

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli

Zdrowie, obok życia, jest podstawową egzystencjonalną wartością ludzką, a prawo do ochrony życia i zdrowia należą do katalogu podstawowych praw człowieka. Przepisy Konstytucji RP wyraźnie podkreślą ten fakt, stanowiąc w treści art. 38, że „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”, a w przepisie art. 68 ust. 1 stwierdzając, że „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Prawo do ochrony tych podstawowych dla jednostki dóbr zyskuje więc gwarancje konstytucyjne.

Ochrona zdrowia jest więc nie tylko sprawą jednostki, zainteresowanej swoją sytuacją zdrowotną i podejmującej różnorodne działania profilaktyczne w celu unikania chorób czy kalectwa, ale także zapewnienie sobie względnie dobrego samopoczucia. Jednostka współcześnie jest być może w stanie zapobiegać powstawaniu stanów niekorzystnych z punktu widzenia swego zdrowia. Nie może ona sama (być może poza nielicznymi przypadkami) zorganizować sobie, a przede wszystkim sfinansować ewentualnych koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z chorób, kalectwa czy innych zdarzeń losowych negatywnie wpływających na aktualny stan jej zdrowia. Stąd też w przepisach art. 68 Konstytucji wyraźnie i jednoznacznie zadeklarowano, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określa odrębna ustawa. Wskazano, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Władze te mają też obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

W przepisach art. 76 Konstytucji ustrojodawca nakłada na władze publiczne obowiązek ochrony zdrowia jednostek, jeśli to zdrowie mogłoby doznać uszczerbku wynikającego z korzystania ze zdobyczy współczesnej cywilizacji, poprzez zagrożenia wynikające niekiedy z nieuczciwości producentów, usługodawców czy sprzedawców różnego rodzaju urządzeń i wyrobów. W myśl przepisów tego artykułu władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Współcześnie wiele zagrożeń dla zdrowia, a niekiedy i życia jednostek wynika właśnie z różnego rodzaju zdarzeń związanych z nieprawidłowym lub nieumiejętnym, a czasami nawet prawidłowym posługiwaniem się coraz bardziej skomplikowanymi, lecz niezbędnymi w życiu codziennym maszynami czy urządzeniami. Niekiedy niekorzystne dla zdrowia i życia jednostek zdarzenia, są wynikiem błędu lub nieprawidłowości działania innych osób. Wiele niekorzystnych dla życia i zdrowia zdarzeń wynika z działania sił przyrody, i to zarówno tej ożywionej, jak i nieożywionej. Dodatkowo należy wskazać, iż zdarzenia związane z działaniem sił przyrody, a także występowaniem awarii technicznych czy innych katastrof, o stanie wojny nie wspominając, stwarzają zagrożenia nie tylko dla jednostek. Dotyczy to coraz częściej określonych grup ludzkich, niekiedy także małych społeczności lokalnych, a w ekstremalnych sytuacjach nawet większych społeczności.

Organizacja współczesnego społeczeństwa powoduje, że często jesteśmy mimowolnymi uczestnikami zdarzeń w coraz wyższym stopniu zagrażających naszemu zdrowiu i życiu. Troska o ochronę podstawowych dóbr jednostki, takich jak życie, zdrowie i mienie, niewątpliwie w pierwszym rzędzie należy do niej samej. Ochrona życia, zdrowia i mienia, czyli podstawowych

dóbr jednostki, realizowana jest przeciwko różnego rodzaju niebezpieczeństwom wywołanym przez przyrodę lub przez różnorodną działalność samego człowieka. Zaprzeczeniem stanu określanego mianem niebezpieczeństwa będzie więc stan określany jako bezpieczeństwo.

Popularny słownik języka polskiego hasło „bezpieczeństwo” definiuje jako stan psychiczny lub prawny, w którym jednostka ma poczucie pewności, oparcie w drugiej osobie lub w sprawnie działającym systemie prawnym. Bezpieczeństwo jest przeciwieństwem zagrożenia. „Porządek” to w pierwszym znaczeniu stan cechujący się czystością, schludnością, ułożeniem rzeczy w miejscach przeznaczonych dla nich lub w drugim znaczeniu, struktura, układ, plan czegoś – regularne bądź według jakiejś idei rozłożenie elementów, harmonia¹. Oznacza to, iż oba pojęcia odnoszą się przede wszystkim do jednostki i do jej odczucia stanów, które mają jej zapewnić z jednej strony wolność od wszelkich zagrożeń, z drugiej wolność od dezorganizacji czy zaburzeń stanu istniejącego, akceptowanego z jakis względów przez jednostkę.

