

**Wojciech Kisiąła**

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
Instytut Geografii Społeczno-Ekonomicznej i Gospodarki Przestrzennej*

# Fundusze strukturalne Unii Europejskiej na rozwój systemu ratownictwa medycznego w Polsce

**Zarys treści:** Celem artykułu jest przedstawienie możliwości pozyskiwania środków finansowych Unii Europejskiej na rozwój systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Praca prezentuje polski system ratownictwa medycznego jako element wsparcia w ramach funduszy strukturalnych dla sektora ochrony zdrowia w latach 2007–2013. Dokonano przeglądu przykładowych rodzajów projektów możliwych do realizacji ze środków unijnych oraz omówiono wyniki pierwszych doświadczeń w ubieganiu się o fundusze na rozwój systemu ratownictwa medycznego.

**Słowa kluczowe:** fundusze strukturalne, ratownictwo medyczne

## 1. Wprowadzenie

Jednym z istotnych czynników wpływających na poziom i warunki życia ludności jest jakość i dostępność świadczonych usług zdrowotnych. Niezaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie ochrony zdrowia z jednej strony determinuje brak poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, z drugiej strony wpływa na strukturę demograficzną (umieralność) oraz rozwój gospodarczy (ekonomiczne efekty zachorowalności i śmiertelności).

Integracja Polski z Unią Europejską przyniosła możliwość poprawy sytuacji w zakresie stanu zdrowia i warunków bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków poprzez inwestycje w różnych obszarach sektora ochrony zdrowia wspierane z budżetu wspólnotowego. Ponieważ w wielu przypadkach o życiu i zdrowiu osoby decyduje szybkość podjętych działań medycznych, niezwykle ważne stało się przeznaczenie funduszy na finansowanie systemu ratownictwa medycznego. Sprawność jego funkcjonowania jest jednym z wyznaczników stanu organizacyjnego i skuteczności struktur całego systemu ochrony zdrowia (por. Peters, Brent Hall 1999, Jakubaszko 2003).

Głównym celem niniejszego opracowania jest przedstawienie możliwości pozyskiwania środków finansowych Unii Europejskiej na rozwój systemu ratownictwa

medycznego w Polsce. Fundusze przeznaczone na ratownictwo medyczne dostępne były już w pierwszym okresie programowania po rozszerzeniu Wspólnoty (2004–2006) w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego<sup>1</sup>. Jednak zdecydowanie większe możliwości w omawianym zakresie pojawiły się w kolejnej perspektywie finansowej, stąd niniejszy artykuł poświęcono unijnym środkom pomocowym przeznaczonym na ratownictwo medyczne w latach 2007–2013.

Choć dostępna literatura dość szeroko opisuje problematykę związaną z funduszami Unii Europejskiej, szczególnie w kontekście prowadzonej polityki spójności oraz rozwoju regionalnego, to jednak zauważalny jest niedobór publikacji traktujących o finansowym wsparciu przedsięwzięć w sektorze ochrony zdrowia, w tym działań na rzecz rozwoju systemu ratownictwa medycznego. Organizacyjno-prawne uwarunkowania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego opracowano na podstawie publikacji Petersa i Brent Halla (1999), Broccone i in. (2003), Jakubaszki (2003), Lekiego (2006, 2007) oraz Gacy i Witkowskiego (2007). W tym celu wykorzystano również wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Zasady funkcjonowania Unii Europejskiej oraz jej polityki regionalnej, niezbędne przy sporządzaniu niniejszego opracowania, zaczerpnięto z publikacji Pietrzyk (2007) oraz Churskiego (2008), a także z prac pod redakcją Małuszyńskiej i Gruchmana (2007) oraz Perkowskiego (2008). Realizacja celu pracy wymagała ponadto przestudiowania wielu unijnych i krajowych dokumentów poświęconych funduszom europejskim, w tym przede wszystkim Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIS) oraz jego uzupełnienia w postaci szczegółowego opisu priorytetów.

