



## Uratować ustawę

Ustawa o ratownictwie medycznym budzi wiele kontrowersji. Lekarze boją się utraty źródła dodatkowych dochodów, pacjenci obawiają się, że ratownik nie będzie potrafił pomóc w bardziej skomplikowanych przypadkach. – *Na całym świecie jest wyraźny podział ról. Ratownik ratuje, pielęgniarka pielęgnuje, a lekarz leczy. Nie może być tak, że lekarze jeżdżą do pacjentów, którzy są przeziębieni, bo w tym czasie mogą być potrzebni w szpitalu* – replikuje Jarosław Pinkas, wiceminister zdrowia. Przeciwnikiem pomysłu, by karetki mogły jeździć bez lekarzy, jest m.in. krajowy konsultant ds. medycyny ratunkowej prof. Juliusz Jakubaszko, który stwierdził, że są kraje, w których do wypadków wyjeżdżają ratownicy, ale oni są pod stałym nadzorem lekarzy, mają z nimi kontakt *on-line*. I to lekarz podejmuje decyzję, co mają robić. Nie można pozwolić, by w pogotowiu jeździły tylko karetki bez lekarza. Krajowy konsultant ds. medycyny ratunkowej wskazuje też, że w Polsce wciąż nie działa nocna pomoc medyczna, którą powinni zajmować się lekarze rodzinni. Pacjent, który dostał w nocy gorączki, powinien wezwać dyżurującego lekarza rodzinnego. Jeśli takiego lekarza nie ma – wzywa pogotowie. Jeśli więc karetka będzie jeździła bez lekarzy, jak proponuje ministerstwo, to w praktyce pacjenci zostaną pozbawieni nocnej opieki. To nie jedyny zarzut, jaki stawiany jest ustawie. Poniżej przedstawiamy opinię Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej.

*red.*

Aby oczekiwana ustawa spełniła pokładane w niej nadzieje, należy do treści jej projektu nanieść szereg poprawek i uzupełnień. Uważamy, że w koniecznej korekcie projektu ustawy należy uwzględnić przede wszystkim takie elementy, jak:

- 1. Ułożenie treści ustawy zgodnie z zasadami tworzenia aktu prawnego, uwzględniając rozwijanie poszczególnych zapisów zgodnie z logiką ich wagi prawnej, organizacyjnej i wykonawczej. Oznacza to m.in., taką chronologię zapisów, aby mogły one w razie potrzeby odwoływać się do odnośników już istniejących w tekście, a nie do tych, które pojawiają się dopiero w jego dalszych rozdziałach. Wychodząc z tych przesłanek należy nie tylko uporządkować kolejność poszczególnych zapisów tej ustawy, ale znacznie je skrócić i uprościć, m.in. przez oddelegowanie niektórych niepotrzebnie rozbudowanych treści, jak np. rozdziału 2. i rozdziału 5, do rozporządzeń wykonawczych.
- 2. Przywrócenie w zapisach rozdziału 1. roli państwa jako gwaranta tworzenia struktur i realizacji zadań systemu.
- 3. Doprecyzowanie zapisów określających zasady i zadania organów władzy oraz ich obowiązki względem tworzenia i włączania jednostek organizacyjnych do systemu (art. 3). Projekt nie precyzuje kompetencji i zadań poszczególnych organów władzy w tym zakresie – za wyjątkiem planowania systemu. Projekt nie przewiduje również zasad wprowadzania jednostek do systemu. Proponowany przez projekt pomysł rejestru wojewody dla ratowników i lekarzy współpracujących z systemem (art. 16 i art. 29) nie ma merytorycznego ani organizacyjnego uzasadnienia. Pociąga jednocześnie duże koszty takiego przedsięwzięcia.
- 4. Uporządkowanie zamieszczenia nomenklaturowego powodowanego zapisami art. 4 – określając i wprowadzając niezbędne definicje zgodnie z międzynarodową terminologią przyjętą w medycynie ratunkowej i stosowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Przykładowo, nie ma uzasadnienia merytorycznego ani potrzeby definiowanie pomocy medycznej lub poszkodowanego (art. 4, ust. 5, ust. 6). W projekcie ustawy brakuje definicji ratownictwa medycznego, co skutkuje w dalszych zapisach

ustawy błędną interpretacją tego pojęcia i zapisów z tego wynikających (np. ...plan zabezpieczenia ratownictwa medycznego na terenie województwa – art. 20, ust. 1).

