

Załącznik nr 12 do uchwały nr 100/1277/08 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 30 grudnia 2008 r.

**REGIONALNY PROGRAM OPERACYJNY WOJEWÓDZTWA
KUJAWSKO-POMORSKIEGO NA LATA 2007-2013**

WYTYCZNE TEMATYCZNE

dotyczące przygotowania

Studiów Wykonalności

dla projektów ubiegających się o dofinansowanie

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Kujawsko-Pomorskiego

na lata 2007-2013

z zakresu Działania 3.2.

ROZWÓJ INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA

I POMOCY SPOŁECZNEJ

Toruń, grudzień 2008



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	3
1. GENEZA PROJEKTU, OPIS STANU ISTNIEJĄCEGO I ANALIZA OTOCZENIA (II.4.).....	4
2. ANALIZA WARIANTÓW (II.7.).....	4
3. OPIS STANU PROJEKTOWANEGO (II.8.).....	5
4. WYKONALNOŚĆ FINANSOWO-EKONOMICZNA PROJEKTU (III).....	5
5. ANALIZA WYKONALNOŚCI PRAWNEJ (IV.3.).....	8
SPIS MAP I FOTOGRAFII	10

Wprowadzenie

Celem Wytycznych Tematycznych jest ujednolicenie zasad sporządzania studiów wykonalności dla projektów inwestycyjnych ubiegających się o dofinansowywanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Działania 3.2. ROZWÓJ INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013. Niniejsze Wytyczne odnoszą się do specyfiki powyższego Działania i jako takie są materiałem dodatkowym do WYTYCZNYCH OGÓLNYCH DOTYCZĄCYCH PRZYGOTOWANIA STUDIÓW WYKONALNOŚCI DLA PROJEKTÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO NA LATA 2007-2013, zwanych dalej Wytycznymi Ogólnymi, wraz z załączonym do Wytycznych Ogólnych modelem finansowym w formacie edytowalnym x/s.

Wytyczne Tematyczne odnoszą się do poszczególnych rozdziałów Wytycznych Ogólnych w zakresie wykonalności technicznej oraz instytucjonalno-prawnej i finansowo-ekonomicznej projektu. Dotyczą niżej wymienionych rozdziałów i podrozdziałów Wytycznych Ogólnych (w nawiasach - numeracja rozdziałów i podrozdziałów z Wytycznych Ogólnych) stanowiąc ich uszczegółowienie:

1. Geneza projektu, opis stanu istniejącego i analiza otoczenia (II.4.),
2. Analiza wariantów (II.7),
3. Opis stanu projektowanego (II.8),
4. Wykonalność finansowo-ekonomiczna projektu (III),
5. Analiza wykonalności prawnej (IV.3.).

1. Geneza projektu, opis stanu istniejącego i analiza otoczenia (II.4.)

W niniejszej części studium należy przedstawić genezę, przyczyny realizacji projektu oraz określić problemy, jakie zostaną rozwiązane w wyniku realizacji zaplanowanych działań. Należy scharakteryzować uwarunkowania społeczne i infrastrukturalne występujące na terenie oddziaływania projektu, w tym:

1. społeczne (np. liczba mieszkańców, trendy demograficzne, stan i oferta ochrony zdrowia, leczenie specjalistyczne, liczba udzielonych porad lekarskich, hospitalizowanych osób, stan i oferta pomocy społecznej, zakres udzielanej pomocy, liczba osób, którym udzielono pomocy, kadra obiektów i jej kwalifikacje, stopa bezrobocia, w tym długotrwałego, poziom ubóstwa i wykluczenia, inne aspekty i problemy społeczne, itd.),
2. gospodarcze (np. skala działalności gospodarczej na obszarze oddziaływania projektu),
3. infrastrukturalne (np. stan ilościowy i jakościowy oraz rozmieszczenie infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej z podziałem na rodzaj obiektu, wyposażenie i zakres świadczonych usług, dostępność obiektów dla mieszkańców, sposób wykorzystania obiektów, wyposażenie w sprzęt m.in. do leczenia specjalistycznego, ratownictwa, itd.).

Wskazane jest zaprezentowanie rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia i pomocy społecznej na mapie poglądowej z określeniem typu obiektu.

2. Analiza wariantów (II.7.)

W przypadku Działania 3.2. należy rozpatrywać następujące opcje:

1. lokalizacyjne – rozbudowa, przebudowa innego obiektu (funkcjonalność, potrzeby i liczba użytkowników, inne plany inwestycyjne na terenie oddziaływania projektu, koszty, etc.),
2. zakres i skala – zakres i skala rozbudowy a potrzeby społeczne, liczba użytkowników (trwałość, jakość, funkcjonalność, potrzeby i liczba użytkowników, koszty, etc.),
3. techniczne – technologia oraz infrastruktura towarzysząca, wyposażenie tzn. (trwałość, jakość, funkcjonalność, potrzeby i liczba użytkowników, inne plany inwestycyjne na terenie oddziaływania projektu, koszty etc.).

