

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

226

Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów



pod redakcją

**Marka Łyszczaka, Marii Węgrzyn,
Dariusza Wasilewskiego**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2011

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Teresa Lubińska

Redaktor Wydawnictwa: Anna Grzybowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie www.ibuk.pl

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl> oraz w The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com, a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2011

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-131-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp.....	7
Część 1. Budowanie wartości – aspekt systemowy i właścicielski	
Dorota Korenik , Źródła finansowania innowacji w MSP szansą na rozwój (poprawę kondycji finansowej) ZOZ.....	11
Agnieszka Bem , Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe	23
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska , Fundusze strukturalne UE jako determinanta konkurencyjności ZOZ.....	33
Joanna Jończyk , Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym.....	43
Joanna Sulowska, Łukasz Sulowski , Modele zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach medycznych.....	53
Część 2. Budowanie wartości – aspekt rachunkowy i finansowy	
Sylwia Serwatka , Wzajemne współzależności pomiędzy audytem i kontrolą wewnętrzną w Zakładzie Opieki Zdrowotnej.....	63
Maria Węgrzyn , Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych	70
Alina Warelis , Wartość szpitala jako przedsiębiorstwa a wartość firmy (<i>goodwill</i>).	83
Paweł Prędkiewicz , Identyfikacja potencjalnych problemów ze stosowaniem klasycznych metod wyceny przedsiębiorstw do samodzielnych publicznych ZOZ	93
Robert Golej , Perspektywy wykupów menedżerskich w służbie zdrowia w Polsce.....	104
Grzegorz Michalski , Efektywność inwestycji w płynne aktywa w opodatkowanych i nie opodatkowanych organizacjach opieki zdrowotnej.....	115
Radosław Witczak , Wpływ norm podatkowych na wycenę zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia	129
Część 3. Budowanie wartości – aspekt pacjenta	
Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder , Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty.....	139
Katarzyna Krot , Zaufanie w relacji lekarz–pacjent.....	150
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska , Reputacja w funkcjonowaniu placówki zdrowotnej.....	161
Anna Murawska, Anna Michalska , Ocena wybranych problemów ochrony zdrowia ludności w Polsce	174

Summaries

Part 1. Value Creation – system and ownership aspect

Dorota Korenik , Sources of innovation in smes an opportunity for development – improving the financial situation of health care centers.....	22
Agnieszka Bem , Financing of health care by households	32
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska , EU Structural Funds as the determinant of the competitiveness in health care centre.....	42
Joanna Jończyk , Organizational culture and innovation in a public hospital.....	52
Joanna Sułkowska, Łukasz Sułkowski , Models of human resources management in medical organizations.....	60

Part 2. Value Creation – accounting and financial aspect

Sylvia Serwatka , Mutual interdependence of audit and internal control in a health care centre.....	69
Maria Węgrzyn , Shaping the value of health care centre vs. financial services market.....	82
Alina Warelis , Worth of hospital as a company vs its value (goodwill).....	92
Paweł Prędkiewicz , Identification of potential problems related to using traditional methods of valuing companies for public health care organizations.....	103
Robert Golej , Prospects for management buyouts in the health sector in Poland.	114
Grzegorz Michalski , The efficiency of liquid assets investment: taxed and not taxed healthcare organizations case.....	128
Radosław Witczak , The influence of tax provisions on the valuation of health care centers – chosen issues	136

Part 3. Value Creation – aspect of patient

Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder , Examination of the level of expectation and satisfaction of patients of chosen health care units – some aspects	149
Katarzyna Krot , Trust in doctor-patient relationship.....	160
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska , Reputation in functioning of a health facility.....	173
Anna Murawska, Anna Michalska , Evaluation of selected problems of health-care in Poland	182

Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum

FUNDUSZE STRUKTURALNE UE JAKO DETERMINANTA KONKURENCYJNOŚCI ZOZ

Streszczenie: Celem artykułu jest wstęp do wielowymiarowej analizy wpływu narzędzi polityki spójności Unii Europejskiej na konkurencyjność i wartość podmiotów sektora ochrony zdrowia. W pierwszej części przedstawiono istotę konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ) w aspekcie celów systemu ochrony zdrowia. Na podstawie badań literaturowych sklasyfikowano grupy czynników konkurencyjności ZOZ. Następnie podjęto próbę zidentyfikowania wpływu funduszy strukturalnych na konkurencyjność ZOZ. Uzyskane wyniki wskazały na terytorialne zróżnicowanie w kierunkach, ilości i wartości, a także oddziaływaniu aplikacji składanych przez ZOZ.

