

## **Nowe możliwości zewnętrznego dofinansowania podmiotów prowadzących działalność w obszarze ochrony zdrowia – Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego**

### **1. Wstęp**

W poprzednim cyklu artykułów, dotyczącym możliwości wykorzystania instrumentów polityki strukturalnej UE do finansowania obszaru ochrony zdrowia omówione zostały wyczerpująco dostępne programy pomocowe i zasady aplikowania o dotacje. Z różnych form dofinansowania projektów – przede wszystkim inwestycyjnych – skorzystać mogą zarówno jednostki sektora finansów publicznych (np. ZOZ-y), jak i przedsiębiorcy działający w formie spółek prawa handlowego lub prowadzący własną działalność gospodarczą jako osoby fizyczne. Cykl ten wymaga uzupełnienia o odrębne źródło finansowania, którego korzeni należy szukać w Umowie o rozszerzeniu Europejskiego Obszaru Gospodarczego<sup>1</sup>. Mowa o Norweskim Mechanizmie Finansowym i Mechanizmie Finansowym Europejskiego Obszaru Gospodarczego (NMF i MF EOG). Oba Mechanizmy Finansowe wdrażane są na podstawie Memorandum of Understanding<sup>2</sup>, za pomocą znanej już Czytelnikom formuły Programu Operacyjnego<sup>3</sup>. Podstawowym celem Mechanizmów Finansowych jest zmniejszenie różnic ekonomicznych i społecznych w drodze realizacji przedsięwzięć prorozwojowych, m.in. w obszarze ochrony zdrowia. W ramach tych instrumentów finansowych Polska otrzyma w latach 2004-2009 wsparcie w łącznej wysokości ponad 533 mln EUR.

---

<sup>1</sup> Umowa z dnia 14 października 2003 r. dotycząca udziału Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii i Republiki Słowackiej w Europejskim Obszarze Gospodarczym; weszła w życie z dniem przystąpienia Polski do Unii Europejskiej.

<sup>2</sup> Memorandum of Understanding wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2004-2009 ustanowionego zgodnie z Umową z dnia 14 października 2003 r. pomiędzy Królestwem Norwegii a Wspólnotą Europejską o Norweskim Mechanizmie Finansowym na okres 2004-2009 pomiędzy Królestwem Norwegii a Rzeczpospolitą Polską, podpisane w Warszawie dnia 14 października 2004 r. (M.P. z 2005 r. Nr 23, poz. 342); Memorandum of Understanding wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG 2004-2009 pomiędzy Republiką Islandii, Księstwem Liechtensteinu, Królestwem Norwegii a Rzeczpospolitą Polską, podpisane w Brukseli dnia 28 października 2004 r. (M.P. z 2005 r. Nr 23, poz. 343); oba memoranda weszły w życie z dniem podpisania.

<sup>3</sup> Program Operacyjny dla wykorzystania środków finansowych w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego, zatwierdzony przez Radę Ministrów w dniu 26 lipca 2005 r.

## **2. Instytucje odpowiedzialne za wdrażanie programu**

Ogólny nadzór nad wdrażaniem Mechanizmów Finansowych oraz odpowiedzialność związaną z zarządzaniem działaniami realizowanymi w ramach programu ponosi – zgodnie z odpowiednimi postanowieniami obu Memorandum of Understanding - Ministerstwo Gospodarki i Pracy<sup>4</sup>, pełniąc rolę tzw. Krajowego Punktu Kontaktowego. Ministerstwo odpowiada także za kontrolę finansową i audyt.

Zarządzanie poszczególnymi priorytetami powierzone zostało tzw. Instytucjom Pośredniczącym – dla priorytetu „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem” jest to Ministerstwo Zdrowia (Departament Organizacji i Ochrony Zdrowia), zaś funkcję pomocniczą w stosunku do ministerstwa sprawuje Biuro do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia. Do zadań Instytucji Pośredniczących należy m.in. ogłaszanie terminów składania wniosków aplikacyjnych, ocena i wybór projektów.