W celu dokonania wyboru wariantu projektu powinny być przeprowadzone analizy stanu istniejącego w zakresie liczby użytkowników obiektów i ich potrzeb, nowych trendów w zakresie ochrony zdrowia i leczenia, oraz prognozy w tym obszarze. Opis stanu obecnego w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej powinien być zawarty w opisie stanu istniejącego (punkt II.4.).

Projekty z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej (Działanie 3.2. RPO WK-P) należy porównywać używając narzędzia, jakim jest *analiza efektywności kosztowej (CEA)*, która wymaga wyrażenia efektów inwestycji w przyjętych jednostkach

naturalnych związanych z realizacją projektu. Polega ona na obliczeniu wskaźnika *dynamicznego kosztu jednostkowego (DGC)*, którego metodyka została opisana w Wytycznych Ogólnych. Możliwe jest stosowanie dla potrzeb analizy wariantów *analizy wielokryterialnej*, która jest metodą oceny wariantów, stosowaną, gdy nie istnieje możliwość skwantyfikowania efektów inwestycji w jednostkach pieniężnych lub naturalnych.

Po przeprowadzeniu analizy wariantów danego projektu, należy dokonać wyboru najlepszego wariantu projektu. Wariant najlepszy odznacza się najniższym dynamicznym kosztem jednostkowym, natomiast w przypadku metody wielokryterialnej – najwyższą oceną sumaryczną, czyli maksymalnym wpływem na osiągnięcie celów projektu.

3. Opis stanu projektowanego (II.8.)

Charakteryzując rozwiązania techniczne wariantu optymalnego, poza elementami zawartymi w Wytycznych Ogólnych, należy zwrócić uwagę na:

1. dostosowanie wspieranej infrastruktury i wyposażenia do celów projektu, specyfiki obszaru i beneficjentów, nowych trendów w sferze ochrony zdrowia i lecznictwa (np. metody bezinwazyjne), pomocy społecznej,
2. związek projektu z usprawnieniami, np. szybsza diagnoza, identyfikacja choroby, stanu pacjenta,
3. funkcjonalność infrastruktury, w tym uwzględnienie grup społecznych zagrożonych wykluczeniem, np. niepełnosprawnych.

4. Wykonalność finansowo-ekonomiczna projektu (III)

Analiza finansowa

W rozdziale tym należy przedstawić zmianę przychodów ze sprzedaży związaną z projektem lub eksploatacją jego produktów w rocznych przedziałach czasowych w okresie analizy – jako różnicę pomiędzy stanem obecnym i projektowanym.

Podstawą szacowania przychodów ze sprzedaży musi być program sprzedaży zawierający określenie prognozowanych ilości sprzedanych produktów i usług oraz ewentualne prognozowane ceny jednostkowe. Przyjęte założenia i ich podstawy muszą być szczegółowo określone i wiarygodne.

Kwestie dotyczące przychodów ze sprzedaży powinny zostać ujęte tylko dla tych projektów, których produkty i usługi udostępniane są odpłatnie.

Należy podać opis aktualnej i przyszłej polityki cenowej – wysokość opłat za korzystanie z obiektu, sposób kalkulacji cen, które zapewnią zarówno samofinansowanie jak i płynność właściciela oraz amortyzację i ewentualne dopłaty.

Dla okresu prognozowanego należy dokonać dla wariantu bezinwestycyjnego kalkulacji opłat za korzystanie z obiektu na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem ewentualnych dopłat. W przypadku budowy nowego obiektu infrastruktury leczenia zamkniętego i otwartego w wariantie bezinwestycyjnym opłaty będą równe 0.

Należy zaprezentować różnicę w poziomie opłat wywołaną realizacją przedsięwzięcia – różnicę pomiędzy opłatami skalkulowanymi dla wariantu inwestycyjnego i wariantu bezinwestycyjnego. Dla obu wariantów muszą zostać zachowane jednolite zasady kalkulacji opłat jednostkowych. Ewentualne dopłaty należy traktować w analizie finansowej jako przychód.

Należy przeprowadzić kalkulację rocznej ilości usług będących przedmiotem uzyskiwania przychodów poprzez przemnożenie ilości sprzedaży i wartości jednostkowych – dla poszczególnych rodzajów usług podlegających sprzedaży – w stanie obecnym i projektowanym. Dane dotyczące ilości sprzedaży muszą być tożsame ze sposobem kalkulacji i wielkościami przyjętymi w rozdziale Analizy specyficzne dla danego sektora.

