

Fundusze strukturalne Unii Europejskiej – wykorzystanie w służbie zdrowia

1. Wstęp

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej otworzyło przedsiębiorcom, organizacjom pozarządowym oraz jednostkom samorządu terytorialnego drogę do ubiegania się o wsparcie finansowe z funduszy strukturalnych UE. Tym samym pojawiło się nowe źródło finansowania projektów o charakterze inwestycyjnym i doradczym, o ciekawej konstrukcji ekonomiczno-prawnej. Z podobną formą współfinansowania mieliśmy już wprawdzie do czynienia w trakcie absorpcji środków preakcesyjnych, lecz w porównaniu do programów strukturalnych były to formy o charakterze uproszczonym, mniej sformalizowanym, a ponadto skierowanym do węższego katalogu beneficjentów.

Podstawę instytucjonalno - prawną planowania poszczególnych działań interwencyjnych z funduszy strukturalnych w Polsce stanowi, wraz z aktami wykonawczymi, ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. Nr 116, poz. 1206). Strategicznym celem NPR jest „rozwijanie konkurencyjnej gospodarki opartej na wiedzy i przedsiębiorczości, zdolnej do długofalowego, harmonijnego rozwoju, zapewniającej wzrost zatrudnienia oraz poprawę spójności społecznej, ekonomicznej i przestrzennej z Unią Europejską na poziomie regionalnym i krajowym”. Ustawa zakłada tworzenie tzw. programów operacyjnych, poprzez które realizowane są cele częściowe NPR. W kontekście polityki ochrony zdrowia funkcję tę pełni przede wszystkim Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego zawarty w rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 sierpnia 2004 r. w sprawie przyjęcia Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004-2006 (Dz. U. z 2004 r. Nr 166, poz. 1745). Program ten określa priorytety, kierunki i wysokość środków przeznaczonych na realizację polityki regionalnej państwa z udziałem funduszy strukturalnych: Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego. Cele ZPORR w obszarze ochrony zdrowia są następujące:

a) na poziomie regionalnym - głównym celem jest poprawa jakości usług medycznych świadczonych przez wysokospecjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej. Celami szczegółowymi są: ograniczenie regionalnych dysproporcji w infrastrukturze zdrowotnej, poprawa jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego, poprawa jakości leczenia specjalistycznego i wysokospecjalistycznego zarówno stacjonarnego jak i ambulatoryjnego;

b) na poziomie lokalnym – głównym celem jest podniesienie standardu świadczonych usług medycznych na podstawowym poziomie przez lokalne ośrodki zdrowia. Celami szczegółowymi są: zapewnienie dostępu do wysokiej jakości podstawowej opieki medycznej na obszarach wiejskich i w małych miastach, ograniczenie terytorialnych dysproporcji w infrastrukturze ochrony zdrowia, poprawa jakości wyposażenia i stanu budynków ośrodków zdrowia.

2. Wsparcie finansowe służby zdrowia z funduszy strukturalnych UE

Zgodnie z postanowieniami ZPORR, w kręgu uprawnionych do ubiegania się o unijne środki, znajdują się następujące podmioty prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia:

Na poziomie regionalnym:

a) zakłady opieki zdrowotnej – opieka stacjonarna (szpitale), opieka ambulatoryjna (przychodnie) dla których podmiotami tworzącymi są: samorząd wojewódzki, powiat, akademia medyczna, minister właściwy do spraw zdrowia, Prezes Rady Ministrów, właściwy minister;

b) jednostki samorządu terytorialnego - szczebla powiatowego, wojewódzkiego lub jednostki organizacyjne wykonujące zadania wyżej wymienionych jednostek..

c) związki, porozumienia i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego;

d) jednostki organizacyjne, w tym spółki prawa handlowego, utworzone przez jednostki wymienione w pkt 1, 2 i 3, prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia;

e) organizacje pozarządowe nie działające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, kościoły i związki wyznaniowe prowadzące statutową działalność w obszarze ochrony zdrowia.

