



SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (20.)
w dniu 24 lipca 2012 r.

VIII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat zabezpieczenia medycznego kraju w sytuacjach kryzysowych.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 38)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Rafał Muchacki)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Witam serdecznie wszystkich państwa.

Witam pana ministra Cezarego Rzemka; witam wszystkich zaproszonych gości – profesorów, konsultantów. Oczywiście witam panie i panów senatorów.

To posiedzenie jest poświęcone zabezpieczeniu medycznemu w sytuacjach kryzysowych. Inicjatorem był pan senator Waldemar Kraska.

Wobec tego, Panie Senatorze, proszę zagaić.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Nie ukrywam, że ratownictwo medyczne jest mi bardzo bliskie. Trzecią kadencję jestem senatorem i ciągle biorę czynny udział w tym ratownictwie, po prostu pracuję jako lekarz systemu. I nie ukrywam, że główną moją ideą było przyjrzenie się ratownictwu medycznemu, żeby określić, w jakim miejscu jesteśmy, co można poprawić i – ewentualnie – co można zmienić. I taka idea mi przyświecała, kiedy myślałem o dzisiejszym posiedzeniu komisji. Dlatego cieszę się, że są tu przedstawiciele i Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, a także panowie profesorowie, którzy jakby kreują to ratownictwo, byli twórcami ustawy o ratownictwie medycznym. Niedługo ona doczeka się – tak mi się wydaje – jakiejś nowelizacji, ponieważ widzimy, że wymaga troszeczkę poprawek.

Nie ukrywam, że jest wiele problemów w ratownictwie medycznym, bo o nim chcę głównie mówić, co wynika głównie ze sposobu kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z różnej filozofii podejścia do tego. Myślę, że w trakcie dyskusji zostaną przedstawione stanowiska różnych stron. I taka jest idea tych spotkań. Bo nie jest to pierwsze tego typu spotkanie, po którym Komisja Zdrowia będzie chciała opracować pewne wnioski i przedstawić je panu ministrowi. Nie chcemy tylko spotkać się i porozmawiać; chcemy, żeby z tego posiedzenia wypłynęły konkretne wnioski, które usprawnią działanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Panie Przewodniczący, to może tyle tytułem zagajenia, a w dalszej części będziemy oczywiście dyskutować i ewentualnie zadawać pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Panie Ministrze, czy w tym momencie chce pan zabrać głos, czy potem?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze.

Czy wobec tego pan profesor Jakubaszko mógłby teraz zabrać głos? Bardzo bym prosił. Zwłaszcza że był pan obecny też na poprzednim posiedzeniu, a jedno z drugim trochę się jednak wiąże. Może poprosimy pana profesora o zabranie głosu.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej Juliusz Jakubaszko:

Przede wszystkim, chciałbym podziękować za zorganizowanie tego panelu i zaproszenie nas tutaj, w dużej mierze osób reprezentujących polską medycynę ratunkową. Od roku nie jestem już konsultantem krajowym i w tej chwili reprezentuję przed państwem Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Od miesiąca jestem też członkiem Światowej Federacji Medycyny Ratunkowej, do której zostałem wybrany jako przedstawiciel europejski.

Naszym wspólnym celem – mówię w tej chwili o Światowej Federacji Medycyny Ratunkowej i Europejskiej Federacji Medycyny Ratunkowej, jest stworzenie w miarę przejrzystego, ale porównywalnego modelu medycyny ratunkowej we wszystkich krajach europejskich. Porównywalnego szczególnie pod kątem standardu postępowania wobec osoby, której zdrowie lub życie znalazły się w nagłym zagrożeniu. W tym standardzie mieszczą się procedury wykonywane w ramach postępowania ratującego ludzkie życie, edukacja, przygotowywanie wykwalifikowanych kadr do pracy w tym systemie, a także struktura organizacyjna – na poziomie przedszpitalnym i na poziomie szpitalnym.