Analizę przeprowadzamy przy założeniu stałych parametrów.

Należy przygotować plan przychodów określony poprzez iloczyn ilości sprzedaży i przyjętych opłat w poszczególnych przedziałach czasowych. Plan ten musi zostać przygotowany dla prognozowanego stanu bezinwestycyjnego oraz stanu projektowanego i różnicy pomiędzy nimi - zmiany przychodów wynikającej z realizacji przedsięwzięcia.

W rozdziale tym należy zaprezentować zmianę kosztów operacyjnych związaną z projektem lub eksploatacją jego produktów w rocznych przedziałach czasowych w okresie analizy.

Należy dążyć do prezentacji kosztów operacyjnych w ujęciu kosztów rodzajowych. Przyjęte założenia dotyczące zmiany kosztów i ich podstawy muszą być szczegółowo określone i wiarygodne (należy podać źródła i sposób kalkulacji).

Zmianę kosztów operacyjnych inwestora wywołanych przedsięwzięciem należy przedstawić na podstawie kalkulacji różnicy w kosztach pomiędzy wariantem realizacji przedsięwzięcia a wariantem bazowym. W celu wyznaczenia zmiany kosztów należy określić prognozę kosztów przy założeniu zaniechania inwestycji oraz prognozę kosztów przy założeniu jej realizacji. Różnica w kosztach pomiędzy tymi planami powinna wynikać wyłącznie z działań związanych z realizacją inwestycji.

Należy także przedstawić kalkulację planu amortyzacji majątku. Zalecane jest określenie amortyzacji w sposób uproszczony, jako amortyzację liniową przy założeniu tożsamości żywotności ekonomicznej projektu z okresem analizy (5 lat dla projektów polegających na zakupie wyposażenia teleinformatycznego i oprogramowania, 20 lat od zakończenia realizacji projektu dla obiektów kubaturowych i 30 lat dla projektów polegających

na kompleksowym uzbrojeniu terenu).

Analiza ekonomiczna

Analiza efektywności kosztowej musi zostać przeprowadzona dla wszystkich projektów. Polega ona na określeniu wskaźnika efektywności kosztowej, odnoszącego średnioroczną miarę rezultatu do średniorocznego kosztu. Wskaźnik ten pozwala na zachowanie porównywalności projektów i wybór najtańszych dla społeczeństwa opcji realizacji założonych celów.

Dla projektów z zakresu infrastruktury leczenia zamkniętego i otwartego wskaźnik efektywności kosztowej należy określić według poniższego wzoru:

Wskaźnik efektywności kosztowej = Średnioroczna miara rezultatu/Średnioroczny koszt

gdzie:

Średnioroczna miara rezultatu – osiąganego po realizacji całego przedsięwzięcia zostanie określona jako:

Miara rezultatu = łączna planowana ilość użytkowników *n + liczba nowych użytkowników *m

gdzie:

n, m – wagi

Liczba nowych użytkowników oznacza wzrost ilości użytkowników wywołany oddziaływaniem inwestycji (zgodnie z wartościami określonymi w rozdziale analizy specyficzne).

Liczba dotychczasowych użytkowników powinna zostać oszacowana na podstawie ostatniego pełnego roku przed rozpoczęciem inwestycji, a liczbę nowych należy obliczyć jako średnią z pięciu lat po zakończeniu projektu.

Średnioroczny koszt – obejmuje roczne koszty operacyjne (eksploatacyjne) po realizacji projektu (wraz z amortyzacją).

Roczne koszty operacyjne (eksploatacyjne) – koszty generowane w wyniku realizacji projektu w okresie rocznym. Jest to więc zmiana kosztów wywołana realizacją projektu, wraz z amortyzacją (zmiana w roku następnym po realizacji projektu). Amortyzacja stanowi odzwierciedlenie nakładów inwestycyjnych. Koszt średnioroczny stanowi iloraz sumy kosztów rocznych w okresie analizy i okresu analizy.

W przypadku pozostałych elementów analizy należy korzystać ze wskazówek z wytycznych ogólnych.

5. Analiza wykonalności prawnej (IV.3.)

Jeżeli realizacja projektu wynika z konieczności dostosowania obiektu do wymogów wynikających z przepisów prawa należy szczegółowo omówić te kwestie z podaniem właściwych przepisów i dokumentów.

