

UZASADNIENIE DLA POWOŁANIA CENTRUM URAZOWEGO W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM

1. Informacje ogólne

Celem zmian w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) jest utworzenie centrów urazowych współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Centra te zabezpieczą ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała.

Urazy są jedną z trzech najczęstszych przyczyn nagłych zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej. Organizacja sieci ośrodków wysokospecjalistycznych, jakimi będą centra urazowe (TRAUMA CENTER), stworzyłaby lepsze warunki do leczenia osób po urazach oraz pozwoliłaby zbliżyć wyniki leczenia pacjentów urazowych do standardów europejskich i światowych. Centra takie, współpracujące z systemem rozwijającej się medycyny ratunkowej powstały i funkcjonują już m.in. w: USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Danii, Szwecji, Holandii, Francji, Włoszech, Czechach, Szwajcarii, Rosji, Słowacji, Chorwacji, Słowenii.

Rocznie w Polsce obrażeniom ciała ulega około 3 milionów osób. Spośród nich 300 tys. wymaga hospitalizacji, a 30 tys. umiera. Śmiertelność po urazach wynosi w naszym kraju 75/100 tys. rocznie. To o połowę więcej niż w USA i w Europie Zachodniej, gdzie śmiertelność szpitalną po urazach ocenia się na 1,5 %. W Polsce ocenia się ją na 4 %. Kalectwo pourazowe w naszym kraju dotyczy ok. 25 % pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów. To o 100 % więcej niż w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej.

Doświadczenia krajów zachodnich mówią o tworzeniu centrów urazowych dla populacji minimum 1 miliona ludzi, a optymalnie dla 2 milionów i więcej. Wynika to nie tylko z wysokich kosztów, ale też z konieczności odpowiednio dużego napływu pacjentów, w celu zapewnienia wykorzystania posiadanych środków dla jak największej liczby poszkodowanych oraz nabywania i zachowania niezbędnego doświadczenia i sprawności zawodowej zatrudnionej tam kadry medycznej. Przewiduje się utworzenie w naszym kraju równomiernie rozmieszczonych ok. 10-12 centrów urazowych, zapewniających właściwy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zakłada się, że do dnia 31 grudnia 2013 r. wskazane w planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne szpitale, w których będą funkcjonowały centra urazowe osiągną pełną zdolność do działania.

Centra urazowe będą umieszczane przez wojewodę w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który jest opracowany, uzgadniany i zatwierdzany, zgodnie z procedurą określoną w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wyłonienie optymalnych lokalizacji centrów urazowych umożliwia procedura uzgadniania planu z właściwymi podmiotami oraz jego zatwierdzenie przez Ministra Zdrowia, który dokonuje jego analizy z punktu widzenia potrzeb całego kraju i może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu planu. Wojewoda jest natomiast obowiązany do zmiany projektu planu, zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia.

2. Ocena skutków powołania CU

Projekt nie zakłada budowy centrów urazowych, lecz wyłonienie 10-12 centrów urazowych w już działających szpitalach, w których nastąpi reorganizacja funkcjonalna udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych skierowanych do pacjentów urazowych. Oddziały szpitalne wchodzące w obszar funkcjonowania centrum urazowego będą finansowane za bieżące udzielanie świadczeń, uzupełnione dodatkowo (w momencie pojawienia się „pacjenta urazowego” spełniającego kryteria kwalifikacji do centrum urazowego) o finansowanie procedur określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia skierowanych do pacjenta urazowego.

W Priorytecie XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko przewidziane są środki finansowe w wysokości 34,8 mln euro (w tym 29,6 mln euro z EFRR) na dofinansowanie rozbudowy, remonty i wyposażenie centrów urazowych, a także środki finansowe w wysokości 104,1 mln euro (w tym alokacja 101 mln zł z EFRR na 2012 r.) przeznaczone na przebudowę, rozbudowę i remont szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowę i remont lądowisk dla helikopterów. Ponadto w Priorytecie XII w ramach Działania 12.2 występuje alokacja środków w wysokości 176, 5 mln euro (w tym 235 mln zł ze środków EFRR na 2010 r.) na inwestycje związane z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym. Wskazane środki są dedykowane inwestycjom w CU. Uczestnictwo w projekcie CU jest także równoznaczne z przypisaniem WIM wiodącej roli w systemie zabezpieczenia medycznego miasta stołecznego Warszawy w perspektywie najbliższych kilkunastu lat, obejmującej również działania podczas Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej w 2012 roku. Kolejna korzyść wynika z faktu, że znowelizowana ustawa pozwala na finansowanie i dofinansowanie działalności CU przez wojewodów, jednostki samorządu terytorialnego, ministra zdrowia (art. 50 ust. 1).

Jest to pierwsze tego typu rozwiązanie w systemie ochrony zdrowia - finansowanie zadań będzie się odbywać w sposób projektowy, wolny od szeregu współistniejących dziś ograniczeń.

Wejście w życie ustawy poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Zabezpieczy ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu zaopatrującym ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała, przyczyniając się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Wypełnienie zadań przypisanych CU przez jednostkę badawczo-rozwojową – WIM, pozwoli poprzez realizację zaawansowanych procesów medycznych podnieść rangę jednostki oraz stworzy dodatkową płaszczyznę dla rozwoju wiedzy medycznej i szkolenia kadr medycznych, zbliżając działania medyczne do leczenia na poziomie standardów światowych. Działalność wszystkich jednostek wchodzących w skład CU (art. 39b p. 3) z założenia jest dedykowana realizacji projektów związanych z kształceniem i doskonaleniem umiejętności kadr medycznych wojskowej służby zdrowia (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni) oraz w pełni koresponduje z wizją odbudowy kadr medycznych SZ prezentowaną przez dyrekcję WIM. Uczestnictwo WIM w projekcie CU zwiększy potencjał (inwestycyjny i organizacyjny) większości zadań i oczekiwań stawianych Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM.