

Agnieszka Bem

Katedra Finansów Publicznych i Międzynarodowych
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Struktura i źródła finansowania inwestycji w ochronie zdrowia

Wstęp

Niedobory środków finansowych w systemie ochrony zdrowia w Polsce są jedną z przyczyn niskiego poziomu inwestycji w sektorze, czego efektem jest przestarzała i zdekapitalizowana infrastruktura. Celem artykułu jest przedstawienie struktury inwestycji i źródeł ich finansowania w ochronie zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem środków dostępnych w ramach programów operacyjnych Unii Europejskiej.

Potrzeby inwestycyjne w ochronie zdrowia

Brak zbilansowania środków na bieżące potrzeby związane z utrzymaniem funkcjonowania placówek służby zdrowia powoduje spychanie na dalszy plan działań związanych z utrzymaniem odpowiedniego stanu technicznego istniejącej infrastruktury oraz jej dalszej rozbudowy.

Tymczasem problem zdekapitalizowanej bazy w służbie zdrowia narasta. Według stanu na 2008 rok w opiece stacjonarnej średni poziom umorzenia księgowego majątku osiągnął 62,16%¹. W najcięższej sytuacji są zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja i szpitale psychiatryczne. W najlepszym stanie znajdują się szpitale ogólne i specjalistyczne, jednak nawet te placówki wymagają dużych nakładów inwestycyjnych; umorzenie ich majątku sięga 58,74%. Szacuje się już poziom umorzenia na poziomie 40%, co oznacza potrzebę generalnego remontu budynku. W przypadku placówek stacjonarnej opieki zdrowotnej dodatkowym problemem jest zły stan sanitarno-epidemiologiczny budynków, który wyklucza remont, ze względu na obecność drobnoustrojów powodujących zakażenia wewnątrzszpitalne. W tabeli 1 przedstawiona została wartość brutto i netto majątku stacjonarnej opieki zdrowotnej. Udział sprzętu medycznego i urządzeń technicznych w ogólnej wartości majątku jest zróżnicowany w zależności od typu pla-

¹ Średnia ważona.

cówki – największy udział występuje w szpitalach ogólnych i specjalistycznych (46,64%) – najniższy (7,64%) w domach pomocy społecznej, co jest oczywiście konsekwencją charakteru świadczonych usług.

Tabela 1

Wartość majątku stacjonarnej opieki zdrowotnej

Typ szpitala	Wartość brutto majątku trwałego [mln PLN]	Wartość netto majątku trwałego [mln PLN]	Poziom umorzenia księgowego majątku [%]
Szpitale ogólne i specjalistyczne	29 637,90	12 228,60	58,74
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 946,70	476,20	75,54
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	4 196,60	1 664,00	60,35
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	215,50	31,80	85,25
Domy pomocy społecznej	1 173,20	173,10	85,25
RAZEM	37 169,90	14 573,70	

Źródło: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...* (raport MZ, s. 126).

Na wielkość potrzeb inwestycyjnych, obok ogólnego stanu infrastruktury, wpływają wymagania jakie mają spełniać obiekty ochrony zdrowia, przede wszystkim te, których celem jest dostosowanie polskiej infrastruktury do standardów Unii Europejskiej:

- 1) „Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej”.
- 2) „Rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego”².

Wymienione rozporządzenia, po wielu konsultacjach społecznych, mają ostatecznie wejść w życie w 2016 roku, przy czym do końca 2012 roku każda placówka, która nie spełnia wymogów określonych w rozporządzeniu ma obowiązek przygotowania programu dostosowania.