Słowa kluczowe: fundusze strukturalne, ochrona zdrowia, konkurencyjność ZOZ.

1. Wstęp

Celem badania jest ocena wpływu polityki spójności na wzrost konkurencyjności i innowacyjności polskiego sektora ochrony zdrowia. Stworzona została szczegółowa mapa (w ujęciu krajowym i regionalnym na poziomie NUTS II, tj. na poziomie województw) wsparcia skierowanego do zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ), określająca strukturę wydatków publicznych (ze środków krajowych i unijnych) w tym zakresie w podziale na interwencje. Postawiono dwa kluczowe pytania badawcze: (1) W jaki sposób interwencja publiczna wpływa na konkurencyjność w świetle badań teoretycznych? (2) Jakie mogą się pojawić pozytywne i negatywne efekty związane z interwencją publiczną w świetle badań teoretycznych? Tło teoretyczne artykułu obejmuje problem konkurencyjności ZOZ w teorii nauk ekonomicznych i zarządzania, ujęty zarówno w literaturze polskiej, jak i angielskojęzycznej. Wskazano przede wszystkim na wielowymiarowość terminologii, co jest przyczyną wielu problemów metodologicznych. W tym aspekcie podjęto próbę syntetycznego przedstawienia metody badania wpływu funduszy strukturalnych na konkurencyjność ZOZ. W badaniu wykorzystano klasyfikację kierunków wsparcia ochrony zdrowia zastosowaną przez J. Watsona, który wskazuje na bezpośrednie i pośrednie wsparcie sektora ochrony zdrowia oraz inwestycje z potencjałem dla sektora ochro-

ny zdrowia¹. W artykule skupiono uwagę na skutkach bezpośrednich. W tym celu dokonano syntetycznego przeglądu dostępnych dla sektora ochrony zdrowia funduszy strukturalnych w latach 2004-2006, ze wskazaniem dotychczasowego wykorzystania środków UE na cele inwestycyjne w zakończonym okresie programowania. Następnie dokonano oceny wpływu stopnia wykorzystania funduszy strukturalnych na konkurencyjność ZOZ.

2. Istota konkurencyjności ZOZ

Zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) został określony w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej² jako „wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (art. 1, ust. 1). W artykule 2 cytowanej ustawy przedstawiono zakres podmiotowy ZOZ, obejmujący m.in.: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, przychodnię, ośrodek zdrowia, poradnię, pogotowie ratunkowe, pracownię diagnostyczną, zakład rehabilitacji leczniczej i inne zakłady spełniające warunki określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Wśród wymienionych zakładów wyróżnia się dwie grupy podmiotów³. Pierwszą stanowią samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (sp zoz), które funkcjonują jako organizacje *non-profit*, gdzie podstawowe źródło utrzymania stanowią środki przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Drugą grupę tworzą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (nzoz), które obecnie są formą dominującą w ujęciu ilościowym⁴.

Powołując się na wyżej przytoczoną definicję ustawową ZOZ, M. Kautsch wskazuje, iż zakład opieki zdrowotnej spełnia cechy, które charakteryzują organizację⁵: mają ustalone cele działania (udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także prowadzenie badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia oraz realizacją zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia⁶), zatrudniony jest personel, istnieje funkcjonalna struktura organizacyjna. Należy zwrócić uwagę, iż literatura z zakresu zarządzania definiuje organizację jako efekt oddziaływania otoczenia⁷, K. Walshe i J. Smith akcentują ponadto specyfikę organi-

¹ J. Watson, *Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment*, Directorate General for Health and Consumers, Brussels 2010, s. 17-25.

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: DzU 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

³ *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 69-71.

⁴ Szerzej: K. Perechuda, M. Kowalewski, *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

⁵ *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe...*, s. 78-82.

⁶ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r...., art. 1, ust. 1 i 2.