Bardzo istotną rolę pełnią również tzw. Komitety Sterujące, powoływane osobno dla każdego z obszarów priorytetowych. Komitet Sterujący to ciało eksperckie, którego główną funkcją jest opiniowanie i rekomendowanie listy projektów Instytucji Pośredniczącej i Krajowemu Punktowi Kontaktowemu. W skład Komitetu Sterującego wchodzi zarówno przedstawiciele Instytucji Pośredniczącej, jak również władz regionalnych i lokalnych oraz partnerów społeczno-gospodarczych.

## **3. Beneficjenci pomocy**

O środki finansowe na realizację projektów ubiegać się mogą zarówno instytucje sektora publicznego, jak i prywatnego oraz organizacje pozarządowe. Ponadto, dwoma przesłankami koniecznymi do spełnienia przez podmioty aplikujące o wsparcie z Mechanizmów Finansowych, są: utworzenie podmiotu na terytorium RP oraz prowadzenie działalności w interesie publicznym. Zgodnie z wytycznymi przedstawionymi w Programie Operacyjnym, wnioskodawcami mogą być w szczególności:

- a) organy administracji rządowej i samorządowej wszystkich szczebli,
- b) instytucje naukowe i badawcze,
- c) instytucje branżowe i środowiskowe,

---

<sup>4</sup> Obecnie funkcję tę pełni Ministerstwo Rozwoju Regionalnego.

- d) organizacje społeczne,
- e) podmioty partnerstwa publiczno-prywatnego.

W priorytecie „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem” Program Operacyjny zawiera bardziej szczegółowe wyliczenie potencjalnych beneficjentów pomocy. Są to:

- publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej,
- minister właściwy do spraw zdrowia,
- uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- jednostki badawczo-rozwojowe, prowadzące działalność w systemie ochrony zdrowia,
- jednostki samorządu terytorialnego lub działające w ich imieniu jednostki organizacyjne,
- związki, porozumienia i stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego,
- organizacje pozarządowe, działające w obszarze ochrony zdrowia zgodnie z przepisami ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie,
- organ prowadzący przedszkole, szkołę lub placówkę, zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Powyższe – przykładowe – wyliczenie jednoznacznie wskazuje, że w obszarze ochrony zdrowia wnioskodawcami są przede wszystkim instytucje publiczne. Potwierdza to opublikowany w styczniu br. wykaz projektów zgłoszonych w ramach pierwszej rundy aplikacyjnej (termin do 30 listopada 2005 r.), gdzie na 371 złożonych wniosków tylko w kilku przypadkach wnioskodawcy posiadali status spółki prawa handlowego. Na marginesie warto zauważyć, że Ministerstwo Zdrowia – pełniąc jednocześnie rolę Instytucji Pośredniczącej - złożyło własny projekt, którego wartość pokrywa ponad 30% środków alokowanych w tej rundzie aplikacyjnej.

#### **4. Rodzaje projektów możliwych do realizacji**

Głównym celem Priorytetu „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem” jest poprawa warunków zdrowotnych społeczeństwa poprzez m.in. programy promocji zdrowia i profilaktyki, poprawę jakości usług w jednostkach ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Warto podkreślić, że zgłaszane projekty powinny wynikać z Narodowego Programu Zdrowia lub z regionalnej/lokalnej strategii ochrony zdrowia na obszarze realizacji przedsięwzięcia. Ponadto, priorytetowo traktowane są projekty o jak największym (ogólnopolskim) zasięgu oddziaływania oraz realizowane na terenach małych miast i wsi.

Przedsięwzięcia, które mogą uzyskać wsparcie w ramach Mechanizmów Finansowych podzielone zostały na osiem podstawowych grup. Są to:

