



Krakowska Akademia

im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

WYDZIAŁ ZDROWIA I NAUK MEDYCZNYCH

Tomasz Łukawski

**DYNAMIKA ROZWOJU SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW
RATUNKOWYCH W LATACH 2004–2014.**

Praca napisana pod kierunkiem

dr Stefana Poździocha

Kraków 2015

Wstęp

Jednym z głównych założeń budowy systemu ratownictwa medycznego w Polsce było powstanie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych w listopadzie 1999 roku, jako oddziałów, w których osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego otrzyma pomoc medyczną adekwatną do potrzeb. W niniejszej pracy pragnę przybliżyć tematykę związaną ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi oraz dynamikę rozwoju zmian zachodzących w ich obrębie w latach 2004-2014.

Szpitalny oddział ratunkowy jest niezwykle ważnym elementem opieki szpitalnej. Stanowi on łącznik pomiędzy szpitalem a społeczeństwem, ponieważ to tutaj w pierwszej kolejności trafia pacjent. Oddział ratunkowy więc, musi zapewnić jak najlepszą opiekę - a żeby taką opiekę zapewnić - potrzebuje najlepszego, specjalistycznego sprzętu oraz wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. Dzięki wsparciom finansowym szpitale mogą wyposażać oddziały ratunkowe w swoich placówkach oraz podnosić kwalifikację kadry medycznej.

Na wstępie artykułu omówiona została Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, następnie wyjaśnione zostały definicje, struktura oraz zadania szpitalnego oddziału ratunkowego.

Kolejno, dokonano przeglądu dofinansowań dla szpitalnych oddziałów ratunkowych w Polsce, podano kilka przykładów rozbudowy lub modernizacji, zakupu sprzętu specjalistycznego oraz ambulansów.

Całość dopełnia spis ilustracji oraz spis tabel i wykresów zamieszczonych na końcu artykułu.

Słowa kluczowe:

Ratownictwo Medyczne

Szpitalny Oddział Ratunkowy

Fundusze strukturalne Unii Europejskiej

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Streszczenie

Lata 90. ub.w. były okresem poprawy działania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, ponieważ nie działał on zbyt dobrze (na co wskazuje : wskaźnik zgonów w okresie przedszpitalnym, czas dotarcia karetki do chorego). Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest aktem regulującym zapisy systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Szpitalne oddziały ratunkowe powstały w 1999 roku. W latach 2004-2014 nastąpił rozwój tych oddziałów, dzięki funduszom pochodzącym z Unii Europejskiej (budowa lub modernizacja oddziałów, zakup specjalistycznego sprzętu, zakup ambulansów, budowa lądowisk przyszpitalnych, podnoszenie kompetencji zawodowych kadry medycznej).

Summary

In 90 years last century were period improrement action System Medical Rescue in Poland – not prosper so good (what show: indicator deceases in time preclinical, time get ambulance to patient). Actual Act National Medical Rescue from 8.09.2006 year is act control records System Medical Rescue in Poland. Emergency Departments rise in 1999 year. In 2004-2014 years followed evolution this departments, owing to funds from The European Union (structure or modernization departments, purchase specialist equipments, purchase ambulances, structure landing fields, rasing professional competence Medical staff).

Spis treści

1. Podstawowe zasady organizacji i funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce.	7
2. Definicje, zadania oraz struktura szpitalnych oddziałów ratunkowych.....	10
2.1. Definicje	10
2.1 Struktura organizacyjna oraz zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych	11
3. Rozwój szpitalnych oddziałów ratunkowych w latach 2004-2014r.	14
Podsumowanie	27
Bibliografia:	28
Strony internetowe:	28
Spis ilustracji:.....	29
Spis tabel i wykresów.....	30

Rozdział I

1. Podstawowe zasady organizacji i funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce.

Lata 90. ub.w. były okresem intensywnych analiz i prób poprawy działania systemu pomocy doraźnej w Polsce. Wnioskując z danych dotyczących działania pomocy doraźnej, takich jak wskaźnik zgonów w okresie przedszpitalnym, czas dotarcia karetki do chorego, można jednoznacznie stwierdzić, że w tym okresie w naszym kraju nie było systemu ratownictwa medycznego, który gwarantowałby udzielenie specjalistycznej pomocy, koniecznej do ratowania zdrowia i życia ofiarom wypadków, katastrof i nagłych zachorowań. U około 41% ofiar wypadków leczenie specjalistyczne rozpoczynano po ponad trzech godzinach od powstania obrażeń, co przekładało się na znacznie wyższe wskaźniki śmiertelności spowodowane urazami:

- 17 ofiar śmiertelnych na 100 000 mieszkańców, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej pod względem bezpieczeństwa ruchu drogowego wskaźnik ten wynosił poziom 6 ofiar.
- 12,5 ofiar śmiertelnych na 100 wypadków drogowych, podczas gdy w krajach Unii niewiele ponad 3.
- 62,4% zgonów stwierdzono w okresie przedszpitalnym, porównując do 31% w krajach Unii Europejskiej.