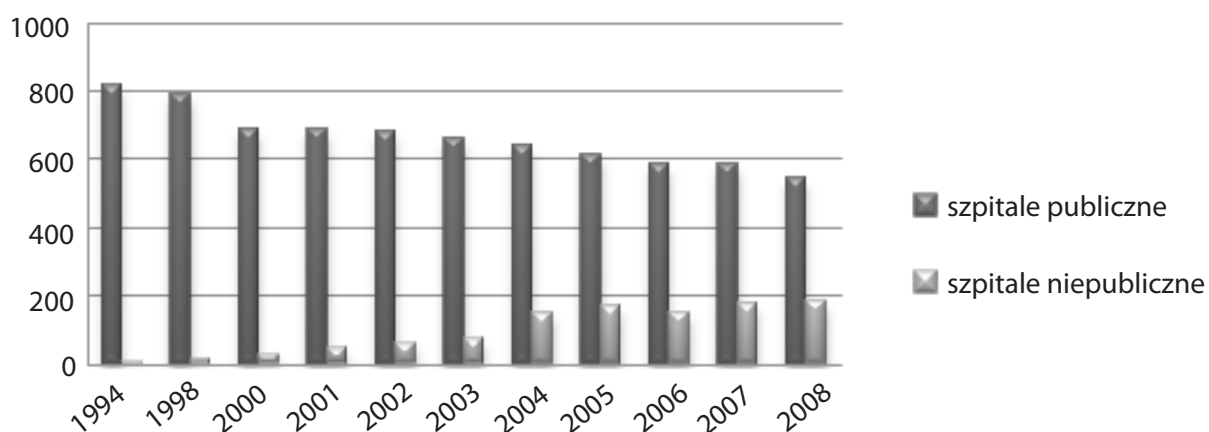
² Celowo pominięte zostało analogiczne rozporządzenie dotyczące ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ponieważ większość placówek obecnie spełnia jego wymagania.

Tabela 2

Wartość majątku brutto stacjonarnej opieki zdrowotnej z podziałem na budynki i urządzenia

Typ szpitala	Wartość brutto majątku trwałego [mln PLN]	Procent wartości urządzeń technicznych i medycznych [%]	Wartość brutto budynków [mln PLN]	Wartość brutto urządzeń technicznych i medycznych [mln PLN]
Szpitale ogólne i specjalistyczne	29 637,90	46,64	15 814,80	13 823,10
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	1 946,70	12,69	1 699,70	247,00
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	4 196,60	19,33	3 385,40	811,20
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	215,50	12,69	188,20	27,30
Domy pomocy społecznej	1 173,20	7,64	1 083,60	89,60
RAZEM:	37 169,90	98,99	22 171,70	14 998,20

Źródło: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...* (raport MZ, s. 127).

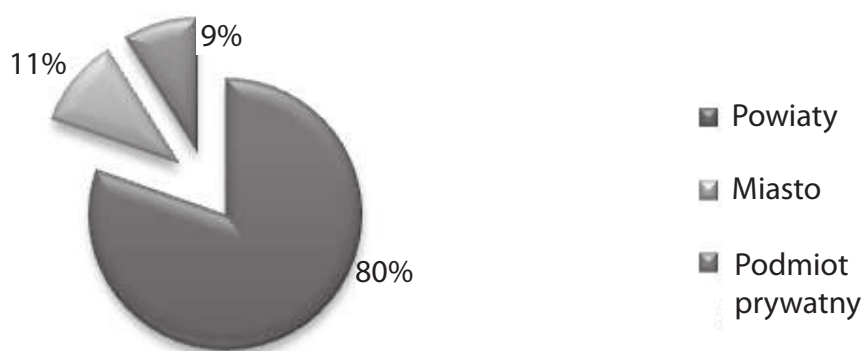
**Rysunek 1**

Struktura własnościowa szpitali w Polsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...* (raport MZ).

Samo Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu projektu nie jest w stanie ocenić finansowych skutków regulacji na budżet państwa i budżety samorządów terytorialnych – we wcześniejszych projektach skalę inwestycji szacowano na 14 mld zł.

Z analizy struktury własnościowej w stacjonarnej opiece zdrowotnej można wywnioskować, że środki będą potrzebne przede wszystkim w sektorze publicznym. Wprawdzie z danych za 2008 rok (rys. 1) wynika, że 25,4% szpitali było placówkami niepublicznymi, jednak wśród nich tylko 9% było własnością podmiotów prywatnych (rys. 2).