⁷ R. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2002, s. 37.

zacji opieki zdrowotnej. Na ich charakter niewątpliwie wpływają czynniki społeczne, polityczne i ekonomiczne, lecz szczególne wyzwania w procesie zarządzania ZOZ stawia „wyjątkowo spersonalizowany charakter usług zdrowotnych, szczególna bezbronność i potrzeba wspierania oraz ochrony pacjentów, złożoność procesów leczenia, wykorzystanie zaawansowanych technologii”⁸.

Zbiór przedstawionych czynników oddziałuje na konkurencyjność zakładu opieki zdrowotnej. Samo pojęcie konkurencyjności jest wielowymiarowe i w literaturze przedmiotu ściśle związane z aspektami: (1) zdolności konkurencyjnej (konkurencyjność czynnikowa) – której wymiarem są takie umiejętności organizacji, jak szybkie reagowanie na zmiany w otoczeniu, umiejętność wykorzystania zasobów własnych, wykorzystanie szans w otoczeniu, racjonalne decyzje oraz inne, które budują konkurencyjność w odległym horyzoncie czasu oraz (2) pozycji konkurencyjnej (konkurencyjność wynikowa) – określającej wyniki konkurencyjności, jak np. udział w rynku, wyniki finansowe na tle konkurentów⁹. Ponadto zwraca się uwagę na aspekt czasowy badania konkurencyjności organizacji, wskazując na: (1) konkurencyjność *ex post* (obecna pozycja konkurencyjna) oraz (2) konkurencyjność *ex ante*, czyli przyszła (prospektywna) pozycja konkurencyjna¹⁰. Badając konkurencyjność organizacji, akcentuje się szereg czynników konkurencyjności, które można podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Czynniki wewnętrzne (zasoby materialne, niematerialne, ludzkie i finansowe) decydują o możliwości konkurencyjności i zapewniają utrzymanie pozycji konkurencyjnej w przyszłości. Czynniki zewnętrzne obejmują natomiast tzw. siły napędowe konkurencji (przewaga konkurencyjna w obsłudze segmentu) oraz makrootoczenie¹¹. M.J. Silva i H. Rodrigues, uszczegóławiając powyższy podział, wskazują na cztery grupy czynników konkurencyjności, które oddziałują na organizację i innowacyjność (wymiary konkurencyjności). Pierwszą grupę stanowią czynniki podstawowe (*primary factors*): siła robocza, techniczne uzbrojenie pracy, kapitał ludzki oraz wiedza. Druga grupa obejmuje dobra publiczne (*typical public goods*) i jest analizowana w aspekcie infrastruktury publicznej, jakości instytucji i praw własności. Trzecia grupa obejmuje najbliższe otoczenie wspierające działanie firmy (*collective entrepreneurship*). Czwarta grupa stanowi makrootoczenie firmy (*global markets*)¹².

⁸ *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. K. Walshe, J. Smith, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 27.

⁹ M.J. Stankiewicz, *Konkurencyjność przedsiębiorstw. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, TNOiK „Dom Organizatora” Toruń 2002, s. 37.

¹⁰ M. Gorynia, *Luka konkurencyjna – koncepcja i metodyka badań*, „Organizacja i Zarządzanie” 2001, nr 32.

¹¹ W. Mantura, *Systematyzacja czynników konkurencyjności przedsiębiorstwa przemysłowego*, „Organizacja i Zarządzanie” 2001, nr 32, s. 217.

¹² M.J. Silva, H. Rodrigues, *Competitiveness and Public-private Partnerships: Towards a more decentralised policy*, FEP Working Papers 2005, <http://ideas.repec.org/p/wiw/wiwr/ersa04p299.html> [dostęp 05.11.2010].

Analizując konkurencyjność ZOZ, mając na uwadze jego specyfikę i powyższe rozważania, można wyodrębnić następujące obszary badania¹³: produkcja świadczeń zdrowotnych (czyli realizacja procesu leczenia) i dostępność do opieki zdrowotnej oraz organizacji i zarządzania ZOZ. Konkurencyjność w tych obszarach może wzrastać zarówno przez inwestycje w środki trwałe, jak i zwiększanie potencjału oparte go na wiedzy, co przyczynia się do wzrostu wartości i konkurencyjności ZOZ z perspektywy pacjenta – rozumianej jako wzrost satysfakcji z opieki zdrowotnej w stosunku do poniesionego kosztu¹⁴.