Choroby układu krążenia były przyczyną 52,7% wszystkich zgonów w tym 38% spowodowanych chorobami serca. Z przeprowadzonej analizy wysuwał się jeden kluczowy wniosek: należy w jak najszybszym czasie podjąć działania organizacyjne, finansowe i legislacyjne, które skutkować będą powstaniem nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego w naszym kraju. Pod koniec lat 90.ub.w. w Ministerstwie Zdrowia powstał zespół który rozpoczął pracę nad *Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, która została podpisana 25 lipca 2001 roku przez ówczesnego prezydenta Aleksandra Kwaśniewskiego. Stanowiła ona pierwsze uregulowanie prawne powołujące do życia ratownictwo medyczne określała między innymi takie pojęcia jak: dysponent jednostki,

medyczne działania ratownicze, stan nagły i pierwsza pomoc. W świetle tej ustawy za jednostki systemu uznane zostały SOR i ZRM. Zadaniem pierwszych miało być udzielanie medycznych działań ratowniczych w warunkach szpitalnych, zaś drugich w warunkach przedszpitalnych w miejscu zdarzenia, wskutek którego nastąpiło nagłe zagrożenie zdrowia lub życia. Po raz pierwszy także ustawa ta wyróżniła trzy grupy zawodowe, których zadaniem miało być podejmowanie i realizowanie medycznych czynności ratunkowych – lekarzy ratunkowych, pielęgniarki ratunkowe i ratowników medycznych. Ustawa przewidywała również nowe stanowiska – dyspozytorów medycznych i lekarzy koordynatorów medycznych. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2001 r. zawierała wiele niejasności i luk prawnych. Niektóre ważne kwestie uregulowała nazbyt pobieżnie, co skutkowało odwoływaniem się do aktów wykonawczych. Na przykład w tak ważnej sprawie, jak usankcjonowanie nowego zawodu z wyższym wykształceniem – ratownika medycznego. Ustawa z 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego wydłużyła jej wejście w życie o kolejne 2 lata. W tym samym okresie rząd przedstawił Program Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego. Celem tego programu było przygotowanie infrastruktury, procedur i ludzi do właściwego działania systemu ratownictwa medycznego. Program poprzedzał o dwa i pół roku planowany termin wejścia w życie ustawy i został rozpisany na cztery lata od 1999 do 2003 roku, co miało umożliwić uzyskanie gotowości systemu 1 stycznia 2004 roku.¹

Aktualna Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowiła finał prac, które miały na celu wykształtowanie nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Przyniosła cały szereg rozwiązań prawnych o przełomowym znaczeniu, największą z nich było usankcjonowanie zawodu ratownika medycznego, tak jak w krajach zachodnioeuropejskich, Ameryki Północnej, Australii oraz Izraela. Pomimo wielu obaw ze strony społeczeństwa związanych z pogorszeniem jakości świadczeń medycznych niesionych przez ratownika medycznego w zamian za lekarza, zawód ten przyjął się znakomicie na gruncie polskim. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku uszczegółowiła i uporządkowała rozwiązania organizacyjne pierwszej ustawy z 2001 roku, dotyczących szpitalnych oddziałów ratunkowych, zespołów ratownictwa medycznego, lotniczego pogotowia ratunkowego i centrum powiadamiania ratunkowego. Sukcesem jak się okazało było wprowadzenie funkcji Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego którego stanowisko pozwalało na sprawne zarządzanie wszystkimi zasobami systemu oraz

¹ Szpitalny oddział ratunkowy- wymogi formalne niezbędne do działania, Ogólnopolski Przegląd Medyczny 1-2/2014., Gałązkowski R., Michalak G., Timler D.

koordynację prowadzonych działań ratowniczych. Uregulowano problem powszechnej edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy w systemie oświaty, szkolenia operatorów numerów alarmowych oraz zabezpieczenia medycznego imprez masowych. W stosunkowo krótkim okresie czasu, ok. 6 lat praktyka wykazała szereg luk w regulacjach prawnych, które wymuszały kolejne liczne nowelizacje ustawy. Wprowadzenie zmian w przepisach i uchwalanie całkiem nowych następowało pod wpływem bieżących ważnych wydarzeń w naszym kraju, jak ustawowe uregulowanie zabezpieczenia medycznego imprez masowych związanych z organizacją przez nasz kraj EURO 2012. Inne zmiany były związane z koniecznością optymalizowania działań SOR dotyczących opieki nad pacjentami po ciężkich urazach, poprzez wprowadzenie nowych instytucji, jakimi są centra urazowe. Niestety, pomimo najlepszych intencji i wysiłków wielu lat na rzecz stworzenia stabilnego i zadowalającego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego nie udało się dokończyć kluczowego elementu jakim jest system powiadamiania ratunkowego. Nie ulega wątpliwości, że wzmocnieniem dla całego systemu PRM stanowiłoby możliwie jak najszybsze uchwalenie ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych. Uchwalenie takiej ustawy w znaczny sposób określałoby status prawny tak ważnego zawodu jakim jest ratownik medyczny. Nakłady finansowe przeznaczone na ratownictwo medyczne w ostatnich latach nie zawsze idą w parze z poprawą działania jednostek systemowych, potwierdziły fakt o tym liczne kontrole Naczelnej Izby Kontroli, jak i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a także przede wszystkim opinie społeczeństwa polskiego.²

Reasumując, system Państwowego Ratownictwa Medycznego będzie się zmieniał wraz z kolejnymi latami zmierzając do koniecznych poprawek obowiązujących rozwiązań prawnych. Wszelkie spory i spięcia w rządzie oraz środowiskach medycznych opóźniają ostatecznie zbudowanie optymalnego systemu i z całą pewnością należy w najbliższym czasie pilnie rozwiązać kwestię „spięcia całego systemu” aby mógł być on spójny i jednolity.