Rysunek 2

Struktura własnościowa niepublicznych szpitali w Polsce

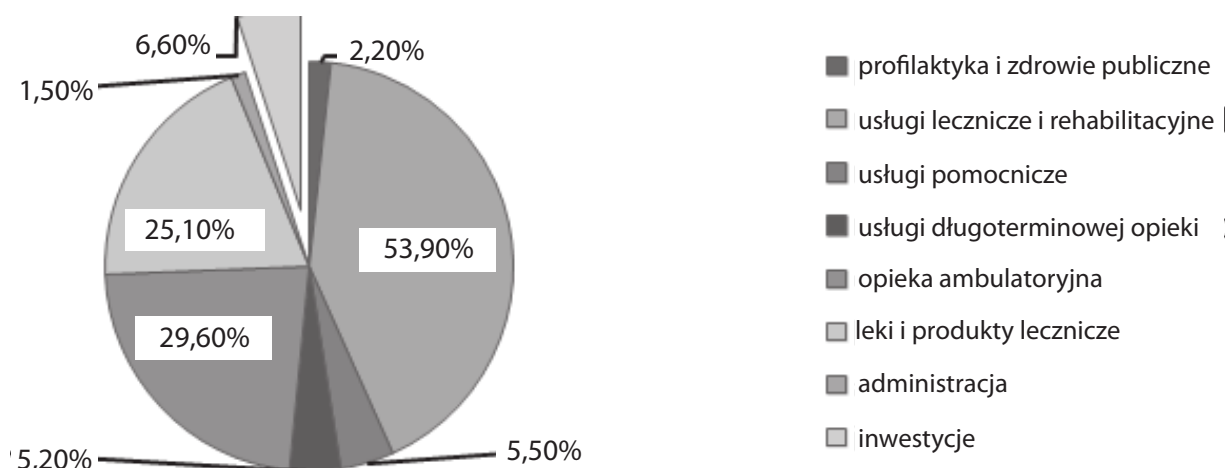
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...* (raport MZ).

Wydatki inwestycyjne w sektorze ochrony zdrowia

Wydatki inwestycyjne obejmują wydatki poniesione na nowe wyposażenie, aparaturę, obiekty budowlane oraz infrastrukturę techniczną, wykorzystywane do świadczenia opieki zdrowotnej zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym³.

Mimo dużych potrzeb nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia są niewielkie. W strukturze wydatków na ochronę zdrowia dominują wydatki związane z bieżącym finansowaniem usług zdrowotnych (przede wszystkim są to usługi lecznicze i rehabilitacyjne oraz koszty leków i produktów leczniczych). Inwestycje stanowiły w 2008 roku 6,6% wydatków ogółem na ochronę zdrowia (rys. 3).

³ *W 70 wskaźników dookoła zdrowia*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2009.

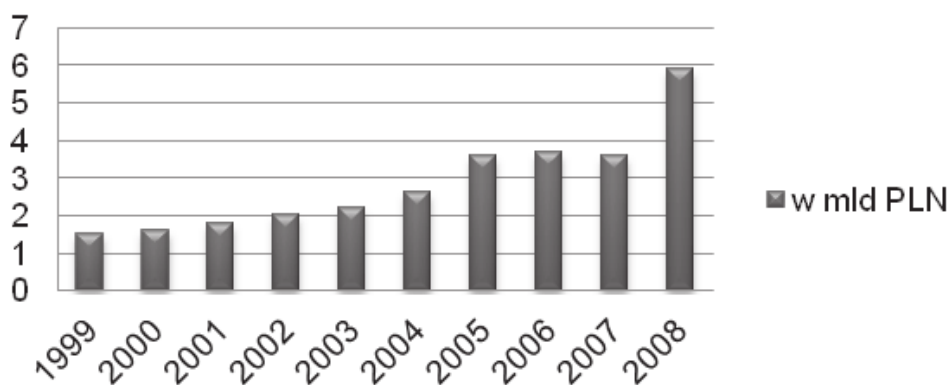


Rysunek 3

Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2008 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...* (raport MZ).

Pomimo złej sytuacji w ochronie zdrowia, wydatki inwestycyjne w ciągu ostatniej dekady wzrosły z 1,5 do 5,887 mld (nominalnie), a więc niemal czterokrotnie – przy czym najsilniejszy wzrost nastąpił w 2008 roku w stosunku do roku 2007 – o 64,2%. W omawianym okresie udział wydatków inwestycyjnych w wydatkach ogółem wzrósł z 3,60 do 6,59% (rys. 4) i prognozuje się dalszy wzrost nakładów w 2009 i 2010 roku.

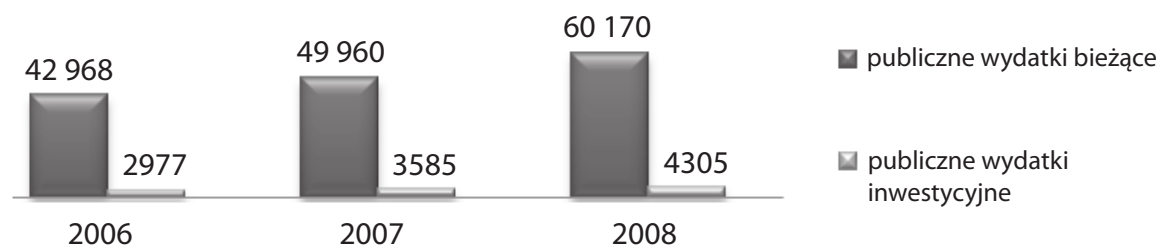


Rysunek 4

Wydatki inwestycyjne w ochronie zdrowia w latach 1999–2008 w mld PLN

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Zielona Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce...*, Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008.