Uważamy również, że:

- 5. Projekt ustawy przeczy podstawowym pojęciom struktur medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego w systemie ochrony zdrowia. Pomija kluczową pozycję szpitalnych oddziałów ratunkowych, nie tylko jako sieci stacji docelowych dla całego systemu, ale również jako bazy specjalistycznej dla natychmiastowego leczenia chorych w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, także w przypadku podtrzymania ich funkcji życiowych i przygotowania do dalszych etapów leczenia specjalistycznego w innych działach medycyny interwencyjnej. Nie uwzględnia przy tym ogromnego wachlarza oddziałów szpitalnych, powołanych w części swoich zadań do nagłych interwencji specjalistycznych z tytułu ich możliwości i umiejętności szczególnych. Dotyczy to w zasadzie wszystkich dyscyplin klinicznych, poczynając od intensywnej terapii. Medycyna ratunkowa i jej trzon – szpitalne oddziały ratunkowe – powstały ponad 30 lat temu w krajach bardziej rozwiniętych od naszego właśnie po to, aby dać szansę wszystkim pacjentom w stanie krytycznym, na jak najszybsze dotarcie, w jak najlepszym stanie, do ośrodka właściwej docelowej terapii specjalistycznej. Ustawa powinna zapewnić współdziałanie z systemem ratownictwa medycznego wszystkich działów medycyny klinicznej przystosowanych w części swoich zadań do interwencji natychmiastowych, a w tym szczególnie: – oddziałów intensywnej terapii, – oddziałów ortopedyczno-urazowych, – oddziałów chirurgii ogólnej, – oddziałów chirurgii naczyniowej, – oddziałów kardiologii, – oddziałów torakochirurgii, – oddziałów neurochirurgii, – oddziałów chirurgii twarzowej, – oddziałów oparzeniowych; – oddziałów chirurgii dziecięcej, – oddziałów kardiologii, – oddziałów kardiologii interwencyjnej, – oddziałów neurologii (w tym udarowych), – oddziałów toksykologii, – oddziałów laryngologii, – oddziałów okulistyki, – oddziałów ginekologiczno-położniczych, – oddziałów dziecięcych i – działów diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.

Współdziałanie to powinno oznaczać w szczególności natychmiastowe udzielanie przez te oddziały świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, kierowanych do nich przez system ratownictwa medycznego.

- 6. Niedostatkami merytorycznymi ustawy jest brak wskazania oddziałów ratunkowych jako jednostek monitorujących jakość systemu ratownictwa medycznego w swoich regionach. Przypisywanie tej roli koordynatorom medycznym, o niezdefiniowanych kwalifikacjach i niejasnych mocowaniach w systemie ochrony zdrowia, nie daje gwarancji wysokiej jakości systemu. Należy w związku z tym rozważyć określenie kategoryzacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w zależności od ich miejsca w szpitalach o różnej referencyjności oraz ich zadań, jakie wykonują na rzecz regionu.
- 7. Ustawodawca nie dostrzega wagi nadzoru lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej nad zespołami ratownictwa medycznego. Uniemożliwia to kontrolę ich jakości i jednocześnie oddala perspektywy funkcjonowania tych zespołów bez lekarza. Należy jednoznacznie określić, najlepiej drogą rozporządzeń wykonawczych, kształt organizacyjny zespołów ratownictwa medycznego, ich skład osobowy oraz zróżnicowanie zależne od zakresów ich zadań, dla których w zespołach tych musi być lekarz lub gdy bezpośrednia jego obecność nie jest konieczna. Należy również określić warunki techniczne gwarantujące nadzór w czasie rzeczywistym nad zespołami wykonującymi swe zadania bez obecności lekarza. Nieporozumieniem jest, proponowane w zapisach ustawy, eliminowanie lekarzy medycyny ratunkowej i pielęgniarek ratunkowych z zespołów ratownictwa medycznego. Przeczy to konieczności zagwarantowania wysokiej jakości systemu stawianego do sprostania potrzebom pacjentów wysokiego ryzyka. Propozycja zawarta w art. 29 dotycząca wojewódzkiej listy lekarzy współpracujących z systemem jest nieporozumieniem. Zacerpnięto ją prawdopodobnie z warunków wojennych lub sytuacji krajów stale zagrożonych konfliktem zbrojnym, kiedy to można uzasadnić potrzebę mobilizacji lekarzy do wykonania obowiązku obronnego państwa.
- 8. Nieporozumieniem merytorycznym jest propozycja obwieszczenia ministra zdrowia

o procedurach postępowania ratunkowego. Umiejętności postępowania specjalistów funkcjonujących w jednostkach systemu wynikać mają z ich studiów, dobrego przygotowania zawodowego i specjalistycznego oraz umiejętności pracy zespołowej (będącej charakterystyczną cechą medycyny ratunkowej) a nie z posługiwania się instrukcjami. W tym zakresie ustawodawca powinien określić zasady ściślejszej współpracy zespołów ratownictwa medycznego ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi.