Bezpieczeństwo, jak podkreślono, jest elementem dobra wspólnego. Do istoty dobra wspólnego odnosi się przepis art. 1 Konstytucji RP. Bezpieczeństwo jako element owego dobra podlega ochronie. Im więcej adresatów ma owa ochrona, tym dobro wspólne jest powszechniejsze². Bezpieczeństwo ma więc swój nie tylko indywidualny, ale także ponadindywidualny wyraz, co szczególnie znajduje odzwierciedlenie w formule „bezpieczeństwo publiczne”³.

Bezpieczeństwo publiczne, a ściślej rzecz ujmując – jego ochrona, to niewątpliwie jedno z najbardziej tradycyjnych sfer aktywności władzy publicznej, przede wszystkim zaś władzy wykonawczej, czyli administracji publicznej. Administracji, która w demokratycznym państwie prawnym wykonuje przede wszystkim zadania publiczne przewidziane w obowiązującym porządku prawnym i ponoszącej z tego tytułu stosowną odpowiedzialność. Zadanie oznacza wszakże pewien stan rzeczy, który ma być utrzymany lub osiągnięty. Zapewnienie bezpieczeństwa publicznego to jedno z podstawowych zadań tej administracji, których realizacji może domagać się jednostka.

To przeważnie administracja publiczna realizuje nałożone na władze publiczne obowiązki związane z organizacją życia społecznego. Nałożony na władze publiczne w Konstytucji RP obowiązek ochrony zdrowia jednostek, które to zdrowie mogłyby doznać uszczerbku w wyniku korzystania ze zdobyczy współczesnej cywilizacji, w dużej mierze spoczywać będzie także na organach administracji publicznej. One to bowiem będą realizować program jego ochrony wynikający z obowiązujących ustaw i przyjętych planów realizacyjnych w tym zakresie.

Wspominane powyżej przepisy Konstytucji RP stanowią wyraźnie, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Oznacza to, że jednostka ma prawo domagania się od państwa stosownych działań zmierzających do ochrony tego podstawowego jej dobra, a państwo zobowiązane jest do zabezpieczenie opieki zdrowotnej ze strony publicznej służby zdrowia. Mamy więc w tym wypadku do czynienia z publicznym prawem podmiotowym jednostki, prawem o treści pozytywnej, roszczeniem jednostki polegającym na domaganiu się od administracji określonych świadczeń pozytywnych.

Przez publiczne prawo podmiotowe należy rozumieć pochodną i prostą sytuację prawną podmiotu tego prawa, pozwalającą na skuteczne kierowanie żądania ściśle określonego zachowania do objętego również tą sytuacją prawną innego – zbiorowego – podmiotu publicznego prawa podmiotowego (państwa lub wspólnot samorządowych). Można także przyjąć, iż publiczne prawa podmiotowe są swego rodzaju korzyściami, które należą się jednostce i mogą

¹ B. Dunaj (red.), *Popularny słownik języka polskiego*, Warszawa 1999, s. 30 i 500.

² Por. J. Boć, O bezpieczeństwie wewnętrznym, (w:) *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, (red. A. Chajbowicz i T. Kocowski) Kolonia Limited, Wrocław 2009, s. 21.

³ Por. A. Pakuła, *Bezpieczeństwo publiczne jako dobro wspólne*, (w:) *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, (red. A. Chajbowicz i T. Kocowski) Kolonia Limited, Wrocław 2009, s. 30.

być przez nią skutecznie realizowane, co gwarantuje jej obowiązujący porządek prawny⁴.

Niewątpliwie publiczne prawa podmiotowe mają służyć i służą ochronie interesów jednostkowych, przy czym ochrona ta jest zgodna z interesem publicznym, i to właśnie interes publiczny wymaga, aby prawa podmiotowe miały charakter praw niezbywalnych, a więc nie były uzależnione od woli uprawnionego podmiotu⁵.

