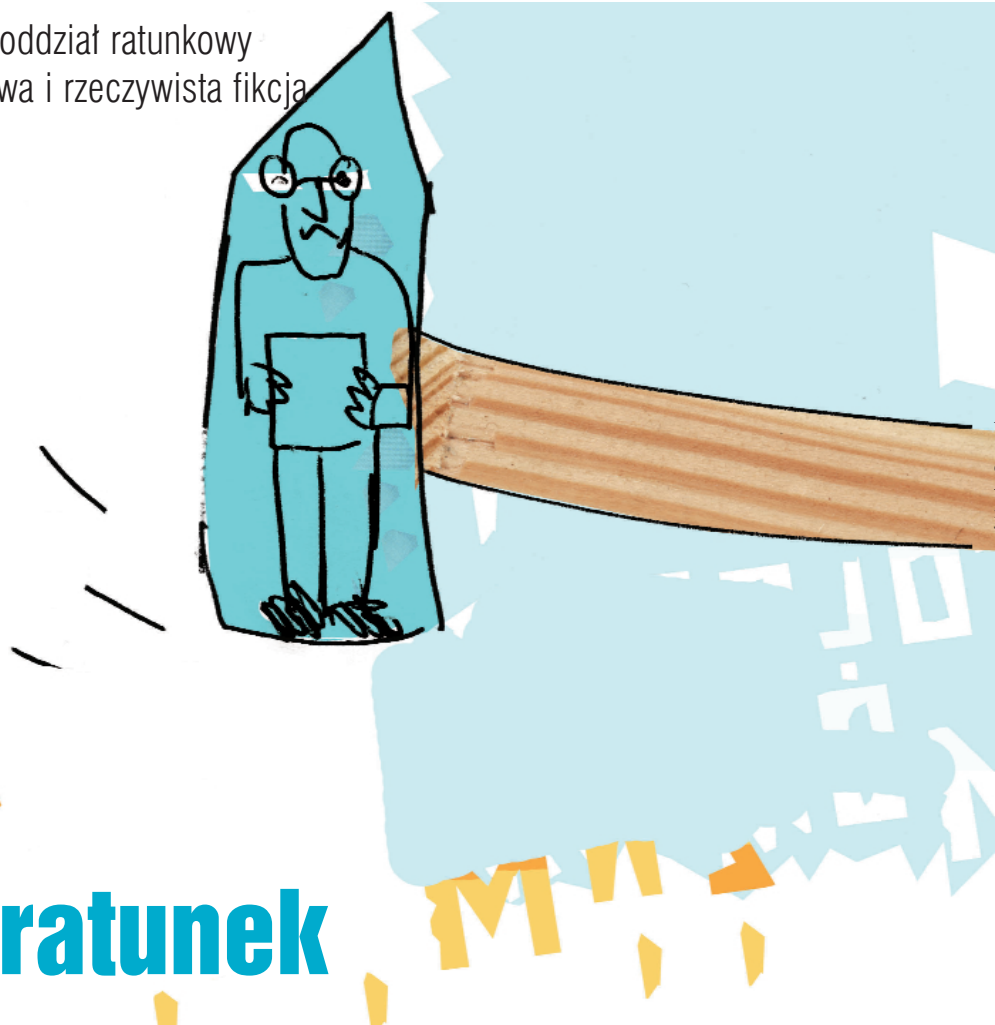


Szpitalny oddział ratunkowy
– papierowa i rzeczywista fikcja



Na **ratunek**

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak, Jarostaw Pinkas, Józef Stępień

Przyjęta przez Sejm w 2001 r., po prawie 10-letniej dyskusji nad jej kształtem, *ustawa O państwowym ratownictwie medycznym* miała nie tylko stworzyć wrażenie, ale także zapewnić obywatelom bezpieczeństwo zdrowotne. Miała również stworzyć spójny system powiadamiania wszystkich niezbędnych służb ratowniczych. Kolejne lata, zamiast wdrożenia ustawy w życie, przynosiły tylko problemy, polegające na braku możliwości znalezienia w budżecie państwa odpowiednich środków finansowych na pokrycie wydatków z nią związanych.

Udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej miało być realizowane przez standaryzowane zespoły ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia, a następnie w specjalnie do tego celu przygotowanych oddziałach szpitalnych, zwanych potocznie SOR-ami. Jak się jednak okazało, ustawa zrodziła tylko proble-

my organizacyjne i finansowe. Nikt nie podejmował nawet prób znalezienia sposobu na logiczny, kompleksowy sposób ich pokonania. Niniejsza publikacja wskazuje na możliwości wdrożenia mechanizmów dających szansę na zadziałanie nowoczesnie zorganizowanej pomocy medycznej.

Budowa nowej jakości

Program Ministerstwa Zdrowia *zintegrowane ratownictwo medyczne*, wdrażany w 1999 r., był początkiem budowy nowej jakości w opiece zdrowotnej – zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego i powiązania go z działaniami innych służb, w szczególności z Państwową Strażą Pożarną, realizującą już w praktyce działania medyczne w ramach krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego.

Wzrastająca liczba wypadków komunikacyjnych i duża śmiertelność poszkodowanych w ich wyniku, wzrost zachorowań na schorzenia układu naczyniowego (głównie zawały mięśnia sercowego), częste występowanie schorzeń układu nerwowego (udary mózgu), brak dobrze zorganizowanej pomocy medycznej i kadry medycznej, brak zaplecza szpitalnego gwarantującego szybką diagnostykę, wymusił konieczność wdrożenia nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych.

Stabilizacja podstawowych funkcji życiowych u osób poszkodowanych realizowana przez zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego musi być elementem kompleksowego działania systemu ratownictwa medycznego. Dotyczy to także profesjonalnego zabezpieczenia medycznego pacjentów w szpitalnych izbach przyjęć lub na oddziałach najbliższego szpitala. Działanie systemu musi także

regionalnych). Zakładano również, że czas hospitalizacji w szpitalu pierwszorazowym zostanie ograniczony do 12–72 godz.

Wykreowano standard dla SOR, wskazując, że:

1. musi on być przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych przez 24 godziny;
2. trzon zespołu ratownictwa medycznego stacjonarnego i wyjazdowego ma stanowić kadra medyczna wraz z lekarzem specjalistą medycyny ratunkowej, pielęgniarką ratunkową i ratownikiem medycznym;
3. badania diagnostyczne powinny być wykonywane przy łóżku pacjenta;
4. SOR musi być wyposażony m.in. w: respirator, defibrylator z opcją elektrostymulacji serca, pompę infuzyjną, strzykawkę automatyczną oraz gniazda poboru tlenu, powietrza i próżni, pulsoksymetr, kapnograf;
5. musi być zapewniona całodobowa dostępność do laboratorium, pracowni RTG i CT/NMR, co miało gwarantować możliwość wykonania szybkiej diagnostyki;
6. SOR musi dysponować ambulansem ratunkowym, wyposażonym w standardowe wyposażenie techniczne i medyczne, m.in. w defibrylator;
7. niezbędne jest bliskie sąsiedztwo lądowiska dla helikopterów, gwarantujące w razie potrzeby transport Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym (HEMS).

” Wzrastająca liczba wypadków komunikacyjnych oraz wzrost zachorowań na schorzenia układu naczyniowego wymusiły konieczność wdrożenia nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych ”

obejmować transport do innych, wysoko specjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej, celem wdrożenia kolejnych etapów niezbędnego leczenia specjalistycznego.

Pobożne życzenia

Cytowany program *Zintegrowane ratownictwo medyczne*, do czasu wejścia w życie ustawy *O państwowym ratownictwie medycznym*, miał rozpocząć budowę podstawowego elementu przyszłego systemu – sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) i centrów powiadamiania ratownictwa (CPR).

