

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym  
a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli

# Ratunek dla ratowników

Tadeusz Kocowski, Mateusz Gruszka



W oficjalnych dokumentach jednoznacznie podkreśla się, że „bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest jednym z najistotniejszych elementów bezpieczeństwa narodowego”<sup>1</sup>. Zdaje się jednak, że system ratownictwa medycznego nie funkcjonuje w taki sposób, aby zapewnić każdemu obywatelowi dostęp do najwyższej jakości usług medycznych w sytuacji, gdy ta pomoc jest mu najbardziej potrzebna. Zachodzi obawa, że bezpieczeństwo zdrowotne obywateli korzystających z systemu może być mimo wszystko zagrożone. Proponujemy zmiany.

Naszym zdaniem, zmiany te powinny usprawnić funkcjonowanie ratownictwa medycznego. Chodzi wszakże o to, by regulacje prawne, szczególnie rangi ustawowej, stanowiące podstawy przyjmowanych rozwiązań organizacyjnych i finansowych stworzyły – biorąc pod uwagę specyfikę polskiej rzeczywistości prawnej – taki system organizacyjny medycyny ratunkowej, aby bezpieczeństwo zdrowotne obywateli nie było zagrożone.

### Tytuł i materia

Dokument nosi tytuł *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Ani tytuł, ani zawarte w ustawie treści nie odzwierciedlają zasadniczego przesłania tego typu rozwiązań, którym powinno być przede wszystkim ratowanie życia i zdrowia ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Właściwe byłoby nadanie ta-

kiej regulacji tytułu: *O ratowaniu ludzkiego życia i zdrowia w nagłym zagrożeniu zdrowotnym*. Przykładem jest amerykańska ustawa *O ratowaniu ludzkiego życia w nagłym zagrożeniu i nagłym porodzie (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act – EMTALA)*.

Należy rozważyć, czy taki system jest jedynym możliwym do zastosowania. Czy, biorąc pod uwagę zasadę subsydiarności i postępującą prywatyzację służby zdrowia, nie powinno się w większym stopniu dopuścić do realizacji zadań jednostki niepubliczne? Wtedy należałoby ponownie zdefiniować role i zadania organów administracji państwowej oraz innych państwowych jednostek w organizacji, nadzorze i działaniu systemu. Być może organy administracji powinny raczej przyjąć role organizatorsko-nadzorcze, a nie wykonawcze. Zważmy, że już teraz w systemie ratownictwa medycznego uczestniczy coraz więcej niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, a kontraktowanie świadczeń prowadzone przez NFZ odbywa się przy zachowaniu zasady równości podmiotów. Stąd pytanie o zasadność obecnego tytułu ustawy, a w szczególności o obecność w niej przymiotnika „państwowy”.

### Budowa ustawy

Wydaje się także, że obecna konstrukcja ustawy pozostawia wiele do życzenia. Zdajemy sobie sprawę, iż zamknięty system budowy źródeł prawa spowodował określone konsekwencje związane z zawartością ustaw jako aktów normatywnych, co sprawia, że wydają się one nadmiernie rozbudowane. Stąd też zasadność postulatu, by niektóre materie pozostawić, na ile to możliwe, regulacji aktów podstawowych. Oczywiście, powinno to być dokonywane przy zachowaniu odpowiednio skonstruowanej delegacji do ich wydania i rozdzieleniu materii między ustawę a rozporządzenie. Ponadto pewne materie będące przedmiotem regulacji ustawy mogłyby z powodzeniem zostać przeniesione do treści innych ustaw. I tak:

1. W ustawie daje się zauważyć wyraźny brak definicji przedmiotowej ratownictwa medycznego. Zawarta jest w niej jedynie definicja podmiotowa: ratownictwo medyczne – działania jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 oraz współpracujących z systemem podmiotów (jednostek), których zadaniem jest jak najszybsze udzielenie pomocy (niezbędnych czynności ratunkowych) każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Rozdział II ustawy dotyczy ratowników medycznych i ratowników, a rozdział III planowania i organizacji systemu, co rodzi pytanie o zasadność takiego rozwiązania (skoro ustawa dotyczy systemu, to sprawy systemu powinny mieć pierwszeństwo przed częścią dotyczącą ratowników medycznych).
3. Niektóre treści w rozdziale II mogłyby z powodzeniem stanowić materię rozporządzeń wykonawczych do ustawy.
4. Problematykę zawartą w art. 8. i następnym – edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy –





foto: Dariusz Gorajski/Fotorzepa

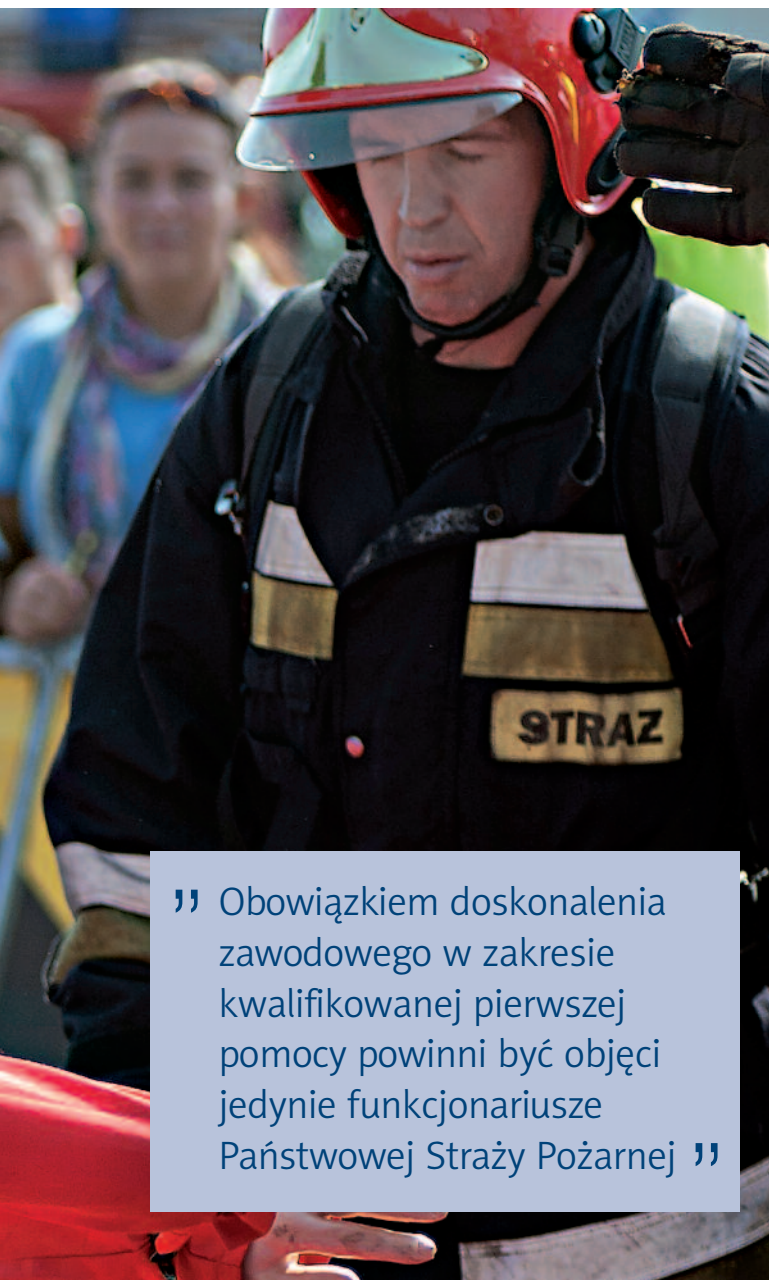
z powodzeniem można by przenieść np. do ustawy o systemie oświaty.

### Zagadnienia szczegółowe

Problematyka kształcenia ratowników medycznych wymaga – jak się wydaje – odpowiedniego uporządkowania. Zgodnie z obecną regulacją zarówno osoba kończąca szkołę policealną, jak i studia na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne ma formalnie takie same uprawnienia i prawo do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Trudno odmówić racji argumentom, iż nie ma uzasadnienia dla kształcenia ratowników medycznych w szkołach policealnych. Program i czas trwania nauczania w tych instytucjach nie upoważnia ich absolwentów do wykonywania zadań licencjonowanego ratownika medycznego. Dotychczasowym absolwentom tych szkół należy umożliwić studia wyrównawcze na akademiach medycznych, po których mogliby przystąpić do egzaminu nadającego im uprawnienia ratownika medycznego. To zróżnicowanie wykształcenia może, choć oczywiście nie w każdym wypadku musi, powodować zróżnicowanie w jakości świadczenia usług medycznych.

Podobnie jak w wypadku ratowników medycznych, przepisy w art. 26 i 27 niepotrzebnie tak szczegółowo regulują sprawy związane z działalnością dyspozytorów medycznych. Wydaje się, że większość tych regulacji mogłaby stanowić materię rozporządzenia, którego przedmiotem powinna być problematyka form, sposobów i zakresu doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych.

Należy się zgodzić ze stanowiskiem<sup>2</sup>, że przewidziany w przepisach art. 57 ustawy okres przejściowy, pozwalający, by do 31 grudnia 2020 r. lekarzami systemu mogli być lekarze posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty z określonej przepisem dziedziny medycyny, jest z punktu widzenia zapewnienia najwyższych standardów jakości systemu okresem stanowczo zbyt długim. Deficyt lekarzy w perspektywie rosnących wymagań społeczeństwa oczekującego specjalistycznego leczenia ratunkowego w chwili nagłego zagrożenia życia czy zdrowia należałoby jak najszybciej zniwelować. Wymóg leczenia ratunkowego przez specjalistę medycyny ratunkowej jest jednoznacznie sformułowany w Stanowisku Europejskiej Federacji Medycyny Ratunkowej przyjętym we wrześniu 2007 r. Dlatego też w pełni zasadny wydaje się postulat, by okres przejściowy skrócić do 30 września 2014 r.



„ Obowiązkiem doskonalenia zawodowego w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy powinni być objęci jedynie funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej „

### Doskonalenie strażaków i policjantów

W art. 16 ustawy zapisano obowiązek doskonalenia policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskania przez nich tytułu ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie. Należałoby zgodzić się z poglądem, iż obowiązkiem doskonalenia zawodowego w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy powinni być objęci jedynie funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej<sup>3</sup>. Narzucony art. 16 ust. 1 obowiązek kształcenia wszystkich funkcjonariuszy policji, żołnierzy oraz stawianie im wymagań zawodowych ratownika – zamiast nauczenia ich tylko pierwszej pomocy w zakresie podstawowym lub rozszerzonym – niepotrzebnie stwarza konieczność zdobywania umiejętności, które i tak nie zostaną w odpowiednim zakresie wykorzystane. Tak szeroki system szkolenia generuje jedynie zbyt wielkie koszty, które mają małe szanse na amortyzację.

Regulowana przepisami art. 21 ustawy problematyka sporządzanych przez wojewodę wojewódzkich planów działania systemu wymagałaby pewnej korekty. Wojewódzkie plany powinny zawierać nie tylko kalkulację

kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, ale także kalkulację kosztów działania wszystkich jednostek systemu ratownictwa medycznego. Ich niezależnym elementem powinny być szpitalne plany zabezpieczenia zdarzeń masowych i katastrof opracowane dla szpitali znajdujących się w poszczególnych rejonach. Plany te należy weryfikować co dwa lata. Z funduszy, których dysponentem jest wojewoda, powinny odbywać się coroczne ćwiczenia symulujące zabezpieczenie zdarzeń masowych czy katastrof.

Przepisy art. 30 ustawy przewidują sposób postępowania w wypadku katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej<sup>4</sup> lub gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób. Ten sposób postępowania nie przewiduje istnienia planu zabezpieczenia medycznego zdarzenia masowego lub katastrofy dla danego rejonu. W wypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy o stanie klęski żywiołowej korzystniejszym rozwiązaniem byłoby stworzenie planu zabezpieczenia medycznego zdarzenia masowego lub katastrofy dla danego rejonu, który to plan przewidywałby – podobnie jak szpitalne plany zabezpieczenia zdarzenia masowego lub katastrofy – procedury i zadania poszczególnych jednostek systemu.

Przepisy art. 34 ustawy zawierają delegację upoważniającą ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia: 1) szczegółowych zadań szpitalnych oddziałów ratunkowych, 2) szczegółowych wymagań dotyczących lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych, 3) minimalnego wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych szpitalnych oddziałów ratunkowych – uwzględniając konieczność zapewnienia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej. Delegacje nie wspominają nic o ewentualnym wprowadzeniu kategoryzacji szpitalnych oddziałów ratunkowych. Oddziały ratunkowe funkcjonują wszakże na różnych poziomach zaawansowania sprzętowego, organizacyjnego i personalnego, dlatego ich kategoryzacja wydaje się niezbędna. Posiadające najwyższy stopień referencyjności oddziały ratunkowe powinny otrzymywać wyższe ryczałty (kontrakty) na usługi medyczne, co przyczyni się pośrednio do powstania mechanizmu konkurencji poszczególnych oddziałów, a w konsekwencji wpłynie na podnoszenie poziomu usług medycznych. Korzystne mogłoby być także stworzenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych realizowanych na oddziałach ratunkowych poszczególnych stopni referencyjności, uzależnionych od wyposażenia i zasobów kadrowych.

Zasadom finansowania działalności systemu ratownictwa medycznego, określonym w przepisie art.

„ Korzystne byłoby stworzenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych realizowanych na oddziałach ratunkowych poszczególnych stopni referencyjności „

46 ustawy, można postawić zarzut braku kompleksowego ujęcia. Nie uwzględniono bowiem finansowania gotowości operacyjnej oddziałów ratunkowych. Powinna być ona finansowana z budżetu państwa, z części, których dysponentami są wojewodowie. Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) powinny być natomiast finansowane przez NFZ. Takie zróżnicowanie sprawi, że w systemie pojawi się więcej pieniędzy, a równocześnie oddziały przestaną być balastem finansowym dla szpitali.

### Odpowiednie finansowanie

Odpowiednie finansowanie będzie wpływać na poprawienie jakości funkcjonowania oddziałów oraz motywację do stałego podnoszenia standardu usług. Oczekiwania społeczne dotyczące SOR rosną w naszym kraju systematycznie, co przejawia się m.in. szybkim zwiększaniem się liczby wizyt na tych oddziałach oraz – coraz wyraźniej artykułowanymi – postawami roszczeniowymi wobec jakości ich funkcjonowania. Podobne zjawiska towarzyszyły powstawaniu takich oddziałów w krajach bardziej rozwiniętych. Przytaczane liczby ze Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Irlandii i Australii mówią o średniej liczbie wizyt na oddziałach ratunkowych wynoszącej ponad 50 tys. rocznie. W 2004 r. w Stanach Zjednoczonych takich wizyt było niemal 120 mln. Szacuje się również, że każdy pacjent zjawiający się w Emergency Department – z tytułu wczesnego zdiagnozowania i wczesnego podjęcia leczenia – istotnie obniża koszty systemu ochrony zdrowia. Dlatego m.in. menedżerowie ochrony zdrowia tak wielką wagę przykładają do jakości funkcjonowania SOR<sup>5</sup>.

Szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego mają obowiązek uzyskać potwierdzenie spełnienia wymagań określonych przepisami wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zajmującą się monitorowaniem jakości świadczeń zdrowotnych. Brak potwierdzenia, o którym mowa w art. 35 ust. 1, powoduje nieuwzględnienie w planie na rok następny SOR lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

### Oddziały ratunkowe

Oddziały ratunkowe jako jedyne w systemie ochrony zdrowia zmuszane są do uzyskania akredytacji przez jednostkę monitorowania jakości, mimo że jest wiele innych mechanizmów akredytowania oddziałów, egzekwowania stawianych im wymagań i nadzorowania wykonywanych przez nie świadczeń przez płatnika. Akredytacja ta, wykonywana przez firmę prywatną, wydaje się w tej sytuacji zbyteczna – generuje tylko niepotrzebne koszty.

W ustawie nie uwzględniono konieczności nadzorowania przez lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego bez lekarza. Ponadto ustawa, zakładając istnienie dwojakiego rodzaju zespołów ratownictwa medycznego, w tym szczególnie niemających w składzie lekarza, nie określa jednoznacznie konieczności zapewnienia minimum ilościowego specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (z lekarzem). A to stwarza niebezpieczeństwo całkowitego braku specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na niektórych obszarach działania systemu.

Należałoby rozważyć przywrócenie uchylonego art. 7 ustawy, stanowiącego o odpowiedzialności odszkodowawczej dysponentów poszczególnych jednostek systemu.

### Szpitalny oddział ratunkowy

By system funkcjonował prawidłowo, ważna jest odpowiednia proporcja między liczbą aktywnych zespołów ratownictwa medycznego (ambulansów) a liczbą mieszkańców. Obecnie na Dolnym Śląsku ambulans ratunkowy obsługuje 25 tys. osób. W Europie Zachodniej ambulans przypada na 75 tys., a nawet 100 tys. mieszkańców. W Polsce utrzymanie ambulansu typu „S” w obecnych warunkach kosztuje 3 tys. zł na dobę. Z kolei średniej wielkości SOR dostaje dobowy ryczałt na leczenie wynoszący średnio 4 tys. zł (dane te różnią się w zależności od wynegocjowanego kontraktu, na Dolnym Śląsku jest to od 2,5 do 15 tys. zł)<sup>6</sup>. Powinno się więc rozważyć ograniczenie liczby zespołów ratownictwa medycznego, zakładając, że nie więcej niż jeden taki zespół będzie przypadał na 50 tys. mieszkańców.

### Przypisy

<sup>1</sup> Biuro Bezpieczeństwa Narodowego, BBN a ochrona zdrowia, 12 stycznia 2010, [http://www.bbn.gov.pl/portal/pl/532/2046/BBN\\_a\\_ochrona\\_zdrowia.html](http://www.bbn.gov.pl/portal/pl/532/2046/BBN_a_ochrona_zdrowia.html)

<sup>2</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu ustawy o państwowym ratownictwie medycznym z 8 września 2006 r. (druk nr 853), s. 2 i 3.

<sup>3</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „Ustawy o ratownictwie medycznym” – wersja z 1 marca 2006 r., s. 3.

<sup>4</sup> Dz. U. Nr 62, poz. 558, z późn. zm.

<sup>5</sup> Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „Ustawy o ratownictwie medycznym” – wersja z 1 marca 2006 r., s. 7.

<sup>6</sup> J. Jakubaszko, M. Gruszka, Medycyna ratunkowa – ratownictwo medyczne a bezpieczeństwo publiczne, (w:) Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej, (red. A. Chajbowicz i T. Kocowski) Kolonia Limited, Wrocław 2009, s. 55.