² Komentarz do Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, red. S. Poździoch, Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2013 s.17

Rozdział II

2. Definicje, zadania oraz struktura szpitalnych oddziałów ratunkowych

2.1. Definicje

Na wstępie warto wyjaśnić czym są szpitalne oddziały ratunkowe.

W świetle ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym szpitalny oddział ratunkowy określa się jako „komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie”³

Według Głównego Urzędu Statystycznego szpitalny oddział ratunkowy to „Komórka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Stanowi jednostkę systemu ratownictwa medycznego. Szpitalny oddział ratunkowy udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział musi spełniać szczegółowe wymagania określone w rozporządzeniu.”⁴

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, znajdziemy taką oto definicję: „Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej "oddziałem", udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji

³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410)

⁴ http://old.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-3291.htm

życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego.”⁵

W Polsce system ratownictwa medycznego działa na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku oraz szeregu rozporządzeń uszczegóławiających zapisy aktu prawnego. W ustawie wyróżniono dwa rodzaje jednostek funkcjonujących w ramach systemu ratownictwa medycznego: szpitalne oddziały ratunkowe, w skrócie SOR, oraz zespoły ratownictwa medycznego, czyli ZRM. Współpracę między jednostkami znacznie ułatwia system łączności, za które odpowiedzialne jest centrum powiadamiania ratunkowego (CPR). Każdy z tych trzech elementów odgrywa ogromnie ważną rolę na każdym etapie działań ratunkowych.

Po zgłoszeniu o nagłym zachorowaniu lub wypadku do centrum powiadamiania ratunkowego wezwany jest zespół ratownictwa medycznego, najbliższy pod względem czasu dojazdu oraz przyczyny wezwania – podstawowy, czyli zespół ratowników medycznych, bądź specjalistyczny z lekarzem. Zespół ten, podejmuje akcję ratunkową na miejscu zdarzenia, a jeśli to konieczne kontynuuje medyczne czynności ratunkowe w czasie transportu osoby poszkodowanej do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego. Jest to ostatni etap działań podejmowanych w ramach systemu ratownictwa medycznego.

2.1 Struktura organizacyjna oraz zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych

Szpitalny oddział ratunkowy powinien być zlokalizowany tak, aby zapewnić osobne wejście dla pieszych, oddzielne dla ambulansu (powinno być zadaszone i chronione od czynników atmosferycznych, oznakowane wzdłuż drogi dojazdu). Wejście oraz dojazd są niezależne od głównego wejścia do szpitala oraz ma dysponować miejscem do lądowania śmigłowca ratunkowego.

W strukturze znajdują się poszczególne pododdziały:

- chirurgii ogólnej z częścią urazową,
- chorób wenerycznych,
- anestezjologii z intensywną terapią lub intensywnym nadzorem,

⁵ <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&mi=383&mx=0&ma=018644>

- radiologii i diagnostyki obrazowej,
- zaplecze laboratoryjne.

Powierzchnia szpitalnego oddziału ratunkowego nie może być mniejsza niż 500m² i składa się z poszczególnych obszarów:

1. Segregacji medycznej i przyjęć – zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu. Ma na celu wstępną ocenę pacjenta i bezkolizyjny transport do właściwego, docelowego oddziału. Jednocześnie może przyjąć co najmniej 4 pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Zapewnia bliski dostęp do poczekalni dla pacjentów i rodzin. Przeprowadza wywiad od pacjenta, rodziny oraz zespołu ambulansowego.
W tym obszarze również znajduje się stanowisko dyspozytora, które wyposażone jest w środki zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołem ratownictwa medycznego oraz łączność wewnątrzszpitalną.
2. Resuscytacyjno – zabiegowego – obszar składa się z dwóch sal ze stanowiskiem resuscytacyjnym o powierzchni nie mniejszej niż 20m² oraz sali zabiegowej o powierzchni nie mniejszej niż 30m². Ma na celu zapewnienie: podtrzymywanie funkcji życiowych oraz ich monitorowanie; wykonywanie resuscytacji krążeniowo – oddechowo - mózgowej; wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i leczenia urazów; resuscytacji płynowej; leczenia bólu; wstępnego leczenia zatruc; opracowania chirurgicznego ran; innych działań ratunkowych w stanach zagrożenia zdrowia i życia.
3. Wstępnej intensywnej terapii (wzmoczonego nadzoru) – do najważniejszych zadań tego obszaru należy: dalsze kontynuowanie przedłużającej się resuscytacji krążeniowo – oddechowo – mózgowej, monitorowanie funkcji życiowych, wstępne leczenie zatruc, przygotowywanie i stabilizacja pacjentów przed ratunkową interwencją chirurgiczną, prowadzenie oddechu zastępczego, prowadzenie zewnętrznej stymulacji serca, wstępne leczenie ostrych niewydolności układowych, resuscytacja płynowa, wstępne leczenie wstrząsu o różnej etiologii. Obszar ten powinien dysponować przynajmniej jednym stanowiskiem zapewniającym odizolowanie pacjenta w stanie termalnym.
4. Obserwacyjnego – udzielającego co najmniej 4 stanowiska z możliwością monitorowania EKG, nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego krwi, puls oksymetrii, temperatury powierzchniowej i centralnej. Powierzchnia jednego stanowiska to minimum 12m².
5. Konsultacyjnego – specjalistyczne konsultacje stosowane do lokalnych potrzeb.
6. Laboratoryjnego – natychmiastowe wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych.