3. Charakterystyka wyjściowa badanych podmiotów

Podmioty funkcjonujące w polskim systemie ochrony zdrowia od 2004 r. mogą wykorzystywać finansowanie ze środków unijnych w celu poprawy konkurencyjności polskiego sektora zdrowotnego, co wpływa na jego większą skuteczność w leczeniu i poprawę jakości życia mieszkańców. Stosując ustawową definicję ZOZ, w badaniu wykorzystano listę beneficjentów programów operacyjnych na lata 2004-2006. W tym celu dokonano analizy podmiotów, biorąc pod uwagę charakter świadczonego usług¹⁵:

- szpitale, definiowane jako stacjonarny zakład opieki zdrowotnej, w którym udziela się całodobowych i całodziennych świadczeń zdrowotnych, posiadający oddziały szpitalne, pion diagnostyczny, zabiegowo-leczniczy i rehabilitacyjny oraz zaplecze techniczno-gospodarcze;
- przychodnie, definiowane jako zakład opieki zdrowotnej lub jego część, udzielający świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń;
- pogotowie ratunkowe, rozumiane jako jednostka w systemie opieki zdrowotnej, świadcząca usługi medyczne poprzez niesienie pierwszej pomocy w ramach ratownictwa medycznego;

¹³ Porównaj: J.R. Branston, L. Rubini, R. Sugden, J. Wilson, *The healthy development of economies: A strategic framework for competitiveness in the health industry*, "Review of Social Economy" 2006, no 2, s. 309-310.

¹⁴ L. Swayne, W. Duncan, P. Ginter, *Strategic Management of Health Care Organizations*, Blackwell Publishing, Oxford (UK) 2006, s. 153.

¹⁵ Definicje opracowano na podstawie: Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r....; M. Derecz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Komentarz*, Wyd. ABC, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2007 oraz definicji statystyki publicznej (www.stat.gov.pl). Warto ponadto wskazać na brak precyzyjnych definicji i spójności terminologicznej w polskim ustawodawstwie, co znacząco utrudnia badania statystyczne i tworzenie baz wiedzy dotyczących systemu ochrony zdrowia; szerzej: K. Nyczaj, *Ile mamy szpitali*, <http://www.spoleczenstwoinformacyjne.pl/artykuly/730,180,ile-mamy-szpitali> [dostęp 25.12.2010].

- zakład rehabilitacji leczniczej, rozumiany jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, polegających na interdyscyplinarnych, kompleksowych działaniach;
- zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, definiowany jako podmiot, który udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych (pielęgnacja, opieka i rehabilitacja) dla osób nie wymagających hospitalizacji, zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, prowadzi także edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin;
- zakład opiekuńczo-leczniczy, rozumiany jako podmiot, który udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia środki farmaceutyczne, materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych;
- sanatorium rozumiane jako podmiot, do którego zadań należy w szczególności opieka nad pacjentem, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe;
- laboratorium diagnostyczne, definiowane jako podmiot, który udziela świadczeń obejmujących badania diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

Ponadto w artykule wyodrębniono grupę podmiotów wykorzystujących wsparcie w ramach pomocy dla mikroprzedsiębiorców – tj. prywatnych indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, co do których wymagany jest wpis do ewidencji działalności gospodarczej, choć nie działają one jako zakłady opieki zdrowotnej. Grupa ta została sklasyfikowana w artykule jako „gabinety lekarskie”. Wyodrębnienie tej grupy miało na celu zaakcentowanie roli rozwoju postaw przedsiębiorczych w sektorze ochrony zdrowia, jednakże nie stanowiło głównego nurtu badawczego w pracy¹⁶.

Zakres przestrzenny badań obejmuje 16 województw¹⁷. Przeprowadzono analizę porównawczą między województwami, co pozwoliło na wyciągnięcie wniosków co do dotychczasowego pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia przez województwa w Polsce.