Jednostka ma prawo domagać się świadczeń medycznych związanych z ochroną życia i zdrowia od państwowej służby zdrowia. Państwowa służba zdrowia ma obowiązek udzielania owych świadczeń. W celu ich praktycznego wykonania państwo ustanawia instytucjonalne możliwości realizowania ochrony życia i zdrowia ludzkiego, tworząc system podmiotów zobowiązanych do podejmowania działań w tym zakresie⁶. Od aktywności i skuteczności tych podmiotów zależy, czy obywatel może być spokojny o swoje bezpieczeństwo zdrowotne, czuć się bezpieczny, jeżeli chodzi o zdrowie. Obywatel oczekuje pomocy, gdy znajduje się w sytuacji zagrożenia swego życia i zdrowia. Zakres tej pomocy i udzielanych świadczeń określają przepisy ustaw regulujących tę problematykę.

W oficjalnych dokumentach publicznych jednoznacznie podkreśla się, że: „bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest jednym z najistotniejszych elementów bezpieczeństwa narodowego”⁷. Nie ulega także wątpliwości że ratownictwo medyczne, jako składowa organizacyjna struktura ochrony zdrowia⁸, jest zasadniczym ogniwem gwarantującym poczucie bezpieczeństwa obywatela w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wynika to także ze stwierdzeń zawartych w przepisie art. 1 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁹ stanowiącym, iż w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa należy do wojewody.

Zgodnie z przepisami ustawy w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego działają:

- 1) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania jego zadań;
- 2) jednostki systemu, którymi są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, na których świadczenia zawarto z dysponentami jednostek umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, współpracujące z nimi centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych.

Z tak zorganizowanym systemem współpracują służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do

⁴ Por. W. Jakimowicz, *Publiczne prawa podmiotowe, Zakamycze 2002.*, s. 174, J. Zimmermann, *Prawo administracyjne, Zakamycze 2004*, s. 325.

⁵ M. Stahl, *Publiczne prawo podmiotowe*, (w:) Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, R. Michalska-Badziak, E. Olejniczak-Szałowska, M. Stahl, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2004, s. 65.

⁶ A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących*, Wydawnictwo Sejmowe, Grudzień 2009, s. 32.

⁷ Biuro Bezpieczeństwa Narodowego, *BBN a ochrona zdrowia*, 12 stycznia 2010, http://www.bbn.gov.pl/portal/pl/532/2046/BBN_a_ochrona_zdrowia.html

⁸ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Organizacja i możliwości ratownictwa medycznego w zabezpieczeniu potrzeb społecznych*, (w:) Katastrofy – organizacja badań i specyfika ekspertyz a potrzeby społeczne i wymiaru sprawiedliwości, Warszawa 2010, s. 77.

⁹ Dz. U. Nr 151, poz. 1410, z późn. zm.

krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty, o których mowa w art.55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej¹⁰, inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej. Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem. Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Tak utworzony system, a także działanie jego elementów, podlega ocenie zarówno merytorycznej, jak i społecznej. Jego podstawowym zadaniem jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego niezależnie od przyczyny, która ten stan spowodowała. Zapewnienie pomocy w ramach stworzonego systemu ratowania zdrowia i życia obywateli, który powinien stwarzać warunki by podejmowane działania ratownicze były szybkie, racjonalne a przede wszystkim skuteczne. Oznacza to, że system ten powinien podlegać ciągłej modyfikacji i doskonaleniu.

Szybkość działania systemu uzależniona jest od stworzenia zintegrowanego systemu powiadamiania oraz zapewnienia osiągnięcia w praktyce odpowiednich parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego: racjonalność związana jest w dużej mierze z warunkami należytego finansowania systemu, ale także racjonalnego wydatkowania posiadanych środków finansowych. Skuteczność systemu to efektywność jego działań w zakresie ratowania zdrowia i życia jak największej liczby poszkodowanych. Nie ulega wątpliwości, iż obok innych uwarunkowań, zależy ona w dużej mierze od kwalifikacji kadr biorących udział w akcjach ratowniczych i samym procesie ratowania życia i zdrowia.

