energii, które UE powinna osiągnąć do 2020 r. Władze krajów członkowskich są zobowiązane do realizacji niezbędnych reform na poziomie krajowym, których cele są spójne ze strategią Europa 2020. Zgodnie z informacjami Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju¹⁵ w okresie programowania 2014–2020 Polsce na realizację polityki spójności przyznano kwotę ponad 82,5 mld euro, a więc o ok. 15 mld euro więcej niż w okresie programowania 2007–2013. Kwota ta ma być rozdysponowana na drodze realizacji 6 krajowych oraz 15 regionalnych programów operacyjnych. Największe pod względem budżetu programy krajowe to: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko (POIS – alokacja na poziomie 27,5 mld euro), Program Operacyjny Inteligentny Rozwój (POIR – alokacja 8,6 mld euro) oraz Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój (POWER – alokacja 4,4 mld euro). Zdecydowanie więcej środków

niż w poprzedniej perspektywie finansowej ma być przekazane do regionów – na realizację regionalnych programów operacyjnych planuje się przekazać kwotę ok. 32 mld euro (w porównaniu z 17 mld euro w perspektywie 2007–2013)¹⁶.

W ramach przygotowań do wdrożenia programów operacyjnych na lata 2014–2020 i wyznaczenia działań priorytetowych w ochronie zdrowia na zlecenie Ministerstwa Zdrowia został opracowany raport: „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014–2020”¹⁷. Badanie zostało przeprowadzone w okresie październik–grudzień 2012 r. i obejmowało analizę istniejących danych i dokumentów, a także badanie ankietowe na wylosowanej próbie podmiotów leczniczych. Zgodnie z przedstawionymi wnioskami stan infrastruktury placówek ochrony zdrowia w Polsce wykazuje duże różnicowanie:

- obok nowoczesnych budynków, spełniających wszystkie wymagania prawne, występują budynki, których modernizacja i dostosowanie do obowiązujących wymagań¹⁸ napotka bardzo duże problemy lub w ogóle nie będzie możliwe ze względu na ich status „zabytków”;
- w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny podstawowym wyzwaniem w najbliższym czasie będzie zapewnienie funduszy na bieżące utrzymanie sprzętu, zapewnienie mu należytej (specjalistycznej) obsługi oraz zapewnienie odnowienia sprzętu po zakończeniu jego funkcjonowania.

Uczestnicy badania ankietowego podkreślali, że istniejącą już infrastrukturę należy lepiej wykorzystywać przez zwiększanie jej dostępności dla pacjentów (powiększenie wartości kontraktu z NFZ). Najgorzej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie dostępności pacjentów do usług medycznych ocenili przedstawiciele szpitali, najlepiej zaś przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego (w grupie podmiotów objętych badaniem odsetek jednostek dostosowanych do aktualnych wymogów techniczno-sanitarnych w grupie szpitali wynosił zaledwie 49%, w przypadku zaś placówek ratownictwa medycznego 96%). W odniesieniu do wszystkich analizowanych podmiotów aż 81% wskazało na występowanie potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego, 76% zaś podkreśliło potrzebę inwestycji dotyczących budynków [9]. W kontekście procedury pozyskiwania środków unijnych na inwestycje respondenci

podkreślali potrzebę uproszczenia procedur związanych z aplikowaniem i rozliczaniem projektów.

Najważniejszym dokumentem definiującym krajowe ramy strategiczne pozyskiwania środków z funduszy strukturalnych UE na inwestycje w ochronie zdrowia w nowym okresie programowania jest przyjęty w marcu 2014 r. „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Strategiczne Ramy” [10]. Jest to dokument o charakterze wdrożeniowym, określający cele długoterminowe i kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych oraz definiujący cele operacyjne wraz z narzędziami implementacyjnymi. Przedstawiona w nim wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. została zdefiniowana w sposób następujący: „Zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowany do trendów demograficznych i epidemiologicznych system ochrony zdrowia oparty na właściwych ilościowo i jakościowo: zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych” [10]. Celem głównym działań w ochronie zdrowia jest „zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce”. Jego realizacja ma wynikać z czterech obszarów działań (zdefiniowanych w postaci celów długoterminowych oraz odpowiadających im celów operacyjnych i kierunków interwencji) odnoszących się do następujących zagadnień:

- wsparcie profilaktyki zdrowotnej;
- dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmian demograficznych;
- poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia;
- wsparcie kształcenia kadr medycznych.