Niezwykle cenne źródło informacji stanowiły strony internetowe Ministerstwa Rozwoju Regionalnego ([www.mrr.gov.pl](http://www.mrr.gov.pl)) oraz portale funduszy europejskich ([www.funduszeuropejskie.gov.pl](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl), [www.fundusze-strukturalne.gov.pl](http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl)). Obszernie korzystano również ze stron internetowych Ministerstwa Zdrowia, poświęconych środkom finansowym z Unii Europejskiej ([www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl)). Dane dotyczące wykorzystania funduszy unijnych w sektorze ochrony zdrowia otrzymano z Sekcji Informacji i Promocji Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

## 2. System ratownictwa medycznego w Polsce

System ratownictwa medycznego w Polsce działa na podstawie ustawy z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>2</sup> oraz szeregu rozporządzeń konkretyzujących zapisy ustawy. W ustawie wyróżniono dwa rodzaje jednostek działających w ramach systemu: szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). Jednostki te połączone zostały funkcjonalnie

<sup>1</sup> Jednym z celów poddziałania 1.3.2 ZPORR „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” była poprawa jakości i dostępności systemu ratownictwa medycznego.

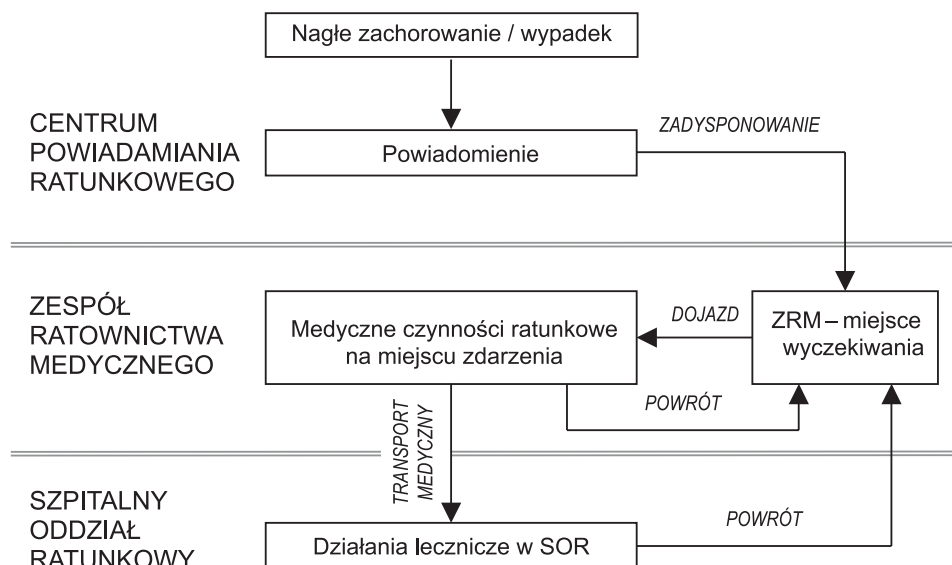
<sup>2</sup> Dz.U.2006.191.1410 z późn. zm.

systemem łączności, którego obsługę powierzono centrům powiadamiania ratunkowego (CPR). Każdy z wyróżnionych elementów odgrywa rolę na innym etapie działań ratunkowych (por. ryc. 1).

Po przyjęciu w centrum powiadamiania ratunkowego zgłoszenia o nagłym zachorowaniu lub wypadku dysponowany jest zespół ratownictwa medycznego właściwy ze względu na miejsce zdarzenia (najbliższy pod względem czasu dojazdu) oraz przyczynę wezwania (podstawowy, czyli zespół ratowników medycznych, bądź specjalistyczny, czyli zespół z lekarzem w składzie). ZRM podejmuje akcję ratunkową na miejscu zdarzenia i w razie konieczności kontynuuje medyczne czynności ratunkowe w czasie transportu osoby poszkodowanej, aż do momentu przekazania jej do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub innej jednostki szpitalnej, właściwej ze względu na rodzaj schorzenia. Zespołami ratownictwa medycznego, choć funkcjonującymi na szczególnych zasadach, są również śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego działające w ramach gotowości HEMS (Helicopter Emergency Medical Services).

