

Spór o karetki pogotowia ratunkowego

Taniej i lepiej



fot. Dariusz Borowicz/Agencja Gazeta

Karetki przestały pełnić funkcję przychodni na kółkach, w której potrzebny był lekarz uprawniony do pełnego diagnozowania pacjentów w domu oraz zlecenia odpowiedniego leczenia, w tym wypisywania recept. Czy to dobrze? Odżywa dyskusja na temat.

W ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2006 r. określono kwalifikacje osób mających prawo do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Wśród uprawnionego personelu wymieniono lekarzy, pielęgniarzy i ratowników medycznych. Zespoły ratownictwa medycznego podzielono na dwie kategorie: specjalistyczne oraz podstawowe. Zgodnie z prawem, w zespołach specjalistycznych muszą być co najmniej trzy osoby, w tym lekarz.

Ratownik nielekarz

W wypadku zespołów podstawowych wymaga się co najmniej dwóch osób uprawnionych, bez konieczności obecności lekarza. W poustawowym rozporządzeniu minister zdrowia nadał ratownikowi medycznemu wie-

le uprawnień pozwalających na skuteczne działanie. Wprowadzenie ustawy poprzedziła burzliwa dyskusja, media podsycali atmosferę niepokoju, publikując artykuły sugerujące, że karetki zostaną pozbawione profesjonalnej obsady, a pacjenci będą odnosić szkody, ba – nawet umierać.

Ratowników medycznych obawiali się też lekarze, pielęgniarzy, a nawet towarzystwa medyczne. W stanowisku z 17 marca 2006 r. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, w którego władzach do dziś trudno znaleźć ratowników medycznych, pielęgniarzy czy menedżerów ochrony zdrowia, nazwało nieporozumieniem eliminowanie lekarzy z zespołów ratownictwa medycznego. Nieporozumieniem merytorycznym nazwano także propozycję obwieszczenia ministra zdro-

wia dotyczącego procedur postępowania ratunkowego, argumentując, że umiejętności specjalistów pracujących w jednostkach systemu mają wynikać z ich studiów, z dobrego przygotowania zawodowego i specjalistycznego oraz umiejętności pracy zespołowej, a nie z posługiwania się instrukcjami (obecnie nazywanymi standardami medycznymi).

Pole walki

Szczególnie podkreślono brak uzasadnienia obszernych ustawowych zapisów dotyczących ratownika, jak napisano: „przedstawiciela zawodu niemedyckiego funkcjonującego w innym systemie”. Podczas różnych konferencji i spotkań ostrzeżono przed zgubnymi skutkami funkcjonowania karetek bez lekarzy. Należy przy tym podkreślić, że ratownikowi medycznemu w poustawowym rozporządzeniu minister zdrowia nadał liczne uprawnienia pozwalające na skuteczne działanie „na polu walki”.

Zmiany

Od tamtego czasu wiele się zmieniło. Karetki przestały pełnić funkcję przychodni na kółkach, w której potrzebny był lekarz uprawniony do pełnego diagnozowania stanu pacjentów w domu oraz zlecenia odpowiedniego leczenia, w tym wypisywania recept. Stosowanie procedur stało się powszechne, większość uczestników systemu zrozumiała, że medycyna nie jest dyscypliną sztuki, ale nauki. Do głosu doszli menedżerowie, pojawiły się badania nad efektywnością kosztową. Wykształcili się i nabrali doświadczenia ratownicy medyczne, powstały nieznane wcześniej szpitalne oddziały ratunkowe, a niedawno centra urazowe.

Ożyła stara dyskusja

Ambulanse są coraz nowocześniejsze i lepiej wyposażone, m.in. dzięki funduszom europejskim. Niedawno znowu ożyła jednak dyskusja na ich temat. W jednej z poczytnych gazet codziennych ukazał się alarmujący artykuł, już w podtytule su-

gerujący, że pacjenci będą pozbawieni pomocy wykwalifikowanych lekarzy w karetkach, a tytuł główny sugerował, że karetka pojedzie do wypadku bez ratownika, choć w tekście chodziło o brak specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej. Cytowano wypowiedzi utytułowanych lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, z których emanowało zaniepokojenie obniżaniem standardów pomocy. Oczywiście tak jak w wypadku wielu innych specjalizacji lekarskich stwierdzono, że lekarzy ze specjalizacją z zakresu medycyny ratunkowej brakuje i konieczne są zachęty finansowe. Mamy zatem do czynienia ze swoistym *déjà vu* sprzed ponad 6 lat. Bardzo racjonalne były natomiast wypowiedzi menedżerów dostrzegających szerszy aspekt problemu, w tym preferencję samych „szeregowych” lekarzy specjalistów do pracy na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Menedżerowie podkreślają, że właśnie tam czas specjalisty jest najbardziej efektywnie wykorzystywany, a niewielka liczba wyjazdów karetok z obsadą lekarską na dobę jest dodatkowym argumentem. Ponadto ratownik jest często jednocześnie kierowcą karetki, a lekarz nie.

Fakty

Podczas niedawnego posiedzenia Rady Gubernatorów Europejskiej Federacji Szpitali przeprowadziłem sondę na temat obsady ambulansów medycznych w kilkunastu krajach UE. Po pierwsze, nie ma żadnej dyrektywy unijnej, która regulowałaby obsadę karetok pogotowia. Po drugie, okazało się, że w większości krajów obsadę karetok stanowi personel nielekarski (Słowenia, Estonia, Malta, Dania, Wielka Brytania, Szwecja), a jeśli obecni są lekarze, to najczęściej nie mają oni specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej (Niemcy, Hiszpania, Portugalia), często nie mają żadnej specjalizacji (Finlandia, Łotwa, Belgia, Luksemburg), są świeżo po studiach (Austria), a nawet w zespołach są studenci wyższych lat medycyny (Węgry). W bardzo niewielu krajach w karetce jest

„ Ratowników medycznych obawiali się lekarze, pielęgniarki, a nawet towarzystwa medyczne ”

zawsze lekarz (Słowacja, Czechy). We wszystkich krajach, z których pochodzili ankietowani, w karetkach jeżdżą głównie ratownicy, a wyjątkowo wyłącznie pielęgniarki (Malta).

Należy również wspomnieć o rozwiązaniach stosowanych w krajach pozaeuropejskich, szczególnie z dużym doświadczeniem w organizacji bardzo skutecznego systemu ratownictwa medycznego, jak np. USA, Kanada, Australia czy Nowa Zelandia. Tam z reguły w karetkach lekarza nie uświadczymy. Ciekawym przykładem są USA – właśnie tam w latach 60. powstała specjalizacja z medycyny ratunkowej, której celem było zapewnienie specjalistycznej opieki na terenie chaotycznie wcze-

a taki jest model oparty na zapewnieniu obsady karetok ratunkowych przez kwalifikowany personel nielekarski.

Medycyna ratunkowa

Jeszcze korzystniejszy wskaźnik efektywności kosztowej otrzymamy przy porównaniu systemu nielekarskiej obsady ambulansów z obsadą przez specjalistów medycyny ratunkowej, znacznie przecież droższych niż lekarze bez specjalizacji. Już nawet pobieżne obliczenia dla średniej wielkości szpitala powiatowego dysponującego trzema karetkami, w tym jedną specjalistyczną, wskazują na możliwe zmniejszenie kosztów działania szpitala dzięki pełnej

„ Zastąpienie w całym kraju obsady karetok pogotowia personelem nielekarskim to oszczędności dla systemu ochrony zdrowia idące w setki milionów złotych ”

śniej funkcjonujących SOR-ów, a nie obsady karetok ratunkowych. To tam w roku 1961 Dr James Mills wraz z kolegami porzucili prywatną praktykę medycyny ogólnej i zapewнили całodobową obsadę izby przyjęć/SOR-u w szpitalu *Alexandria Virginia*, co od tej pory funkcjonuje w historii tej ważnej specjalizacji lekarskiej pod nazwą *Alexandria Plan*. Liczne porównania skuteczności medycznej systemów medycyny ratunkowej wykazują brak przewagi krajów, w których w karetkach obecni są zawsze lekarze. Dlatego też, zgodnie z zasadami ekonomiki ochrony zdrowia, przy podobnej skuteczności klinicznej dwóch procedur wskaźnik efektywności kosztowej jest znacznie korzystniejszy w wypadku modelu tańszego,

obsadzie nielekarskiej karetok, sięgające rocznie nawet 400 tys. zł. Zastąpienie w całym kraju obsady karetok pogotowia personelem nielekarskim to oszczędności dla „zestresowanego” systemu ochrony zdrowia idące w setki milionów złotych, które można by przeznaczyć na wiecznie niedofinansowane szpitalne oddziały ratunkowe, w których obsadę lekarską powinni stanowić przede wszystkim lekarze specjaliści z zakresu medycyny ratunkowej w systemie 24/7. I to by była znana z nauk o zarządzaniu sytuacja *win-win*.

Jarostaw J. Fedorowski
Autor jest prezesem
Polskiej Federacji Szpitali,
gubernatorem i członkiem Prezydium
Europejskiej Federacji Szpitali HOPE.