W celu opracowania i ugruntowania modelu wspólnego dla wszystkich krajów europejskich powstał przed mniej więcej dwoma laty – i ten produkt, że tak się wyrażę, jest już zatwierdzony – program europejskiego dyplomu medycyny ratunkowej. Jest dyrektywa europejska mówiąca o obowiązkach krajów członkowskich zapewnienia pełnego obrazu medycyny ratunkowej, w tym również specjalizacji lekarskiej i specjalizacji pielęgniarskiej w obszarze medycyny ratunkowej, inaczej mówiąc – zagwarantowania każdej osobie na terenie Europy szybkiego dostępu specjalisty,

który podejmuje czynności ratujące jej życie. Specjalizacja jest określona jako pięcioletnia. Ten wymóg pojawił się formalnie na forum Parlamentu Europejskiego dwa lata temu. Powstała europejska sekcja medycyny ratunkowej na poziomie UEMS, europejskiej organizacji specjalizacji lekarskich. Sprawa się rozwija w dobrym kierunku. Polska jest jednym z pierwszych wśród dziesięciu krajów europejskich, które mają to ustabilizowane na poziomie akademickim, organizacyjnie. Problemem jest tylko dopięcie ustawodawstwa w tym zakresie, bowiem finansowanie procedur medycyny ratunkowej nie odpowiada standardom międzynarodowym. Praktycznie, jak państwo wie, te procedury nie są finansowane na poziomie szpitalnym, nie są oceniane, nie prowadzi się stałego monitorowania jakości na poziomie przedszpitalnym. I to jest jakby nasze zadanie na najbliższe lata: wprowadzenie pełnej listy procedur właściwych dla medycyny ratunkowej, wprowadzenie wyceny tych procedur i ich finansowanie. Jak państwo wie, do tej pory tego nie ma. Wśród tych procedur mieści się między innymi procedura hiperbarii tlenowej. Tego dotyczyło poprzednie posiedzenie tej komisji, ten temat został bardzo szeroko potraktowany, ale nie wspomniano czy nie ruszono sprawy powiązania dostępności i zastosowań tlenu w terapii hiperbarycznej w ramach medycyny ratunkowej. Ja myślę, że to jest oddzielny temat, możemy go rozwinąć w przyszłości. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Czy pan profesor Andrzej Zawadzki, konsultant krajowy, chciałby teraz zabrać głos? Panie Profesorze?
(Brak nagrania)

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ratownictwa Medycznego Andrzej Zawadzki:

...Mieli okazję omówić system, jako że – według mojej wiedzy – zebraliśmy się po to, aby rozpatrywać sytuację medycyny ratunkowej w warunkach wydarzeń kryzysowych. Jestem dosyć krótko, bo nieco pół roku, konsultantem krajowym i w tym czasie przedmiotem mojego zainteresowania i działania były głównie urazy wielonarządowe oraz formacje ośrodków leczenia urazów wielonarządowych. Podczas naszych spotkań ministerialnych dwukrotnie z profesorem Zembalą, przewodniczącym Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, przedstawialiśmy problemy związane z urazami wielonarządowymi i ich leczeniem. Jedno z tych spotkań prowadziłem. Ocenialiśmy stan przygotowań i możliwości zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego w Polsce w kontekście wydarzeń w ubiegłym roku, dokładnie przed rokiem, w Norwegii, a następnie ogólną sytuację i stan rozliczeń finansowych zintegrowanych oddziałów leczenia urazów wielonarządowych, których w naszym kraju jest jedenaście.

W końcu marca tego roku zorganizowałem konferencję dotyczącą stanu leczenia urazów wielonarządowych w Polsce w sytuacjach, kiedy dochodzi do wydarzeń kryzysowych i jest zwiększone zapotrzebowanie na lecze-

nie tego typu obrażeń. Ta konferencja była w Olsztynie. Wypowiadali się właściwie wszyscy liczący się przedstawiciele ośrodków leczenia urazów wielonarządowych. Wnioski zostały przedstawione ministerstwu. W tej konferencji wzięli też udział pan minister Rzemek i pani dyrektor Barbara. Mam nadzieję, że poruszyliśmy tam najistotniejsze zagadnienia.

Na kanwie tego krótkiego wystąpienia chciałbym tylko wyrazić swoje zaniepokojenie niedostatecznym stanem wiedzy na temat efektywności działania w ramach zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego w Polsce w przypadku większych zagrożeń. Ja przyznam, że przed tym wydarzeniem, do którego doszło przed dwoma miesiącami w naszym kraju, kiedy ściągnęły setki tysięcy ludzi, ani razu jako konsultant krajowy nie byłem proszony do udziału w gremiach omawiających przygotowania do zabezpieczenia medycznego.