Biorąc pod uwagę wyniki istniejących badań oraz statystyki GUS, należy zaakcentować, że polski sektor ochrony zdrowia był dobrze przygotowany do absorpcji funduszy strukturalnych w aspekcie kondycji finansowej. Sektor ochrony zdrowia i pomocy społecznej charakteryzował się największą dynamiką zmian przychodów z całokształtu działalności (ponadczterokrotny wzrost) oraz zmianą wyniku finanso-

¹⁶ Porównaj: J. Klich, *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

¹⁷ MAZ – mazowieckie, ŚLĄ – śląskie, PODK – podkarpackie, MAŁ – małopolskie, LUBE – lubelskie, DOL – dolnośląskie, WAR – warmińsko-mazurskie, ZACH – zachodniopomorskie, PODL – podlaskie, ŁÓDZ – łódzkie, LUBU – lubuskie, KUJ – kujawsko-pomorskie, ŚWI – świętokrzyskie, OPOL – opolskie, POM – pomorskie, WIEL – wielkopolskie.

wego brutto w latach 1999-2003 (ponaddziewięciokrotny wzrost)¹⁸. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę kształtowanie się wynagrodzeń w ujęciu nominalnym, w latach poprzedzających absorpcję funduszy strukturalnych ochrona zdrowia należała do sektorów najsłabiej opłacanych¹⁹.

4. Wsparcie ZOZ funduszami strukturalnymi UE

W artykule szczegółowej analizie poddano programy pomocowe na lata 2004-2006, co pozwoliło na dokonanie oceny wpływu europejskiej polityki spójności na konkurencyjność ZOZ, w rozumieniu inwestycji w środki trwałe. Dane zagregowane w tab. 1 wskazują, iż zakłady opieki zdrowotnej otrzymały wsparcie projektów w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (97,5% wszystkich złożonych projektów).

Tabela 1. Alokacja wsparcia dla sektora ochrony zdrowia w okresie programowania 2004-2006

Program i działanie	Udział w liczbie przyjętych wniosków do dofinansowania	Udział w wartości dofinansowania
ZPORR 1.3	40,91%	77,02%
ZPORR 3.5	20,40%	15,21%
ZPORR 3.4	34,73%	2,56%
ZPORR 1.5	1,28%	1,67%
WKP 2.2	0,23%	0,65%
ZPORR 1.2	0,23%	0,91%
WKP 2.3	1,40%	0,46%
WKP 1.4	0,12%	0,60%
Inne*	0,70%	0,92%

* Obejmuje: Interreg Polska-Saksonia, Interreg Polska-Słowacja, Interreg Polska-Czechy

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Rozwoju Regionalnego.

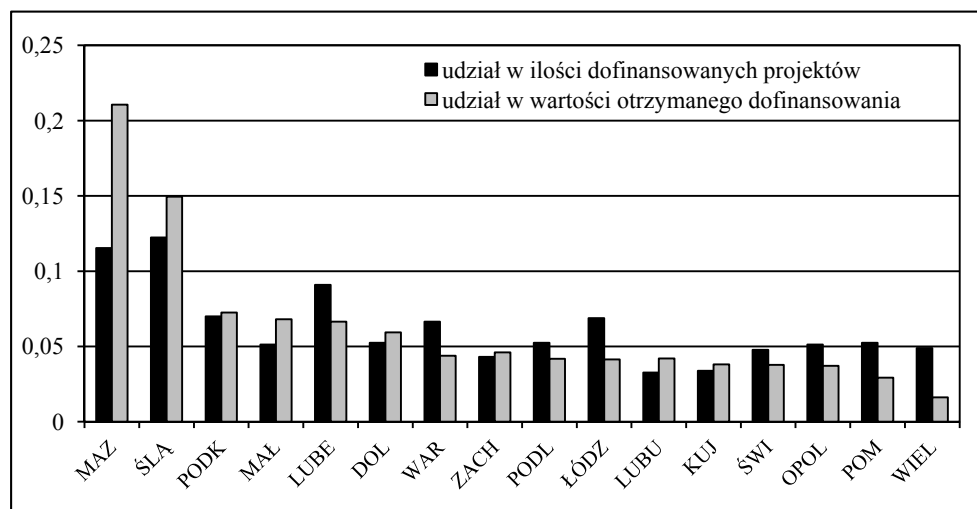
Działanie 1.3 ZPORR „Regionalna infrastruktura społeczna” charakteryzowało się największym zainteresowaniem w każdym województwie (wsparcie otrzymało 351 projektów na łączną wartość dofinansowania 457,3 mln zł). Największym zainteresowaniem program ten cieszył się w województwie mazowieckim (61 projektów, dofinansowanie kwotą 108 mln zł), najmniejszym zaś w zachodniopomorskim (5 projektów). Wszystkie badane grupy podmiotów (z wyłączeniem gabinetów lekarskich, które były wykluczone z ubiegania się o dotację w ramach tego działania)