- 9. Proponowane powoływanie Centrów Koordynacji Ratownictwa Medycznego województwa (art. 22, ust. 1) przeczy konieczności zintegrowania ratownictwa medycznego ze służbami ratowniczymi oraz stwarza konieczność powoływania kolejnego bytu administracyjno-organizacyjnego, pozbawionego gwarancji jakościowych i specjalistycznych. Spowoduje również niepotrzebny wzrost kosztów funkcjonowania systemu. Należy zwrócić uwagę na istniejące już w urzędach wojewódzkich stanowiska kierowania PSP, powołane m.in. do koordynacji działań ratowniczych.
- 10. Nie ma uzasadnienia bardzo szerokie rozwijanie ustawowych zapisów dotyczących ratownika medycznego, przy jednoczesnym pominięciu innych zawodów medycznych pracujących w systemie (lekarz medycyny ratunkowej i pielęgniarka ratunkowa). Szczególnie nie ma uzasadnienia dla szerokich zapisów w ustawie *O ratownictwie medycznym* kwestii dotyczących osoby ratownika, czyli przedstawiciela zawodu niemedycznego funkcjonującego w innym systemie. Kwalifikowana pierwsza pomoc jest dla niego formą doskonalenia zawodowego, aby umiał i mógł – jako funkcjonariusz systemu bezpieczeństwa publicznego – współpracować z systemem ratownictwa medycznego.
- 11. Nie ma uzasadnienia merytorycznego ani organizacyjnego, tak szerokie jak proponowane w projekcie ustawy, opisanie nauczania pierwszej pomocy, w tym m.in., wprowadzanie w urzędach wojewodów instytucji kontrolera nauczania pierwszej pomocy. Ustawodawca wydaje się nie dostrzegać właściwego wymiaru takiego kształcenia ani istnienia systemu szkolnictwa podstawowego w naszym kraju. Nie zauważa też konieczności certyfikowania instruktora

rów nauczania pierwszej pomocy, ani istnienia konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich do spraw medycyny ratunkowej. Propozycje ustawodawcy pociągają przy okazji wysokie koszty proponowanego kształcenia opisane we *Wpływie regulacji na sektor finansów publicznych*.

- 12. Niejasne są zapisy ustawy dotyczące sporządzania przez wojewodę planów zabezpieczenia medycznego. Samo określenie takiego planu zawarte w art. 20.1., jako planu zabezpieczenia ratownictwa medycznego na terenie województwa jest nieporozumieniem. Należy bowiem zauważyć, że to nie ratownictwo medyczne ma być zabezpieczone, a osoby w nagłym zagrożeniu zdrowia lub życia w przypadkach indywidualnych lub masowych. W proponowanych zapisach nie przewiduje się też szpitalnych planów zabezpieczenia katastrofy. Takie właśnie plany, zgodnie z europejskimi standardami, powinny określać szczegółowe zadania szpitali w sytuacji nadzwyczajnej. Powinny one określać szczegółowo zadania poszczególnych służb szpitala, szpitalnych oddziałów ratunkowych i wszystkich oddziałów znajdujących się w strukturach szpitala. Powinny także zawierać imienne listy lekarzy (zatrudnionych w szpitalu) przygotowywanych specjalistycznie i logistycznie do funkcjonowania również w warunkach przedszpitalnych. Listy takie są konieczne w przypadku konieczności zabezpieczenia medycznego w sytuacji kryzysowej. Plany te, zgodnie z międzynarodowymi standardami, winny być weryfikowane co 2 lata i ćwiczone corocznie. Finansowanie tych zadań powinno odbywać się z budżetu wojewody.
- 13. Zapisy rozdziału 6. budzą niepokój z powodu niedostrzegania konieczności utrzymywania stałej gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych. Ich finansowanie z puli ubezpieczyciela świadczeń zdrowotnych – jest powszechnie przyjętym mode-

lem finansowania *Emergency Departments* w innych krajach. Przy odpowiednio racjonalnym doszacowaniu stanowi ono gwarancję dobrego funkcjonowania tych oddziałów oraz motywację do stałego podnoszenia ich jakości. Warto podkreślić, że w stosunku do szpitalnych oddziałów ratunkowych oczekiwania społeczne ciągle rosną. Przejawia się to m.in. wzrostem liczby wizyt w tych oddziałach oraz coraz wyraźniej artykułowanymi postawami roszczeniowymi wobec jakości ich funkcjonowania. W 2004 r. w Stanach Zjednoczonych liczba wizyt w oddziałach ratunkowych wyniosła niemal 120 mln. Jednocześnie w USA szacuje się, że z tytułu wczesnego zdiagnozowania i podjęcia leczenia pacjent *Emergency Department* istotnie obniża koszty całego systemu ochrony zdrowia. Stąd też tak ogromną rolę przykładają menedżerowie ochrony zdrowia do jakości funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych.

#### Łańcuch przeżycia

Przedstawiając powyższe uwagi do projektu ustawy *O ratownictwie medycznym* pragniemy z naciskiem podkreślić, że powodowane są one troską o przyszły jej kształt. Uwagi są także wyrazem obaw o funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w naszym kraju i jego służebnej roli wobec osób w nagłym i niespodziewanym zagrożeniu zdrowia lub życia. Osoby te, często w stanie krytycznym, zdane są na jakość systemu, w tym na jego powszechną dostępność i sprawność działania poszczególnych ogniw w łańcuchu przeżycia. Uwagi przedstawiamy również w nadziei, że członkowie środowiska polskiej medycyny ratunkowej, reprezentowani przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, zostaną zaproszeni i włączeni do prac legislacyjnych nad ustawą. Zdajemy sobie sprawę z wagi i pilności tych prac i po raz kolejny wyrażamy ministrowi zdrowia gotowość do wzięcia w nich udziału. ■