Uwarunkowania działania systemu w dużej mierze uzależnione są od obowiązujących regulacji ustawowych. Postęp w nauce i technice wywiera określony wpływ także na organizację jednostek medycyny ratunkowej. Zmiany są rzeczą nieuniknioną¹¹. Cześć zmian można dokonać niekiedy metodami czysto organizacyjnymi. Wszakże nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie niektórych zmian związane jest z koniecznością dokonania odpowiednich zmian w obowiązującym ustawodawstwie.

W tym kontekście wypada zaznaczyć, że Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie jest pierwszym dokumentem regulującym te zagadnienia. Pierwszym aktem prawa była Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ustawa z 2001 r. „miała charakter ustawy systemowej – wskazywała organy odpowiedzialne za budowę systemu, nadzór nad jego funkcjonowaniem oraz zasady finansowania. Uchwalenie jej było niewątpliwie krokiem we właściwym kierunku, gdyż spowodowało zmianę jakości w podejściu do zagadnień ratownictwa medycznego. Zgodnie z przyjętymi w niej rozwiązaniami, na szczeblu kraju za budowę systemu i nadzór nad nim odpowiedzialny był minister właściwy do spraw zdrowia, w województwie te zadania realizował wojewoda. System w aspekcie organizacyjno-prawnym kończył się na etapie powiatu – i czynił starostę odpowiedzialnym za organizację i nadzór nad systemem ratownictwa medycznego”¹².

Ustawa z 2001 r. praktycznie nigdy nie weszła w całości w życie z powodu oporu nowego kierownictwa resortu zdrowia, uzasadniającego konieczność odroczenia wejścia w życie przepisów ustawy brakiem środków finansowych na jej realizację. Obawa przed zachwianiem

¹⁰ j.t. Dz. U. z 2001 r. Nr 81, poz. 889, z późn. zm.

¹¹ Por. 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. 53 i n.

¹² R. Gałązkowski, *Ratownictwo medyczne w Polsce. Komentarz do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Warszawa 2007, s. 8.

działalności ratownictwa medycznego w Polsce spowodowała konieczność uchwalenia niejako „pomostowej” ustawy z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego¹³. Jej zadaniem było przede wszystkim określenie sposobu i zasad finansowania działalności zespołów ratownictwa medycznego oraz zapewnienie środków na finansowanie kosztów pozapłacowych działalności centrów powiadamiania ratunkowego. Ustawa ta nie wprowadzała żadnych istotnych nowych rozwiązań o charakterze systemowym, co było niewątpliwym celem ustawy poprzedniej¹⁴.

Dopiero pod koniec 2005 r. zespół powołany przez Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religę przeprowadził ponowną dyskusję nad kształtem systemu ratownictwa medycznego, jednak z różnych względów nie zrealizował on zadania, które przed nim postawiono¹⁵. Na początku 2006 r. inny zespół ekspertów pod kierownictwem wiceministra Jarosława Pinkasa opracował wstępny projekt ustawy, który po niezbędnych poprawkach został następnie uchwalony jako ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Weszła ona w życie – w zakresie rozwiązań organizacyjnych – z dniem 1 stycznia 2007 r., natomiast postanowienia dotyczące finansowania systemu na etapie przedszpitalnym zaczęły obowiązywać jeszcze w 2006 r.¹⁶.

Z perspektywy czasu, można wskazać, że przyjęte przez ustawodawcę założenia nie przynoszą spodziewanych efektów. Stworzony przepisami ustawy system ratownictwa medycznego zdaje się nie funkcjonować w taki sposób, aby zapewnić każdemu obywatelowi dostęp do najwyższej jakości usług medycznych, świadczonych w sytuacji, gdy ta pomoc jest mu najbardziej potrzebna. Zachodzi obawa, że bezpieczeństwo zdrowotne obywatela korzystającego z systemu, może być zagrożone. Wynika to z przewidzianej w przepisach organizacji systemu, zasad jego finansowania, a także pewnych szczegółowych rozwiązań, które przy połączeniu w całość nie przynoszą spodziewanych efektów.

Dlatego przedstawiamy poniższe propozycje zmian w obowiązującej ustawie, które naszym zdaniem powinny spowodować poprawę w funkcjonowaniu systemu ratownictwa medycznego. Idzie wszakże o to, aby obowiązujące regulacje prawne, szczególnie te rangi ustawowej, tworzące podstawy przyjmowanych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, zbudowały, biorąc pod uwagę specyfikę polskiej rzeczywistości prawnej, taki system organizacyjny medycyny ratunkowej, aby bezpieczeństwo zdrowotne obywatela nie było zagrożone.