Na poziomie lokalnym:

- a) jednostki samorządu terytorialnego: gmina i powiat lub jednostki organizacyjne wykonujące zadania jednostek samorządu terytorialnego,
- b) związki, porozumienia i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego,
- c) jednostki organizacyjne, w tym spółki prawa handlowego, nie działające w celu osiągnięcia zysku, utworzone przez jednostki wymienione w pkt 1 i 2, prowadzące działalność w zakresie ochrony zdrowia,
- d) zakłady opieki zdrowotnej – opieka stacjonarna (szpitale), dla których podmiotami tworzącymi są powiaty,
- e) ośrodki zdrowia, w tym przychodnie i poradnie- zakłady opieki zdrowotnej sprawujące opiekę ambulatoryjną, dla których podmiotami tworzącymi są: samorząd powiatowy i samorząd gminny,
- f) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi medyczne na rzecz społeczności lokalnej w publicznym systemie ochrony zdrowia,
- g) organizacje pozarządowe nie działające w celu osiągnięcia zysku, w tym stowarzyszenia, fundacje, kościoły i związki wyznaniowe prowadzące statutową działalność w obszarze ochrony zdrowia.

Jak daje się zauważyć, katalog beneficjentów nie został zawężony do zakładów opieki zdrowotnej, lecz obejmuje różnorodne formy prawne, w tym organizacje pozarządowe, czy związki wyznaniowe. Co oczywiste, warunkiem koniecznym do ubiegania się o unijne wsparcie, jest prowadzenie działalności w obszarze ochrony zdrowia.

3. Projekty objęte dofinansowaniem

Współfinansowaniem ze środków UE mogą być objęte projekty zakładające przede wszystkim: przebudowę, modernizację obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, w taki sposób aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia

zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366 z późn. zm.); termoizolację budynków; przebudowę i wyposażenie sal operacyjnych; dostosowanie obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych; zakup systemów informatycznych poprawiających zarządzanie; zakup sprzętu komputerowego; modernizację oraz zakup nowych urządzeń medycznych; budowę i wyposażenia Centrów Powiadamiania Ratunkowego; adaptację wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej dla potrzeb Ratownictwa Medycznego; zakup i wyposażenie środków transportu sanitarnego (karetki: reanimacyjne, wypadkowe, noworodkowe) oraz modernizację samolotów i helikopterów na potrzeby Ratownictwa Medycznego; certyfikaty zarządzania jakością.

Do objęcia współfinansowaniem kwalifikują się także projekty polegające na zakupie sprzętu do diagnostyki i terapii, w szczególności chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych, między innymi: mammografy, tomografy, sprzęt do angiografii inwazyjnej, sprzęt do koronarografii, sprzęt dla ratownictwa medycznego, sprzęt radiologiczny z możliwością tworzenia obrazów cyfrowych i możliwością analizy telemetrycznej, aparaty USG, EEG, EKG, aparaty do hemodializy, endoskopy z torem wizyjnym wraz z osprzętem do sterylizacji.

4. Wysokość dofinansowania i koszty kwalifikowane

Dofinansowanie stanowi procent kosztów kwalifikowanych projektu, z czego ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego) pokrywane jest 75%, a z budżetu państwa zgodnie z zasadami ustalonymi przez danego dysponenta części budżetowej (przy czym dla projektów realizowanych na poziomie lokalnym jest to 10%). Oznacza to, że projekt może zostać objęty dofinansowaniem nawet w wysokości 85%. Koszty kwalifikowane to te koszty, których poniesienie uzasadnione jest realizacją projektu. Warto podkreślić, że podatek VAT traktuje się jako koszt kwalifikowany, gdyż beneficjenci programów dotyczących ochrony zdrowia nie mają możliwości jego odliczenia.

Należy pamiętać, że zasadą programów pomocowych UE jest refundacja kosztów kwalifikowanych projektu, nie zaś jego bieżące finansowanie. Z reguły nie przewiduje się także udzielania zaliczek, co miało miejsce w przypadku programów preakcesyjnych. W związku z tym, projekty finansowane są przede wszystkim z

kredytu lub innych zewnętrznych źródeł dofinansowania oraz w oparciu o środki własne projektodawcy. Refundacja, w zależności od czasu realizacji i charakteru projektu, może następować etapami lub też po zakończeniu projektu.

Ponieważ aplikowanie o środki unijne przybiera postać bardzo sformalizowaną, również refundacja kosztów następuje na podstawie dokładnego rozliczenia projektu. W trakcie realizacji projekt podlega monitorowaniu, istnieje konieczność sporządzania raportów okresowych oraz raportu końcowego, zgodnie z określonymi wytycznymi i wzorami.