Analiza wydatków inwestycyjnych w podziale na sektor publiczny i prywatny uwidacznia istotne różnice w strukturze wydatków. Na rysunku 5 zostały przedstawione wydatki sektora publicznego z podziałem na bieżące i inwestycyjne w latach 2006–2008. W tym okresie wydatki inwestycyjne wynosiły odpowiednio 5,58, 6,32 i 6,58% wydatków ogółem i osiągnęły w 2008 roku poziom 4 305 000 000 zł.

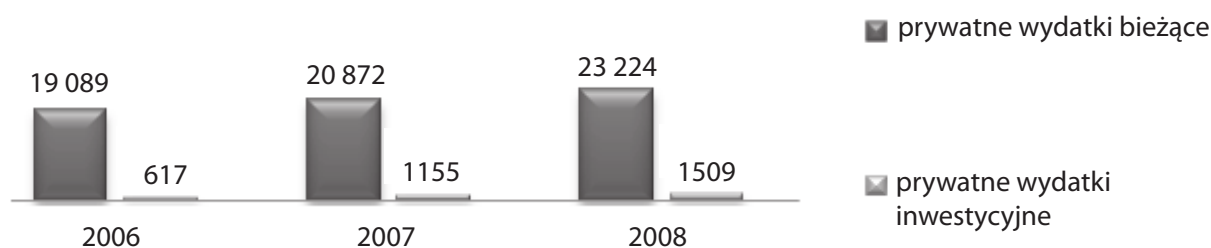


Rysunek 5

Publiczne wydatki bieżące i inwestycyjne na ochronę zdrowia w latach 2006–2008 w mln PLN

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2006*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2007*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008*.

W tym samym okresie prywatne wydatki inwestycyjne wzrosły z 617 000 000 zł w 2006 roku do 1 509 000 000 zł w roku 2008, a więc o 144% (rys. 6). Udział wydatków inwestycyjnych w wydatkach ogółem wyniósł odpowiednio: 3,13, 5,24 i 6,10%. Udział wydatkach inwestycyjnych był więc niższy niż w przypadku wydatków publicznych.

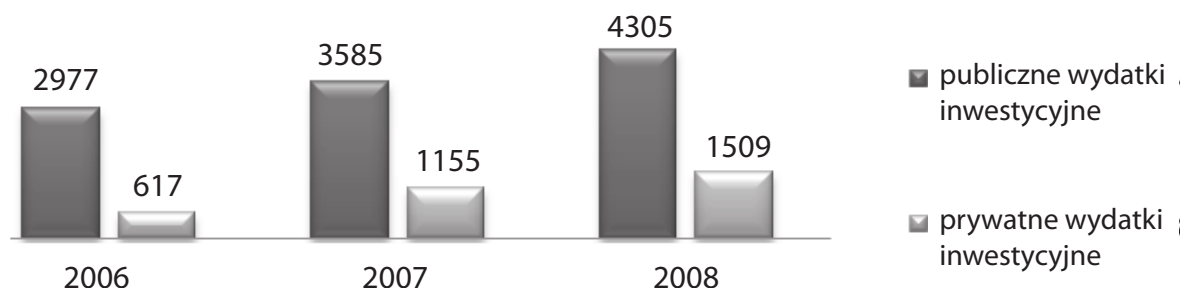


Rysunek 6

Prywatne wydatki bieżące i inwestycyjne na ochronę zdrowia w latach 2006–2008 w mln PLN

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2006*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2007*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008*.

Porównanie powyższych wielkości wskazuje na znacząco wyższe nakłady inwestycyjne ze środków publicznych (w 2008 roku wydatki sektora publicznego były o 185% wyższe niż w sektorze prywatnym) (rys. 7).