Pozwolimy sobie także na przedstawienie pewnych uwag co do obowiązujących rozwiązań, dotyczących techniki legislacyjnej, których ewentualne zastosowanie może się przyczynić nie tylko do polepszenia jakości samej ustawy, ale również wpłynąć na jakość rozwiązań systemowych.

A. Tytuł ustawy i jej materia

Ustawa nosi tytuł o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Tytuł jest wyrazem materii zawartej w samej ustawie i rzeczywiście formalnie ustawa określa system państwowego ratownictwa medycznego. Przyjęty tytuł i zawarte w ustawie treści nie odzwierciedlają wszakże zasadniczego przesłania tego typu rozwiązań, którym powinno być przede wszystkim ratowanie życia i zdrowia osób w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Właściwe byłoby przyjęcie dla tego typu 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” (EMTALA – *Emergency Medical Treatment and Active Labor*

¹³ Dz. U. Nr 241, poz. 2073, z późn. zm.

¹⁴ R. Gałązkowski, *Ratownictwo medyczne...*, s. 9.

¹⁵ Ibidem, s. 10.

¹⁶ Ibidem, s. 10.

Act).

Biorąc pod uwagę zawarte w ustawie treści, sformułowania dotyczące uczestników systemu, oraz polskie realia mające wpływ na budowę systemu, niewątpliwie obecny tytuł oddaje istniejący stan rzeczy. Należy jednak rozważyć, czy taki system jest jedynym możliwym do zastosowania. Czy biorąc pod uwagę zasadę subsydiarności i postępującą prywatyzację służby zdrowia nie należy w większym stopniu dopuścić do realizacji zadań systemu jednostki niepubliczne. W takiej sytuacji należałoby ponownie zdefiniować role i zadania organów administracji państwowej oraz innych państwowych jednostek organizacyjnych w organizacji, nadzorze i działaniu systemu. Być może organy administracji powinny w większym stopniu przyjąć role organizatorsko nadzorcze, a nie wykonawcze. Zważmy, że już obecnie w coraz większym stopniu w systemie ratownictwa medycznego uczestniczą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a samo kontraktowanie świadczeń prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia odbywa się przy zachowaniu zasady równości podmiotów. Stąd pytanie o zasadność obecnego tytułu ustawy, a w szczególności o obecność w niej przymiotnika „państwowy”.

B. Budowa ustawy

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

I tak:

- 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 udzielenia pomocy (niezbędnych czynności ratunkowych) każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 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),
- niektóre treści obecne w rozdziale drugim mogłyby z powodzeniem stanowić materię rozporządzeń wykonawczych do ustawy,
- problematyka zawarta obecnie w art. 8 i następnych – edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy, z powodzeniem mogłaby zostać przeniesiona np. do ustawy o systemie oświaty.

C. Zagadnienia szczegółowe

Problematyka kształcenia ratowników medycznych wymaga, jak się wydaje, odpowiedniego uporządkowania. W zgodzie z obecną regulacją, zarówno osoba kończąca szkołę policealną, jak i osoba kończąca studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne mają formalnie takie same uprawnienia i prawo do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Wydaje się, że trudno odmówić racji głosom, iż nie ma uzasadnienia dla utrzymywania 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 w akademiach medycznych, po których mogliby przystąpić do egzaminu nadającego im uprawnienia ratownika medycznego. To zróżnicowanie wykształcenia może, choć oczywiście nie w każdym przypadku, powodować zróżnicowanie w jakości świadczenia usług medycznych.

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

Należy się zgodzić także ze stanowiskiem¹⁷, że przewidziany w przepisach art. 57 ustawy okres przejściowy pozwalający, by do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu mogli być lekarze posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, jawi się 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 roku. Dlatego też w pełni zasadny wydaje się postulat, by okres przejściowy skrócić do 30 września 2014 r.

