

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. (MZ 718)

I. Opis sytuacji problemowej

Konieczność wydania projektu rozporządzenia wynika z wejścia w życie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, która wprowadziła definicję dyspozytorni medycznej, ustaliła wymagania dla kierowników zespołów ratownictwa medycznego i uszczegółowiła sposób wykorzystywania System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.

Doprecyzowano również obowiązek posiadania łączności radiowej i komórkowej na potrzeby porozumiewania się w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz z centrami urazowymi i centrami urazowymi dla dzieci. Wprowadzono też wymóg posiadania dostępu do sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego i w dyspozytorniach medycznych.

Projekt rozporządzenia zachowuje konstrukcję dotychczas obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. Projekt rozporządzenia określa wykaz świadczeń gwarantowanych, udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego stanowiąc, iż świadczeniami gwarantowanymi z zakresu ratownictwa medycznego są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ponadto w załącznikach do projektu rozporządzenia są zawarte warunki realizacji świadczeń przez poszczególne rodzaje zespołów ratownictwa medycznego: specjalistyczne, podstawowe i lotnicze.

Ponadto nowelizacja ustawy o PRM wprowadziła obowiązek wykonywania zadań zawodowych przez dyspozytorów medycznych i zespoły ratownictwa medycznego w oparciu o jednolity w skali kraju System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWDPRM). Wprowadzenie obowiązku realizacji zadań z wykorzystaniem SWD PRM obliguje zatem dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do posiadania odpowiedniego wyposażenia sprzętowego do obsługi tego systemu oraz narzuca określony i jednolity w skali kraju sposób postępowania zarówno kierowników zespołów ratownictwa medycznego, jak i dyspozytorów medycznych. W związku z powyższym obowiązujące rozporządzenie należy uzupełnić o te regulacje.

W projekcie rozporządzenia doprecyzowano także obowiązek posiadania łączności radiowej i komórkowej na potrzeby porozumiewania się w systemie PRM, co ma stanowić gwarancję utrzymania łączności między dyspozytornią medyczną a zespołami ratownictwa medycznego, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi i centrami urazowymi dla dzieci.

Wymagania dotyczące łączności:

- 1) posiadanie łączności radiowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego;
- 2) posiadanie łączności komórkowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytorniami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego;
- 3) posiadanie sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego i w dyspozytorniach medycznych.

Wprowadzono wymóg posiadania dostępu do sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego i w dyspozytorniach medycznych, co wynika z konieczności zapewnienia przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego niezbędnych warunków umożliwiających korzystanie z SWD PRM.

Projekt rozporządzenia zachowuje konstrukcję dotychczas obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. Projekt rozporządzenia określa wykaz świadczeń gwarantowanych, udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego stanowiąc, iż świadczeniami gwarantowanymi z zakresu ratownictwa medycznego są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ponadto w załącznikach do projektu rozporządzenia są zawarte warunki realizacji świadczeń przez poszczególne rodzaje zespołów ratownictwa medycznego: specjalistyczne, podstawowe i lotnicze.

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



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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 zespoły ratownictwa medycznego dobrze spełniają podstawowe zadanie Państwowego Ratownictwa Medycznego jakim jest udzielanie pomocy przedszpitalnej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	3	
Nie mam zdania	2	

2. Czy Pani/Pana zdaniem wprowadzenie możliwości pełnienia funkcji wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarzy systemu może wzbudzać nieufność pacjentów dot. kompetencji koordynatora ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	5	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem zatrudnienie dyspozytorów medycznych przez wojewodów na podstawie umowy o pracę mające zapewnić ciągłość działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego może mieć wpływ na poprawę jakości funkcjonowania systemu ratownictwa?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	4	
Nie mam zdania	3	

4. Czy Pani/Pana zdaniem zawarte w załącznikach do projektu rozporządzenia warunki realizacji świadczeń przez poszczególne rodzaje zespołów ratownictwa medycznego: specjalistycznego, podstawowego i lotniczego są wystarczające aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	2	
Nie mam zdania	4	

Pytania otwarte:

1. Co należy zmienić w systemie ratownictwa medycznego, aby ratownicy nie odchodzili do szpitali, które otworzyły dla nich miejsca pracy?
2. Co należałoby zrobić aby zminimalizować konsekwencje braku obsady lekarskiej na SOR, prowadzące do przykładowych sytuacji, w których ten sam lekarz lekarz obstawia dyżur zawałowy, a także udary i naczyniówkę?



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

IV. Opinia Ars Vivendi

Podstawowym zadaniem Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) jest udzielanie pomocy przedszpitalnej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dzięki szybkiej i sprawnej pomocy wykwalifikowany personel medyczny, przy wdrożeniu odpowiedniego postępowania ratowniczego, ratuje ludzkie życia. Tak przynajmniej powinno być w teorii, ponieważ od czasu do czasu media donoszą o przypadkach, w których pomoc medyczna nie dotarła na czas, a także, w których funkcjonariusz zbagatelizował zgłoszenie czy też wykonywał swoją pracę pod wpływem alkoholu. Niestety tego typu zdarzenia – chociaż są raczej incydentalne – podważają zaufanie pacjentów do polskiej służby zdrowia.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2018 r. w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego działało 1541 zespołów ratownictwa medycznego, 21 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i 230 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Łącznie odnotowano 3,1 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, przy czym w przeważającej większości przypadków pomocy udzielano w domach pacjentów (70 proc.).