- 1) Projekty w zakresie promocji zdrowia i programów profilaktyki, polegające np. na propagowaniu stylu życia zmniejszającego ryzyko chorób cywilizacyjnych, czy profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób cywilizacyjnych, w tym także profilaktyce w zakresie wad postawy, próchnicy i otyłości u dzieci i młodzieży;
- 2) Projekty dotyczące poprawy opieki perinatalnej, np. z zakresu wczesnej identyfikacji ryzyka wystąpienia wad wrodzonych oraz chorób genetycznych u płodu oraz poprawy wiedzy potencjalnych rodziców na temat zachowań mających wpływ na zdrowie ich potomstwa;
- 3) Projekty w zakresie podnoszenia stanu wiedzy o nowoczesnych metodach planowania rodziny i standardów odpowiedzialnego rodzicielstwa, np.: rozpowszechnianie informacji na temat nowoczesnych metod antykoncepcji, tworzenie szkół rodzenia;
- 4) Projekty mające na celu integrację środowisk zagrożonych patologią (ze szczególnym uwzględnieniem zwalczania patologii społecznych jak narkomania i alkoholizm) oraz zapobieganie przestępczości nieletnich, np. zapobieganie uzależnieniom i ich leczenie, wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz rozwiązywanie problemów dzieci ze środowisk trudnych, wspieranie kół zainteresowań wśród dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych patologią społeczną;
- 5) Projekty mające na celu integrację dzieci niepełnosprawnych z pełnosprawnymi, takie jak: tworzenie grup integracyjnych w przedszkolach i klas integracyjnych w szkołach oraz integracyjnych zajęć pozaszkolnych, czy tworzenie programów przygotowujących dzieci do życia w zintegrowanej społeczności;
- 6) Projekty mające na celu tworzenie ogólnodostępnych stref rekreacji dziecięcej, np.: w zakresie realizacji pozalekcyjnych zajęć sportowo – rekreacyjnych oraz tworzenia ogólnodostępnych stref rekreacji dziecięcej (w

tym: budowy boisk, otwartych obiektów sportowo-rekreacyjnych, placów zabaw, ścieżek zdrowia, itp.);

- 7) Projekty w zakresie terapeutycznych systemów telemedycznych, medycznych internetowych systemów edukacyjnych oraz gromadzenia danych, np. dotyczące badań diagnostycznych wykonywanych na odległość przy użyciu środków teleinformatycznych, budowy medycznych platform informacyjnych i systemów edukacyjnych, jak również systemów gromadzenia i przekazywania danych statystycznych;
- 8) Projekty w zakresie podnoszenia dostępności i jakości usług medycznych, związane ze zwiększeniem dostępności do opieki zdrowotnej przez wyposażanie zakładów opieki zdrowotnej w nowoczesny sprzęt medyczny oraz poprawą jakości podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej, poprzez modernizację zakładów opieki zdrowotnej oraz podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej.

Warto nadmienić, że obszar ochrony zdrowia może również realizować projekty w ramach trzech innych priorytetów programu, a mianowicie: badań naukowych, ochrony środowiska oraz rozwoju zasobów ludzkich. Szczegółowe omówienie tych priorytetów można znaleźć w tekście Programu Operacyjnego.

## **5. Wysokość dofinansowania, koszty kwalifikowane i zasady przyznawania środków**

W przypadku programu NMF oraz MF EOG górna granica dofinansowania nie została wyznaczona. Jedyną wartością, którą należy brać pod uwagę podczas konstruowania budżetu projektu jest kwota alokacji środków w ramach danej rundy aplikacyjnej. Podczas pierwszej rundy kwota ta wyniosła ponad 175 mln EUR. Wnioskodawcy muszą jednak pamiętać, że program przeznaczony jest na realizację większych przedsięwzięć, o istotnym znaczeniu dla społeczeństwa (lub określonej grupy społecznej) – z tego powodu określona została dolna granica wartości projektu. Jest nią kwota 250 000 EUR.

Jeżeli chodzi o wielkość wsparcia finansowego, program wydaje się być szczególnie atrakcyjny dla projektów finansowanych ze środków budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego, gdyż w takich przypadkach wielkość pomocy wynosi aż 85% kosztów kwalifikowanych przedsięwzięcia. W pozostałych

przypadkach pułap ten nie może przekroczyć 60%. Oznacza to, że projekty własne organów administracji rządowej lub samorządowej, jak również projekty partnerskie z udziałem w/w, mogą liczyć na bardzo wysokie dofinansowanie. Nie mniej jednak, w każdym przypadku wnioskodawca musi zapewnić współfinansowanie ponoszonych wydatków. Formy współfinansowania mogą być różne (środki własne, kredyt, pożyczka itp.). Zapewnienie wkładu własnego stanowi jeden z warunków koniecznych zakwalifikowania projektu w trakcie procedury oceny formalnej.

