

Piotr BROMBER

Zielona Góra

## Finansowanie ochrony zdrowia z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej

### Wprowadzenie

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne powinny zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>1</sup>.

W Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce postuluje się traktowanie wydatków na ochronę zdrowia jako opłacalnej inwestycji. Dobre zdrowie ma być jednym z kluczy do wzrostu ekonomicznego i podniesienia jakości życia<sup>2</sup>.

Jak jest faktycznie? *Fakty i mity. Uszczelnianie systemu, Totalny chaos i bezprawie, Zaklęcia nad szpitalnym łóżkiem, Czy leci z nami pilot? W jakim kierunku zmierza system zdrowia?, Nostradamus 2009. Co nas czeka w ochronie zdrowia?, Zielona Kasandra. Nadciąga wielki kryzys, Narodowy Fundusz Zdzierców. Na 3 miliardy złotych oszukała nas służba zdrowia ...* to tylko wybrane tytuły prasowe<sup>3</sup>.

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej wynika, iż 63% Polaków jest niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Podobnie Polacy oceniają system ochrony zdrowia. Tylko 32% uważa, że jest dobry, natomiast 62% wyraża opinię negatywną<sup>4</sup>.

Jako przyczynę takiego stanu najczęściej wymienia się ograniczone możliwości finansowe przy jednoczesnym braku dopasowania oczekiwań ubezpieczonych do wielkości dostępnych środków<sup>5</sup>.

Przyjmując tezę o ograniczonych nakładach finansowych autor zwraca uwagę na potrzebę korzystania z zewnętrznych źródeł finansowania w tym przypadku funduszy strukturalnych Unii Europejskiej<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483.

<sup>2</sup> Definiuje cele nadrzędne, strategiczne i operacyjne rozwoju ochrony zdrowia w Polsce. Została przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 r. Zob. *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2005.

<sup>3</sup> Zob. „Służba Zdrowia” 2008, nr 39–42, nr 9–12, nr 5–8; „Menedżer Zdrowia” 2007, nr 6, 2008, nr 10, nr 8; „Wprost” 2005, nr 37.

<sup>4</sup> *Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2009.

<sup>5</sup> Zob.: W. Janik, *Zarządzanie kosztami usług zdrowotnych*, w: *Sektor publiczny a rynek w ochronie zdrowia*, pod red. M. Węgrzyn, D. Wasilewskiego, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2007; K. Łukowicki, *Ubezpieczenie zdrowotne w województwie opolskim w latach 1999–2005*, Uniwersytet Opolski, Opole 2008.

<sup>6</sup> Fundusze tworzone w budżecie Wspólnoty Europejskiej, których celem jest pomoc w restrukturyzacji i modernizacji gospodarki krajów członkowskich. W okresie programowania 2004–2006 były cztery fundusze: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, Europejski Fundusz Społeczny, Sekcja Orientacji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz Finansowy Instrument Orientacji Rybołówstwa. Zob. *rozporządzenie Rady (WE) Nr 1260/1999 z dnia 21 czerwca 1999 r. ustanawiające przepisy ogólne w sprawie funduszy strukturalnych*, Dz. U.

Niniejszy artykuł ma stanowić próbę odpowiedzi na pytanie na ile środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Europejskiego Funduszu Społecznego miały, czy też mogą mieć wpływ na poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zakres przedmiotowy niniejszego artykułu w zakresie analizy szczegółowej obejmuje województwo lubuskie.

### Wybrane aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Według WHO *zdrowie* to nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, ale także stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego<sup>7</sup>.

Termin *ochrona zdrowia* odnosi się do wszelkich zorganizowanych działań, które pośrednio lub bezpośrednio są związane z zapobieganiem, utrzymaniem lub polepszeniem zdrowia z zastrzeżeniem, iż nie są to działania medyczne<sup>8</sup>.

Zakres pojęcia *ochrona zdrowia* obejmuje:

- 1) świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania<sup>9</sup>;
- 2) świadczenia rzeczowe – leki, wyroby medyczne (w tym środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi);
- 3) świadczenia towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie oraz usługi transportu sanitarnego.

Na potrzeby niniejszego artykułu przyjęto definicję *systemu ochrony zdrowia* jako całości zdeterminowanej dynamicznym otoczeniem (m.in. zmiany struktury demograficznej, postęp technologiczny, wzrost znaczenia kapitału ludzkiego jako czynnika produkcji), składającej się ze współdziałających podmiotów/instytucji o różnych formach organizacyjnych, podejmujących działania celowe finansowane z wielu źródeł<sup>10</sup>.

### Organizacja ochrony zdrowia

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wprowadzono w Polsce liczne zmiany w zakresie organizacji ochrony zdrowia.

---

WE Nr L 161. W nowym okresie programowania liczbę funduszu ograniczono do dwóch: Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego. Zob. *rozporządzenie Rady (WE) Nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające rozporządzenie (WE) Nr 1260/1999*, Dz. U. L 210/25.

<sup>7</sup> *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007.

<sup>8</sup> I. Rudawska, *Opieka zdrowotna aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.

<sup>9</sup> Dla przykładu: leczenie, badanie i porada lekarska, badanie i terapia psychologiczna, rehabilitacja lecznicza, opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem (w tym porodem, położeniem oraz nad noworodkiem), opieka nad zdrowym dzieckiem, badania diagnostyczne (w tym analityka medyczna), pielęgnacja chorych, pielęgnacja niepełnosprawnych, orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia, zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne.

<sup>10</sup> Zob.: M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, „e-Finanse” – Finansowy Kwartalnik Internetowy, [www.e-finanse.com](http://www.e-finanse.com); Ch. Sowada, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemów publicznych – przykłady rozwiązań europejskich*, [www.case-doradcy.com.pl](http://www.case-doradcy.com.pl).

Wprowadzono nowy system kontraktowania świadczeń zdrowotnych, a publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostały przekształcone z jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej<sup>11</sup>.