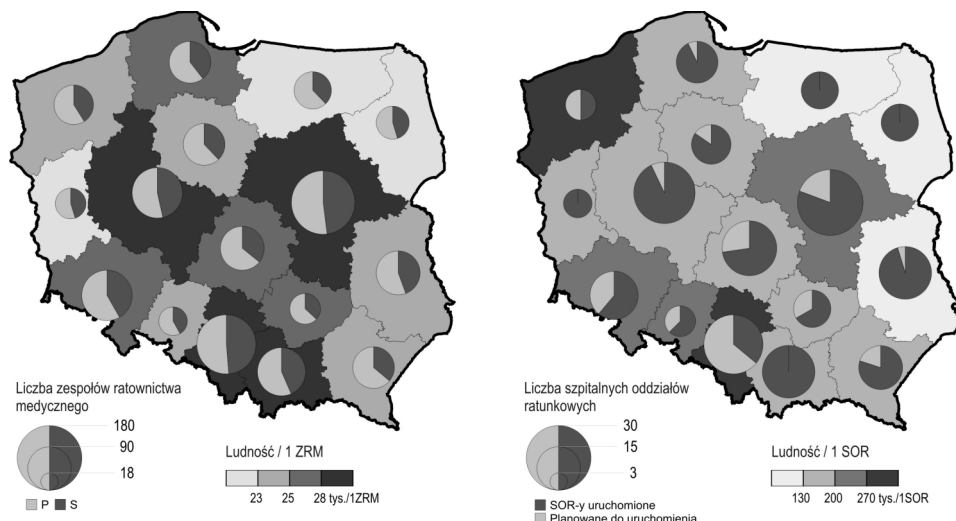
Ostatnim etapem działań w ramach systemu ratownictwa medycznego są czynności lecznicze podejmowane w obrębie szpitalnej bazy medycyny ratunkowej, czyli w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W oddziałach tych pomoc lekarska udzielana jest wszystkim pacjentom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, zarówno przywożonym przez zespoły ratownictwa medycznego, jak i zgłaszającym się samodzielnie, niezależnie od ich miejsca zamieszkania, statusu finansowego czy społecznego (por. Jakubaszko 2003, Gaca, Witkowski 2007).

W 2008 r. funkcjonowało w Polsce ponad 1400 zespołów ratownictwa medycznego oraz 211 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Regionalne zróżnicowanie



Ryc. 1. Schemat działania systemu ratownictwa medycznego

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 2. Jednostki systemu ratownictwa medycznego w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

liczby i rodzaju jednostek systemu ratownictwa medycznego przedstawiono na rycinie 2.

W organizacji systemu ratownictwa medycznego istotne znaczenie ma liczba ambulansów sanitarnych oraz określenie miejsc ich stacjonowania w terenie, co pozwala osiągnąć jeden z podstawowych celów systemu – skrócenie czasu reakcji zespołów ratownictwa medycznego liczonego od momentu wezwania do chwili dojazdu do poszkodowanego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (por. Peters, Brent Hall 1999, Brotcorne i in. 2003, Leki 2006). Istnieje konieczność takiego rozmieszczenia zespołów wyjazdowych, aby czasy dotarcia na miejsce zdarzenia spełniały kryteria określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z jej wymogami, wojewodowie zostali zobowiązani do podjęcia działań zmierzających do sytuacji, w której przynajmniej w połowie przypadków czas dojazdu ZRM nie przekroczy 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 15 minut w pozostałym terenie, a praktycznie w żadnym przypadku<sup>3</sup> nie będzie dłuższy niż odpowiednio 15 i 20 minut.

Problemy finansowe polskiego systemu ochrony zdrowia sprawiają, że w wielu miejscach kraju system ratownictwa medycznego funkcjonuje fragmentarycznie. Centra powiadamiania ratunkowego wciąż pozostają na etapie organizacji, a obsługa jednolitego numeru alarmowego 112 nie spełnia standardów europejskich. Pomimo znacznej dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego parametry czasów dotarcia często przekraczają dopuszczalne w ustawie normy. Z kolei szereg wymogów strukturalnych, lokalowych i organizacyjnych niezbędnych do funkcjonowania oddziału ratunkowego, a trudnych do realizacji przez szpitale, powoduje, że do-

<sup>3</sup> Przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych parametrach czasów dotarcia w skali każdego miesiąca nie jest brane pod uwagę (art. 24 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym).

tychczas nie wszędzie udało się zorganizować i uruchomić SOR-y. Niezaprzeczalny jest jednak fakt, iż obecność na danym terenie SOR-u, spełniającego narzucone przez ustawodawcę kryteria, zwiększa dostępność i jakość świadczeń medycznych dla mieszkańców (por. Gaca, Witkowski 2007, Leki 2007).

### **3. Fundusze strukturalne na ratownictwo medyczne**

W perspektywie finansowej 2007–2013 wsparcie sektora ochrony zdrowia z funduszy europejskich dostępnych na poziomie centralnym ukierunkowane zostało głównie na rozwój systemu ratownictwa medycznego jako elementu w istotny sposób wpływającego na poziom umieralności i niepełnosprawności, a także zachowanie dobrego stanu zdrowia społeczeństwa. O konieczności doinwestowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne świadczyły przede wszystkim dane dotyczące okołowypadkowej oraz wynikającej z nagłych zachorowań śmiertelności w miejscu zdarzenia lub w drodze do szpitala, znacznie przekraczające granice przyjęte w standardach międzynarodowych (por. Jakubaszko 2003, Leki 2006).

