

Mercedesem do pacjenta

Rozmowa z dr. Witoldem Draberem, dyrektorem naczelnym Rejonowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu

Od trzech lat poznańskie pogotowie ratunkowe nie ma problemu lokalowego. Przy ulicy Rycerskiej 10 jest nareszcie na swoim.

Są natomiast inne problemy, równie dokuczliwe. Przede wszystkim wynikają one z ogólnej, niekiedy bardzo skomplikowanej i trudnej sytuacji w służbie zdrowia, a także z przekształceń, jakie stopniowo następują. Niektóre z nich mają postać eksperymentu, wymagają wielu korekt. Co u nas ostatnio się zmieniło? Nie mówimy już o pogotowiu ratunkowym, ale o zespołach ratownictwa medycznego. Pogotowie przestaje być przychodnią na kółkach i nie muszą w nim jeździć wyłącznie lekarze. Ustawa, która obowiązuje od 1 stycznia 2007 r., dokładnie określa zakres naszej działalności. Zgodnie z nią, funkcjonują dzisiaj dwa typy ratownictwa medycznego: zespoły specjalistyczne z lekarzami systemu oraz zespoły podstawowe z ratownikami medycznymi bądź pielęgniarkami systemu. Zespołów specjalistycznych jest w tej chwili osiem, podstawowych – jedenaście.

Czy, jak dawniej, karetką może jeździć każdy lekarz?

Nie, i w tym duży problem. Lekarzem systemu może być dzisiaj lekarz specjalista chorób wewnętrznych, chirurgii i pediatrii. W przyszłości jednak ma to być specjalista medycyny ratunkowej. Ustawa zakłada, że do 2020 r. wyłącznie będą oni w zespołach ratownictwa medycznego. Na razie wszakże, co niepokoi, nie ma tylu chętnych do studiowania tej specjalizacji. Co więcej, niektórzy po jej ukończeniu nie podejmują pracy w pogotowiu. Aktualnie w Polsce jest około pół tysiąca lekarzy medycyny ratunkowej, z czego w zespołach specjalistycznych i szpitalnych oddziałach ratunkowych pracuje nawet nie połowa.

Kim są ratownicy medyczni?

Nie są lekarzami, specjalistami, o czym niekiedy się zapomina. Ich zadanie polega na tym, aby właściwie zabezpieczyć pacjenta, jeśli zaistnieje taka potrzeba, podjąć czynności ratunkowe, dowieźć do szpitala. Wspomniana przeze mnie ustawa określa, że ratownikiem systemu można zostać już po dwóch, trzech latach nauki w szkole pomaturalnej, licencjackiej i zdaniu egzaminu państwowego. To już wystarcza do podjęcia pracy w ratownictwie medycznym. Tymczasem absolwent Uniwersytetu Medycznego po sześciu latach studiów, roku stażu podyplomowego i egzaminie LEP nie może być lekarzem systemu. Musi jeszcze zrobić specjalizację medycyny ratunkowej, która trwa sześć lat. To rażąca dysproporcja, zarazem, niestety, nie jedyny absurd tej ustawy i kolejnych związanych z nią rozporządzeń.

Na przykład...

...minister zdrowia określił, jakie leki, jakie środki farmakologiczne może podać ratownik medyczny. Precyzyjnie ograniczył też ich liczbę do 29. Natomiast Narodowy Fundusz



FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI

Zdrowia wymaga, aby w karetkach było 60 leków. Nie trzeba być matematykiem, aby zauważyć marnotrawienie grosza publicznego. Po upływie terminu ważności, zazwyczaj po roku, połowę leków wyrzucamy do kosza i kupujemy nowe.

A jak z groszem na wynagrodzenia?