7. Diagnostycznego – rtg klatki piersiowej, miednicy i kręgosłupa, diagnostykę obrazową, w tym ultrasonografię, tomografię komputerową.-
8. Zaplecza administracyjno – gospodarczego.- obsługa administracyjno – gospodarcza, zaplecze socjalne.
9. Zaplecze zespołów wyjazdowych – ma na celu sprawne funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego.

Do poszczególnych zadań szpitalnego oddziału ratunkowego należy :

- Przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów przy nagłych zachorowaniach, zatruciach oraz urazach przewożonych przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszających się osobiście.
- Plan zabezpieczenia i pomocy medycznej ofiarom katastrof i wypadków masowych.
- Prowadzenie, gromadzenie i przechowywanie danych oraz dokumentacji medycznej szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego według odrębnych przepisów.
- Edukacja i promocja zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego i medycyny ratunkowej.⁶

⁶ Jakubaszko J., Ryś A., Ratownictwo Medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002, s.168-173.

Rozdział III

3. Rozwój szpitalnych oddziałów ratunkowych w latach 2004-2014r.

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

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

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej 1 maja 2004 roku przyniosło możliwość poprawy sytuacji w zakresie stanu zdrowia i warunków bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa Polskiego poprzez inwestycje w różnych obszarach sektora ochrony zdrowia wspierane z budżetu wspólnotowego. W wielu przypadkach o życiu i zdrowiu człowieka decyduje szybkość podjętych działań medycznych, dlatego bardzo ważne stało się przeznaczenie funduszy na finansowanie systemu ratownictwa medycznego.

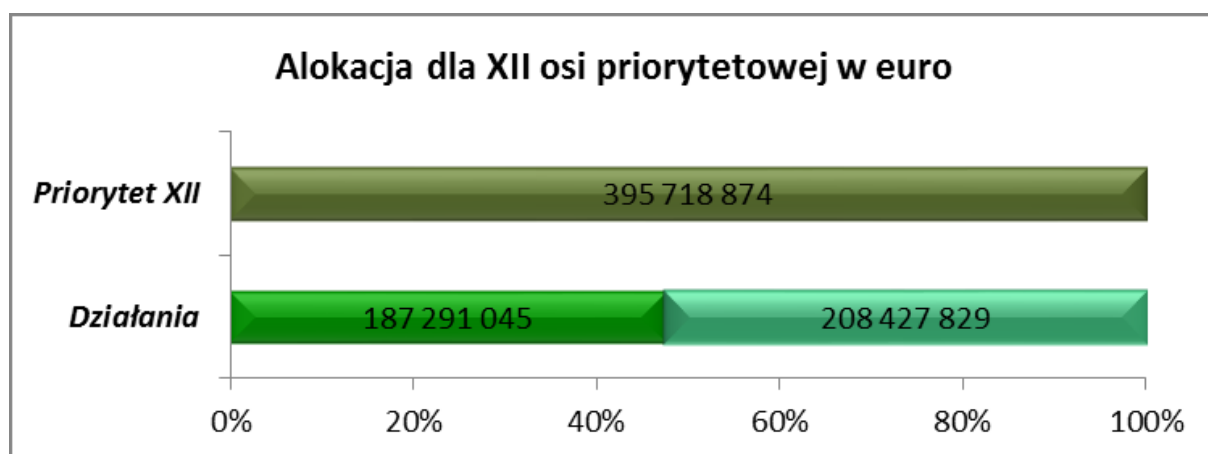
Fundusze europejskie pozwoliły poprawić stan infrastruktury szpitalnych oddziałów ratunkowych w niemal połowie wszystkich istniejących jednostek. Wśród najważniejszych zmian można wymienić m.in.:

- Rozbudowę szpitali o nowe oddziały,
- Remont starych pomieszczeń,
- Budowę lądowisk dla helikopterów,
- Zakup sprzętu ratownictwa medycznego, w tym respiratorów, ultrasonografów, kardiomonitorów.