Szczególny mój niepokój, którym chciałbym się z państwem podzielić, budzi bardzo powierzchowne traktowanie w naszym kraju działań związanych z katastrofami. Otóż mam tu na myśli katastrofę pod Szczekocinami. Jako konsultant krajowy nie mam kompletnej wiedzy na temat szczegółów leczenia oraz akcji ratowniczej.

Szanowni Państwo! W ostatnim dziesięcioleciu na świecie wydarzyło się wiele bardzo dużych tragedii masowych, obfitujących w liczne ofiary: Manhattan przed jedenastoma laty, Hiszpania, Londyn i wiele innych miejsc. Podjęte tam działania medyczne, przede wszystkim ratownicze, zostały szczegółowo przedstawione na łamach magazynów medycznych. „Intensive Care Medicine” z 2005 r., wydany w podwójnej objętości, był poświęcony wyłącznie medycznym działaniom. Na tej podstawie można było wywnioskować, z jakimi problemami mamy do czynienia i na co trzeba kłaść szczególny nacisk. Niestety, w naszym kraju, zarówno po katastrofie na Śląsku, gdzie przed kilkoma laty doszło do zawalenia się dachu, jak i po zderzeniu się pociągów pod Szczekocinami, nie powstało żadne naukowe opracowanie poświęcone tym wydarzeniom.

Powiem państwu wprost, i prawdopodobnie część z was podzieli moje zdanie, że chcielibyśmy mieć pełną informację medyczną na temat skuteczności działań ratunkowych. Prasowe doniesienia, które zachwalają system ratownictwa medycznego, są gołosłowne, o niczym nie świadczą, a dla nas, fachowców, to jeszcze mniej niż nic. Sam chętnie wziąłbym udział w tworzeniu takiego opracowania naukowego, gdyby odpowiednie organy ministerstwa dały mi taką możliwość. Wspólnie z grupą osób przygotowałbym takie opracowanie, w którym zostałyby wskazane najistotniejsze problemy oraz rzeczywiste wyniki akcji ratunkowej. Ja już wspominałem, że ta przeprowadzona po katastrofie kolejowej była wspaniale oceniana, przypomnijcie sobie państwo, ale z tego, co przebiło się przez ogólną sieć informacyjną, wynika tylko, że brało w niej udział około czterystu ratowników, kilkadziesiąt zespołów ambulansów medycznych, kilkadziesiąt zespołów straży pożarnej i policji, że była zaangażowana olbrzymia liczba osób, ale jaka była skuteczność, to trudno powiedzieć. Ze zdziwieniem stwierdziłem, że największy problem medyczny dotyczył czterech pacjentów, którzy w ciężkim stanie znaleźli się w pobliskim szpitalu w Zawierciu. Były poważne problemy

na intensywnej terapii. A przecież mamy całą sieć dobrze funkcjonujących ośrodków leczenia urazów wielonarządowych. W promieniu 100 km od tych Szczekocin były co najmniej trzy takie ośrodki.

I to chciałem panu przewodniczącemu, a także panu ministrowi powiedzieć ze swojej strony. To taka moja osobista refleksja na kanwie tych ostatnich wydarzeń.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Ja z przykrością wysłuchałem pana wystąpienia, bo rzeczywiście, kiedy sięgniemy pamięcią w taką niedaleką przeszłość, do tych wydarzeń w Szczekocinach, do tego wypadku... Rzeczywiście wypowiadał się w tej sprawie wojewoda, wypowiadało się kilku polityków, ale z ust pana słyszę, że de facto na temat tego zabezpieczenia medycznego...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ratownictwa Medycznego Andrzej Zawadzki: Nie mamy merytorycznej oceny tych wydarzeń.)

No właśnie, tego nie ma. I to jest niedobre. Skoro jesteśmy na posiedzeniu tej komisji, to może spróbujemy znaleźć jakieś wyjście z tej sytuacji, żeby coś takiego jednak można było przygotować. Bo od paru lat o ratownictwie medycznym tylko dobrze się mówi.

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ratownictwa Medycznego Andrzej Zawadzki: No i bardzo dobrze, że tak się mówi.)

Dobrze, że tak się mówi, ale dobrze by było, żeby za tym szło jeszcze to, o czym pan profesor powiedział.

Witamy pana dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

(Głos z sali: Jaki pan szczupły.)