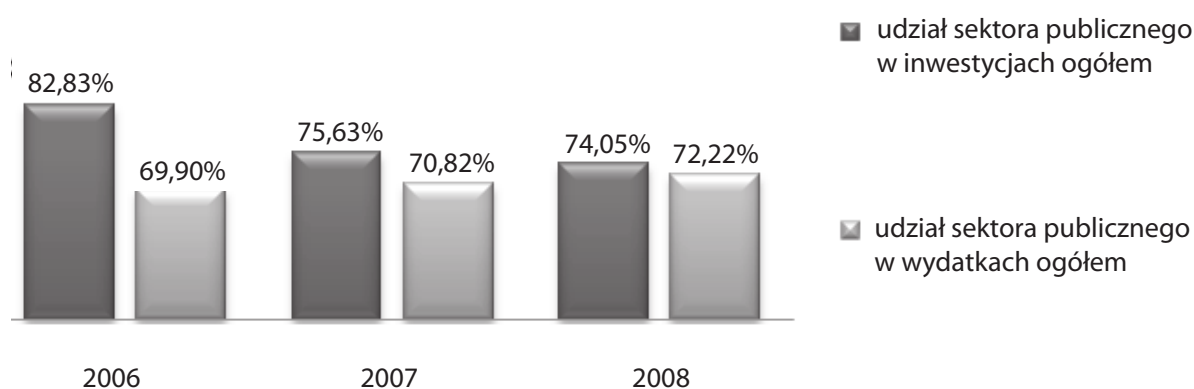


Rysunek 7

Publiczne i prywatne wydatki inwestycyjne na ochronę zdrowia w latach 2006–2008 w mln PLN

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2006*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2007*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008*.

W wyniku szybkiego wzrostu wydatków prywatnych udział wydatków inwestycyjnych w stosunku do inwestycji ogółem niemal zrównał się z udziałem wydatków publicznych w wydatkach ogółem. W 2008 roku stosunek ten wyniósł odpowiednio 74,05 i 72,22%. W 2006 roku wskaźniki te wyniosły odpowiednio 82,83 i 69,90%.

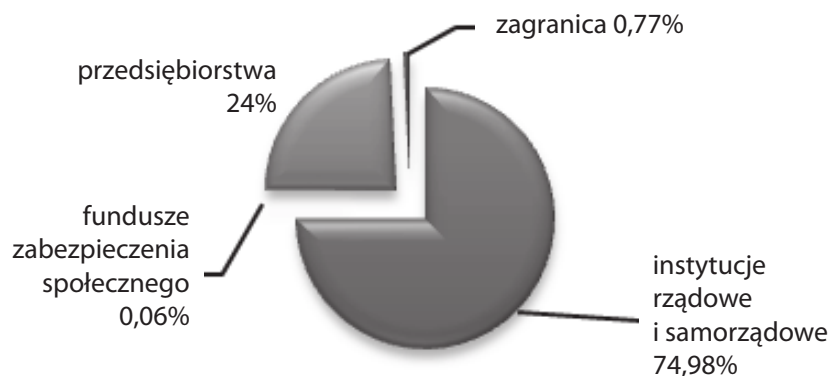


Rysunek 8

Procentowy udział inwestycji publicznych w inwestycjach ogółem i udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem w ochronie zdrowia w latach 2006–2008

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2006*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2007*, *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008*.

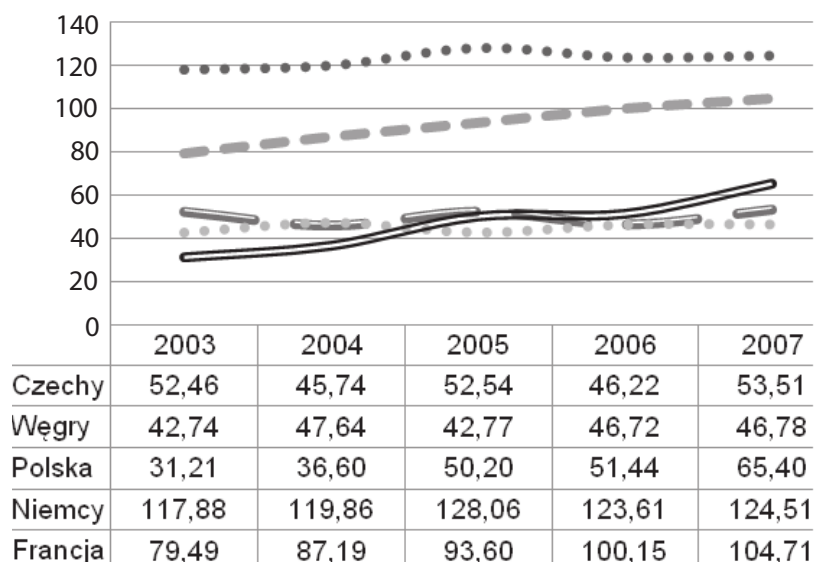
W strukturze podmiotowej wydatków inwestycyjnych w ochronie zdrowia dominują wydatki instytucji rządowych i samorządowych (środki publiczne). Tylko 24% to środki prywatnych przedsiębiorstw. Marginalne znaczenie mają wydatki inwestycyjne prywatnych podmiotów zagranicznych i funduszy zabezpieczenia społecznego (NFZ, który spełnia w systemie rolę płatnika a nie właściciela infrastruktury) (rys. 9).