Ratownictwo medyczne wspierane jest przez tak zwane jednostki współpracujące z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. I tak jednostki Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej należące do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty uprawnione do udzielania ratownictwa górskiego i wodnego, należą do grupy służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom będącym w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jednym z podstawowych elementów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR), w których świadczone są usługi w trzech podstawowych trybach:

- Ambulatoryjnym.
- Leczenia jednego dnia (poniżej 24 h).
- Stacjonarnym (powyżej 24 h).

Funkcjonowanie SOR-ów znacznie odbiega od ideału. Normą jest czekanie kilku, a nawet kilkunastu godzin na pomoc lekarza, który często ma nadmiar obowiązków i nie może należycie zająć się pacjentem. Niemniej jednak większość pacjentów nie zna prawdziwych wewnętrznych problemów Państwowego Ratownictwa Medycznego, a każda sprawa ma dwie strony. Niestandardowym źródłem informacji na ten temat jest Mapa Google pt. „Problemy w Państwowym Ratownictwie Medycznym”, która powstała na podstawie anonimowych informacji od pracowników PRM-u.

Celem ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw było dokonanie zasadniczych zmian w organizacji Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), m.in. w zakresie funkcjonowania dyspozytorni medycznych, roli dyspozytora medycznego, możliwości zastosowania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w obszarze koordynowania działań poszczególnych uczestników akcji medycznej na miejscu zdarzenia i poza nim, a także funkcjonowania Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM (SWD PRM).

Przyjęta mała nowelizacja ustawy o PRM wniosła wiele zmian oczekiwanych przez środowisko ratownictwa medycznego:

- uregulowanie obszaru odnoszącego się do dyspozytorni i dyspozytorów medycznych, w tym przejście dyspozytorni medycznych przez wojewodów,
- zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych,
- doprecyzowanie możliwości wykonywania zawodu przez ratownika medycznego w



jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej, a także w Policji oraz w Służbie Ochrony Państwa ,

- rozszerzenie o kardiologię i neurologię katalogu specjalizacji lekarskich, które umożliwią uzyskanie statusu lekarza systemu PRM,
- wprowadzenie możliwości pełnienia funkcji wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu,
- powołanie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, którego głównym celem będzie realizacja zadań związanych z Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- monitorowania systemu PRM oraz indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytorów medycznych.

Każde województwo będzie dysponowało 1 dyspozytornią medyczną, z wyjątkiem województwa śląskiego i mazowieckiego – w nich, zgodnie z ustawą, będą po 2 dyspozytornie medyczne. Tworzenie tych wielostanowiskowych dyspozytorni medycznych poprawi, zdaniem Projektodawców, zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego, skróci czas dojazdu zespołów ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia i wpłynie na ich lepszą koordynację. Dyspozytornia medyczna, która zarządza większą liczbą zespołów ratownictwa medycznego, ma większą zdolność do koordynowania akcji medycznych, szczególnie w razie zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych.

W okresie przejściowym, tj. od dnia wejścia ustawy w życie do 31 grudnia 2020 r., dyspozytornie medyczne pozostaną w strukturach organizacyjnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Od 1 stycznia 2021 r. dyspozytornia medyczna będzie komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, a jej obszar działania pokryje się z granicami rejonu operacyjnego, na który zawierane są umowy z płatnikiem świadczeń. Zatrudnienie dyspozytorów medycznych przez wojewodów na podstawie umowy o pracę ma zapewnić ciągłość działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Jednak dotychczasowa praktyka funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego zdecydowanie odstaje od założeń Projektodawców. System nie działa w próżni i saje się coraz bardziej oczywiste,, że należy, równoległe ze zmianami w samym systemie ratownictwa medycznego wprowadzić także zmiany w jego otoczeniu finansowym i instytucjonalnym. W przeciwnym wypadku nasilić się mogą zjawiska dające się zaobserwować w wielu placówkach.