Interwencje służące realizacji powyższych zadań mają polegać m.in. na inwestycjach w infrastrukturę placówek opieki zdrowotnej oraz kształcenie kadr medycznych.

W praktyce, podobnie jak w latach 2007–2013, w nowym okresie programowania dominującą rolę w finansowaniu inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia będzie miał POIŚ 2014–2020 oraz regionalne programy operacyjne 2014–2020. W przypadku POIŚ w ramach priorytetu VII – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia przewidziano dofinansowanie projektów z zakresu infrastruktury ratownictwa medycznego (wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, wsparcie lotniczego pogotowia ratunkowego) oraz ponadregionalnych podmiotów leczniczych (wsparcie oddziałów udzielających świadczeń z zakresu określonych chorób, wsparcie laboratoriów medycznych) [11]. Planowane formy i kierunki wsparcia mają więc podobny charakter jak w poprzednim okresie programowania. Przewidziana kwota dofinansowania ze środków UE na realizację priorytetu VII POIŚ 2014–2020 to ok. 500 mln euro [11].

W przypadku regionalnych programów operacyjnych 2014–2020, których łączna kwota alokacji dofinansowania UE szacowana jest na poziomie ponad 32 mld euro, bardzo trudno określić wartość środków planowanych

do przekazania na inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Poszczególne województwa mogą ujmować tę kategorię projektów w ramach różnych priorytetów. Według planów niektórych RPO 2014–2020 zostaną wydzielone odrębne priorytety poświęcone infrastrukturze ochrony zdrowia (województwo małopolskie, oś priorytetowa – „Infrastruktura ochrony zdrowia” z planowaną kwotą alokacji na poziomie ponad 140 mln euro) [12] lub „zdrowiu” ogółem (województwo pomorskie, oś priorytetowa – „Zdrowie” z planowaną kwotą alokacji na poziomie ok. 107 mln euro [13]). W przypadku zaś RPO 2014–2020 województw lubuskiego i lubelskiego projekty z zakresu inwestycji w placówki ochrony zdrowia będą realizowane w ramach szerzej zdefiniowanych priorytetów – „Infrastruktura społeczna”. Niezależnie jednak od różnic w strukturze poszczególnych programów w ramach RPO 2014–2020, podobnie jak w poprzednim okresie programowania, dofinansowaniu będą podlegać przede wszystkim inwestycje w placówki ochrony zdrowia o charakterze regionalnym¹⁹. RPO 2014–2020 bez wątpienia będą stanowić największe źródło finansowania inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia.

Z funduszy POWER 2014–2020 (podobnie jak z POKL w poprzednim okresie programowania) będzie można pozyskać środki na kształcenie kadr medycznych oraz realizację programów profilaktycznych [14]. Z kolei w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020 będzie możliwa realizacja projektów z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia [15].

Dyskusja i podsumowanie

Fundusze strukturalne UE bez wątpienia stanowią jedno z najważniejszych źródeł finansowania inwestycji w ochronie zdrowia w Polsce. W okresie programowania 2007–2013 zrealizowano ponad 1000 inwestycji infrastrukturalnych²⁰ o łącznej wartości przekraczającej 6 mld zł (w tym kwoty dofinansowania UE ponad 4 mld zł). Nowa perspektywa finansowa otwiera kolejne możliwości pozyskiwania środków. Niezwykle ważne jest jednak, aby przed rozpoczęciem realizacji kolejnych projektów dokonać rzetelnej ewaluacji działań z okresu 2007–2013 oraz zagwarantować koordynację i spójność nowych celów inwestycyjnych.

Eksperti podkreślają, że w ramach projektów wzmocniających infrastrukturę ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 w większości były realizowane inwestycje punktowe, uwzględniające różnorodne potrzeby poszczególnych podmiotów leczniczych, niezorientowane jednakże na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych w danej dziedzinie lub w danym obszarze (konkursowy tryb wyboru projektów premiuje jednostki aktywne, a decyzje alokacyjne są podejmowane na podstawie potrzeb zgłaszanych przez indywidualne podmioty) [10, 16]. Z uwagi na brak strategicznego podejścia i odpowiedniej koordynacji nie udało się uniknąć przypadków nieefektywnego wykorzystania środków. Jako przykłady można tu podać: sfinansowanie utworzenia dwóch podmiotów leczniczych o analogicznym profilu działalności w sąsiadujących województwach,