Rysunek 9

Struktura podmiotowa wydatków inwestycyjnych w ochronie zdrowia w 2007 roku

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008. GUS, 2009.



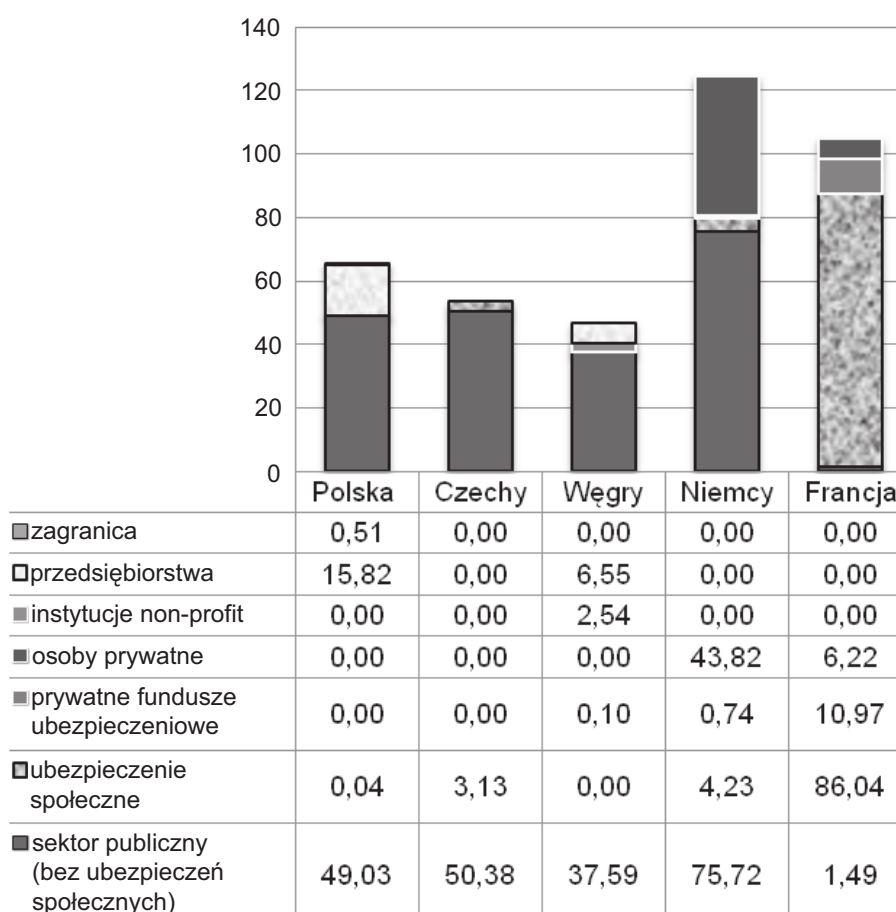
Rysunek 10

Wydatki inwestycyjne per capita w USD (PPP) dla wybranych krajów w latach 2003–2007.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health Data 2010*.

Analiza porównawcza wydatków inwestycyjnych w Polsce na tle innych krajów europejskich wskazuje, że ich poziom jest porównywalny z innymi krajami Europy Środkowej, jednak zdecydowanie niższy niż w krajach Europy Zachodniej. Podstawą były wydatki per capita w USD według parytetu siły nabywczej (PPP) w latach 2003–2007. W porównaniu z krajami regionu wydatki inwestycyjne w Polsce były niższe w okresie 2003–2005. Jednak roku 2006 i 2007 wskazują na zdecydowanie szybszy wzrost wydatków inwestycyjnych w Polsce w stosunku do krajów regionu (rys. 10).