5. Procedura aplikacyjna

Ubieganie się o współfinansowanie projektu w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego wymaga od projektodawcy podjęcia szeregu działań o zróżnicowanym charakterze. W pierwszej kolejności podmiot, który zamierza aplikować o dotację, musi podjąć wysiłek przeprowadzenia wstępnej analizy sytuacji ekonomicznej, organizacyjnej i prawnej oraz określić swoje potrzeby i możliwości finansowe. Nie ma przeszkód, aby przygotowywanie konkretnych analiz było zlecane profesjonalnym podmiotowi specjalizującym się w danej dziedzinie. W niektórych przypadkach, np. przy opracowywaniu projektu architektonicznego, budowlanego, kosztorysu inwestorskiego, czy raportu oceny oddziaływania na środowisko, jest to nawet konieczne. Mając wstępnie przygotowany plan realizacji projektu, projektodawca może przystąpić do poszukiwania odpowiedniego dla siebie programu. W przypadku obszaru obejmującego ochronę zdrowia będzie to tzw. poddziałanie 1.3.2. „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” oraz – odpowiednio – poddziałanie 3.5.2. „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia”. Pełny opis możliwości jakie dają powyższe poddziałania i zasad, na jakich opiera się dofinansowanie projektu, znajdują się w uzupełnieniu do wspomnianego wyżej rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 sierpnia 2004 r. w sprawie przyjęcia ZPORR.

Jeżeli projektodawca spełnia przesłanki podmiotowe (wskazane w pkt 2 niniejszego artykułu), zaś jego projekt mieści się w katalogu określonym w pkt 3, może on przystąpić do opracowywania wniosku aplikacyjnego, którego wzór stanowi załącznik do rozporządzenia w sprawie przyjęcia ZPORR. Do wniosku aplikacyjnego wnioskodawca obowiązany jest dołączyć szereg wymaganych załączników, takich jak np. studium wykonalności projektu, pozwolenie na budowę, raport z oceny

oddziaływania na środowisko, czy stosowne oświadczenia (załączników tych jest kilkanaście). Tak opracowana dokumentacja projektu musi zostać dostarczona w odpowiednim terminie do urzędu marszałkowskiego właściwego ze względu na miejsce realizacji projektu (w przypadku działań związanych z ochroną zdrowia zazwyczaj pokrywa się ono z siedzibą wnioskodawcy). Termin składania wniosków określany jest indywidualnie przez poszczególne urzędy. W 2004 r. urzędy marszałkowskie wyznaczały zwykle jeden lub dwa terminy w miesiącach lipiec-sierpień. Wniosek musi być ponadto złożony w odpowiedniej formie, tzn. w trzech egzemplarzach (oryginał i dwie kopie) oraz w wersji elektronicznej (na płycie CD lub dyskietce). Urzędy marszałkowskie mogą określać również dodatkowe wymagania co do formy składania dokumentacji projektu.

Procedura rozpatrywania wniosków składa się z trzech podstawowych etapów: oceny formalnej wniosku dokonywanej we właściwym departamencie urzędu marszałkowskiego oraz dwóch ocen merytorycznych, których dokonują tzw. panel ekspertów oraz Regionalny Komitet Sterujący. Po pozytywnym zaopiniowaniu rekomendowanej listy projektów przez zarząd województwa, wojewoda zawiera z beneficjentem umowę, na podstawie której odbywa się refundacja wydatków ponoszonych w związku z realizacją projektu.

Praktyka pokazuje, że w roku 2004, który jest pierwszym rokiem funkcjonowania funduszy strukturalnych w Polsce, liczba wnioskodawców którzy otrzymali wsparcie na z projekty związane z ochroną zdrowia nie jest wysoka (brak jeszcze danych ze wszystkich województw w tym przedmiocie). Przykładowo, w województwie kujawsko-pomorskim zaakceptowanych zostało 20% wniosków na poziomie regionalnym oraz 55% na poziomie lokalnym; z kolei w województwie małopolskim proporcje te wynoszą odpowiednio 45% i 60%.

Słaba kondycja służby zdrowia w Polsce sprawia, że coraz więcej szpitali i innych podmiotów prowadzących działalność w obszarze ochrony zdrowia stara się wykorzystać możliwość jaką daje wsparcie z funduszy strukturalnych. Zainteresowanie unijnymi dotacjami zdecydowanie przekracza środki przekazane nam przez Unię Europejską na ten cel. Dlatego, aby skutecznie ubiegać się o współfinansowanie projektu, należy być perfekcyjnie przygotowanym zarówno od strony ekonomicznej, jak i organizacyjno-prawnej. A z tym, jak wiadomo, polskie placówki zdrowia mają nieustające problemy.