Alokacja funduszy strukturalnych w system ratownictwa medycznego zapisana została w ramach XII osi priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”, której główny cel został określony jako wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy.

Celem pierwszego z działań XII osi priorytetowej (12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego”) stała się redukcja liczby zgonów oraz skutków powikłań będących efektem wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Osiągnięcie założonego celu wiązało się z koniecznością poprawy jakości świadczonych usług na każdym etapie działań ratunkowych. W związku z tym fundusze europejskie zostały przeznaczone na organizację wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego, zakup ambulansów sanitarnych oraz inwestycje w szpitalną bazę medycyny ratunkowej. Na realizację omawianego działania zaplanowano łącznie 235,29 mln euro, z czego wkład środków z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) określono na poziomie 200 mln euro (85%). Finansowanie z EFRR przewidziano zarówno dla projektów indywidualnych – o strategicznym znaczeniu dla realizacji całego programu operacyjnego, systemowych – polegających na dofinansowaniu realizacji zadań publicznych, jak i projektów wyłonionych w trybie konkursu<sup>4</sup>.

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji (w porozumieniu z wojewodami), wskazany jako beneficjent systemowy, uzyskał wsparcie finansowe ze środków unijnych na budowę i wyposażenie centrów dyspozytorskich (po jednym w każdym z województw) odpowiedzialnych za obsługę systemu powiadamiania ratunkowego oraz zapewnienie sprawnej łączności pomiędzy służbami ratunkowymi. Fundusze europejskie inwestowane w wojewódzkie centra powiadamiania ratunkowego

<sup>4</sup> Por. art. 28, ust. 1 ustawy z dnia 6.12.2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2006.227.1658 z późn. zm.).

mają przyczynić się do usprawnienia procesu przyjmowania zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i kierowania ich do właściwej jednostki policji, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego.

Jednym z wyznaczników sprawności funkcjonowania ratownictwa medycznego jest zachowanie zasady tzw. „złotej godziny”, polegającej na udzielaniu specjalistycznej (szpitalnej) pomocy lekarskiej osobie poszkodowanej w czasie nie dłuższym niż 60 minut od momentu zdarzenia powodującego nagłe zagrożenie zdrowia i życia (por. Jakubaszko 2003). Osiągnięciu tego uniwersalnego standardu opracowanego w ramach medycyny ratunkowej oraz parametrów w zakresie czasów dotarcia określonych w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym służyć ma wsparcie, jakie z funduszy strukturalnych uzyskują projekty związane z wymianą lub zakupem nowych specjalistycznych środków transportu sanitarnego dla potrzeb specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. Wśród potencjalnych beneficjentów pomocy unijnej w tej dziedzinie znalazły się zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ) świadczące usługi w ramach przedszpitalnego ratownictwa medycznego lub ich organy założycielskie. Warunkiem koniecznym aplikowania o fundusze europejskie jest posiadanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w przedmiotowym zakresie. Wybór projektów dotyczących zakupu ambulansów sanitarnych, które otrzymają wsparcie, następuje w trybie konkursowym.

Dodatkowe środki wspierające przedszpitalne ratownictwo medyczne kierowane są na budowę, remont i doposażenie baz śmigłowcowej i samolotowej służby ratunkowej. Całość funduszy przeznaczonych na ten cel uzyskała, jako beneficjent indywidualny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Działanie 12.1 przewiduje również dofinansowanie szpitalnej bazy związanej z ratownictwem medycznym. W tym zakresie zarezerwowano środki na prace remontowo-budowlane niezbędne przy dostosowaniu funkcjonujących lub planowanych do uruchomienia szpitalnych oddziałów ratunkowych do szeregu wymogów technicznych określonych w obowiązujących przepisach prawa<sup>5</sup>. Istnieje także możliwość uzyskania wsparcia na wyposażenie SOR-ów w specjalistyczną aparaturę oraz artykuły medyczne służące diagnostyce i terapii osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W celu zwiększenia dostępności szpitalnych oddziałów ratunkowych część środków z funduszy strukturalnych przeznaczono na budowę oraz remonty przyszpitalnych lądowisk dla helikopterów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Projekty dotyczące infrastruktury związanej ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi selekcjonowane są w drodze konkursów. Możliwość ubiegania się o fundusze unijne w tych konkursach uzyskały ZOZ-y udzielające świadczeń medycznych w SOR-ach na podstawie kontraktu z NFZ oraz ich organy założycielskie.