w odległości powodującej brak uzasadnienia inwestycji ze względu na objęcie opieką zbyt małej populacji mieszkańców lub zakup wysoko specjalistycznej aparatury medycznej dla kilku placówek konkurujących o środki oddziału NFZ pozwalające na zakontraktowanie świadczeń z użyciem tej aparatury tylko w jednej z nich [9, 14, 16]. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli na temat zakupów i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków RPO część szpitali, które zakupiły nowy sprzęt medyczny, nie wykorzystuje go w sposób efektywny. Kontrolą NIK objęto 46 podmiotów leczniczych – w przypadku 1/3 z nich nie udało się osiągnąć zakładanych we wniosku o dofinansowanie wskaźników rezultatu, w tym przede wszystkim planowanej liczby udzielonych świadczeń. W ocenie NIK na niski stopień wykorzystania aparatury miało wpływ podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia, a także niezapewnienie odpowiedniej koordynacji działań związanych z zakupem. Wpływ na tę sytuację miały również nieprawidłowości stwierdzone w szpitalach, polegające m.in. na niezapewnieniu właściwych warunków udzielania świadczeń (np. opóźnienia w przygotowaniu pomieszczeń). Zdarzały się sytuacje, w których zakupiony i dostarczony do placówki sprzęt nie był używany przez okres od kilku nawet do kilkunastu miesięcy, a termin, do którego dane urządzenie podlegało gwarancji, upływał, zanim doszło do jego uruchomienia (rozpoczęcia udzielania świadczeń). Z powodu niskiej wartości kontraktów zawieranych z NFZ (lub ich braku), a także ograniczenia możliwości wykorzystania zakupionej ze wsparciem UE aparatury do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, nastąpiło pogorszenie wyników finansowych niektórych kontrolowanych jednostek [17]. Problemem zgłaszanym przez wielu dyrektorów szpitali, które zrealizowały inwestycje infrastrukturalne, są także koszty utrzymania obiektów i/lub serwisowania sprzętu po zakończeniu finansowania UE²¹.

W raporcie NIK podkreślono kwestię braku dokonywania rzetelnej analizy potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany przez jednostki samorządu terytorialnego (pomimo występowania takiego obowiązku wynikającego z zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [18]). Poważnym problemem okazał się również brak kompletnych i aktualnych danych dotyczących rozmieszczenia aparatury medycznej na danym terenie. Dane dotyczące rozmieszczenia specjalistycznej aparatury medycznej zgromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, na podstawie sprawozdań MZ-29, różniły się od danych uzyskanych bezpośrednio od wojewodów w trakcie kontroli NIK. Minister Zdrowia nie wykorzystywał uprawnień do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych, które uwzględniałyby rzetelność informacji przekazywanych w sprawozdaniach [17].

Potrzeba ponoszenia wydatków inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce jest niezaprzeczalna – zwłaszcza w kontekście regulacji prawnych

odnoszących się do dostosowania do właściwych wymogów sanitarno-technicznych w terminie do 2016 r. [19]. Zgodnie z raportem przygotowanym przez Związek Powiatów Polskich na podstawie badania ankietowego na grupie blisko 200 szpitali stan techniczny infrastruktury szpitalnej w Polsce jest wysoce niezadowolający: poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi średnio ponad 60%, a szacunkowe koszty dostosowania szpitali do wymogów Ministerstwa Zdrowia to ok. 13 mld złotych [20]. Obok wydatków na modernizację budynków i zakup sprzętu w najbliższych latach duże znaczenie będą miały również inwestycje z zakresu informatyzacji. Ze względu na ustawowy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej priorytetem będzie informatyzacja podmiotów leczniczych oraz zapewnienie interoperacyjności i kompatybilności budowanych systemów teleinformatycznych na poziomie regionalnym i centralnym [10, 21].

Fundusze strukturalne UE stanowią ogromną szansę pozyskania środków na inwestycje w ochronie zdrowia. Liczne wypowiedzi dyrektorów szpitali dowodzą, iż bez dotacji unijnych wiele inwestycji nie byłoby podejmowanych ze względu na brak środków lub wręcz jakichkolwiek szans na ich pozyskanie z innych źródeł [22]. Doświadczenia wykorzystania funduszy UE w ujęciu makro wskazują jednak na silną potrzebę wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych. Konieczna jest przede wszystkim ocena celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną (czy inwestycja stanowi odpowiedź na rzeczywiste potrzeby zdrowotne? jaka jest prognozowana wielkość kontraktu z NFZ?). Kwestie te wpisują się w szerszą problematykę – potrzeby koordynacji zasobów sektora zdrowia i realizacji długofalowej strategii polityki zdrowotnej państwa. Fundusze unijne stwarzają bowiem z jednej strony ogromne możliwości pozyskania środków na modernizację infrastruktury ochrony zdrowia i szansę podwyższenia standardów technicznych, z drugiej zaś mogą stanowić zagrożenie wzmocnienia zjawiska nieefektywnego rozmieszczenia i wykorzystania zasobów sektora zdrowia.

