

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (MZ 596)

I. Opis sytuacji problemowej

Projektowane rozporządzenie określa zakres uprawnień i obowiązków wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Projektodawca deklaruje, iż biorąc pod uwagę kwalifikacje lekarzy systemu, ratowników medycznych oraz pielęgniarek systemu, został stworzony katalog uprawnień i obowiązków wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Zakres ten jest wzorowany na dotychczasowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Projektowane rozporządzenie ma określić zakres zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Wynika to z faktu, iż dotychczasowych lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego mają zastąpić wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego. Wskazani lekarze mieli określone uprawnienia i obowiązki w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Ograniczone możliwości zatrudnienia lekarzy systemu spowodowane istotnymi brakami w zakresie kadry lekarskiej, spowodowały konieczność zmiany przepisów w tym zakresie.

Znowelizowana ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ustawa wprowadziła zmianę nazwy stanowiska z dotychczasowej: „lekarz koordynator ratownictwa medycznego” na „wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego”. Ustawa zakłada, że z dniem 1 stycznia 2018 r. w miejsce lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego będą funkcjonowali wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, którymi - poza lekarzem systemu – będą mogli również być ratownicy medyczni oraz

pielęgniarki systemu, z wykształceniem wyższym I-go stopnia i 4-letnim doświadczeniem na stanowisku dyspozytora medycznego. Jednocześnie dotychczasowe rozporządzenie utraci moc. W tej sytuacji, stwierdza ministerstwo zdrowia, biorąc pod uwagę upoważnienie ustawowe, należy określić zakres uprawnień i obowiązków wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Projektowane rozporządzenie reguluje szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w oparciu o przepisy zawarte w ustawie. Powyższe uregulowanie dotyczy w szczególności współpracy z głównym dyspozytorem medycznym lub zastępcą głównego dyspozytora medycznego, podmiotami leczniczymi, będącymi dysponentami jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz posiadającymi w swoich strukturach jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, z wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego z innych województw.

Projekt zawiera katalog uprawnień wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w zakresie uzyskiwania informacji od podmiotów leczniczych w tym od jednostek systemu oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz od głównego dyspozytora medycznego lub zastępcy głównego dyspozytora medycznego.

Powyższe dane są konieczne do koordynowania akcji medycznej, zwłaszcza takiej, która dotyczy większej liczby osób poszkodowanych, w której uczestniczy wiele jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz szpitali.

Jednocześnie Projektodawca deklaruje, że wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Rozporządzenie określa zakres uprawnień i obowiązków wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem nowy zakres uprawnień wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz nowe procedury zawarte w przedmiotowym rozporządzeniu mogą poprawić efektywność ratownictwa medycznego?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	2	

Nie mam zdania 4

2. Czy Pani/Pana zdaniem zastąpienie lekarzy przez przeszkolone pielęgniarki na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego niesie potencjalne ryzyko dla pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	
Nie mam zdania	3	

3. Czy Pani/Pana zdaniem koordynator medyczny może podejmować na dystans decyzje inne niż decyzje personelu medycznego, który bezpośrednio badał pacjenta?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	5	
Nie mam zdania	4	

4. Czy Pani/Pana zdaniem wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego może uzyskiwać informacje o stanie zdrowia pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	

Nie 3

Nie mam zdania 4

Pytania otwarte:

1. Jaki minimalny poziom wykształcenia powinien posiadać kandydat na koordynatora ratownictwa medycznego?
2. W jakich okolicznościach koordynator ratownictwa medycznego może rozstrzygać o przyjęciu lub odmowie przyjęcia chorego na izbę przyjęć?
3. W jaki sposób niedobory kadrowe w ratownictwie medycznym mogą wpłynąć na bezpieczeństwo pacjentów?
4. Jak powinna wyglądać współpraca pomiędzy koordynatorami ratownictwa medycznego z różnych województw?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Przygotowanie i następnie wdrożenie w praktyce przedmiotowego rozporządzenia należy oceniać jako stosunkowo ryzykowne przedsięwzięcie, wynikające jednak z dramatycznego stanu niedoboru specjalistycznej kadry medycznej, w szczególności lekarzy, którzy dotychczas, jako jedyni, posiadali uprawnienia do pełnienia funkcji koordynatora ratownictwa medycznego.