Zakładano stworzenie do 2004 r. (w wariantcie maksymalnym) 268 oddziałów: 252 oddziałów SOR i 16 oddziałów dziecięcych (na bazie dziecięcych szpitali klinicznych lub ośrodków

Wymogi stawiane Polsce przed wejściem do Unii Europejskiej nakazywały równoległe stworzenie zintegrowanego systemu powiadamiania niezbędnych służb ratowniczych: pogotowia ratunkowego, policji, straży pożarnej, służby zarządzania kryzysowego samorządów terytorialnych uruchamianych poprzez europejski numer alarmowy 112, co zapewniać miało poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego ofiarom wypadków, katastrof, urazów, zatruc, osobom znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

Finansowanie wszystkich tych przedsięwzięć miało zapewnić Ministerstwo Zdrowia, programy restrukturyzacyjne województw (jeden z głównych priorytetów) i Bank Światowy. Budowa całości systemu miała kosztować ok. 900

mln zł. Z zaprezentowanego zarysu wyłaniała się spójna, nowoczesna i ciekawa koncepcja zintegrowanych działań ratowniczych w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia.

Organizowanie systemu

Minister zdrowia, wojewodowie, samorządy terytorialne zgodnie z przepisami prawa (patrz ramka) rozpoczęli realizację tego ze wszelkich miar oczekiwanego zadania, którego najważniejszym punktem, jak się w praktyce okazało, było rozmieszczenie i ostateczna lokalizacja SOR (zgodnie z art. 35 ustawy *O państwowym ratownictwie medycznym* jeden szpitalny oddział ratunkowy przypada na 100 do 300 tys. mieszkańców) oraz CPR.

W części województw powołano pełnomocników ds. systemu ratownictwa medycznego, odbywały się systematyczne spotkania lekarzy wojewódzkich z pracownikami Ministerstwa Zdrowia, a dyrektorzy placówek opieki zdrowotnej przymierzali się do wizji nowych rozwiązań w sferze ratownictwa i częstokroć jeszcze

izb przyjęć utworzono SOR-y (ich lokalizacje zostały wytypowane przez władze wojewódzkie, średnio 7–19 szpitali w województwie).

Do efektywnego rozwoju systemu przyczyniły się bardzo wyraźnie kasy chorych, które od 2002 r. rozpoczęły finansowanie świadczeń zdrowotnych w SOR-ach. Realizowane one były przez placówki, które były w stanie wykazać się przygotowaną bazą lokalową oraz uporządkowały problematykę zespołów pogotowia ratunkowego, likwidując karetkę *O* i finansując dobrze wyposażone i coraz liczniej reprezentowane zespoły *R* i *W*. W ten sposób zapoczątkowano nową jakość udzielania pomocy w nagłych wypadkach.

Nieliczne CPR-y nabierały doświadczenia, a zintegrowana współpraca między służbami kryzysowymi i pogotowiem oraz strażą pożarną stała się faktem. Najczęstsza lokalizacja CPR-ów w jednostkach Państwowej Straży Pożarnej pokazała możliwość logicznej współpracy służb odpowiedzialnych za pomoc w nagłych wypadkach. Korzystnych tendencji rysujących się na bazie kilkuletnich doświadczeń było coraz więcej.

„ Entuzjazm, jaki towarzyszył budowie nowego systemu spowodował, że w 2002 r. uruchomiono 109 oddziałów ratownictwa medycznego „

przed ostatecznymi decyzjami inicjowali adaptację pomieszczeń do funkcjonowania SOR-ów.

Państwowa Straż Pożarna i jej jednostki ratowniczo-gaśnicze oraz Pogotowie Ratunkowe rozpoczęły zakup nowoczesnych środków łączności do sprawnego organizowania akcji wraz z CPR-ami. Rozpoczęto, w olbrzymiej jak na ówczesne polskie warunki skali, budowę lądowisk dla helikopterów.