Założono, iż docelowo w ramach środków pochodzących z Unii Europejskiej zostanie zakupionych 340 ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego oraz przebudowanych i doposażonych 160 zakładów opieki zdrowotnej. Ogólnie sektor zdrowia dostał 395,72 mln

euro w ramach programu „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia”.⁷

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



Wykres nr 1. Podział alokacji osi priorytetowej XII na działania (dane w euro).⁸

Celem pierwszego z działań XII osi priorytetowej – 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego” stała się redukcja liczby zgonów oraz skutków powikłań powypadkowych i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Środki otrzymane z budżetu wspólnotowego były przeznaczone na:

1. Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego,
2. Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów medycznych jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów,
3. Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego (szpitalne oddziały ratunkowe istniejące lub

⁷ http://www.pois.2007-2013.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/o_pois.aspx

⁸ Sprawozdanie okresowe z realizacji priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

planowane do utworzenia zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu) w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa,

4. Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.⁹

W ramach działania 12.2. wsparcie uzyskują projekty z zakresu inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia polegające na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy. Tego typu wsparcie stanowi jeden z elementów podniesienia dostępności i jakości świadczeń, a także obniżenia ich kosztów. Realizacja działania przyczyni się do poprawy stanu infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej specjalistyczne i wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne, co w efekcie pośrednio doprowadzi do zwiększenia liczby „zdrowych” lat pracy społeczeństwa. Głównym celem działania jest zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Aby uzyskać środki unijne należy złożyć kandydaturę do konkursu ogłaszanego przez instytucję wdrażającą, w tym przypadku przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Pierwsze z ogłoszonych konkursów dotyczyły zakupu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. Do instytucji wdrażającej wpłynęło łącznie 207 wniosków, najwięcej z województwa wielkopolskiego, pomorskiego i kujawsko – pomorskiego, a najmniej ze świętokrzyskiego i warmińsko – mazurskiego. Dane zobrazowane są w tabeli nr 1, poniżej. Różnice te wynikały głównie z liczby podmiotów uprawnionych do ubiegania się o dofinansowanie w poszczególnych województwach, w mniejszym stopniu z zainteresowania ogłoszonym konkursem.

⁹ www.rpo.wzp.pl/download/index/biblioteka/621

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

Tabela 1 wyniki pierwszego konkursu 1/2008 w ujęciu wojewódzkim

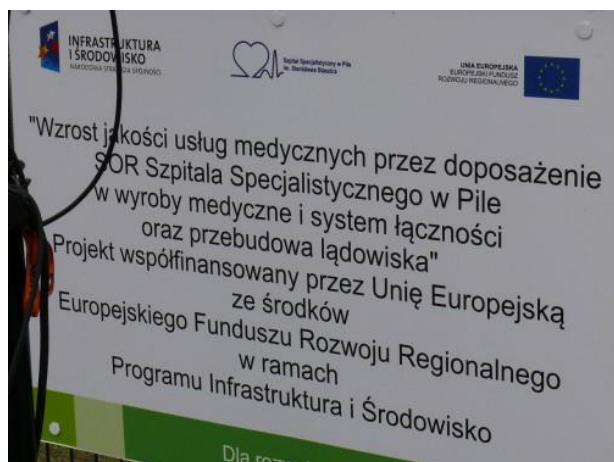
3.2 Dofinansowania dla Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, Działanie 12.1

Rozwój systemu ratownictwa medycznego, ogromna liczba Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych otrzymała dofinansowanie. Poniżej opisy kilku przypadków.

1. Szpital Specjalistyczny w Pile

Szpital Specjalistyczny w Pile otrzymał dofinansowanie projektu pod nazwą „Wzrost jakości usług medycznych przez doposażenie SOR Szpitala Specjalistycznego w Pile w wyroby medyczne i system łączności oraz przebudowę lądowiska”. Poziom dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wynosił 1.436.395,00 zł. W wyniku realizacji projektu zmodernizowane zostało lądowisko dla śmigłowców, zakupiono aparaturę i sprzęt medyczny dla potrzeb Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz zainstalowano system łączności bezprzewodowej. Wpłyne to na zapobieganie chorobom i niwelowanie skutków wypadków drogowych poprzez zapewnienie opieki na najwyższym poziomie w oparciu o nowy sprzęt Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Szybka interwencja medyczna zapewniona ofiarom wypadków ogranicza powikłania mogące być jego skutkiem.¹⁰