¹⁸ *Ocena wpływu funduszy strukturalnych na zwiększenie konkurencyjności przedsiębiorstw*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2008, s. 9, 63-64.

¹⁹ Tamże, s. 65.

otrzymały wsparcie w ramach działania 1.3 ZPORR. Wyraźnie największym beneficjentem były szpitale (277 dofinansowanych projektów na kwotę dotacji 371,9 mln zł). Kolejnym działaniem będącym w centrum zainteresowania, w aspekcie liczby dofinansowanych projektów było działanie 3.4 ZPORR „Mikroprzedsiębiorstwa” (dofinansowano 298 projektów, wartość dotacji 15,2 mln zł). Wskazuje się, iż w tym działaniu mikroprzedsiębiorstwa z sektora ochrony zdrowia były głównymi beneficjentami²⁰. Dofinansowanie w ramach tego działania uzyskały projekty głównie dla gabinetów lekarskich (185 projektów) i przychodni (90 projektów). Biorąc natomiast pod uwagę wartość dotacji, na drugim miejscu było działanie 3.5 ZPORR „Lokalna infrastruktura społeczna” (175 dofinansowanych projektów, wartość dotacji 90,3 mln zł). Głównymi beneficjentami tego działania były przychodnie (84 projekty) oraz szpitale (73 projekty).

Biorąc pod uwagę rozkład terytorialny wsparcia ochrony zdrowia w ramach funduszy strukturalnych, 20% wartości dotacji (11% dofinansowanych wniosków) przypadało na województwo mazowieckie. Kolejne województwa to śląskie (najwięcej złożonych wniosków), podkarpackie i małopolskie. Najniższy udział wartości dotacji przypadł na województwo wielkopolskie, pomorskie i opolskie (rys. 1).



Rys. 1. Terytorialne zróżnicowanie wsparcia EFRR sektora ochrony zdrowia w okresie programowania 2004-2006

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Rozwoju Regionalnego.

Najbardziej aktywnym podmiotem, zarówno w aspekcie liczby dofinansowanych projektów (373 projekty inwestycyjne), jak i wartości przyznanych dotacji (na kwotę dotacji 450 mln zł), były szpitale, kolejną kategorię stanowiły przychod-

²⁰ Tamże, s. 33.

Tabela 2. Podmiotowe zróżnicowanie wsparcia EFRR sektora ochrony zdrowia w okresie programowania 2004-2006

Badane podmioty	Udział liczby dofinansowanych wniosków	Udział wartości przyznanych dotacji
Szpital	43,5%	75,8%
Przychodnia	22,6%	7,8%
Gabinet lekarski	21,7%	1,3%
Pogotowie ratunkowe	5,4%	8,6%
Zakład rehabilitacji leczniczej	4,2%	4,4%
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	0,9%	0,2%
Sanatorium	0,7%	1,4%
Zakład opiekuńczo-leczniczy	0,5%	0,5%
Laboratorium diagnostyczne	0,5%	0,1%
Suma końcowa	100,0%	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Rozwoju Regionalnego.

nie i gabinety lekarskie (tab. 2). Biorąc pod uwagę przeciętną wartość dotacji przypadającą na 1 projekt, największe inwestycje podejmowane były przez szpitale (1,2 mln zł) i pogotowia ratunkowe (1,1, mln zł).