Wydatki na organizowanie systemu do 2002 r. wyniosły ok. 48 mln zł. Wojewódzkie plany zdrowotne coraz precyzyjniej określały wydatki planowane na tworzenie nowych oddziałów.

Z dużą dozą ufności patrzono na wyłaniający się zarys systemu ratownictwa wiedząc, że włożenie bardzo dużego wysiłku w tworzenie tak ważnego i dużego przedsięwzięcia jest oczywiste.

Efekty pierwszego etapu

Olbrzymi entuzjazm, jaki towarzyszył budowie nowego systemu spowodował, że w 2002 r. uruchomiono 109 oddziałów ratownictwa medycznego, w ramach pożyczki z Banku Światowego w 2001 r. zakupiono 989 ambulansów ratowniczych wraz z wyposażeniem oraz na bazie

Z opinii dyrektorów placówek opieki zdrowotnej oraz działaczy samorządowych wynikało, iż do pełnego zakończenia stworzenia systemu brakuje jedynie środków finansowych. Jak pokazały późniejsze dokładne analizy, nie był to jedyny problem, a najważniejszym z nich był termin wejścia w życie ustawy *O państwowym ratownictwie medycznym*, który stał się dla wszystkich wielką zagadką. Kolejne przesunięcia (z 1 stycznia 2002 r. na 1 stycznia 2003 r., a następnie na 1 stycznia 2005 r. i 1 stycznia 2006 r.) pokazywały, jak dużo zostało do zrobienia.

NIK na SOR

Po kontroli NIK, dotyczącej wdrażania systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w latach 1999–2002, sielankowy obraz wspaniałej wizji legł w gruzach. Oszacowano, iż brak było spójnego programu tworzenia systemu ratownictwa w Polsce, co spowodowało, że prezentowane, szacunkowe kwoty przekazane na budowę systemu z budżetu państwa wydatkowane z naruszeniem prawa (wg NIK zmarnowano ponad 112,6 mln zł z 373,5 mln). Najwięcej nieprawidłowości dotyczyło ministra zdrowia, a główne

zaniedbania dotyczyły spraw prawnych i nadzorczych. Jak się okazało, Ministerstwo Zdrowia nie monitorowało tworzenia struktur systemu ratownictwa (nie posiadało rzetelnych danych o wydatkowanych środkach finansowych, stopniu ich wykorzystania, utworzonych już strukturach). Nie stworzono podstaw prawnych, które umożliwiłyby organizację i zarządzanie systemem w sposób jednolity (*de facto* w chwili tworzenia struktur brak było podstaw prawnych do ich uruchomienia). Zarzuty skierowano także pod adresem samorządów, które popełniały błędy organizacyjne, polegające głównie na braku opracowań wojewódzkiego programu w zakresie ratownictwa medycznego (założeń i wytycznych dotyczących organizacji i infrastruktury systemu) oraz braku koordynacji przy tworzeniu CPR (starostowie tworzyli CPR wg własnych koncepcji, bez uzgodnień z wojewodami i Ministerstwem Zdrowia). Dostało się także placówkom opieki zdrowotnej, które nie wydatkowały środków finansowych na tworzenie szpitalnych oddziałów ratunkowych

wania nawet dzisiejszych możliwości technicznych i logistyczno-organizacyjnych do realizacji czynności ratowniczych poprzez:

- a. brak rozporządzeń uzupełniających do ustawy *O ratownictwie medycznym*;
- b. brak formalnego wdrożenia standardów postępowania w stanach zagrożenia życia;
- c. brak precyzyjnego określenia *łańcucha przeżycia* (kolejnych etapów postępowania z poszkodowanym od zdarzenia do terapii szpitalnej);
- d. brak określonych jednolitych kryteriów i zasad tworzenia CPR-ów;
- e. brak pełnej merytorycznej kontroli Ministerstwa Zdrowia nad rejestracją SOR-ów (co prawda rozpoczął działalność ogólnopolski rejestr SOR-ów, lecz nadal brak jest analizy potrzeby tworzenia kolejnych oddziałów, co sprzyja tworzeniu często nadmiernej liczby SOR na danym terenie);
- f. brak kontroli stanu faktycznego zgłoszonej placówki – czy SOR rzeczywiście jest w da-

” Po kontroli NIK, dotyczącej wdrażania systemu ratownictwa medycznego, sielankowy obraz wspaniałej wizji legł w gruzach. Oszacowano, że zmarnowano ponad 112,6 mln zł ”

i centrów powiadamiania ratunkowego. Nie przestrzegały norm, wymagań w zakresie organizacji i wyposażenia w sprzęt medyczny, a także wykazywały prawidłowe funkcjonowanie nieistniejących oddziałów. Jak się okazało, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, posługujące się wyeksploatowanym sprzętem, nie obejmowało zasięgiem działania terytorium całego kraju oraz nie zaspokajało potrzeb w zakresie udzielania pomocy.

Zalecana terapia

Kilkuletni proces tworzenia nowej rzeczywistości ratowniczej nadal kuleje – z tych samych powodów co przed laty.

1. Twórcy nowoczesnej koncepcji i ich następcy nie zadbali o zapewnienie podstawowego elementu, jakim są środki finansowe. Realizacja tak obszernego programu, obejmującego różne gałęzie opieki zdrowotnej i służb odpowiedzialnych za działania w sytuacjach kryzysowych, wymagała tworzenia harmonogramu pokrycia finansowego na każdy rok rozwoju systemu ratownictwa i dla każdego zadania.
2. Ustawodawstwo nie pozwala na tworzenie spójnej koncepcji skutecznego wykorzysty-

nym szpitalu (nie byłoby to elementem satyrycznym, gdyby nie fakt stwierdzenia, m.in. przez NIK, tworzenia fikcji!).

3. Brakuje współpracy starostów przy tworzeniu CPR-ów wspólnych dla kilku powiatów, co jest niemożliwe bez analizy populacji objętej zakresem działania.
4. Brakuje centralnej analizy wydatków poniesionych na tworzenie CPR-ów.
5. Brakuje zintegrowanego systemu łączności.

Podstawą sprawnego funkcjonowania całego systemu ratownictwa miały być środki łączności, jednak brak zrozumienia dla konieczności wdrożenia szybkich rozwiązań w tym zakresie przez władze rządowe, Telekomunikację Polską SA, operatorów sieci komórkowych a także samorząd terytorialny, skutkuje nałożeniem na Polskę przez Unię Europejską kary w wysokości 10 mln euro.

Precyzyjne określenie odpowiedzialności za stan aktualny wymaga doprecyzowania zapisów zawartych w rozporządzeniach jeszcze nie wydanych przez Ministra Zdrowia. Z założenia jeden dyspozytor miał obsługiwać teren zamieszkały przez 90 tys. osób, docelowo teren ten powinien

odpowiadać terenowi zamieszkałemu przez populację objętą działaniem SOR-ów, co w życiu codziennym wymagało integracji łączności na terenie dwóch, a czasami trzech sąsiednich powiatów.

Najczęstszą lokalizacją dyspozytorni do dnia dzisiejszego jest remiza Państwowej Straży Pożarnej i nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie fakt wykorzystywania tej struktury głównie na własne potrzeby Straży. Różne systemy łączności, brak niezbędnego sprzętu, brak wprowadzenia ujednoczonego numeru alarmowego, brak jednolitych ustaleń dotyczących lokalizacji CPR-ów nie pozwalają do dnia dzisiejszego mieć nadziei na szybkie wdrożenie pożądanych rozwiązań.