Także struktura podmiotowa wydatków inwestycyjnych w Polsce wykazuje duże podobieństwa do struktury inwestycji w krajach regionu, szczególnie w przypadku Węgier, gdzie również główny ciężar finansowania inwestycji spoczywa na sektorze *general government* (fundusze publiczne państwa i samorządu terytorialnego) z wyłączeniem funduszy ubezpieczeń społecznych, a źródłem



Rysunek 11

Struktura wydatków inwestycyjnych per capita w USD (PPP) według źródeł finansowania per capita w USD (PPP) dla wybranych krajów w 2007

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Health Data 2010.

komplementarnym są fundusze przedsiębiorców. W Czechach sektor publiczny był w analizowanym okresie praktycznie jedynym źródłem finansowania inwestycji. Szczegółowe dane dotyczące struktury podmiotowej wydatków inwestycyjnych per capita w USD PPP prezentuje rysunek 11.

Fundusze Unii Europejskiej jako źródło finansowania inwestycji w ochronie zdrowia

W sytuacji dużego zapotrzebowania na środki inwestycyjne ważnym źródłem finansowania projektów są środki przekazywane w ramach funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Sektor ochrony zdrowia otrzymuje w latach 2007–2013 wsparcie w ramach następujących programów:

- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko,
- Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka,
- Program Operacyjny Kapitał Ludzki,
- Program Operacyjny Rozwój Polski Wschodniej,
- Regionalne Programy Operacyjne dla poszczególnych województw.

Finansowanie obejmuje zarówno projekty o charakterze inwestycyjnym, jak i szkoleniowym. Dalej zostaną zaprezentowane wyłącznie te instrumenty, które umożliwiają modernizację, rozbudowę i wyposażenie w nowoczesny sprzęt jednostek ochrony zdrowia.

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko

Tabela 3

Środki finansowe dla ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

Alokacja finansowa na działanie 12.1 i 12.2	411,75 mln euro
Wkład ze środków EFRR na działanie	349,99 mln euro
Wkład ze środków publicznych krajowych na działanie	59,48 mln euro
Przewidywana wielkość środków prywatnych na działanie	2,28 mln euro
Maksymalny udział środków UE w wydatkach kwalifikowanych na poziomie projektu	85%
Minimalny wkład własny beneficjenta	15%

Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

Finansowanie inwestycji w ochronę zdrowia w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko realizowana jest w ramach Priorytetu XII – „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”. (Działanie 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego” i Działanie 12.2 „Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym”).

W ramach Działania 12.1 wsparcie mogą otrzymać zarówno publiczne, jak i niepubliczne ZOZ udzielające świadczeń ratownictwa medycznego, pod warunkiem, że realizują świadczenia ze środków publicznych. Projekty mogą obejmować:

- zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego z wyposażeniem,
- rozbudowę, remont i wyposażenie centrów urazowych,
- przebudowę, rozbudowę i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego,
- zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii,
- budowę i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,
- budowę i remont lądowisk dla helikopterów,
- budowę i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego.

Działanie 12.2 skierowane jest do publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, świadczących specjalistyczne usługi medyczne. W ramach działania realizowane są projekty polegające na przebudowie, rozbudowie i remoncie obiektów w celu dostosowania ich do wymaganych standardów; zakupie aparatury obrazowej oraz wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii. Ograniczeniem działania jest definicja jednostki o charakterze ponadregionalnym – są to ZOZ-y utworzone przez Ministra Zdrowia lub inną jednostkę szczebla rządowego albo publiczną uczelnię wyższą.

Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka

Tabela 4

Środki finansowe dla ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka

Nazwa projektu	Łączny budżet projektu
Elektroniczna platforma gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych	200 mln euro
Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych	15 mln euro

Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

W Programie Innowacyjna Gospodarka, w ramach VII osi priorytetowej „Społeczeństwo informacyjne – budowa elektronicznej administracji”, jednostki ochrony zdrowia mogą otrzymać dotację na projekty związane z informatyzacją.

Program Operacyjny Rozwój Polski Wschodniej

W ramach programu wsparcie mogą uzyskać projekty realizowane przez publiczne uczelnie medyczne lub publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą, które są zlokalizowane na terenie województw: lubelskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego.