Przykładowe problemy w Państwowym Ratownictwie Medycznym w poszczególnych miastach:

- wstrzymanie przyjmowania pacjentów na oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii ze względu na zbyt małą liczbę personelu medycznego,
- Brak personelu medycznego, co skutkuje problemami w osadzaniu dyżurów, brak podwyżek dla osób zatrudnionych na kontrakcie,
- Awanse na Kierownika Zespołu Ratownika Medycznego niezgodne z regulaminem, brak lekarzy na karetkach typu S, nepotyzm, niewypłacony dodatek za lipiec,
- Przyznanie lekarzom 10 zł/h podwyżki kosztem obciążenia premii o 50 proc. ratownikom medycznym,
- Program ECMO nie funkcjonuje w praktyce, ponieważ brakuje wykwalifikowanych pracowników medycznych, kierowcy karetek pracują po 48 h (zdarza się, że funkcję sanitariusza i kierowcy pełni ta sama osoba 60 h z rzędu), brakuje personelu medycznego,
- Niskie wynagrodzenia dla ratowników medycznych.
- Brak specjalisty medycyny ratunkowej, brak całodobowego dostępu do pracowni endoskopowej, obowiązkowe nadgodziny dla pielęgniarek i ratowników medycznych.
- od września pacjenci SOR-u ze schorzeniami chirurgicznymi mają trafiać do internistów i lekarzy medycyny rodzinnej.
- Brak obsady lekarskiej, sytuacja, w której jeden lekarz obstawia dyżur zawałowy, a także udary i naczyniówkę.
- Brak podwyżek dla ratowników medycznych, mimo że znalazły się pieniądze dla dyspozytorów,

- W wielu stacjach pogotowia prowadzona jest niemal permanentna rekrutacja ratowników medycznych, a zapewnienie gotowości wymaganej liczby zespołów jest możliwe dlatego, że ratownicy - podobnie jak w innych placówkach służby zdrowia lekarze czy pielęgniarki - decydują się, obok etatów, pracować także na kontraktach.
- Kłopoty z obsadą karetek "P" (podstawowych) , to kolejna odsłona problemów jakie przeżywa pogotowie ratunkowe, a szerzej system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Brak lekarzy uprawnionych, ale i chętnych do pracy w pogotowiu ratunkowym spowodował, że spada liczba karetek "S" (specjalistycznych). Karetki "S" są przekształcane w zespoły "P". Są tańsze, ze względu na niższe koszty pracy ratowników medycznych niż lekarzy.
- Ratownicy odchodzą do szpitali, które otworzyły dla nich miejsca pracy, i to nie tylko na SOR-ach. Ponieważ płacą lepiej niż pogotowia, drenują rynek pracy ratowników. Braki kadrowe nasilają się w sezonie wakacyjnym,
- W systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego jeździ prawie 1600 karetek. Przyjmując, że w każdej karetce pracuje 2-osobowy zespół ratowników, zapewnienie jej obsady przez każdy dzień w miesiącu wymaga "przypisania" do niej 10 ratowników. Zatem, żeby codziennie wszystkie te karetki wyjechały potrzeba do pełnego zabezpieczenia 16 tysięcy osób. Jest około 13 tysięcy aktywnych loginów w Systemie Wspierania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, co oznacza, że tylu ratowników pracuje w pogotowiu. Zatem w systemie brakuje ok. 3 tysięcy ratowników medycznych. Tymczasem system PRM pod względem wynagrodzenia ratowników medycznych za pracę w karetkach przegrywa z każdą inną ofertą. Ustawa o PRM zakłada, że ratownik medyczny może pracować poza systemem karetkowym i SOR-em, czyli na innych oddziałach szpitalnych, w ramach kompetencji. W tym zakresie intencja była taka, by ratownicy medyczni pojawili się w szpitalach tam, gdzie brakuje pielęgniarek.

Ponadto, trwają dyskusje nad ważnymi rozwiązaniami, jakie mają zostać zawarte w nowelizowanej ustawie o ratownictwie medycznym i towarzyszących jej rozporządzeniach. Organiza-

cje pozarządowe obserwujące te dyskusje wskazują na potencjalne istotne zagrożenia jakie mogą się ujawnić, jeśli zostaną zatwierdzone niektóre propozycje autorów projektu zmiany ustawy i innych regulacji ograniczające dostęp do informacji o funkcjonowaniu systemu. Tak więc wskazują na ryzyko, że:

- Społeczeństwo nie uzyska wiedzy o tym, że na poszczególnych obszarach czas dojazdu karetki jest dłuższy niż w innych miejscach. A co za tym idzie, nie będzie mogło interweniować, wywierając naciski na władze publiczne (np. w drodze skarg, wniosków, petycji, manifestacji, itd.), żeby ten stan rzeczy zmienić i nie będzie mogło rozliczać rządzących z tego, jak rozwiązano problem.
- Osoby zainteresowane tematyką ratownictwa medycznego oraz specjalizujące się w tym obszarze organizacje społeczne nie będą mogły wykazywać ewentualnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu ratownictwa, nie będzie już zatem możliwa dyskusja o proponowanych ulepszeniach systemu.
- Zainteresowane osoby i organizacje społeczne nie będą miały wiedzy, dzięki której byłoby możliwe porównywanie funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego na obszarze różnych województw. To zaś wyeliminuje publiczną dyskusję o tym, jak ulepszać system.
- Nie będzie niezbędnej wiedzy do dyskusji o kosztach obsługi systemu w różnych województwach.

Jedynie w drodze szerokiej, publicznej konsultacji będzie można uniknąć powszechnego występowania ww. zagrożeń, powodujących niemożność zewnętrznego monitoringu efektywności funkcjonowania systemu państwowego ratownictwa medycznego.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