Pojęcie kosztów kwalifikowanych, znane już Czytelnikowi na podstawie lektury cyklu artykułów poświęconych funduszom strukturalnym, wyznacza ramy przedsięwzięcia w kontekście możliwości uzyskania dofinansowania z omawianego programu. Dla projektów realizowanych w obszarze ochrony zdrowia kosztami kwalifikującymi się do objęcia wsparciem są:

- a) wydatki inwestycyjne (do 70% kosztów kwalifikowanych projektu),
- b) zakup, wynajem, leasing niezbędnego sprzętu i aparatury oraz wynajem lub leasing obiektów ściśle związanych z realizacją projektu,
- c) koszt remontów,
- d) koszty informacji i promocji,
- e) koszty związane z administracją projektów,
- f) rozbudowa i przebudowa istniejących budynków,
- g) zakup sprzętu komputerowego oraz oprogramowania.

Należy podkreślić, że koszt budowy dofinansowany może być jedynie w wypadku budowy otwartych stref rekreacji dziecięcej. To samo dotyczy możliwości zakupu gruntu nierolnego (dofinansowanie nie większe niż 10% wartości inwestycji). Generalną zasadą jest, że wszelkie koszty powinny być ściśle związane z realizacją projektu, gdyż tylko wówczas mogą być uznane za koszty nadające się do objęcia wsparciem.

Podobnie jak to ma miejsce w ramach projektów realizowanych z udziałem środków z funduszy strukturalnych, dofinansowanie opiera się o zasadę refundacji kosztów, zaś za wydatki kwalifikowane uznaje się jedynie te poniesione po uzyskaniu dofinansowania. Ponadto, wszelkie poniesione wydatki muszą być właściwie udokumentowane fakturami lub dokumentami księgowymi o równoważnej mocy dowodowej.

Przy wyborze projektów brane są pod uwagę przede wszystkim takie czynniki jak omawiana już zgodność ze strategiami rozwoju ochrony zdrowia, wykonalność

finansowa, organizacyjna i prawna projektu, należyte uzasadnienie zaproponowanego kosztorysu, długotrwałość i długofalowość efektów projektu oraz właściwe określenie przez wnioskodawcę mierzalnych wskaźników realizacji przedsięwzięcia. Jak było to już podkreślane wyżej, dodatkowo punktowane są projekty o znacznym zasięgu oddziaływania oraz realizowane na obszarze niewielkich miejscowości.

## **6. Procedura aplikacyjna**

Wnioski o dotacje należy przygotowywać z wykorzystaniem formularza aplikacyjnego dostępnego na stronie internetowej programu ([www.eog.gov.pl](http://www.eog.gov.pl)) oraz innych dokumentów, takich jak instrukcja wypełniania wniosku, wytyczne dla wnioskodawców, Program Operacyjny. W przypadku priorytetu „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem” do wniosku aplikacyjnego dołącza się m.in. takie załączniki jak: studium wykonalności projektu (zawierające w szczególności analizę finansową, ekonomiczną i analizę ryzyka), dokumenty rejestrowe, sprawozdania finansowe wnioskodawcy z ostatnich 3 lat, sprawozdanie merytoryczne z działalności za ostatni rok, zaświadczenia z ZUS oraz Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z należnościami wobec Skarbu Państwa, budżet projektu, tzw. matrycę logiczną, plan promocji projektu oraz szereg innych dokumentów i oświadczeń, wymaganych zgodnie z charakterem realizowanego projektu (np. pozwolenie na budowę, czy ocena oddziaływania na środowisko). W sumie załączników tych jest ok. 20.