Niedawno podjęto działania wspierające proces przekształceń już samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Obecna struktura systemu ochrony zdrowia w Polsce wynika z rozwiązań zawartych w:

- 1) ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity), Dz. U. 2007, Nr 14, poz. 89 ze zmianami;
- 2) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity), Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 ze zmianami;
- 3) ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (tekst jednolity), Dz. U. 2001, Nr 57, poz. 602 ze zmianami;
- 4) ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity), Dz. U. 2008, Nr 136, poz. 857 ze zmianami;
- 5) ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity), Dz. U. 2001, Nr 142 poz. 1591 ze zmianami;
- 6) ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity), Dz. U. 2001, Nr 142 poz. 1592 ze zmianami;
- 7) ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tekst jednolity), Dz. U. 2001, Nr 142 poz. 1590 ze zmianami.

W ramach systemu można wyodrębnić trzy poziomy udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>12</sup>:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka zdrowotna;
- 3) stacjonarna opieka zdrowotna.

Zakres podmiotowy systemu obejmuje<sup>13</sup>:

- 1) podmioty tworzące podstawy organizacyjno-prawne systemu (parlament, rząd, JST);
- 2) świadczeniobiorców (osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych);
- 3) świadczeniodawców (podmioty udzielające świadczenia zdrowotne);
- 4) płatników (NFZ, budżet państwa, budżety JST)<sup>14</sup>.

Do korzystania ze świadczeń zdrowotnych uprawnione są osoby:

- 1) objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni);
- 2) posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium kraju spełniające kryterium dochodowe<sup>15</sup>;
- 3) posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium kraju, które nie ukończyły 18 roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu.

<sup>11</sup> Jednocześnie państwo przestało być jedynym organem założycielskim ZOZ (szerzej zob. *formy udzielania świadczeń zdrowotnych*).

<sup>12</sup> *Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce*, Rada Ministrów, Warszawa 2008.

<sup>13</sup> Zob. *Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia*, Rada Ministrów, Warszawa 2006.

<sup>14</sup> Koniecznym jest zachowanie równowagi pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w systemie. Szczególnie w relacjach pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem. Jako bezzasadne należy uznać przypisywanie (w powszechnym przekonaniu) płatnikowi funkcji koordynatora systemu, a w konsekwencji odpowiedzialności za ochronę zdrowia.

<sup>15</sup> Osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 461 zł (*kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej*) oraz osobie w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 316 zł (*kryterium dochodowym na osobę w rodzinie*). Zob. *ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, Dz. U. Nr 64, poz. 593 ze zmianami.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez:

- 1) zakłady opieki zdrowotnej – wyodrębnione organizacyjnie zespoły osób i środków majątkowych utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i promocji zdrowia<sup>16</sup>;
- 2) indywidualną praktykę lekarską oraz indywidualną praktykę pielęgniarek lub położnych;
- 3) grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych;
- 4) podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi<sup>17</sup>;
- 5) osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, które uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>18</sup>.

Podstawą udzielenia świadczeń zdrowotnych jest umowa pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia zawarta w drodze postępowania konkursowego albo rokowań.

Umowa jest jawna i określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń;
- 2) warunki udzielania świadczeń;
- 3) zasady finansowania;
- 4) kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy<sup>19</sup>.

Minister zdrowia ustala w drodze rozporządzenia *Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych*<sup>20</sup>.

Z kolei warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń ustala w drodze zarządzenia prezes Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>21</sup>.

### Finansowanie ochrony zdrowia

Ochrona zdrowia w różnych proporcjach może być finansowana ze środków publicznych i prywatnych. Ale nie ma w tym zakresie wzorcowych rozwiązań<sup>22</sup>.

<sup>16</sup> Przyjmując za kryterium podziału organ założycielski zakłady opieki zdrowotnej dzielimy na:

- a) publiczne – utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę i jednostkę samorządu terytorialnego;
- b) niepubliczne – utworzone przez kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, spółkę nie mającą osobowości prawnej.

<sup>17</sup> W tym zakresie oprócz wymienionej już formy zakładu opieki zdrowotnej, w większości przypadków zastosowanie ma inna forma działalności gospodarczej określona odrębnymi przepisami prawa (najczęściej jest, to forma spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki cywilnej).

<sup>18</sup> Dotyczy to świadczeń z zakresu fizjoterapii, logopedii i psychologii.

<sup>19</sup> W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, iż limity mogą utrudniać ubezpieczonym dostęp do świadczeń. Ich zniesienie miałyby wzmocnić mechanizmy wymuszające dbałość o jakość świadczeń zdrowotnych, przy założeniu wprowadzenia ścisłej kontroli świadczeniodawców. Zob.: E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce. Analiza Regionalna*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008; E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2008. Jest to jednak niemożliwe bez zapewnienia odpowiedniego potencjału ludzkiego. Obecnie brak ze strony lekarzy i pielęgniarek zainteresowania pracą w NFZ.

<sup>20</sup> Zob. rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 81, poz. 484.

<sup>21</sup> Obecnie trwa proces konsultacji projektów zarządzeń na 2010 r.

<sup>22</sup> Zob. J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitali*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006; A. Młynarska-Wichrowska, *Finansowanie ochrony zdrowia w krajach UE. Informacja Nr 1042*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, 2004; M. Tarczyński, *Nie istnieje jeden model*, „Dziennik”, 27 lutego 2008.

W przypadku finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych wyodrębnia się dwa zasadnicze modele finansowania: budżetowy (przykłady: Szwecja, Dania) i ubezpieczeniowy (przykłady: Niemcy, Francja)<sup>23</sup>.

W Polsce finansowanie ochrony zdrowia ma charakter ubezpieczeniowo-budżetowy i realizowane jest głównie ze składek z ubezpieczenia zdrowotnego<sup>24</sup>.

Ich suma jest uzależniona od procentowej wysokości składki, podstawy wymiaru naliczenia składki oraz liczby ubezpieczonych opłacających składkę. Tylko część składki jest odliczana od zaliczki na podatek dochodowy<sup>25</sup>.