6. Tworzenie rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na poziomie wojewódzkim i krajowym bardziej oparte jest na *koncercie życzeń* aniżeli racjonalnym planowaniu, a lista placówek opieki zdrowotnej wytypowanych przez służby wojewodów do tworzenia SOR-ów oparta jest w głównej mierze o siłę przebicia lokalnych działaczy partyjnych i samorządowych, a nie racjonalne

wania oddziału SOR (zakup sprzętu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub kilka lat przed uruchomieniem oddziału).

8. Wykorzystywanie sprzętu medycznego w innych oddziałach szpitalnych (często np. defibrylator lub respirator będący oficjalnie na stanie SOR-u jest wykorzystywany na stałe w OIOM lub OIT).
9. Brak standaryzacji wyceny świadczenia udzielonego w SOR (w rozpiętości wyceny świadczenia zdrowotnego realizowanego w oddziałach ratownictwa medycznego dochodzi do kilkunastokrotnej różnicy i nikt nie potrafi tego racjonalnie wytłumaczyć).

Modyfikacja wymienionych elementów, które stoją na drodze tworzenia założonej koncepcji, jest pierwszym krokiem do dalszej pogłębionej analizy obecnej rzeczywistości.

Proponowane sposoby rozwiązań

Nie jest możliwe stworzenie systemu ratownictwa medycznego w oderwaniu od całego systemu opieki zdrowotnej.

” Konieczne jest stworzenie opracowania, opisującego relacje między ośrodkami realizującymi ratownictwo przedszpitalne oraz ratownictwo na poziomie szpitalnym ”

przesłanki budowane na bazie m.in. przyjętych zasad odnoszących się do:

- a) gęstości zaludnienia na danym terenie;
 - b) populacji objętej działaniem SOR-u (w kraju rozpiętość ta waha się w zakresie 40–400 tys. ludności);
 - c) infrastruktury dróg (czas dojazdu w terenie zabudowanym aglomeracji miejskich i poza nim);
 - d) istniejącej na danym terenie kadry medycznej (zaplecze specjalistów anestezjologii, kardiologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurologii);
 - e) zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego (całodobowa dostępność do laboratorium, OIOM lub OIT-u, RTG lub CT/NMR, stacji dializ);
 - f) zaplecza lokalowego (funkcjonowanie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego, pomieszczeń spełniających normy budowlane i sanitarno-epidemiologiczne).
7. Zakup przez dyrektorów placówek opieki zdrowotnej sprzętu zbudowanego do funkcjono-

W związku z tym proponujemy uporządkowanie wszystkich sfer ochrony zdrowia przez:

1. Zweryfikowanie rejestrów zoz w odniesieniu do szpitali pod kątem:
 - a. możliwości spełnienia przez nie wymogów aktualnie obowiązującego prawa (ustawa o zoz, prawo budowlane, prawo przeciwpożarowe),
 - b. możliwości wypełnienia tych wymogów w przewidywanym kolejnym okresie dostosowawczym,
 - c. posiadania pełnej struktury organizacyjnej, zaplecza diagnostycznego i niezbędnego specjalistycznego i całodobowego dostępu do świadczeń specjalistycznych;
 - d. niezbędnego otoczenia SOR lub możliwości rozwinięcia szpitala do w pełni zabezpieczonej jednostki organizacyjnej (dotyczy tylko zoz/szpitali posiadających w swojej strukturze zarejestrowany SOR).
2. Dokonanie oceny zdolności zoz/szpitala do pokonania problemów natury finansowej (audyt finansowy).