Przypisy

¹ W nowej perspektywie finansowej 2014–2020 dokonano rozróżnienia na trzy poziomy rozwoju regionów: regiony mniej rozwinięte (PKB na mieszkańca < 75% średniej UE 27); regiony w fazie przejściowej (PKB na mieszkańca w przedziale 75–90% średniej UE 27); regiony bardziej rozwinięte (PKB na mieszkańca > 90% średniej UE 27).

² Szczegółowe informacje o możliwościach pozyskania środków finansowych w ramach tych trzech programów można znaleźć na specjalnym portalu Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia: <http://www.zdrowie.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014.

³ Największym dotychczas projektem systemowym w ochronie zdrowia jest realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ) projekt: Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cy-

frowych o Zdarzeniach Medycznych (całkowita wartość projektu wynosi ponad 712 mln zł, w tym dofinansowanie ze środków UE na poziomie ok. 571 mln zł. Źródło: Informacje o projekcie: <http://www.csioz.gov.pl/poig.php>; dostęp: 28.02.2014.

⁴ Jako przykład projektów indywidualnych można podać projekty z zakresu rozbudowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych, realizowane przez kilkanaście szpitali klinicznych w Polsce w ramach działania nr 12.1. Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIS). Źródło: Informacje o projektach w ramach działania 12.2. POIS, http://zdrowie.gov.pl/strona-20-PO_Infrastruktura_i_Srodowisko_Typy_projektow.html; dostęp: 28.02.2014.

⁵ Procedury wyboru projektów na przykładzie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Załącznik nr 2 do szczegółowego opisu priorytetów POIS, https://www.pois.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/projekty_pois.aspx; dostęp: 28.02.2014.

⁶ Np. konkursy w ramach działania 12.1. POIS.

⁷ Np. konkursy w ramach działania 12.2. POIS lub działania nr 6.3. Schemat A – Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego – MPRO.

⁸ M.in. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie, Sygn. akt I SA/Kr 1163/10, grudzień 2010.

⁹ Przykłady wskaźników obowiązkowych w ramach poszczególnych działań definiuje m.in. *Lista wskaźników kluczowych przechowywanych w KSI (SIMIK 07-13)*, stanowiąca załącznik do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.

¹⁰ Krajowy System Informatyczny SIMIK 07-13 zapewnia zdolność zbierania i agregacji na wyższych poziomach podstawowych danych dotyczących programów operacyjnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w zakresie i formacie wymaganym przez Komisję Europejską na mocy regulacji wspólnotowych na lata 2007–2013 (art. 58 lit. d rozporządzenia ogólnego Rady [WE] nr 1083/2006) oraz wspiera bieżący proces zarządzania i monitorowania w zakresie programów współfinansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności.

¹¹ Mapa Dotacji UE zawiera dane o wykorzystaniu Funduszy Europejskich w podziale na województwa i powiaty. Według stanu na luty 2014 – serwis prezentuje informacje według danych na koniec grudnia 2013 r. Adres serwisu: <http://www.mapadotacji.gov.pl>.

¹² Z zachowaniem wymogu spójności z Narodowymi Strategicznymi Ramami Odniesienia 2007–2013 (NSRO).

¹³ Bez danych dla RPO woj. dolnośląskiego.

¹⁴ Informacja o wynikach konkursów w ramach działania 2.1. MRPO – Schemat A (Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości), <http://www.mcp.malopolska.pl>.

¹⁵ Według stanu na dzień 05.03.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/fundusze_europejskie_2014_2020/strony/start.aspx; dostęp: 5.03.2014.

¹⁶ <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/Programy.aspx>; dostęp: 05.03.2014.

¹⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Badanie ewaluacyjne: „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014–2020”*, Warszawa 2012, http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Documents/Analiza_potreb_inwestycyjnych_sektora_ochrony_zdrowia_10062013.pdf; dostęp: 5.03.2014.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 739).

¹⁹ W okresie programowania 2007–2013 wartość umów na dofinansowanie projektów z zakresu infrastruktury społecznej, w tym ochrony zdrowia, stanowiła ok. 11% całkowitej alokacji RPO. Źródło: [5].