Tabela 1

**Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 1999–2008**

Rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Składka ogółem	7,50	7,50	7,75	7,75	8,00	8,25	8,50	8,75	9,00	9,00
Składka odlicza od podatku	7,50	7,50	7,75	7,75	7,75	7,75	7,75	7,75	7,75	7,75

**Źródło:** *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, pod red. S. Golimowskiej, Warszawa 2004.

Środki pochodzące ze składek zdrowotnych są gromadzone przez ZUS i KRUS, a następnie przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia. W dalszej kolejności Centrala NFZ dokonuje ich podziału pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie.

Podstawą podziału jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci, w porównaniu z grupą odniesienia.

Dodatkowo wysokość środków koryguje się przez uwzględnienie:

- 1) wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wyspospecjalistycznych wykonanych dla ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu przez świadczeniodawców mających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z tym oddziałem wojewódzkim Funduszu, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym ten plan jest tworzony.

Szczegółową procedurę podziału środków określa rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych<sup>26</sup>.

Do innych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce zaliczamy<sup>27</sup>:

- 1) środki samorządów terytorialnych;
- 2) środki z budżetu państwa;
- 3) dochody indywidualne ludności,
- 4) wydatki pracodawców;
- 5) środki zagraniczne.

<sup>23</sup> C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

<sup>24</sup> *Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji...*, op. cit.

<sup>25</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, pod red. S. Golimowskiej, Warszawa 2008.

<sup>26</sup> Dz. U. Nr 171, poz. 1210.

<sup>27</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II...*, op. cit.

Z analizy danych za 2007 r. wynika, iż ok. 87% wydatków publicznych na ochronę zdrowia pokrywanych jest ze środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Tylko ok. 9% wydatków na ochronę zdrowia w 2007 r. stanowiły środki pochodzące z budżetu państwa, a ok. 4% wydatki samorządów terytorialnych<sup>28</sup>.

Obecnie z budżetu państwa finansowane są w szczególności programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego<sup>29</sup>.

Z wydatków jednostek samorządu terytorialnego finansowany jest zakup aparatury i sprzętu medycznego (w mniejszym zakresie inwestycje infrastrukturalne).

### **Efekty wdrożenia – okres programowania 2004–2006**

Ramy prawne programowania i wdrażania w Polsce funduszy strukturalnych i funduszu spójności w perspektywie finansowej 2004–2006 zostały określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju<sup>30</sup>.

Główne obszary (kierunki) oraz wysokość wsparcia zostały określone w *Podstawach Wsparcia Wspólnoty*.

W ramach PWW realizowano sześć jednofunduszowych sektorowych programów operacyjnych oraz jeden dwufunduszowy program operacyjny wdrażany na poziomie regionów<sup>31</sup>.

Dodatkowo wdrażane były dwie Inicjatywy Wspólnotowe<sup>32</sup>.

Łącznie w latach 2004–2006 na realizację europejskiej polityki spójności w Polsce z budżetu UE przeznaczono kwotę 12,85 mld euro, w tym 8,3 mld euro na realizację PWW, 0,35 mld euro w ramach Inicjatyw Wspólnotowych oraz 4,2 mld euro z Funduszu Spójności na duże inwestycje z zakresu transportu i środowiska. W ramach publicznych środków krajowych zaangażowano 4,0 mld euro<sup>33</sup>.

Projekty w obszarze ochrony zdrowia<sup>34</sup> były<sup>35</sup> realizowane w ramach<sup>36</sup>:

- 1) Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego;
- 2) Sektorowego Programu Operacyjnego Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw;
- 3) Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich.

<sup>28</sup> Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji..., op. cit.

<sup>29</sup> Do niedawna z budżetu państwa finansowano również świadczenia wysokospecjalistyczne. Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, Dz. U. Nr 267, poz. 2661 (uchylone).

<sup>30</sup> Dz. U. Nr 116, poz. 1206 ze zmianami.

<sup>31</sup> *Podstawy Wsparcia Wspólnoty. Promowanie rozwoju gospodarczego i warunków sprzyjających wzrostowi zatrudnienia*, dokument przyjęty przez Radę Ministrów 23 grudnia 2003 r. oraz zatwierdzony przez Komisję Europejską w dniu 22 czerwca 2004 r., www.funduszezstrukturalne.gov.pl.

<sup>32</sup> Programy finansowane również z funduszy strukturalnych ale mające na celu rozwiązanie problemów występujących na terenie całej UE. Ze względu na swoją specyfikę nie zostały uwzględnione w niniejszej pracy.

<sup>33</sup> *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013 – wspierające wzrost gospodarczy i zatrudnienie. Narodowa Strategia Spójności*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2007, www.funduszeuropejskie.gov.pl.

<sup>34</sup> Bezpośrednio lub pośrednio związane z ochroną zdrowia.

<sup>35</sup> Okres kwalifikowalności wydatków w programach operacyjnych finansowanych z funduszy strukturalnych na lata 2004–2006 zakończył się 30 czerwca br. Zob. *Wykorzystanie środków z funduszy strukturalnych i funduszu spójności w ramach Narodowego Planu Rozwoju 2004–2006 oraz Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia 2007–2013*, Informacja miesięczna za lipiec 2009 r., Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2009.

<sup>36</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II...*, op. cit.

## Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego

ZPORR był finansowany zarówno z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego jak i Europejskiego Funduszu Społecznego. Był też jedynym programem operacyjnym wdrażanym na poziomie regionów.

Wysokość zaplanowanych środków to 4 083 926 932 euro. Zaangażowanie sektora prywatnego szacowano na poziomie 146 205 061 euro<sup>37</sup>.

Projekty z obszaru ochrony zdrowia realizowano w ramach:

- 1) Poddziałania 1.3.2 – Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia;
- 2) Poddziałania 3.5.2 – Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia.

Zakładano wsparcie tylko projektów ukierunkowanych na podniesienie jakości ochrony zdrowia, a nie na zwiększanie sektora<sup>38</sup>.