Analiza pod kątem występowania pomocy publicznej

W ramach RPO WK-P na lata 2007-2013 przewiduje się wsparcie mające na celu poprawę jakości świadczonych usług medycznych oraz poprawę skuteczności pomocy społecznej poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia, opiekuńczo-wychowawczą i pomocy społecznej.

Istotne z punktu widzenia pomocy publicznej jest to, iż wsparciem objęte zostaną **działające w publicznym systemie zdrowia** placówki medyczne lecznictwa zamkniętego i otwartego o znaczeniu regionalnym i lokalnym.

Zgodnie z orzecnictwem ETS usługi medyczne są kwalifikowane jako działalność gospodarcza niezależnie od tego, czy koszty świadczonych usług są pokrywane bezpośrednio przez pacjenta, czy też przez władze publiczne bądź fundusze zdrowia. W związku z tym należy przyjąć, że na gruncie prawa wspólnotowego, zarówno publiczne jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej traktowane są jako podmioty prowadzące działalność gospodarczą, a tym samym, co do zasady, podlegające przepisom o pomocy publicznej. Mając jednak na względzie, że działalność zakładów opieki zdrowotnej (zarówno publicznych jak niepublicznych) związana z wykonywaniem usług w ramach gwarantowanych przez państwo świadczeń zdrowotnych (finansowane w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia) jest, co do zasady, **skierowana do obywateli polskich**, uznać można, iż wsparcie takiej działalności nie będzie miało negatywnego wpływu na wymianę handlową między państwami członkowskimi, a tym samym nie będzie stanowiło pomocy publicznej.

Należy mieć jednakże na względzie, że zakład opieki zdrowotnej może wykonywać usługi poza publicznym systemem opieki zdrowotnej na warunkach rynkowych i mogą być one kierowane do nieograniczonego kręgu osób, w tym do obywateli innych państw członkowskich. W związku z tym wspieranie takiej działalności może skutkować naruszeniem konkurencji na wspólnym rynku.

W związku z powyższym dokonując oceny projektu w kontekście występowania pomocy publicznej w projektach z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia analizie należy poddać m.in. następujące elementy:

1. czy zakład opieki zdrowotnej prowadzi działalność wyłącznie w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej, czy prowadzi również inną działalność gospodarczą? (jeżeli TAK to należy przejść do pytania 4),
2. czy jest możliwość rozdzielenia działalności gospodarczej od działalności w ramach krajowego systemu opieki zdrowotnej?
3. czy jest możliwy wybór operatora do działalności gospodarczej stanowiącej uzupełnienie projektu?
4. czy lokalizacja zakładu opieki zdrowotnej sprzyja świadczeniu usług pacjentom z innych regionów i/lub państw członkowskich (za wyjątkiem zdarzeń nagłych)?
5. czy usługi zakładu opieki zdrowotnej, które będą świadczone w ramach projektu mają charakter specjalistyczny?
6. Czy po okresie 1 maja 2004r. z usług zakładu opieki zdrowotnej korzystali pacjenci z innych państw członkowskich w ramach tzw. „turystyki medycznej” (za wyjątkiem zdarzeń nagłych)?
7. czy zakład opieki zdrowotnej prowadzi działania reklamowe lub marketingowe zmierzające do pozyskania pacjentów z innych państw członkowskich?
8. do kogo kierowana jest oferta zakładu opieki zdrowotnej z związku z przedmiotem projektu?
9. jaka jest atrakcyjność przedmiotu projektu na tle oferty innych zakładów opieki zdrowotnej w regionie/Polsce/Europie?
10. Jaka jest liczba oddziałów w zakładzie opieki zdrowotnej oraz jaki jest ich charakter (odpowiedź na niniejsze pytanie jest powiązana z pytaniem 5)?
11. jaka jest liczba pacjentów ogółem w zakładzie opieki zdrowotnej?

Podsumowanie na podstawie odpowiedzi udzielonych na poprzedzające pytania:

1. czy oferta kierowana jest na rynek ponadregionalny?
2. czy przedmiot projektu jest atrakcyjny w skali co najmniej ponadregionalnej?

Przeprowadzona analiza rynku w oparciu o ww. elementy, na który ma wpływ realizacja projektu pozwoli wykazać/udowodnić wpływ (lub jego brak) udzielonego wsparcia na wymianę handlową pomiędzy państwami członkowskimi i zakłócenie (bądź nie) konkurencji.

Spis map i fotografii

Do studium wykonalności można załączyć mapki i szkice sytuacyjne lub topograficzne z oznaczeniem terenu realizacji projektu. Można dodatkowo, dla lepszej wizualizacji lokalizacji projektu na tle otoczenia, załączyć zdjęcia lotnicze lokalizacji projektu i jego bezpośredniej okolicy.