Pewną nowością w polskim systemie ratownictwa medycznego będzie realizacja przez Ministra Zdrowia projektu systemowego, polegającego na budowie i wy-

<sup>5</sup> Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U.2007.55.365).

posażeniu centrów urazowych. Pomimo, iż formalnie nie są one jednostkami systemu, to poprzez swoją działalność w istotny sposób przyczynią się do zwiększenia dostępności i poprawy jakości świadczonych usług medyczno-ratunkowych, szczególnie wśród ofiar wypadków drogowych. Aktualnie prowadzone są prace legislacyjne nad nowelizacją ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w celu wprowadzenia do niej zapisów określających zasady działania centrów.

Inwestycje realizowane w ramach systemu ratownictwa medycznego przy współudziale funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w założeniu mają skutkować zmniejszeniem poziomu śmiertelności oraz powikłań wynikających z nagłych zdarzeń, a w konsekwencji wpływać na szybszy powrót do aktywności zawodowej osób poszkodowanych.

#### **4. Pierwsze doświadczenia w wydatkowaniu środków unijnych 2007–2013 na rozwój systemu ratownictwa medycznego**

Pierwszy z ogłoszonych konkursów (1/2008) w ramach działania 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego” dotyczył zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. Istotą konkursu było wyłonienie projektów, które w największym stopniu przyczynią się do osiągnięcia celów XII osi priorytetowej POIS.

Do instytucji wdrażającej (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia) wpłynęło łącznie 207 wniosków (por. tab. 1). Najwięcej projektów pochodziło z województw wielkopolskiego (26), pomorskiego i kujawsko-pomorskiego (po 19), najmniej ze świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego (odpowiednio 3 i 4). Zróżnicowanie to wynikało przede wszystkim z liczby podmiotów uprawnionych do ubiegania się o dofinansowanie w poszczególnych województwach, w mniejszym stopniu z faktycznego zainteresowania ogłoszonym naborem wniosków. Ponadto aktywność potencjalnych beneficjentów warunkowana była stanem posiadanych środków transportu sanitarnego, gdyż na merytoryczną ocenę projektów w największym stopniu wpływały kryteria dotyczące liczby oraz średniego wieku i przebiegu ambulansów, pozostających w dyspozycji ZOZ-u ubiegającego się o dofinansowanie. W przypadku posiadania wysokiej jakości bazy transportowej projektodawca byłby w praktyce z góry skazany na niepowodzenie wobec braku możliwości uzyskania wymaganej liczby punktów.

Spośród złożonych w ramach konkursu wniosków wsparcie z funduszy strukturalnych UE uzyskało 111 projektów<sup>6</sup> zakładających zakup łącznie 286 ambulansów sanitarnych. Z uwagi na fakt, że poszczególni dysponenti jednostek ratownictwa medycznego<sup>7</sup> mogli w ramach danego wniosku ubiegać się o dofinansowanie więcej niż jednego ambulansu, jak również składać większą liczbę wniosków w tym sa-

<sup>6</sup> Liczba projektów, które otrzymały dofinansowanie, może ulec zmianie, gdyż do czasu powstania niniejszego opracowania nie zakończono procedury odwoławczej.

Tabela 1. Wyniki konkursu 1/2008 w ujęciu wojewódzkim

Województwo	Wnioski złożone	Projekty finansowane	Kwota wsparcia	
			wartość w zł	%
Dolnośląskie	10	5	8 121 439,84	9,40
Kujawsko-pomorskie	19	11	6 608 995,20	7,65
Lubelskie	13	7	7 190 752,42	8,32
Lubuskie	7	4	1 709 630,75	1,98
Łódzkie	17	10	5 527 524,71	6,40
Małopolskie	13	9	5 201 293,28	6,02
Mazowieckie	15	5	4 966 172,87	5,75
Opolskie	6	3	2 260 208,65	2,62
Podkarpackie	13	4	1 955 698,02	2,26
Podlaskie	4	3	3 765 678,84	4,36
Pomorskie	19	9	4 863 108,83	5,63
Śląskie	19	11	11 116 400,98	12,86
Świętokrzyskie	3	3	5 387 637,77	6,23
Warmińsko-mazurskie	16	8	3 453 447,08	4,00
Wielkopolskie	26	16	9 305 656,35	10,77
Zachodniopomorskie	7	3	4 996 292,02	5,78
Polska	207	111	86 429 937,61	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