Tabela 2

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 1.3.2 – Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia – ZPORR**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci
1) Ograniczenie regionalnych dysproporcji w infrastrukturze zdrowotnej	1)Przebudowa, modernizacja obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia	1) ZOZ – opieka stacjonarna (szpitale), opieka ambulatoryjna (przychodnie), dla których organem założycielskim jest samorząd wojewódzki lub powiatowy, akademie medyczne, minister właściwy do spraw zdrowia, Prezes Rady Ministrów, Rada Ministrów, właściwy minister
2) Poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego	2)Wymiana wyeksploatowanych nośników energii na bardziej ekonomiczne i ekologiczne	2) JST (szczególnie powiatowego i wojewódzkiego)
3) Poprawa jakości leczenia specjalistycznego i wysoko specjalistycznego zarówno stacjonarnego, jak i ambulatoryjnego	3)Termoizolacja budynków	3) Związki, porozumienia i stowarzyszenia JST (szczególnie powiatowego i wojewódzkiego)
	4)Przebudowa i wyposażenie sal operacyjnych	4) Spółki prawa handlowego, utworzone przez jednostki wymienione w pkt 1–3 oraz ministra właściwego prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia
	5)Dostosowanie obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych	5) Organizacje pozarządowe nie działające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, kościoły i związki wyznaniowe prowadzące statutową działalność w obszarze ochrony zdrowia
	6)Zakup systemów informatycznych poprawiających zarządzanie	6) Regionalne centra krwiodawstwa
	7)Zakup sprzętu komputerowego	
	8)Modernizacja oraz zakup nowych urządzeń medycznych (zakup sprzętu do diagnostyki i terapii)	
	9)Budowa i wyposażenie Centrów Powiadamiania Ratunkowego	
	10)Adaptacja wyposażenia ZOZ dla potrzeb Ratownictwa Medycznego	
	11)Zakup i wyposażenie środków transportu sanitarnego (karetki: reanimacyjne, wypadkowe, noworodkowe) oraz modernizacja samolotów i helikopterów na potrzeby Ratownictwa Medycznego	
	12)Certyfikaty zarządzania jakością	

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Uzupełnienia Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego...*, op. cit.

<sup>37</sup> *Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego 2004–2006*, Dokument stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 1 lipca 2004 r. w sprawie przyjęcia *Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004–2006*, Dz. U. Nr 166, poz. 1745 ze zmianami.

<sup>38</sup> *Uzupełnienie Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego*, Dokument stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 sierpnia 2004 r. w sprawie przyjęcia *Uzupełnienia Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004–2006*, Dz. U. Nr 200, poz. 2051 ze zmianami.

Tabela 4

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach – Poddziałania 3.5.2 – Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia – ZPORR**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci
1) Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości podstawowej opieki medycznej na obszarach wiejskich i w małych miastach 2) Ograniczenie terytorialnych dysproporcji w infrastrukturze ochrony zdrowia 3) Poprawa jakości wyposażenia i stanu budynków ośrodków zdrowia	1) Przebudowa, modernizacja obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia 2) Wymiana wyeksploatowanych nośników energii na bardziej ekonomiczne i ekologiczne 3) Termoizolacja budynków 4) Przebudowa i wyposażenie sal zabiegowych 5) Dostosowanie obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych 6) Zakup systemów informatycznych poprawiających zarządzanie w tym zakup sprzętu komputerowego 7) Modernizacja oraz zakup nowych urządzeń medycznych m. in. sprzętu do diagnostyki, terapii i rehabilitacji	1) JST (gmina i powiat) 2) Związki, porozumienia i stowarzyszenia JST 3) Jednostki organizacyjne, w tym spółki prawa handlowego, nie działające w celu osiągnięcia zysku, utworzone przez jednostki wymienione w pkt 1–2, prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia 4) ZOZ – opieka stacjonarna (szpitale), dla których organami założycielskimi są powiaty 5) Ośrodki zdrowia, w tym przychodnie i poradnie sprawujące opiekę ambulatoryjną, dla których podmiotami tworzącymi są samorząd powiatowy i samorząd gminny 6) NZOZ świadczące usługi medyczne na rzecz społeczności lokalnej w publicznym systemie ochrony zdrowia 7) Organizacje pozarządowe nie działające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, kościoły i związki wyznaniowe prowadzące statutową działalność w obszarze ochrony zdrowia

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Uzupełnienia Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego...*, op. cit.

Według stanu na koniec 2008 roku w poddziałaniu 1.3.2 zawarto 287 umów w tym zakupiono 2656 szt. sprzętu medycznego, a wsparciem objęto 244 zakłady opieki zdrowotnej. Z kolei w poddziałaniu 3.5.2 zakupiono 3477 szt. sprzętu medycznego, a wsparciem objęto 293 zakłady opieki zdrowotnej<sup>39</sup>.

Tabela 5

**Projekty w obszarze ochrony zdrowia zrealizowane w ramach – Poddziałania 1.3.2 – Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia – ZPORR w województwie lubuskim [w zł]**

Projekt	Beneficjent	Wartość całkowita	Wartość dofinansowania
1	2	3	4
Modernizacja oddziału rehabilitacji kardiologicznej Lubuskiego	Lubuski Szpital Pulmonologiczno-Kardiologiczny Samodzielny w Torzymiu	8 503 901	4 992 186
Poprawa jakości wysokospecjalistycznych usług medycznych	SPZOZ w Gorzowie Wlkp.	1 950 610	1 226 100

<sup>39</sup> Roczny raport z postępu wdrażania *Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004–2006*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2009.



1	2	3	4
Poprawa jakości wyposażenia aparatury w terapii pacjentów	SPZOZ w Gorzowie Wlkp.	723 770	542 827
Utworzenie pododdziału wzmocnionej opieki	Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze	652 171	489 128
Poprawa bezpieczeństwa terapii pacjentów hemodializowanych	SPZOZ w Gorzowie Wlkp.	538 358	403 768
Zakup wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego	SPZOZ w Zielonej Górze	674 440	467 029
Zakup aparatury i sprzętu medycznego	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciborzu	500 356	356 592
Nowoczesny blok operacyjny na miarę XXI wieku – modernizacja oddziału	Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie	4 861 591	3 646 193
Zakup mammografu	105 Szpital Wojskowy w Żarach	275 888	195 000
Salon zaopatrzenia ortopedycznego bez barier – modernizacja obiektu w Gorzowie Wlkp.	Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie	113 045	84 784

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Wykaz umów zawartych przez Wojewodę Lubuskiego o dofinansowanie projektów z EFRR ZPORR*, www.bzfe.wojewodalubuski.pl.