3. Wykonanie ogólnokrajowej mapy ośrodków szpitalnych zakwalifikowanych do realizacji zadań w systemie ratowniczym, a wtórnie planu zapewnienia tzw. *białych plam*, w tym konieczności budowy nowych ośrodków wraz ze wskazaniem nowej lokalizacji w oparciu o dogłębną analizę zdarzeń nagłych zagrażających życiu i zdrowiu.
4. Stworzenie jawnego opracowania opisującego jasno relacje między ośrodkami realizującymi ratownictwo przedszpitalne, ratownictwo na poziomie szpitalnym (SOR i oddziały szpitalne), ze szczególnym opisaniem zasad dotyczących związanych z optymalnym planem transportu pacjenta między ośrodkami ratowniczymi. Plan taki powinien uwzględniać bazę ośrodków publicznych i niepublicznych.
7. Wykonanie analizy minimalnych i maksymalnych kosztów zabezpieczenia finansowego systemu ratownictwa medycznego, ze wskazaniem końcowych beneficjentów tych środków.
8. Zapewnienie środków finansowych na finansowanie systemu ratowniczego, ze wskazaniem źródeł kosztochłonnych ścieżek finansowania – powinien powstać akt prawny, minimum rangi rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów, regulujący ww. kwestie oraz systemy stwarzające bezpieczeństwo finansowe kosztochłonnych procedur i środki inwestycyjne dla zakładów zakwalifikowanych do pracy w sieci ratowniczej.
9. Zweryfikowanie zdolności ośrodków sieci ratowniczej do działań leczniczych w trybie planowym na potrzeby ubezpieczonych w NFZ

” Aby SOR zadziałał, trzeba poprawić dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do dziennej i nocnej opieki lekarskiej ”

5. Przyjęcie do formalnego stosowania minimalnych standardów postępowania medycznego w stanach zagrożenia życia i zdrowia, z uwzględnieniem podstawowej wiedzy z różnych dziedzin medycyny.
 6. Wykonanie analizy przepływów informacyjnych między centrami powiadamiania ratowniczego a ośrodkami ratownictwa medycznego i ich wtórna optymalizacja.
 10. Poprawę dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględ-
- i innych instytucjach finansujących usługi medyczne, połączone ze ścisłą kontrolą realizacji świadczeń w podziale na tryb ostry/ratowniczy i planowy (odrębne ścieżki finansowania oraz obowiązek utrzymywania stanu gotowości ratowniczej, w tym minimalnego wymagalnego poziomu wolnych łóżek).

Przepis na SOR

Akty prawne regulujące powstanie SOR:

- Ustawa z 25 lipca 2001 r. o państwowym ratownictwie medycznym (DzU Nr 113, poz. 1207 ze zm.).
- Ustawa z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (DzU Nr 241, poz. 2073).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (DzU Nr 74, poz. 687).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 maja 2002 r. w sprawie górnego i dolnego limitu zryczałtowanej stawki dobowej oraz algorytmu określenia zryczałtowanej stawki dobowej za świadczenia zdrowotne przedszpitalne udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego (DzU Nr 71, poz. 662).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 maja 2002 r. w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych (DzU Nr 79 poz. 721).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 września 2002 r. w sprawie trybu składania ofert przez zespoły ratownictwa medycznego, sposobu przeprowadzania konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami (DzU Nr 173, poz. 1420).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 lipca 2002 r. w sprawie rejestrów jednostek systemu państwowego ratownictwa medycznego (DzU Nr 129, poz. 1111).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 grudnia 2001 r. w sprawie zasad i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej (DzU Nr 156, poz. 1831).

nieniem dostępu do dziennej i nocnej (stacjonarnej i wyjazdowej) pomocy lekarskiej, realizowanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (poz) z weryfikacją faktycznego dostępu do niezbędnej diagnostyki i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz wyeliminowaniem możliwości realizacji tych zadań z wykorzystaniem sił i środków przewidzianych do realizacji działań na potrzeby systemu ratowniczego (dziś niektóre SOR pełnią funkcję nocnej pomocy lekarskiej, a stacje pogotowia ratunkowego zadania z zakresu nocnej wyjazdowej pomocy lekarskiej).