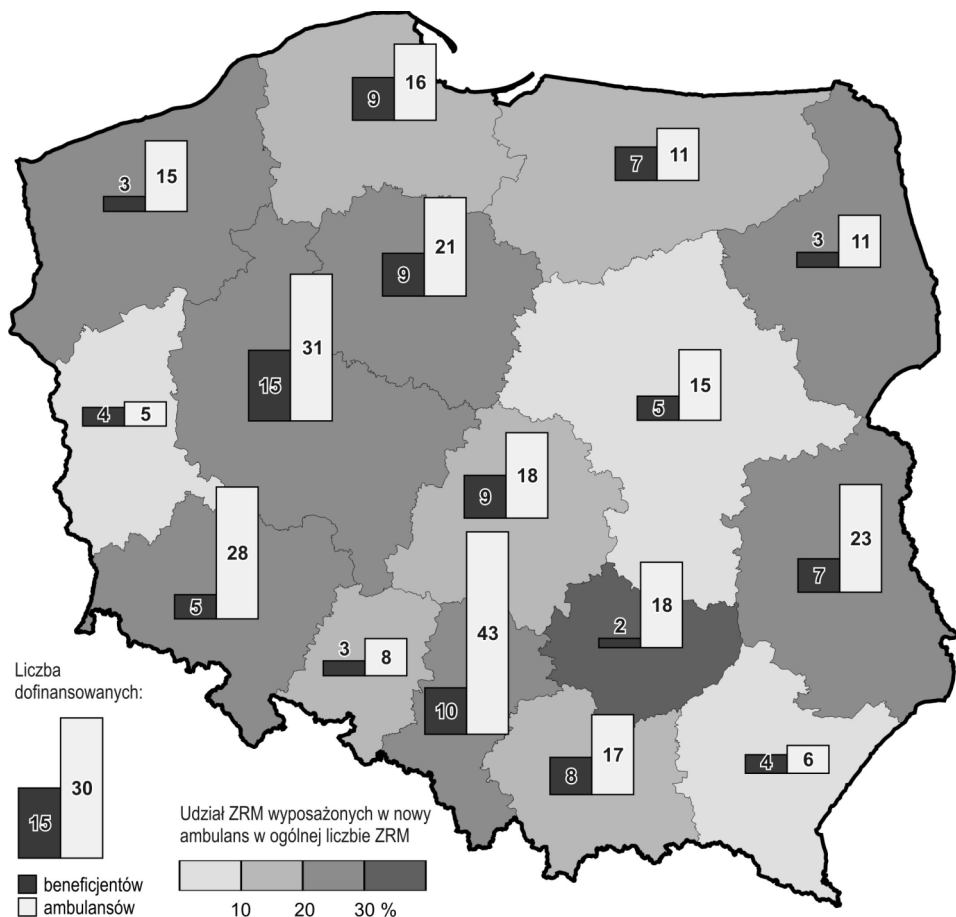
mym konkursie, liczba zakwalifikowanych do udzielenia wsparcia projektów nie była tożsama z liczbą beneficjentów i liczbą nowych samochodów ratunkowych (por. tab. 1, ryc. 3). Najwięcej beneficjentów wyłoniono z województwa wielkopolskiego (15), najmniej ze świętokrzyskiego (2). Z kolei najwięcej dofinansowanych ambulansów, a co za tym idzie – najwięcej środków z EFRR, otrzymało województwo śląskie (43 auta za łączną kwotę wsparcia przekraczającą 11 mln zł). Najmniej funduszy na nowe karetki uzyskało natomiast województwo lubuskie (1,7 mln zł na 5 ambulansów).

Fundusze europejskie rozdysponowane w ramach omawianego konkursu pozwolą wyposażać w zakupione specjalistyczne środki transportu sanitarnego co piąty zespół ratownictwa medycznego w kraju. W największym stopniu unowocześnione zostaną zespoły z województwa świętokrzyskiego (ok. 40%), podczas gdy najmniejszy udział nowo zakupionych pojazdów charakteryzował będzie województwo podkarpackie (ok. 7%) (por. ryc. 3).

Analizując zróżnicowanie przestrzenne w pozyskiwaniu środków europejskich na zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego, dokonano klasyfikacji województw, przyjmując za kryteria aktywność potencjalnych beneficjentów i sku-

<sup>7</sup> Dysponentem jednostki ratownictwa medycznego jest zakład opieki zdrowotnej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, czyli zespół ratownictwa medycznego lub szpitalny oddział ratunkowy (na podstawie art. 3, pkt 1) ustawy z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.