²⁰ Suma projektów zrealizowanych w ramach POIS oraz RPO w latach 2007–2013.

²¹ Przykładowo w przypadku Szpitala Klinicznego w Olsztynie oraz Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu szacowane koszty utrzymania zmodernizowanego i dostosowanego do najnowszych standardów bloku operacyjnego są w skali roku o ok. 3–4 mln zł wyższe niż w okresie przed inwestycją. Źródło: Sygut M., *Mamy nowe bloki operacyjne – teraz trzeba je utrzymać*, Portal Rynek Zdrowia, 18.12.2013, <http://www.rynekzdrowia.pl/Chirurgia/Mamy-nowe-bloki-operacyjne-Teraz-trzeba-je-utrzymac,136703,3.html>; dostęp: 25.03.2014.

Piśmiennictwo

1. Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013.
2. Strona internetowa Krajowego Punktu Kontaktowego Programów Badawczych UE, <http://www.kpk.gov.pl>; dostęp: 2.03.2014.
3. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Zagadnienie zachowania trwałości projektu współfinansowanego z Funduszy Europejskich*, Warszawa 2012.
4. Główny Urząd Statystyczny, *Ludność – stan i struktura demograficzno-społeczna*, Warszawa 2013.
5. Monitor Regionalny, *Stan wdrażania Regionalnych Programów Operacyjnych 2007–2013 na dzień 31.01.2014*, opublikowano 7.02.2014, http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/RPO/Aktualnosci/Documents/RPO_stan_wdrazania_310114.pdf; dostęp: 7.02.2014.
6. Strona internetowa projektu: <http://www.studiapomostowe.mz.gov.pl/>; dostęp: 29.01.2014.
7. Strona internetowa projektu: http://eu.cmkp.edu.pl/projekt_sys_eu_1.htm; dostęp: 25.02.2014.
8. Komisja Europejska (2010), *Strategia Europa 2020*, http://ec.europa.eu/europe2020/documents/related-document-type/index_pl.htm; dostęp: 5.03.2014.
9. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Lista wskaźników kluczowych przechowywanych w KSI (SIMIK 07-13) stanowiąca załącznik do Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej*, Warszawa 2010.
10. Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe Strategiczne Ramy*, skrót, Warszawa, marzec 2014.
11. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020, Projekt, Warszawa 8.01.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/POIS_2014_2020_08012014.pdf; dostęp: 5.03.2014.
12. *Małopolski Regionalny Program Operacyjny 2014–2020, wersja trzecia*, 05.03.2014, <http://www.malopolskie.pl/>

- Pliki/2014/MRPO2014_2020_v3_prezentacja.pdf; dostęp: 5.03.2014.
13. *Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego 2014–2020*, Projekt z dnia 07.02.2014, http://dpr.pomorskie.eu/res/dpr/fundusze_2014_2020/rpo_wp_2014_projekt_070214.pdf; dostęp: 2.03.2014.
 14. Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014–2020, wersja z 08.01.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/PO_WER_08012014.pdf; dostęp: 29.01.2014.
 15. Program Operacyjny Polska Cyfrowa na lata 2014–2020, wersja 4.0, 08.01.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/POPC_4_0_8_01_14_ost_10012014.pdf; dostęp: 5.03.2014.
 16. CASE – Doradcy Sp. z o.o., *Raport do badania ewaluacyjnego: Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII POiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia*, Warszawa 28.12.2011, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-23-1763-Raport_z_badania_ewaluacyjnego_%E2%80%9EAnaliza_efektow_wsparcia_w_Priorytecie_XII_PO_iIS_oraz_diagnoza_potrzeb_inwestycyjnych_w_sektorze_ochrony_zdrowia.html; dostęp: 9.03.2014.
 17. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli – zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych*, KZD-4101-03/2012, opublikowany w czerwcu 2013 r.
 18. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
 19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 739).
 20. Wójcik M., *Związek Powiatów Polskich – Dziennik Warto Wiedzieć*, Felieton z 31.05.2013, <http://wartowiedziec.org/index.php/start/felietony/15576-druzgoccy-raport-zpp-czym-zapaci-za-rachunki-wartoci-58-miliardow-zotyeh>; dostęp: 7.02.2014.
 21. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011, Nr 113, poz. 657 z późn. zm.).
 22. Portal Rynek Zdrowia, <http://www.rynekzdrowia.pl>; dostęp: 15.03.2014.