Taka istotna zmiana systemowa powinna być bardzo dobrze przemyślana i przygotowana, aby wraz z wprowadzonymi zmianami nie pogorszył się poziom bezpieczeństwa dla pacjentów oraz efektywności całego systemu ratownictwa medycznego.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Niektórzy regionalni interesariusze systemu ratownictwa medycznego wskazują na pojawiające się istotne pytania i niejasności dotyczące interpretacji niektórych zapisów przedmiotowego Projektu :

Jakie konkretnie informacje miałby przekazywać koordynator dyspozytorowi? Koordynator nie może rozstrzygać o przyjęciu lub odmowie przyjęcia chorego ponieważ nie jest w stanie ocenić stanu zdrowia pacjenta bez badania (nie „widzi” chorego). Tylko bezpośrednie badanie pacjenta pozwala określić jego stan zdrowia. Ustawa o zawodzie lekarza nie zezwala na wydawanie orzeczenia o stanie zdrowia bez badania. Koordynator nie może być arbitrem, nie ma takich uprawnień i nie powinien być stroną w sprawach dotyczących pojedynczego pacjenta. To szpital (lekarz) odmawiający przyjęcia powinien wskazać sposób postępowania z chorym (przejąć odpowiedzialność) i wskazać, gdzie chory ma być przewieziony uzgadniając jednocześnie przyjęcie w innej placówce.

Zapis dotyczący rozstrzygnięcia przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego, w tym od lotniczego zespołu ratownictwa medycznego - należy uznać za niedopuszczalny. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego nie ma bezpośredniego kontaktu z osobą znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a przez to nie może dokonać oceny stanu jej zdrowia i podważać oceny dokonanej przez lekarza, czy ratownika, którzy badali pacjenta i podejmować np. decyzji o tym, czy pacjent ma być pozostawiony w izbie przyjęć, bądź szpitalnym oddziale ratunkowym lub o dalszym transporcie pacjenta do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. Bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem i bez możliwości jego zbadania decyzja może być obarczona dużym ryzykiem błędu, a w konsekwencji pociągać za sobą odpowiedzialność zawodową i karną wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.



Należy także zauważyć, iż z uwagi, że nie wszystkie podmioty lecznicze chcą przekazywać koordynatorowi informacje w zakresie udzielana świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, należy rozważyć nałożenie na nie takiego obowiązku.

Powinien także znaleźć się zapis przesądzający o sposobie rozwiązywania problemów i współpracy między dyspozytorami z dysponowaniem ZRM z innego województwa. Zapis taki pozwoli na dokonywanie ustaleń między dyspozytorami pracującymi w dyspozytorni medycznej dwóch województw, możliwości zadysponowania ZRM z innego województwa, a dopiero w przypadku problemów z tym związanych włączenie do procesu decyzyjnego wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Należy zauważyć, że w przypadku możliwości decydowania dyspozytora medycznego zostanie skrócony czas samego zadysponowania, a tym samym czas dojazdu na miejsce zdarzenia. Zostawienie decyzji tylko i wyłącznie wojewódzkiemu koordynatorowi przedłuży cały proces.

Z uwagi, że do obowiązków ustawowych koordynatora należy decydowanie o postawieniu w stan podwyższonej gotowości podmiotu leczniczego, warto doprecyzować samo pojęcie: „stanu podwyższonej gotowości podmiotu leczniczego”. Np. poprzez wskazanie, że jest to: organizacja świadczeń opieki zdrowotnej, wykraczająca poza bieżącą organizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot leczniczy, która ma na celu uzyskanie gotowości do przyjęcia zwiększonej liczby pacjentów. Warto również wskazać źródło finansowania świadczeń wykonywanych podczas stanu podwyższonej gotowości oraz dookreślić samą procedurę wydawania, doręczenia decyzji informujących podmiot o ww. stanie.