Tabela 6

**Projekty w obszarze ochrony zdrowia zrealizowane w ramach – Poddziałania 3.5.2 – Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia – ZPORR w województwie lubuskim [w zł]**

Projekt	Beneficjent	Wartość całkowita	Wartość dofinansowania
Modernizacja szpitala powiatowego w Sulęcinie zakup aparatu USG z funkcją Dopplera z 5 głowicami	SP ZOZ w Sulęcinie	399 859	280 275

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Wykaz umów zawartych przez Wojewodę Lubuskiego...*, op. cit.

### Sektorowy Program Operacyjny Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw

Program koncentrował się na działaniach w zakresie przedsiębiorczości i innowacyjności ze szczególnym uwzględnieniem sektora małych i średnich przedsiębiorstw. Był finansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Wysokość zaplanowanych środków to 1 714 837 891 euro. Zaangażowanie sektora prywatnego szacowano na poziomie 195 919 078 euro<sup>40</sup>.

Z analizy list podpisanych umów wynika, iż beneficjenci z obszaru ochrony zdrowia realizowali projekty przede wszystkim w *Działaniu 2.1. Wzrost konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw poprzez doradztwo*.

Dla przykładu w województwie lubuskim był to Zakład Rehabilitacji Leczniczej Cecylia Kiełbratowska (NZO)<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> Sektorowy Program Operacyjny Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw lata 2004–2006, Dokument stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 1 lipca 2004 r. w sprawie przyjęcia *Sektorowego Programu Operacyjnego Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw lata 2004–2006*, Dz. U. Nr 166 poz. 1744 ze zmianami.

<sup>41</sup> W listach sporządzanych przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (odpowiadała za wdrażanie tego działania) brak nazw projektów. Zob. *Listy wniosków rekomendowanych do wsparcia, zaakceptowanych do wsparcia*

Celem tego działania było zwiększenie poziomu konkurencyjności małych i średnich przedsiębiorstw poprzez ułatwienie dostępu do specjalistycznej pomocy doradczej np.: w zakresie wdrażania i doskonalenia systemów zarządzania jakością, zarządzania środowiskowego lub zarządzania BHP<sup>42</sup>.

#### Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich

Celem SPO RZL było zapewnienie warunków do rozwoju zasobów ludzkich poprzez kształcenie, szkolenie i pracę. Program był finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wysokość zaplanowanych środków to 1 960 110 929 euro. Zaangażowanie sektora prywatnego szacowano na poziomie 18 402 919 euro<sup>43</sup>.

W ramach schematu c. – Działania 2.3 Rozwój kadr nowoczesnej gospodarki – SPO RZL – realizowano szkolenia – dla pracowników służby zdrowia, w szczególności pracowników modelowych centrów skryningowych – z zakresu wykrywania i profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy<sup>44</sup>.

Instytucją odpowiedzialną za wdrażanie tego schematu była Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości.

Organizatorem szkoleń było Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie<sup>45</sup>.

#### Sposoby wykorzystania funduszy strukturalnych – okres programowania 2007–2013

Podstawę prawną do wdrażania funduszy strukturalnych i funduszu spójności w obecnej perspektywie finansowej – obok rozporządzeń wspólnotowych – stanowi ustawa o zasadach prowadzenia polityki rozwoju<sup>46</sup>.

---

*i podpisanych umów w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw, lata 2004–2006, [www.konkurencyjnosc.gov.pl](http://www.konkurencyjnosc.gov.pl).*

<sup>42</sup> *Uzupełnienie Sektorowego Programu Operacyjnego Wzrost Konkurencyjności Przedsiębiorstw, lata 2004–2006, Dokument stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 6 sierpnia 2004 r. w sprawie przyjęcia Uzupełnienia Sektorowego Programu Operacyjnego Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw, lata 2004–2006, Dz. U. Nr 197 poz. 2023 ze zmianami.*

<sup>43</sup> *Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006, Dokument stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 1 lipca 2004 r. w sprawie przyjęcia Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006, Dz. U. Nr 166 poz. 1743 ze zmianami.*

<sup>44</sup> Szkolenia były adresowane do: lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ; lekarzy specjalistów związanych z populacyjnymi badaniami skryningowymi raka piersi i raka szyjki macicy (ginekologów, onkologów, chirurgów, patologów, radiologów); średniego personelu medycznego związanego z populacyjnymi badaniami skryningowymi raka piersi i raka szyjki macicy (cytotechników, techników-radiologów, pielęgniarek i położnych); personelu technicznego związanego z populacyjnymi badaniami skryningowymi raka piersi i raka szyjki macicy.

<sup>45</sup> *Uzupełnienie Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006, Dokument stanowiący załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 11 sierpnia 2004 r. w sprawie przyjęcia Uzupełnienia Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006, Dz. U. Nr 197, poz. 2024 ze zmianami.*

<sup>46</sup> W ustawie określono m.in. tryb ustanawiania i realizacji programów operacyjnych oraz rodzaje projektów, które mogą otrzymać dofinansowanie w ramach programów operacyjnych:

- a) projekty indywidualne – o strategicznym znaczeniu dla realizacji programu, wskazywane przez instytucję zarządzającą;
- b) projekty systemowe, w tym również projekty pomocy technicznej – polegające na realizacji zadań publicznych przez podmioty działające na podstawie odrębnych przepisów, w zakresie określonym przepisami prawa i dokumentami strategiczno-programowymi przyjętymi przez Radę Ministrów;

Wysokość i obszary (kierunki) wsparcia zostały określone w *Narodowych Strategicznych Ramach Odniesienia 2007–2013*.

NSRO są realizowane za pomocą pięciu programów operacyjnych. Dodatkowo realizowanych jest 16 Regionalnych Programów Operacyjnych i Programy Operacyjne Europejskiej Współpracy Terytorialnej.