5. Wnioski i rekomendacje

Analiza projektów podmiotów sektora ochrony zdrowia realizowanych w ramach ZPORR i programu „Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw” (WKP) wskazuje, iż były one ukierunkowane przede wszystkim na wzrost atrakcyjności województw poprzez zwiększenie jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych o charakterze wysoko specjalistycznym. Miały one ponadto na celu ograniczenie dysproporcji w infrastrukturze zdrowotnej na tle innych województw. W wyniku realizacji inwestycji powstały konkurencyjne, nowoczesne, specjalistyczne ośrodki świadczące usługi medyczne. Podjęte działania w sposób bezpośredni przyczyniły się do²¹:

- unowocześnień infrastruktury ochrony zdrowia (zakupiono wyposażenie i nowe urządzenia medyczne) i infrastruktury technicznej (instalacje elektryczne, wentylacyjno-klimatyzacyjne, wodno-kanalizacyjne oraz sieci gazów medycznych),
- podniesienia jakości świadczonych usług medycznych w województwach,
- skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi,
- pojawienia się efektu synergii i komplementarności – powstały miejsca pracy, wykształcono personel.

²¹ Opracowano na podstawie opisów projektów dostępnych na stronie www.mapadotacji.gov.pl [dostęp 28.12.2010].

Przeprowadzona analiza wskazuje na pozytywny wpływ pomocy strukturalnej Unii Europejskiej na wzrost konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej. Stworzone zostały nowoczesne warunki leczenia pacjentów, poprawiły się możliwości diagnostyczne i lecznicze w placówkach. W okresie programowania 2007-2013 oczekuje się, że efekty będą jeszcze większe. Należy jednakże zwrócić uwagę, iż inwestycje w ochronę zdrowia wymagają nie tylko znacznych nakładów, ale także opracowania długofalowej strategii rozwoju. Zakłady opieki zdrowotnej mają obecnie największe problemy właśnie na etapie przygotowania inwestycji, co w rezultacie generuje ogromne koszty w przyszłości. Aby więc fundusze strukturalne przyczyniły się do osiągnięcia zakładanych efektów, należy zminimalizować niepewność wpływającą z otoczenia, a przede wszystkim uporządkować i wzmocnić system regulacyjny sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Literatura

- Branston J.R., Rubini L., Sugden R., Wilson J., *The healthy development of economies: A strategic framework for competitiveness in the health industry*, "Review of Social Economy" 2006, no 2.
- Derecz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Komentarz*, Wyd. ABC, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2007.
- Gorynia M., *Luka konkurencyjna – koncepcja i metodyka badań*, „Organizacja i Zarządzanie” 2001, nr 32.
- Griffin R., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2002.
- Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Mantura W., *Systematyzacja czynników konkurencyjności przedsiębiorstwa przemysłowego*, „Organizacja i Zarządzanie” 2001, nr 32.
- Nyczaj K., *Ile mamy szpitali*, <http://www.spoleczenstwoinformacyjne.pl/artykuly/730,180,ile-mamy-szpitali> [dostęp 25.12.2010].
- Ocena wpływu funduszy strukturalnych na zwiększenie konkurencyjności przedsiębiorstw*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2008.
- Perechuda K., Kowalewski M., *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
- Silva M.J., Rodrigues H., *Competitiveness and Public-private Partnerships: Towards a more decentralised policy*, FEP Working Papers 2005, <http://ideas.repec.org/p/wiw/wiwr/ersa04p299.html> [dostęp 5.11.2010].
- Stankiewicz M.J., *Konkurencyjność przedsiębiorstw. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, TNOiK „Dom Organizatora” Toruń 2002.
- Swayne L., Duncan W., Ginter P., *Strategic Management of Health Care Organizations*, Blackwell Publishing, Oxford (UK) 2006.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: DzU 2007 nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
- Watson J., *Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment*, Directorate General for Health and Consumers, Brussels 2010, s. 17-25.
- Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. Walshe K., Smith J., Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

EU STRUCTURAL FUNDS AS THE DETERMINANT OF THE COMPETITIVENESS IN HEALTH CARE CENTRE

Summary: An admission to the multidimensional analysis of the effect of tools of the EU cohesion policy to the competitiveness and the value of entities of the health care sector is a purpose of the article. In the first part a being of the competitiveness of healthcare centres is described in the aspect of purposes of the system of the health care. On the basis of studies the groups of factors of health care centre competitiveness are classified. Next, we make an attempt at identifying the influence of structural funds on the competitiveness of health care centre (ZOZ). Achieved results point at the territorial diversity in directions, submitted to the amount and the value.

Keywords: structural funds, health sector, competitiveness of hospital.