zdjęcie 1 Tablica informacyjna

¹⁰ http://szpitalpila.pl/realizowane_projekty_ze_srodkow_ue,66.html



zdjęcie 2 Zdjęcie Szpitala Specjalistycznego w Pile

2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku

Działanie „Zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim poprzez rozbudowę SOR w Sanoku, zakup sprzętu medycznego i budowę lądowiska dla helikopterów” wpisuje się w szerszy projekt organizacji przy Szpitalu Specjalistycznym w Sanoku (SP ZOZ w Sanoku) „Bieszczadzkiego Centrum Ratownictwa Medycznego”. Etap ten polegał na „Zwiększeniu bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim poprzez rozbudowę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Sanoku, zakup sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Sanoku i budowę lądowiska dla helikopterów sanitarnych wraz z infrastrukturą techniczną (budowa sieci oświetleniowej, energetycznej, kanalizacji deszczowej, kanalizacji sanitarnej, sieci wodociągowej) oraz komunikacyjną (drogi wewnętrzne dojazdowe i zjazd publiczny z drogi gminnej)”. Lokalizacja w oddaleniu od dużych ośrodków miejskich, rozległa powierzchnia i górskie ukształtowanie terenu wywiera istotny wpływ na konieczność posiadania sprawnego, nowoczesnego, dostępnego dla mieszkańców i turystów systemu transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego. „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim przez rozbudowę SOR w Sanoku, zakup sprzętu medycznego i budowę lądowiska dla helikopterów” stanowi niezależny zarówno technicznie, jak i finansowo etap organizacji „Bieszczadzkiego Centrum Ratownictwa Medycznego” dla którego zakłada się następujące fazy realizacji: Rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego poprzez stworzenie bazy lokalowej dla Zespołów Ratownictwa Medycznego wraz z salą odpraw i szkoleń ratowników medycznych oraz budowę zaplecza technicznego w postaci trzech

garaży dla karetek Zespołów Ratownictwa Medycznego Zakup sprzętu medycznego – rentgen z ramieniem C dla SOR Budowa lądowiska dla helikopterów sanitarnych wraz z infrastrukturą techniczną.¹¹



zdjęcie 3 Szpitalny Oddział Ratunkowy w Sanoku

3. Szpital Powiatowy w Lesku

Aparatura medyczna wraz z pracownią tomografii komputerowej została zakupiona ze środków unijnych w ramach projektu pn. „Rozbudowa pracowni diagnostyki obrazowej i wyposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego na potrzeby mieszkańców i turystów Bieszczad” w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko osi priorytetowej XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia i Działania 12.1 "Rozwój systemu ratownictwa medycznego". Projekt ten polegał na zakupie i wyposażeniu szpitalnego oddziału ratunkowego w aparaturę medyczną. W roku 2012 szpital stracił kontrakt na SOR, z powodu braku specjalistycznego sprzętu medycznego, a ponadto nie posiadania Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który był jednym z warunków do świadczenia usług medycznych przez SOR w ramach kontraktu z NFZ. Jest to system naczyń połączonych. W systemie ratownictwa medycznego jeden oddział bez drugiego nie może funkcjonować. Obecnie zamiast SOR funkcjonuje Izba Przyjęć, która świadczy usługi na poziomie szpitalnego oddziału ratunkowego. Dzięki dotacji unijnej która wynosiła 4 663 830,91 zł szpital miał możliwość kompleksowo wyposażać przyszły SOR. Po wyłonieniu dostawcy dokonano zakupu wysokiej klasy aparatury medycznej wśród której znajduje się:

¹¹ http://zozsanok.pl/projekty_ue.html

- 16-rzędowy tomograf komputerowy,
- przyłóżkowy aparat RTG,
- aparat USG z obrazowaniem 2 HD,
- kardiomonitor,
- aparaty do znieczulania,
- respiratory,
- centrale do kardiomonitorów,
- stół operacyjny i stoły zabiegowe,
- wysokiej klasy łóżka do intensywnej terapii z możliwością regulacji wysokości, leżenia i przechyłami,
- cała gama sprzętu medycznego niezbędnego do szybkiej diagnostyki, monitorowania funkcji życiowych i do ratowania życia jak defibrylatory, aparaty AMBU, pompy infuzyjne, analizator parametrów krytycznych, narzędzia chirurgiczne, lampy operacyjne, bakteriobójcze, endoskopy, i inny nie wymieniony sprzęt medyczny potrzebny do bieżącej pracy oddziału.

Wszystkie obszary przyszłego szpitalnego oddziału ratunkowego zostały wyposażone.¹²



zdjęcie 4 Wyposażenie SOR-u w Lesku

¹² <http://www.spzozlesko.pl/82-otwarcie-szpitalnego-oddzialu-ratunkowego-i-oddzialu-anestezjologii-i-intensywnej-terapii>



zdjęcie 5 Łóżka do intensywnej terapii



zdjęcie 6 Wyposażenie SOR-u w Lesku

4. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku uzyskał dofinansowanie w wysokości 3 504 985,00 zł na modernizację SOR-u. Chodzi o projekt pod nazwą „Dostosowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Brzesku do wymogów obowiązujących przepisów prawa wraz z doposażeniem w aparaturę medyczną”. Podjęte prace budowlane objęły : rozbudowę budynku SOR o obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć i o stanowisko do dekontaminacji (których w obecnym stanie SOR nie posiada), a także budowę tzw. „cieplej sieni” z bezkolizyjnym podjazdem dla dwóch karetek. Zmodernizowany SOR został doposażony w nowy sprzęt medyczny, jak np. Aparat jezdny RTG.¹³