Łączna suma środków finansowych zaangażowanych w realizację NSRO w latach 2007–2013 ma wynieść 85,6 mld euro, w tym 67,3 mld euro ma pochodzić z budżetu UE. Pozostała część, czyli 11,9 mld euro z krajowych środków publicznych (w tym ok. 5,9 mld euro z budżetu państwa) i ok. 6,4 mld euro od podmiotów prywatnych<sup>47</sup>.

Pojęcie *ochrony zdrowia* pojawia się w treści NSRO przede wszystkim w aspekcie ekonomicznym, czyli wzmocnienia potencjału zdrowotnego kapitału ludzkiego (w tym wsparcia aktywnego starzenia się i zaniechanie wcześniejszego kończenia pracy). Stąd też postulat stworzenia nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej opartej o zapobieganie zagrożeniom dla zdrowia poprzez bezpieczeństwo i higienę pracy pracowników oraz wypełnienie luk w infrastrukturze zdrowotnej (poprawę jakości i dostępności oferowanych usług)<sup>48</sup>.

Poniżej zaprezentowano bezpośrednie instrumenty/programy dające możliwość realizacji projektów z ochrony zdrowia<sup>49</sup>.

### Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko

Celem POIiŚ jest poprawa atrakcyjności inwestycyjnej Polski i jej regionów poprzez zniwelowanie luki infrastrukturalnej<sup>50</sup>.

Program finansowany jest z Funduszu Spójności oraz Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Łączna wielkość środków finansowych zaangażowanych w realizację programu ma wynieść ok. 37 565 295 193 euro. Zaangażowanie sektora prywatnego zostało oszacowane na poziomie 2 279 692 669 euro<sup>51</sup>.

Projekty z obszaru ochrony zdrowia mogą być realizowane w ramach Osi priorytetowej XII: Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. W skład Priorytetu XII wchodzi dwa działania:

- 1) Działanie 12.1 – Rozwój ratownictwa medycznego z alokacją 235,29 mln euro;
- 2) Działanie 12.2 – Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym z alokacją 176,46 mln euro<sup>52</sup>.

c) projekty wyłonione w trybie konkursu.

Zob. ustawa o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (tekst jednolity), Dz. U. 2009, Nr 84, poz. 712.

<sup>47</sup> *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*..., op. cit.

<sup>48</sup> Ibidem.

<sup>49</sup> Nie wszystkie programy operacyjne zakładają bezpośrednie (obszarowo) wsparcie podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia np.: *Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka*. Co nie oznacza, iż tego typu podmioty działające jako przedsiębiorcy nie mogą w ramach tego programu aplikować. Dotyczy to również szkoleń przewidzianych w *Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki*, a adresowanych do kadry zatrudnionej w przedsiębiorstwach.

<sup>50</sup> Pojęcie *luki infrastrukturalnej* można rozpatrywać zarówno ilościowo jak i jakościowo.

<sup>51</sup> *Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2007, [www.pois.gov.pl](http://www.pois.gov.pl).

<sup>52</sup> *Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko. Szczegółowy opis priorytetów (wersja 3.2)*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2009, [www.pois.gov.pl](http://www.pois.gov.pl).

Tabela 7

## Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Działania 12.1 – Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Cele	Rodzaje projektów			Beneficjenci		
	kokursowe	systemowe	indywidualne	kokursowi	systemowi	indywidualni
1) Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego	1) Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego 2) Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (istniejące szpitalne oddziały ratunkowe wpisane do wojewódzkiego planu działania systemu) 3) Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów 4) Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych	1) Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych	1) Budowa i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego 2) Budowa, remont oraz doposażenie baz lotniczego Pogotowia Ratunkowego	1) Niepubliczne oraz publiczne ZOZ, udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, posiadające umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów, lub ich organy założycielskie	1) Minister Zdrowia 2) Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	1) SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe 2) Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko. Szczegółowy opis priorytetów..., op. cit.

Tabela 8

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Działania 12. 2 – Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym<sup>53</sup>**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci
1) Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych	1) Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym 2) Zakup aparatury obrazowej 3) Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów	1) Publiczne ZOZ o znaczeniu ponadregionalnym, świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, z wyłączeniem zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, lub ich organy założycielskie

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko. Szczegółowy opis priorytetów...*, op. cit.

### Program Operacyjny Kapitał Ludzki

Celem POKL jest umożliwienie pełnego wykorzystania zasobów ludzkich przy jednoczesnym zmniejszeniu obszarów wykluczenia społecznego.

Program finansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Łączna wielkość środków finansowych zaangażowanych w realizację programu ma wynieść 11 420 207 059 euro<sup>54</sup>.

Projekty z obszaru ochrony zdrowia mogą być realizowane w ramach Priorytetu II: Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących, a konkretnie z Działania 2.3 – Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (alokacja: 105 713 179 euro).

W skład Działania 2.3 wchodzi trzy poddziałania<sup>55</sup>:

- 1) Poddziałanie 2.3.1 – Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych;
- 2) Poddziałanie 2.3.2 – Doskonalenie kadr medycznych;
- 3) Poddziałanie 2.3.3 – Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia<sup>56</sup>.

Tabela 9

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.1 – Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci
1	2	3
1) Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez	1) Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych przystosowanych do potrzeb poszczególnych	1) Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr

<sup>53</sup> W ramach działania projekty mają być wybierane w ramach procedury konkursowej i indywidualnej.

<sup>54</sup> W ramach tej kwoty ok. 60% środków ma zostać wdrożone na poziomie regionalnym (komponent regionalny), a pozostałe ok. 40% środków na poziomie centralnym (komponent centralny). Zob. *Program Operacyjny Kapitał Ludzki*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2007, www.efs.gov.pl.

<sup>55</sup> *Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2009 r., www.efs.gov.pl.

<sup>56</sup> W ramach działania realizowane mają być tylko projekty systemowe.

1	2	3
opracowywanie kompleksowych programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy	grup pracowników/grup zawodowych, w szczególności ukierunkowanych na redukcję występowania chorób zawodowych (wdrożenie wybranych programów) 2) Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy określonych grup pracowników/grup zawodowych ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi (wdrożenie wybranych programów)	med. J. Nofera w Łodzi

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki...*, op. cit.