11. Stworzenie jasnej perspektywy kształcenia kadr medycznych (specjalistów medycyny ratunkowej i ratowników medycznych), z wykreowaniem nowych zasad ich wynagradzania oraz ubezpieczania od skutków wy-

kładem jest kara Unii Europejskiej za brak obowiązywania zunifikowanego alarmowego numeru 112.

Obserwując dotychczasowe działania w tym zakresie odnosi się wrażenie, iż najbliższe kilka miesięcy nie przyniesie dobrych (może wręcz żadnych) rozwiązań.

Zakładane kontraktowanie świadczeń realizowanych przez SOR przez służby wojewodów (od 2006 r.) napawa niepokojem, bowiem nie wypracowano dotychczas standardu świadczenia zdrowotnego realizowanego przez SOR-y na poziomie województwa i kraju.

Niestety, bez analizy skutków dotychczas podjętych decyzji, kolejne kontrole wykażą jeszcze większe marnotrawienie środków finansowych. Będzie to dotyczyć jeszcze liczniejszej grupy źle rozlokowanych i budowanych SOR-ów

” Bez analizy skutków dotychczas podjętych decyzji kolejne kontrole wykażą jeszcze większe marnotrawienie środków finansowych ”

padków losowych, ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich osób funkcjonujących w przedszpitalnym systemie ratownictwa medycznego (ludzie ci, poszkodowani we wcale nierzadkich zdarzeniach, nie mają szansy na odszkodowania lub zasiłki rentowe na zasadach określonych dla przedstawicieli innych służb ratowniczych, np. państwowej lub ochotniczej straży pożarnej).

12. Stworzenie systemu szkolenia, mającego na celu poprawę efektywności działania i koordynacji działań wszystkich służb ratowniczych.
13. Stworzenie systemu edukacji społecznej, mającego na celu optymalne wykorzystywanie systemu ratowniczego (ratownictwo przedlekarskie, zasady korzystania z ratowniczego systemu płacowego).
14. Wykreowanie prawnego obowiązku zaopatrzenia miejsc i instytucji publicznych w środki techniczne, umożliwiające udzielanie pomocy przedlekarskiej (szkolenie personelu, posiadanie instrukcji powiadamiania ratunkowego, wydzielonych środków łączności ratunkowej, wydzielanie i wyposażanie pomieszczeń do prowadzenia pomocy przedlekarskiej itp.).

Czasu jest niewiele

Brak szybkich i zdecydowanych działań Ministra Zdrowia prowadzi do znacznych opóźnień w tworzeniu systemu. Sztandarowym tego przy-

czy CPR-ów. Kolejne, gruntowne reformy systemu będą musiały być wdrażane już po 2, maksymalnie 3 latach.

Szkoda czasu i publicznych pieniędzy. Wynika to z obserwacji wyraźnego braku chęci decydentów do wykorzystania dotychczasowych, dobrych i złych doświadczeń w zakresie budowy systemu opieki zdrowotnej.

Czasu jest niewiele, zadań bardzo dużo, a społeczeństwo nadal oczekuje rozwiązań zapewniających poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, zwłaszcza w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

Autorzy mają nadzieję, że przedstawione propozycje przyczynią się przynajmniej do przygotowania przez odpowiedzialne instytucje państwa trybu dalszego postępowania, a także przygotowanie ostatecznych rozwiązań dla systemu ratowniczego.

Działając w poczuciu odpowiedzialności za przyszłość, stawiamy swoją wiedzę i umiejętności do dyspozycji decydentów.

Może w sytuacji, gdy potrzeby finansowe zostaną precyzyjnie wyartykułowane, twórcy budżetu państwa będą w stanie zapewnić ok. 1 mld zł na dokończenie prac nad zintegrowanym systemem ratownictwa medycznego.

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa,
Julian Nowak, Jarosław Pinkas, Józef Stępień
(Autorzy tworzą Zarząd Polskiego Towarzystwa
Standardów Medycznych Polstmed)