Tabela 5

Alokacja środków finansowych na ochronę zdrowia w Regionalnych Programach Operacyjnych w latach 2007–2013

Województwo	Alokacja finansowa			Maks. udział środków UE w wydatkach kwalifikowanych [%]	Min. udział własny [%]
	środki unijne	środki publiczne krajowe	środki prywatne		
Dolnośląskie	52 722 970	8 373 648	3 514 865	85	1
Kujawsko-Pomorskie	42 333 935	7 470 694	0	65	35/50
Lubelskie	51 460 000	9 080 000	5 340 000	85	0/1
Lubuskie	13 172 194	2 324 504	662 700	100/85+15	0/1
Łódzkie	40 060 341	6 296 169	773 303		1/15
Małopolskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Mazowieckie	61 240 953	10 807 227	18 000 000	85	3/15/40
Opolskie	11 364 270	1 185 459	0	85	1/15
Podkarpackie	44 953 244	6 978 267	2 214 129	70/85	0/5/25
Podlaskie	19 000 000	3 890 834	0	90	5/10
Pomorskie	24 781 841	7 269 841	999 274	75	5/25
Śląskie	37 759 000	6 663 354	5 415 719	85	15/20
Świętokrzyskie	50 806 509	8 965 854	3 058 827	85	15
Warmińsko-Mazurskie	35 096 261	6 193 458	0		5/15
Wielkopolskie	52 620 000	15 786 000	1 754 000	40/75	1/25
Zachodniopomorskie	33 910 000	28 812 273	0	85	25/45
RAZEM	523 923 518	130 097 583	41 732 817		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uszczegółowień regionalnych programów operacyjnych.

Finansowanie odbywa się w ramach osi priorytetowej „Nowoczesna gospodarka. Infrastruktura uczelni”, która przewiduje łączną alokację środków w wysokości 929,36 mln euro.

Łącznie w ramach programów pomocowych do podmiotów z sektora ochrony zdrowia zostanie przekazanych ponad 654 mln euro, w zdecydowanej większości pochodzących z Unii Europejskiej (działania są współfinansowane z budżetu państwa). Należy oczekiwać, że w zdecydowanej większości trafią one do sektora publicznego, przede wszystkim samorządu terytorialnego, ponieważ zdecydowana część programów jest skierowana do tej części podmiotów.

Wnioski

Polska infrastruktura ochrony zdrowia jest wyeksploatowana. Niskie nakłady inwestycyjne w ostatnich dziesięcioleciach nie zapewniały dostatecznego odtworzenia środków trwałych. Dostosowanie polskich placówek ochrony zdrowia do standardów unijnych będzie wymagało w najbliższych latach wysokich nakładów inwestycyjnych szacowanych nawet na 14 mld złotych. Ze względu na strukturę własnościową (75% szpitali i 22% ambulatoriów to podmioty sektora publicznego) i fakt, że zdecydowanie większych nakładów wymagają placówki stacjonarnej opieki, większość środków na inwestycje powinna być skierowana do sektora publicznego. Trudna sytuacja budżetu państwa i dużej części samorządów wynikająca z obniżenia wpływów z podatków (w szczególności CIT) i inwestycji w związku z przygotowaniem do EURO 2012 nie daje szans na duże zwiększenie nakładów. Pewną szansą dla polskiej ochrony zdrowia są fundusze pomocowe Unii Europejskiej, w ramach których do sektora zostanie skierowanych 654 mln euro, co jednak stanowi niewielką kwotę w stosunku do potrzeb. W tej sytuacji należy rozważyć szersze wprowadzenie sektora prywatnego poprzez wspieranie procesów komercjalizacji, prywatyzacji bądź partnerstwa publiczno-prywatnego.

Literatura

Health Data 2010. OECD, 2010.

Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2006. GUS, 2007.

Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2007. GUS, 2008.

Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008. GUS, 2009.

Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r., GUS, Warszawa 2009.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2007–2013.

- Szczegółowy opis osi priorytetowej „Infrastruktura społeczna” Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy opis osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy opis osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy Opis Priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007–2013 (Uszczegółowienie RPO WD).*
- Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Podkarpackiego na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy opis priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007–2013.*
- Szczegółowy opis osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007–2013.*
- Uszczegółowienie Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013.*
- Uszczegółowienie Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013.*
- Uszczegółowienie Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego na lata 2007–2013.*
- Uszczegółowienie Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Śląskiego na lata 2007–2013.*
- Uszczegółowienie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007–2013.*
- W 70 wskaźników dookoła zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2009.*
- Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007–2013.*
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2008.*

Structure and Sources of Health Care Investments

Abstract

The article is devoted to the issues of financing of investment in health care. In the first part the investment needs are presented, in the second – investment expenditures and their structure. Because the demand for investment measures is very large, one of the ways of financing could be supported by funds from the European Union.