Wypełniony formularz aplikacyjny wraz z załącznikami składa się w trzech egzemplarzach w wersji papierowej oraz w wersji elektronicznej (CD-ROM). Istotne jest to, że załączniki nie muszą być oryginałami, natomiast osoba uprawniona do podpisania wniosku musi je potwierdzić „za zgodność z oryginałem”. Jeżeli chodzi o formę składania wniosków, preferowane jest złożenie kompletnej dokumentacji w plastikowym skoroszycie z przezroczystą przednią okładką (z „zawieszka” umożliwiającą wpięcie do segregatora) oraz wymiennym paskiem opisowym na grzbiecie skoroszytu. W żadnym razie wnioski nie mogą być oprawione (np. zbindowane). Tak szczegółowe wymogi odnośnie formy składania aplikacji wynikają z jednej strony z chęci zapewnienia dogodnego dostępu osób sprawdzających do dokumentacji, z drugiej zaś stanowią również ułatwienie dla samych wnioskodawców w przypadku wnoszenia ewentualnych poprawek, co nie musi wiązać się z koniecznością ponownego składania całej dokumentacji.

Kompletną dokumentację aplikacyjną należy składać do Biura ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, gdzie dokonywana jest ich selekcja i ocena, w wyniku której sporządzona zostaje lista rankingowa zawierająca przyznaną punktację. Następnie, lista projektów kierowana jest do Instytucji Pośredniczącej (Departament Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia), która z kolei przekazuje ją wraz z uzasadnieniem członkom Komitetu Sterującego. Komitet, oceniając listę pod kątem merytorycznym, rekomenduje projekty Krajowemu Punktowi Kontaktowemu (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego), który to przekazuje rekomendowaną i zweryfikowaną przez siebie listę do Biura Mechanizmów Finansowych w Brukseli. Ostateczną decyzję w przedmiocie przyznania dofinansowania wybranym projektom podejmują Komitet Mechanizmu Finansowego lub Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych.

Jak widać, zarówno sama procedura składania, jak i wieloetapowa ocena wniosków są jeszcze bardziej skomplikowane niż w przypadku procedur wdrażania funduszy strukturalnych UE. Potwierdzają to instytucje odpowiedzialne w Polsce za zarządzanie Mechanizmami Finansowymi, w których ocenie czas potrzebny na wybór pierwszych projektów wyniesie co najmniej 8 miesięcy.

## **7. Doświadczenia pierwszej rundy aplikacyjnej**

Pierwsza runda aplikacyjna NMF i MF EOG wyznaczona została – z wielomiesięcznym opóźnieniem – na 30 listopada 2005 r. Zainteresowanie programem było ogromne – w sumie złożono prawie 1400 wniosków o dofinansowanie, z czego największą popularnością cieszył się Priorytet 5 „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem”, w ramach którego zgłoszono 371 projektów. Złożone wnioski opiewały na kwotę prawie 10-krotnie większą niż alokowana wysokość środków. O braku przygotowania urzędników sprawdzających projekty już na etapie oceny formalnej świadczy fakt, że zaledwie kilka złożonych dokumentacji aplikacyjnych spełniało w 100% wyznaczone kryteria. Wynika to z faktu, że instytucje odpowiedzialne za wdrażanie Mechanizmów Finansowych nie podołały postanowionemu przed nimi zadaniu i ustanowiły zbyt skomplikowane, mało czytelne i budzące wiele wątpliwości wymogi proceduralne. Dodatkowo sprawę utrudnia fakt, że w przypadku stwierdzenia braków formalnych w złożonej dokumentacji, wnioskodawca ma zaledwie 48 godzin na dokonanie niezbędnych poprawek. W



przeciwnym wypadku wniosek zostaje odrzucony już na pierwszym etapie jego oceny.

Podobnie jak miało to miejsce w przypadku wdrażania funduszy strukturalnych, polskim instytucjom wdrażającym potrzebny jest odpowiedni czas na ustanowienie bardziej przejrzystych procedur aplikowania o środki pomocowe z Mechanizmów Finansowych. Kolejny termin składania wniosków o dotacje wyznaczony został na II kwartał 2006 r., ale już wiadomo, że zostanie przesunięty co najmniej o kilka miesięcy.

Rafał Cieślak