¹³ <http://www.spzoz-brzesko.pl/o-nas/inwestycje-i-projekty/modernizacja-szpitalnego-oddzialu-ratunkowego/>



zdjęcie 7 Szpital Powiatowy w Brzesku



zdjęcie 8 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii



zdjęcie 9 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

5. Kociewskie Centrum Zdrowia

Powiat Starogardzki otrzymał dofinansowanie dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Kwota całej inwestycji wynosiła 4 473 908, 52zł. Projekt zakładał przebudowę, rozbudowę i zakup sprzętu medycznego dla Oddziału. W ramach prac budowlanych wykonane zostało nowe wejście piesze, a podjazd dla podjazdów transportu sanitarnego został przebudowany. Obiekt został także dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Działania remontowo-budowlane odbyły się bez zawieszenia działalności oddziału, nastąpiła jedynie reorganizacja wewnętrzna zmieniająca miejsce pracy Oddziału. Szpitalny Oddział Ratunkowy znajduje się na parterze - w miejscu Poradni Chirurgicznej. Szpital został opatrzony odpowiednimi plakietkami informacyjnymi, dzięki którym pacjenci będą mogli bez problemu poruszać się po obiekcie. Modernizacja SOR-u niewątpliwie podniosła komfort leczenia pacjentów przebywających w Oddziale - wyremontowane, estetyczne sale chorych, gabinety zabiegowe przyjazne dla pacjentów, nowoczesny sprzęt medyczny.¹⁴



zdjęcie 10 SOR - Kociewskie Centrum Zdrowia

Podsumowując, wskaźniki, które były założone na początku realizacji programu dla sektora Ochrony Zdrowia, zostały osiągnięte. Wskaźnik produktu : *Liczba zakupionych ambulansów na potrzeby ratownictwa medycznego* w wyniku interwencji Programu w wysokości 335 jednostek (100 %) został osiągnięty w 2012 r. Wskaźnik produktu: *Liczba zmodernizowanych i wyposażonych zakładów opieki zdrowotnej* (drugi z dwóch głównych wskaźników w Priorytecie) osiągnął do końca 2013 roku poziom 198 jednostek. Zakładana wartość w roku docelowym 2013 miała osiągnąć 160 jednostek, zrealizowano 198 jednostek czyli udało się zrealizować wskaźnik w 123%). Zgodnie z podpisanymi umowami o dofinansowanie realizację ww. wskaźnika osiągnięto na 278 jednostek.

¹⁴ <http://www.szpital-starogard.pl/dofinansowanie,115>

Wybierane w ramach konkursów projekty przyczyniają się do realizacji celów Działania 12.1 i 12.2 Priorytetu XII w stopniu znacznym. Pozwalają osiągnąć planowane wartości wskaźników, a przez to wpływają na zakładane cele związane z poprawą infrastruktury ochrony zdrowia, w wyniku czego następuje realne doposażenie SOR, pogotowia ratunkowego oraz placówek szpitalnych w wysokiej jakości sprzęt, który w perspektywie dłuższego okresu przyczyni się do poprawy dostępu do wysokiej jakości usług medycznych i spadku śmiertelności. Udzielane wsparcie odpowiada na określone w dokumentacji programowej potrzeby w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej świadczenie wysokospecjalistycznych usług medycznych oraz ratownictwa medycznego. Sposób dobrego rozdysponowania wsparcia daje gwarancję optymalnego wykorzystania środków w ramach Priorytetu XII.¹⁵

Zakupione ambulanse (podstawowe i specjalistyczne), włączono do transportu świadczącego usługi w zakresie ratownictwa medycznego. Nowe auta w wielu przypadkach zastąpiły te wiekowe, które były wyeksploatowane. Zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej, stacje pogotowia powinny wymieniać wyposażenie co 5 lat. Samochody tego typu są stale eksploatowane, co powoduje, iż zazwyczaj w momencie ich wymiany stan licznika wskazuje kilkaset tys. km. Eksploatacja pojazdów medycznych jest specyficzna, gdyż pokonują krótkie odcinki z dużą prędkością, często w trudnym terenie, co wiąże się ze zwiększonym zużyciem. To też powoduje, że nabywane ambulanse muszą spełniać określone wymogi, co wpływa na ich cenę. W pełni wyposażona (m.in. w sprzęt do transmisji danych EKG, defibrylator, respirator czy kamery) karetka specjalistyczna to koszt ok. 500 000,00 zł. W wielu przypadkach bez unijnego wsparcia tylko nieliczni mogliby pozwolić sobie na nabycie oraz dysponowanie nowoczesnymi ambulansami.

Nowe ambulanse, które zastąpiły wysłużony tabor, pozwalają na szybki i bezpieczny dojazd do pacjenta, co pozwala skrócić czas oczekiwania poszkodowanego na niezbędną pomoc medyczną, co w wielu przypadkach decyduje o możliwości uratowania życia. Równie duże znaczenie ma fakt, iż karetki zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną, co umożliwia m.in. rozpoczęcie leczenia nagłych stanów już w warunkach przedszpitalnych. Warto zwrócić uwagę na fakt, że modernizacja wyposażenia samochodowego spowodowała również poprawę warunków pracy lekarzy, ratowników medycznych i kierowców ambulansów. Istotne znaczenie ma również zastosowanie nowoczesnych systemów bezpieczeństwa, które powodują poprawę komfortu przewozu

¹⁵ <http://wfe.csioz.gov.pl/pliki/files/sprawozdanie%20roczne%202013.pdf>

pacjentów i pracy zespołu ratownictwa medycznego. Zrealizowane inwestycje doprowadziły do dużego podniesienia standardu usług w zakresie ratownictwa medycznego, pozwoliły zapewnić jeszcze większą skuteczność działań zespołów ratunkowych, co w znaczący sposób wpłynęło na poprawę stanu bezpieczeństwa pacjentów. Zakup nowych specjalistycznych środków transportu sanitarnego, zapewnia świadczenie usług w ramach ratownictwa medycznego na najwyższym poziomie. Oznacza to m.in.: możliwość najszybszego dotarcia na miejsce zdarzenia oraz dostarczenie pacjenta w odpowiednim czasie do właściwej placówki medycznej, pozwalając zachować tzw. złotą godzinę (nie przekraczania 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia).