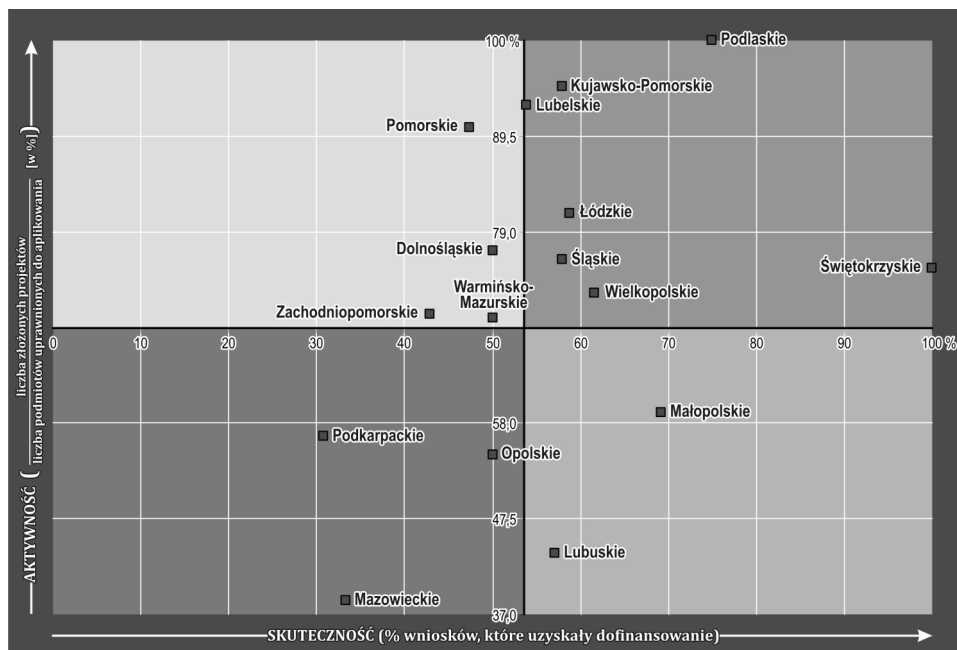


Ryc. 3. Wyniki konkursu 1/2008 w ujęciu wojewódzkim  
Źródło: opracowanie własne.

teczność wnioskodawców z poszczególnych regionów. Jako miarę aktywności wykorzystano wyrażony w procentach stosunek liczby złożonych projektów do liczby podmiotów uprawnionych do aplikowania<sup>8</sup>, natomiast o skuteczności świadczył odsetek wniosków, które uzyskały dofinansowanie w ramach danego województwa. Średnie krajowe omawianych wskaźników posłużyły jako wartości brzegowe przy wyróżnianiu poszczególnych klas (por. ryc. 4).

Generalnie należy stwierdzić, że dysponenti ZRM wykazali się zarówno dużą aktywnością (przeciętnie w kraju – 69%), jak i skutecznością (54%) w ubieganiu

<sup>8</sup> W analizach przyjęto, że liczba podmiotów uprawnionych do aplikowania w ramach konkursu równa się liczbie zakładów opieki zdrowotnej, które podpisały kontrakt z NFZ na świadczenie usług w zakresie zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego. Świadomie pominięto organy założycielskie dysponentów jednostek, przyjmując, że w ubieganiu się o środki unijne uczestniczył tylko jeden z podmiotów (dysponent lub jego organ założycielski). Ponadto należy zaznaczyć, iż przeprowadzenie analiz z uwzględnieniem obu podmiotów w żadnym stopniu nie zmieniłoby wyników badań.



Ryc. 4. Zależność między aktywnością i skutecznością w pozyskiwaniu funduszy strukturalnych w ramach konkursu 1/2008 w ujęciu wojewódzkim  
Źródło: opracowanie własne.

się o fundusze unijne. Aż siedem regionów cechowała ponadprzeciętna aktywność i skuteczność ZOZ-ów w omawianym zakresie. W tej grupie wyróżnić należy województwa podlaskie – z uwagi na najbardziej korzystny stosunek liczby złożonych projektów do liczby potencjalnych beneficjentów (4:4) – i świętokrzyskie – jako region, z którego 100% wniosków uzyskało wsparcie z funduszy europejskich. W klasie aktywnych, aczkolwiek mało skutecznych, znaleźli się dysponenci ZRM z czterech województw (zachodniopomorskiego, pomorskiego, dolnośląskiego i warmińsko-mazurskiego), natomiast swego rodzaju pasywność połączona jednak z wysoką skutecznością podejmowanych działań w ramach konkursu 1/2008 charakteryzowała wnioskodawców z dwóch kolejnych regionów (lubuskie, małopolskie). Zakłady opieki zdrowotnej z pozostałych trzech województw uzyskały poniżej przeciętne wartości w zakresie aktywności i skuteczności, a najmniej korzystnie w przeprowadzonej analizie wypadły uprawnione podmioty z mazowieckiego (aktywność – 38%) i podkarpackiego (skuteczność – 31%).