Pomysły nowych rozwiązań są różnie oceniane przez różnych interesariuszy instytucjonalnych systemu ochrony zdrowia. Istotnym zastrzeżeniem do niektórych zapisów projektu rozporządzenia jest zwrócenie uwagi na fakt, że w Polsce, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, zaczynają obowiązywać bardziej rygorystyczne przepisy o ochronie danych osobowych.

Jednym z uprawnień wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego przewidzianym

w rozporządzeniu jest uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz o danych tych osób, obejmujących imię, nazwisko, wiek i płeć. Koordynator ma mieć uprawnienie do uzyskiwania tych informacji zarówno od głównego dyspozytora medycznego lub zastępcy głównego dyspozytora medycznego, jak i od podmiotów leczniczych. Dane osobowe pacjentów i dane dotyczące ich stanu zdrowia należą do grupy tzw. danych wrażliwych, których przetwarzanie dopuszczalne jest jedynie na podstawie wyraźnego upoważnienia ustawowego.

Jednak prawnicy Prokuratury Generalnej wskazują, że ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, także przy uwzględnieniu postanowień ciągle procedowanej ustawy z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, nie przewiduje ww. uprawnień dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, w szczególności w zakresie możliwości uzyskiwania danych osobowych pacjentów i informacji o ich stanie zdrowia od podmiotów leczniczych.

Jakkolwiek przepływ informacji o pacjencie pomiędzy wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego i dyspozytorami medycznymi mógłby być uzasadniany np. treścią art. 14 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to przepis ten z pewnością nie stanowi wystarczającej podstawy dla uzyskiwania informacji o danych osobowych i stanie zdrowia pacjentów przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego od podmiotów leczniczych.

Prawdopodobnie podstawą do przetwarzania ww. danych (możliwości ich uzyskiwania przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego od podmiotów leczniczych) nie może być również projektowany w ustawie z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw art. 29 ust. 8, który daje wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego wyłącznie prawo do żądania „informacji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego”. Uprawnienie to nie obejmuje

je jednak dostępu do danych osobowych i informacji o stanie zdrowia pacjentów znajdujących się w *tych* podmiotach leczniczych.

W związku z powyższym, projektowane rozporządzenie wymaga zmiany w zakresie dotyczącym uprawnień wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do uzyskiwania informacji o danych osobowych pacjentów i ich stanu zdrowia od podmiotów leczniczych. Mając na uwadze treść regulacji ustawowych wydaje się, że wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego nie może posiadać tego rodzaju uprawnienia.

W jednym z punktów uzasadnienia zawartym w ocenie skutków regulacji znalazło się dość kuriozalne stwierdzenie Projektodawcy, iż „projektowane rozporządzenie ma być stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji”. Jest to bardzo dziwna logika. Od kilku już lat instytucje występujące w roli projektodawcy mają obowiązek wskazania, jak będzie wyglądać system oceny funkcjonowania w praktyce projektowanych rozwiązań. Oczywiście prawie wszystkie akty normatywne zmieniają stan prawny i faktyczny „w sposób ciągły”, zatem, gdyby podążać drogą argumentacji Projektodawcy, nigdy nie należałoby prowadzić ewaluacji efektów projektu. Na szczęście tak nie jest i większość instytucji odpowiedzialnych za projektowanie a następnie wdrażanie zmian regulacyjnych przygotowuje propozycje takich systemu ewaluacyjnych. Podobnego działania należałoby oczekiwać także wobec przedmiotowego projektu rozporządzenia ministerstwa zdrowia.

Opinię przygotował:

Artur Nowicki

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