Tabela 10

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.2 – Doskonalenie kadr medycznych**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci
1) Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu medycznego	1) Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologii, kardiologii, medycyny pracy oraz lekarzy z innych, wybranych dziedzin medycyny 2) Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych, w szczególności w ramach studiów pomyślowych 3) Kształcenie podyplomowe i zawodowe przedstawicieli innych zawodów medycznych	1) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w zakresie procesu specjalizacyjnego lekarzy deficytowych specjalności, lekarzy z innych wybranych dziedzin medycyny oraz kształcenia podyplomowego i zawodowego przedstawicieli innych zawodów medycznych 2) Minister właściwy ds. zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych lub Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych – w zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki...*, op. cit.

Tabela 11

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.3 – Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci
1) Poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej	1) Wsparcie procesu akredytacji ZOZ, w szczególności szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów 2) Szkolenia pracowników, w szczególności kadry zarządzającej ZOZ, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim NFZ albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia (kadry zarządzającej NFZ) 3) Rozwój standardów kwalifikacji dla kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia	1) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie projektów wspierających proces akredytacji 2) NFZ w zakresie projektów dotyczących szkoleń pracowników ZOZ oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia oraz rozwoju standardów kwalifikacji dla kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia 3) Minister właściwy ds. zdrowia – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego – w zakresie projektów dotyczących szkoleń pracowników ZOZ oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia oraz rozwoju standardów kwalifikacji dla kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki...*, op. cit.

## Regionalne Programy Operacyjne

Programy są wdrażane na poziomie województw (regionów). Poniżej zaprezentowano możliwości wsparcia projektów z obszaru ochrony zdrowia w ramach Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego.

Ogółem wsparcie w ramach LRPO ma stanowić 589 140 620 euro. Przewidywane zaangażowanie sektora prywatnego to 72 466 386 euro<sup>57</sup>.

Projekty z obszaru ochrony zdrowia są realizowane w ramach Priorytetu IV: Rozwój i modernizacja infrastruktury społecznej a konkretnie z Działania 4.1 – Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia (alokacja: 16 159 399,86 euro).

W skład Działania 4.1 wchodzi dwa poddziałania<sup>58</sup>:

- 1) Poddziałanie 4.1.1 Rozwój i modernizacja regionalnej infrastruktury ochrony zdrowia;
- 2) Poddziałanie 4.1.2 Rozwój i modernizacja lokalnej infrastruktury ochrony zdrowia.

Tabela 12

**Finansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach Działania 4.1 – Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia**

Cele	Rodzaje projektów	Beneficjenci <sup>59</sup>
1) Wzrost konkurencyjności województwa na poziomie regionalnym i lokalnym, a także podniesienie standardów życia Lubuszan poprzez poprawę funkcjonowania infrastruktury ochrony zdrowia oraz poprawę jakości usług opiekuńczych, stacjonarnych i środowiskowych.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Modernizacja obiektów, związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia</li> <li>2) Dostosowanie obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych</li> <li>3) Zakup urządzeń medycznych (m.in. sprzętu do diagnostyki, terapii i rehabilitacji) oraz środków transportu sanitarnego (na potrzeby inne niż ratownictwo medyczne)</li> <li>4) Dostosowanie istniejącej infrastruktury do zainstalowania i użytkowania sprzętu medycznego, modernizacja i wyposażenie obiektów społecznych, w szczególności obiektów opieki nad dziećmi (żłobki) oraz ośrodków pomocy społecznej (domy i centra pomocy społecznej)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) JST</li> <li>2) Związki, porozumienia i stowarzyszenia JST,</li> <li>3) Jednostki organizacyjne JST, posiadające osobowość prawną</li> <li>4) Szpitale, które są niezadłużone tzn. nieposiadające zaległości w spłacie zobowiązań wymagalnych (zobowiązań publiczno-prawnych w tym ZUS, FP) oraz wobec pracowników (ZFP i ZFŚS)</li> <li>5) ZOZ (przychodnie, poradnie, wojewódzkie jednostki budżetowe)</li> <li>6) Ośrodki pomocy społecznej</li> <li>7) Hospicja, zakłady rehabilitacji leczniczej, żłobki</li> <li>8) NZOZ nie spełniające kryterium MŚP</li> <li>9) Organizacje pozarządowe nie działające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, kościoły i związki wyznaniowe</li> </ol>

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Uszczegółowienie Lubuskiego Regionalnego Programu...*, op. cit.

<sup>57</sup> Lubuski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007–2013, Dokument stanowiący załącznik do Uchwały Nr 65/399/2007 Zarządu Województwa Lubuskiego z dnia 16 października 2007 r., Zielona Góra 2007, www.lrpo.lubuskie.pl.

<sup>58</sup> W przypadku szpitali za kryterium podziału przyjęto liczbę oddziałów szpitalnych (kryterium przedmiotowe). W pozostałych przypadkach konkretne podmioty przypisano do konkretnego poddziałania (kryterium podmiotowe). Zob. *Uszczegółowienie Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013. Szczegółowy opis osi priorytetowych*, Zielona Góra 2009, www.lrpo.lubuskie.pl.

<sup>59</sup> W ramach tego działania projekty mogą być realizowane również w formule PPP. Przy czym beneficjentem nie mogą być ZOZ, dla których organami założycielskimi są: minister, centralny organ administracji rządowej, publiczna uczelnia medyczna, publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Tabela 13

**Podpisane umowy o dofinansowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia ujętych w IPI LRPO  
[w zł]**

<b>Projekt</b>	<b>Beneficjent</b>	<b>Wartość całkowita</b>	<b>Wartość dofinansowania</b>
Remont i modernizacja Oddziału Ortopedii Onkologicznej	Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie	1 075 00,00	913 750,00
Modernizacja pracowni Radiologicznej poprzez wymianę sprzętu i adaptację pomieszczeń	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu	2 019 222,46	1 700 000,00
Wyposażenie i modernizacja wielofunkcyjnej placówki opiekuńczo-wychowawczej „Nasza Chata” w Cybince	Powiat Słubicki	3 102 996,66	2 210 000,00
Nowoczesny szpital. Poprawa jakości i dostępności do usług specjalistycznych dla Lubuszan z zachodniej części województwa	Powiat Słubicki	2 549 721,42	2 167 263,20
Modernizacja szpitala poprzez rozbudowę w celu dostosowania do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa – etap I (SPZOZ w Sulechowie)	Powiat Zielonogórski	9 455 646,89	8 037 299,85
Zakup cyfrowego aparatu RTG jako element budowy systemu teleradiologii i sprzętu do endoskopii w SP ZOZ w Żaganiu	Powiat Żagański	2 000 000,00	1 700 000,00
Utworzenie Regionalnego Ośrodka Neuronawigacji w Terapii i Diagnostyce Centralnego Układu Nerwowego i Kręgosłupa	SPZOZ w Gorzowie Wlkp.	2 125 000,00	2 500 000,00
Zakup gamma kamery	SPZOZ w Gorzowie Wlkp.	1 295 921,05	1 524 613,00
Zakup rezonansu magnetycznego	SPZOZ w Gorzowie Wlkp.	4 500 000,00	3 825 000,00
Modernizacja SPZOZ	SPZOZ w Drezdenku	11 346 037,13	5 388 233,03
Rozszerzenie zakresu procedur medycznych poprzez zakup Ramienia C oraz sprzętu endoskopowego dla Oddziału Chirurgii Ogólnej z pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym	SPZOZ w Drezdenku	1 100 000,00	935 000,00
Modernizacja Bloku Operacyjnego, Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Onkologicznym i Poradni Specjalistycznych	SPZOZ w Sulęcinie	19 747 191,00	16 785 112,35
Zakup tomografu komputerowego dla Zakładu Diagnostyki Obrazowej	SPZOZ w Zielonej Górze	4 045 140,00	3 436 295,00
Utworzenie Lubuskiego Ośrodka Neurochirurgii i Neurotraumatologii	SPZOZ w Zielonej Górze	11 971 894,00	8 274 973,13
Zakup aparatu RTG i remont pomieszczeń pracowni RTG	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciborzu	1 453 440,00	1 235 424,00
Modernizacja Zakładu Radiologii poprzez zakup nowoczesnych aparatów rentgenowskich	SPZOZ w Nowej Soli	1 217 520,00	1 018 300,00

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie *Podpisane umowy o dofinansowanie projektów ujętych w Indykatorywnym Planie Inwestycyjnym LRPO*, [www.lrpo.lubuskie.pl](http://www.lrpo.lubuskie.pl).



### Zakończenie

Projekty z obszaru ochrony zdrowia finansowane z funduszy strukturalnych swym zakresem obejmują przede wszystkim infrastrukturę, sprzęt, zarządzanie, kadre (w szerokim zakresie).

Ich wpływ na poprawę efektywności (w ujęciu ilościowym i jakościowym) funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce jest i może być bezsprzeczny<sup>60</sup>.

Pozostaje tylko pytanie, czy zakupiony nowoczesny sprzęt medyczny i urządzenia specjalistyczne są/będą w pełni wykorzystywane? To samo dotyczy szeroko rozumianej infrastruktury (szczególnie o znaczeniu regionalnym) oraz potencjału ludzkiego (z wyłączeniem wykonujących zawód medyczny).

Dlatego tak ważnym jest równoczesne podejmowanie działań ukierunkowanych na zmiany w sposobie organizacji i finansowania ochrony zdrowia.

Między innymi racjonalizowanie bazy szpitalnej na poziomie regionów. Autor proponuje rozważyć przypisanie kompetencji organu założycielskiego tylko na poziomie samorządu wojewódzkiego, czyli z wyłączeniem samorządu powiatowego<sup>61</sup>.

Na poziomie kraju koniecznym jest zachowanie równowagi pomiędzy potrzebami pacjentów a możliwościami finansowymi. Jednym z rozwiązań jest wprowadzenie częściowej odpłatności za świadczenia<sup>62</sup>.

Reasumując skuteczność oddziaływania funduszy strukturalnych na efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce jest w dużym stopniu zdeterminowana skutecznością samego systemu ochrony zdrowia.

---

### Summary

Accepting the argument that the financial means dedicated to health protection are limited, the author of the paper emphasizes the need to use external sources of financing, in this case European Union structural funds.

This paper attempts to answer the question of to what extent the sources from the European Regional Development Fund, and the European Social Fund, have influenced, or can influence the improved efficiency of the health protection system in Poland.

The paper begins with the fundamental notions of health protection, the levels and forms of the delivery of health services, the subject range of the system (including the catalogue of beneficiaries), and the sources of finance. The most important (in the author's opinion) current problems related to the organization and financing of health protection are also mentioned.

---

<sup>60</sup> Realizacji założonych wskaźników np.: produktu, rezultatu, oddziaływania.

<sup>61</sup> Takie rozwiązanie w dużym stopniu determinuje skuteczność regionalnej polityki zdrowotnej.

<sup>62</sup> Propozycja niewielkiej odpłatności pojawiała się jako jedna z rekomendacji Konferencji „Białego Szczytu”. Zob. *Rekomendacje Konferencji „Białego Szczytu” z dnia 19 marca 2008 r.*, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl). Dla przykładu Czesi wprowadzili tzw. opłatę regulacyjną za receptę, wizytę u lekarza, szpitalną pomoc ambulatoryjną, pobyt w szpitalu i sanatorium oraz pomoc pogotowia ratunkowego. W ten sposób o 17 proc. zmniejszyła się liczba wizyt u lekarzy specjalistów, 36 proc. liczba wezwań do wypadków nagłych i wypisano 28 proc. mniej recept. Ostatecznie ze względów „politycznych” wstrzymano kolejne reformy, a wcześniejsze propozycje w znacznym stopniu ograniczono. Zob.: A. M. Pędziwoł, *Czeska lekcja*, „Menedżer Zdrowia” 2009, nr 5.

Next, a general description of selected operating programs is presented with the examples of health protection projects financed from the structural funds that have already been implemented. The opportunities to fund these types of projects under the present financial perspective are also indicated.

The subject matter of a detailed analysis presented in the paper concerns the Lubuskie province.