Przepis art. 16 ustawy przewiduje obowiązek doskonalenia policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskanie przez nich tytułu ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie. Wydaje się, że należałoby zgodzić się z poglądem, iż obowiązkiem doskonalenia zawodowego w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy powinni być objęci jedynie funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej¹⁸. Narzucany art. 16 ust. 1 obowiązek kształcenia wszystkich funkcjonariuszy policji oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i stawianie im wymagań zawodowych ratownika – zamiast nauczania ich tylko pierwszej pomocy w zakresie podstawowym lub rozszerzonym – niepotrzebnie narzuca zdobywanie umiejętności, które i tak nie zostaną w odpowiednim zakresie wykorzystane. Stąd tak szeroki system szkolenia generuje jedynie zbyt wielkie i mające małe szanse na amortyzację koszty szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

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

¹⁷ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu ustawy o państwowym ratownictwie medycznym z dnia 8 września 2006 r. (druk nr 853), s. 2 i 3.

¹⁸ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „Ustawy o Ratownictwie Medycznym” – wersja z 1 marca 2006 r., s. 3.

ratownictwa medycznego, ale także kalkulację kosztów działania wszystkich jednostek systemu ratownictwa medycznego. Niezależnym elementem planu wojewódzkiego powinny być szpitalne plany zabezpieczenia zdarzeń masowych i katastrof opracowane dla szpitali znajdujących się w poszczególnych rejonach operacyjnych. Plany te powinny określać szczegółowo¹⁹:

- 1) zadania poszczególnych służb szpitala,
- 2) zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 3) zadania wszystkich oddziałów znajdujących się w strukturze szpitala,
- 4) imienną listę przygotowanych specjalistycznie lekarzy zatrudnionych w szpitalu, którzy będą gotowi na wypadek potrzeby zabezpieczenia medycznego w sytuacji kryzysowej w warunkach przedszpitalnych,
- 5) charakterystykę zespołów zadaniowych szpitala, uruchamianych w celu zabezpieczenia zdarzeń masowych i katastrof.

Plany te należy weryfikować w okresie dwuletnim. W ramach środków finansowych, których dysponentem jest wojewoda, powinny odbywać się coroczne ćwiczenia symulujące zabezpieczanie zdarzeń masowych czy katastrof. Brak tego typu planów sprawia, że ochrona bezpieczeństwa zdrowotnego jest niewystarczająco zaplanowana, a brak ćwiczeń powoduje, że służby, które odpowiedzialne są za reagowanie w sytuacji zdarzeń masowych czy katastrofy, mogą być niewystarczająco zgrane w działaniach ratowniczych.

Przepisy art. 30 ustawy przewidują sposób postępowania w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej²⁰ 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 medycznego zabezpieczenia zdarzenia masowego lub katastrofy, przewidzianego dla danego rejonu. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy o stanie klęski żywiołowej korzystniejszym rozwiązaniem byłoby stworzenie planu medycznego zabezpieczenia zdarzenia masowego lub katastrofy, przewidzianego 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. Wszakże oddziały ratunkowe funkcjonują na różnych poziomach zaawansowania sprzętowego, organizacyjnego i personalnego, stąd też niezbędna wydaje się ich kategoryzacja. Posiadające najwyższy stopień referencyjności oddziały ratunkowe powinny też otrzymywać wyższe ryczałty (kontrakty) na świadczone usługi medyczne. Powinno się to przyczynić pośrednio do powstania mechanizmu konkurencji ze sobą poszczególnych oddziałów, a w konsekwencji wpłynąć na podnoszenie poziomu świadczonych usług medycznych. Wydaje się także, iż korzystne byłoby stworzenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych realizowanych na oddziałach ratunkowych poszczególnych stopni referencyjności, które będą uzależnione od wyposażenia sprzętowego oraz zasobów kadrowych poszczególnych oddziałów.

¹⁹ Ibidem, s. 6.

²⁰ Dz. U. Nr 62, poz. 558, z późn. zm.

Określonym w przepisie art. 46 ustawy zasadom finansowania działalności systemu ratownictwa medycznego można postawić zarzut braku kompleksowego ujęcia. W przepisach ustawy nie uwzględniono bowiem finansowania gotowości operacyjnej oddziałów ratunkowych. Gotowość ta powinna być finansowana z budżetu państwa, z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie, a świadczenia opieki zdrowotnej realizowane na szpitalnym oddziale ratunkowym powinny być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie zróżnicowanie finansowania sprawi, z jednej strony, że w systemie pojawi się więcej niezbędnych środków finansowych, z drugiej zaś finansowane w ten sposób oddziały ratunkowe przestaną być balastem finansowym dla szpitali, których są częściami składowymi.