Reasumując, inwestowanie w nowy sprzęt, budowa lub modernizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych, lądowisk i placówek o znaczeniu ponadregionalnym z całą pewnością podniosło standard świadczonych usług medycznych. Wśród największych korzyści wymienić należy:

- polepszenie jakości świadczonych usług medycznych,
- zwiększenie liczby specjalistycznego sprzętu,
- polepszenie bezpieczeństwa i warunków pracy personelu,
- skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wykonanie zabiegu/badania,
- poprawa warunków diagnozowania i leczenia pacjenta,
- zwiększenie liczby typów świadczeń medycznych oferowanych przez placówki,
- objęcie większej liczby pacjentów usługami medycznymi,
- zwiększenie zasięgu terytorialnego świadczonych usług zdrowotnych,
- zwiększenie liczby specjalistycznych badań medycznych wykonanych zakupionym sprzętem,
- zwiększenie liczby osób korzystających z obiektów opieki zdrowotnej,
- obniżenie poziomu śmiertelności populacji, a także ilości oraz skutków powikłań.¹⁶

¹⁶ <http://wfe.csioz.gov.pl/pliki/files/sprawozdanie%20roczne%202013.pdf>

Podsumowanie

Duże zainteresowanie funduszami strukturalnymi Unii Europejskiej świadczy o sporym zapotrzebowaniu na finansowe wsparcie ratownictwa medycznego w Polsce. Dzięki takiemu wsparciu istnieje możliwość poprawy sytuacji w zakresie stanu zdrowia i warunków bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków poprzez inwestycje w różnych obszarach sektora ochrony zdrowia.

Szpitalne oddziały ratunkowe są kluczowym ogniwem systemu ratownictwa w Polsce, muszą więc być bardzo dobrze przygotowane na przyjmowanie nowych pacjentów w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Dotacje pozyskane z Unii Europejskiej niewątpliwie wpłynęły na poprawę jakości udzielania medycznych czynności ratunkowych.

Cel wyznaczony na początku działań został osiągnięty: mamy lepszą opiekę medyczną, więcej ambulansów oraz nowoczesny sprzęt, a co za tym idzie zredukowała się liczba zgonów i skutków powikłań będących efektem wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Osiągnięcie celu wiązało się z koniecznością poprawy jakości świadczonych usług na każdym etapie działań ratunkowych.

Bibliografia:

1. Komentarz do Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym ., red. S. Poździej, Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2013.
2. Ratownictwo Medyczne w Polsce. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jakubaszko J., Ryś A., Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002
3. Sprawozdanie okresowe z realizacji priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko
4. Szpitalny oddział ratunkowy- wymogi formalne niezbędne do działania, Ogólnopolski Przegląd Medyczny 1-2/2014., Gałązkowski R., Michalak G., Timler D.

Strony internetowe:

1. http://old.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-3291.htm
<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&mi=383&mx=0&ma=018644>
2. http://www.pois.20072013.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/o_pois.aspx
3. www.rpo.wzp.pl/download/index/biblioteka/621
4. http://szpitalpila.pl/realizowane_projekty_ze_srodkow_ue,66.html
5. http://zozsanok.pl/projekty_ue.html
6. <http://www.spzozlesko.pl/82-otwarcie-szpitalnego-oddzialu-ratunkowego-i-oddzialu-anestezjologii-i-intensywnej-terapii>
7. <http://www.spzoz-brzesko.pl/o-nas/inwestycje-i-projekty/modernizacja-szpitalnego-oddzialu-ratunkowego/>
8. <http://www.szpital-starogard.pl/dofinansowanie,115>
9. <http://wfe.csioz.gov.pl/pliki/files/sprawozdanie%20roczne%202013.pdf>

Spis ilustracji:

zdjęcie 1 Tablica informacyjna	18
zdjęcie 2 Zdjęcie Szpitala Specjalistycznego w Pile	19
zdjęcie 3 Szpitalny Oddział Ratunkowy w Sanoku.....	20
zdjęcie 4 Wyposażenie SOR-u w Lesku	21
zdjęcie 5 Łóżka do intensywnej terapii	22
zdjęcie 6 Wyposażenie SOR-u w Lesku	22
zdjęcie 7 Szpital Powiatowy w Brzesku.....	23
zdjęcie 8 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	23
zdjęcie 9 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	23
zdjęcie 10 SOR - Kociewskie Centrum Zdrowia	24

Spis tabel i wykresów

Wykres nr 1. Podział alokacji osi priorytetowej XII na działania.....15

Tabela 1. Wyniki pierwszego konkursu 1/2008 w ujęciu wojewódzkim.....17