Niestety, marnie. Proszę spojrzeć, ile w ubiegłym roku było dodatkowych pieniędzy dla szpitali. Jak informuje NFZ, w Wielkopolsce siedem razy podpisywane były aneksy do umów. My, po ogólnopolskim proteście ratowników, otrzymaliśmy tylko jeden. Mimo podwyżki od 1 lipca, stawki, które oferuję, nie są zadowalające. Lobby szpitali jest zdecydowanie silniejsze niż lobby ratownictwa medycznego. Do tego dodać też trzeba lobby Porozumienia Zielonogórskiego. Nie ukrywam, są sytuacje, gdy mamy wrażenie, że jesteśmy chłopcem do bicia. Równocześnie nie jesteśmy też medialni. Gdy coś się dzieje, gdy na miejsce zdarzenia przyjeżdżają dziennikarze, nas już na ogół tam nie ma. Jest policjant, jest strażak, z nimi się rozmawia, ich trudną i odpowiedzialną pracę prezentuje. Tymczasem my swoją wykonaliśmy w możliwie najkrótszym czasie i już jesteśmy w innym miejscu.

Kiedyś w pogotowiu lekarze dorabiali. Jak jest dzisiaj?

Brakuje wykwalifikowanej kadry lekarskiej. Rzeczywiście, dawniej było tak, że jeśli lekarz chciał dorobić, w zasadzie jedynym miejscem było pogotowie ratunkowe. Dzisiaj jest wiele takich miejsc, na dodatek bardzo konkurencyjnych. Mam na myśli nie tylko sieć spółek, niepublicznych zakładów, prywatnych gabinetów, ale i szpitale. Dawno już pod tym względem przestaliśmy być atrakcyjni, choć warunki pracy wyraźnie się poprawiły. Mamy coraz lepsze karetki, bardzo dobrze wyposażone. Kupiliśmy sześć mercedesów, każdy z nich świetnie wyposażony. To już nie jest taksówka do przewożenia chorego. Mamy aparaturę, która pozwala monitorować podstawowe czynności życiowe, podjąć czynności ratunkowe, są defibrylatory, respiratory, pompy infuzyjne. Taka karetka z wyposażeniem kosztuje 350 000 złotych.

Niektórzy uważają, że powinna być na każde wezwanie.

Tak nie jest i być nie może. Ustawa wyraźnie określa nasze miejsce i zadania w systemie ochrony zdrowia. Generalnie ratownictwo medyczne ma być wykorzystywane w stanach zagrożenia życia. Założenie reformy z 1999 r. było takie, że podstawą systemu jest lekarz rodzinny, ma on od godziny ósmej do osiemnastej zapewnić pacjentom pełną opiekę. Gdyby tak było, to w tym czasie liczba wyjazdów naszych zespołów byłaby, poza wypadkami i urazami, niewielka. Dodatkowo nadal nie jest rozwiązany problem tzw. zastępstwa lekarza rodzinnego, czyli opieki po godzinie osiemnastej. Często zdarza się tak, że jeśli pacjent nie chce udać się do lekarza dyżurującego w wyznaczonej jednostce, wzywa karetkę pogotowia. Nierzadko fałszywie podaje wtedy objawy, które mogą wskazywać na zagrożenie zdrowia, co obliguje nas do pilnego wyjazdu. To nie jest nowa sytuacja. Sześć lat jeździłem w zespole karetki reanimacyjnej i mógłbym mnożyć przykłady nieuzasadnionych, jak się okazywało na miejscu, wyjazdów.

Jak wyglądają szpitale, izby przyjęć – dobrze wiemy. Pacjenci czekają w kolejce. W niektórych jednostkach wręcz określa się czas, dwie, trzy godziny oczekiwania na poradę. W naszym przypadku jest to nie do pomyślenia, nie tylko w stanach zagrożenia życia.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest życzliwy ratownictwu medycznemu?

System państwowego ratownictwa medycznego działa w taki sposób, że wojewoda odpłatnie wynajmuje, za pośrednictwem NFZ, karetki na potrzeby danego województwa. Powstaje plan zabezpieczenia medycznego, zatwierdzany przez ministra zdrowia. Określa on, gdzie te karetki mają być umiejscowione, w co mają być wyposażone, jaki ma być skład zespołów. Całość finansowana jest z budżetu państwa. Obowiązują nas inne przepisy niż w wielu jednostkach służby zdrowia po przekształceniach. Jesteśmy jednostką państwową, dlatego określone procedury, które niejednokrotnie krepują naszą działalność, oddalają w czasie realizację decyzji. Nie tylko w kwestii zamówień publicznych.

ROZMAWIĄŁ:
ANDRZEJ PIECHOCKI