## 5. Podsumowanie

Stosunkowo duże zainteresowanie, jakie wykazali potencjalni beneficjenci aplikacją wniosków w ramach konkursu 1/2008, świadczy o sporym zapotrzebowaniu na finansowe wsparcie systemu ratownictwa medycznego w Polsce, szczególnie w części

odnoszącej się do działalności zespołów ratownictwa medycznego. Należy przypuszczać, iż w kolejnych konkursach dotyczących zakupu ambulansów, zaplanowanych na I kwartał 2010 i 2012 r., o środki europejskie ubiegać się będą nowi potencjalni beneficjenci lub wnioskodawcy, którym tym razem nie udało się pomyślnie przejść procedury konkursowej. Dodatkowych informacji dostarczą konkursy w zakresie wsparcia infrastruktury związanej ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi oraz realizacja projektów w trybie systemowym i indywidualnym. Dopiero wówczas możliwe będą kompleksowe analizy zarówno aspektów ekonomicznych, jak i przestrzennych pozyskiwania funduszy strukturalnych na rozwój systemu ratownictwa medycznego. Niemniej zaprezentowane powyżej wyniki stanowią mogą podstawę do dalszych badań nad możliwościami finansowania sektora ochrony zdrowia przy współudziale środków Unii Europejskiej.

## Literatura

- Brotcorne L., Laporte G., Semet F. 2003. Ambulance location and relocation models. *European Journal of Operational Research*, 147: 451–463.
- Churski P. 2008. Czynniki rozwoju regionalnego i polityka regionalna w Polsce w okresie integracji z Unią Europejską. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Gaca M., Witkowski A. 2007. Realizacja programu medycyny ratunkowej w perspektywie województwa wielkopolskiego. *Przewodnik Lekarza*, 2: 240–246.
- Jakubaszko J. 2003. Założenia organizacyjne systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego. *Ratownik medyczny*. Wrocław.
- Leki K. 2006. Pomoc doraźna w świetle ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. [W:] V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona: między teorią a praktyką*. Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa, s. 187–199.
- Leki K. 2007. Państwowe Ratownictwo Medyczne – plusy i minusy nowych regulacji systemu. *Na ratunek*, 1: 10–12.
- Małuszyńska E., Gruchman B. (red.) 2007. *Kompendium wiedzy o Unii Europejskiej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Perkowski M. (red.) 2008. *Prawo zarządzania projektami finansowanymi z funduszy europejskich*. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa–Kraków.
- Peters J., Brent Hall G. 1999. Assessment of ambulance response performance using a geographic information system. *Social Science & Medicine*, 49: 1551–1566.
- Pietrzyk I. 2007. *Polityka regionalna Unii Europejskiej i regiony w państwach członkowskich*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

## Materiały źródłowe

- Fundusze unijne na ochronę zdrowia. *Menedżer Zdrowia*, 10/2008.
- Fundusze unijne przeznaczone na ochronę zdrowia. *Menedżer Zdrowia*, 4/2009.
- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego. Warszawa, 5 grudnia 2007 r.
- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013. Szczegółowy opis priorytetów. Wersja 3.1. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego. Warszawa, 13 maja 2009 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15.03.2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2007.55.365).

Ustawa z dnia 6.12.2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2006.227. 1658 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006.191. 1410 z późn. zm.).

Uzupełnienie Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2004–2006. Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej. Warszawa, sierpień 2004 r.

Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego 2004–2006. Narodowy Plan Rozwoju 2004–2006. Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej. Warszawa, luty 2004 r.

## **Structural Funds of the European Union assigned to the development of emergency medical services in Poland**

**Abstract:** The aim of the article is to present the possibilities of obtaining financial means from the European Union for the development of emergency medical services in Poland. The Polish system of those services is presented as an element of the health-care sector supported by the Structural Funds for 2007–2013. Examples of projects eligible for EU financing are discussed as well as the results of the first experiences in applying for funds for the development of emergency medical services.

**Key words:** Structural Funds, emergency medical services