Odpowiednie finansowanie będzie wpływać na polepszenie jakości funkcjonowania tych oddziałów oraz motywację do stałego podnoszenia standardu świadczonych usług. Oczekiwania społeczne w odniesieniu do szpitalnych oddziałów ratunkowych rosną w naszym kraju systematycznie, co przejawia się między innymi szybkim wzrostem 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, Australii mówią o średniej liczbie wizyt na oddziałach ratunkowych w tych krajach na poziomie ponad 50 tys. pacjentów rocznie. W Stanach Zjednoczonych globalną liczbę wizyt na oddziałach ratunkowych, przykładowo w roku 2004, odnotowano na poziomie bliskim 120 mln. Szacuje się tam również, że każdy pacjent zjawiający się w Emergency Department istotnie obniża koszty całego systemu ochrony zdrowia – z tytułu wczesnego zdiagnozowania i wczesnego podjęcia leczenia. Stąd też, między innymi, tak ogromną wagę przykładają menedżerowie ochrony zdrowia do jakości funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych²¹.

Szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego mają obowiązek uzyskać potwierdzenie spełniania wymagań określonych przepisami, wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

Brak potwierdzenia, o którym mowa w art. 35 ust. 1, powoduje nieuwzględnienie w planie na rok następny szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Oddziały ratunkowe jako jedyne w całym systemie ochrony zdrowia zmuszane są do uzyskania akredytacji przez jednostkę monitorowania jakości, pomimo istnienia licznych innych mechanizmów akredytowania oddziałów, egzekwowania stawianych im wymagań i nadzorowania wykonywanych przez nie świadczeń przez płatnika świadczeń zdrowotnych. Akredytacja ta, wykonywana przez firmę prywatną, wydaje się w tej sytuacji zbyteczna, pociąga za sobą tylko niepotrzebne koszty finansowe.

W zapisach ustawy 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 nieposiadających w swoim składzie lekarza, nie określa jednoznacznie konieczności zapewnienia podstawowego minimum ilościowego specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (z lekarzem). Grozi to niebezpieczeństwem całkowitego braku specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w niektórych obszarach działania systemu.

²¹ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „Ustawy o Ratownictwie Medycznym” – wersja z 1 marca 2006 r., s. 7.

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

D. Problemy, które nie wynikają wprost z treści ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ale są istotne dla działania systemu ratownictwa medycznego

Dla prawidłowego funkcjonowania systemu znaczenie ma liczba aktywnych zespołów ratownictwa medycznego (ambulansów) w stosunku do liczby mieszkańców. W obecnym czasie na terenie Dolnego Śląska na 25 tys. mieszkańców przypada jeden ambulans ratunkowy. W Europie Zachodniej jeden ambulans ratunkowy przypada na 75, a nawet 100 tys. mieszkańców. Utrzymanie jednego ambulansu w obecnych warunkach w Polsce (typu „S”) kosztuje ok. 3 tys. zł na dobę. Z kolei średniej wielkości SOR dostaje ryczałt na leczenie w ciągu doby ok. 4 tys. zł (dane te różnią się w zależności od wynegocjowanego kontraktu, na terenie Dolnego Śląska są to wahania od 2,5 do 15 tys. zł)²². Należy więc rozważyć ograniczenie liczby zespołów ratownictwa medycznego, zakładając, że nie więcej niż jeden ZRM będzie przypadał na 50 tys. mieszkańców.

Zdajemy sobie sprawę, że przedstawione uwagi stanowią przede wszystkim pewien zbiór ocen rozwiązań zawartych w obowiązującej ustawie. Nie chcemy też sprawić wrażenia, iż uwagi te mają wartość niepodważalnych dogmatów. Formułując je i przedstawiając, chcieliśmy jedynie zaprezentować nasze poglądy na problematykę zawartych w ustawie rozwiązań. Zdajemy sobie sprawę, iż mogą one być niekiedy kontrowersyjne, ale pozwalamy sobie przedstawić je jako głos osób obserwujących analizowane zjawiska, być może z nieco odmiennej perspektywy.

²² J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa...*, s. 55.