No właśnie, bardzo pan zeschuplał, muszę powiedzieć. Gratuluję. Może pójde w pana ślady.

Tak więc postaramy się tutaj o jakieś... To dobrze, że pan minister tego słucha.

Panie Ministrze, może mógłby pan króciutko się do tego ustosunkować?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Oczywiście do obu wypowiedzi.

Jeżeli chodzi o system zarządzania kryzysowego... Te dokumenty odłożę, bo to dzisiejsze posiedzenie komisji ma jednak trochę inny charakter.

Czy my podejmujemy... Każde zdarzenie, do którego doszło na terenie Polski, jest później analizowane. To znaczy w większości zdarzenia są analizowane. Te pamiętne, o których była mowa, na Śląsku, jak najbardziej były analizowane, w województwie śląskim o tym rozmawiano, później były również na szczeblu krajowym dyskusje o tym, co się stało, jak zareagowano i jakie wdrożyć procedury na przyszłość.

Nie ma ani w Polsce, ani na świecie idealnego systemu, każdy system musi być modyfikowany co jakiś czas i, niestety, po każdym takim zdarzeniu wychodzą w trakcie pracy jakieś niedoskonałości, które zawsze można podkreślać.

Uważam jednak, że mamy plan zarządzania kryzysowego, który jest uzgodniony nie tylko z ministrami i różnymi podmiotami rządowymi, bo w uzgodnieniach zewnętrznych każdy mógł zgłaszać uwagi. Była dyskusja, po której ten plan został przyjęty. Czy jest doskonały? Na pewno nie. Życie jest bogatsze niż przepisy i opisy, które my tworzymy. Tak że, jak mówiłem, każde zdarzenie jest oceniane.

Co do badań naukowych czy zainteresowania obecnego konsultanta, także poprzedniego, to powiem, że konsultant zawsze może skierować pismo do organu wojewody, na przykład, aby ten poinformował, jakie były zdarzenia, może skierować pisma do szpitali, do których trafiły osoby poszkodowane, i podjąć taką pracę merytoryczną, jak najbardziej. Minister zdrowia przecież nie będzie tego zabraniał, wręcz przeciwnie, jak zobaczy takie opracowanie, na pewno weźmie je pod uwagę przy okazji tworzenia ewentualnie następnych planów kryzysowych.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Jeszcze tylko jedna myśl mi się tutaj nasunęła. Pan profesor powiedział, że te osoby ciężko ranne wylądowały, na przykład, w szpitalu w Zawierciu, mimo że w pobliżu są ośrodki leczenia urazów wielonarządowych. Tam niedaleko jest chyba Sosnowiec, gdzie...

(Głos z sali: Kraków.)

Jest Kraków, jest Sosnowiec. Czyli coś tu jednak nie zadziałało, tak jak powinno zadziałać. Przyznam, że medycyna ratunkowa nie jest moją domeną i dlatego tutaj z wielką chęcią wysłucham ludzi, którzy się na tych problemach znają.

Czy ktoś z panów chciałby jeszcze zabrać głos na temat tego zabezpieczenia kryzysowego?

Proszę. Profesor Jakubaszko.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej Julian Jakubaszko:

Myślę, proszę państwa, że wchodzimy na bardzo ważny obszar debaty, która się ciągnie w historii naszej medycyny ratunkowej i jej rozwoju od wielu, wielu lat. Co kilka lat Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej opracowuje w tym zakresie swoje stanowiska. I ostatnie stanowisko, dotyczące między innymi tego, o czym dzisiaj debatujemy, pochodzi z grudnia 2011 r. Ja mogę je państwu rozstać. My w tych stanowiskach poruszamy między innymi kwestie wojewódzkich planów zabezpieczenia zdarzenia masowego jako obowiązkowego elementu, narzuconego przez ustawę wojewodzie, który jest zobowiązany corocznie budować, odświeżyć, weryfikować swój wojewódzki plan zabezpieczenia medycznego. Do chwili obecnej ustawa o ratownictwie medycznym nie została znowelizowana pod tym kątem i wojewoda nie przedstawił planu zabezpieczenia katastrofy w poszczególnych obszarach swojego województwa, w poszczególnych rejonach systemu ratownictwa medycznego. To jest jeden z powodów, jak gdyby kluczowych, monitorowania jakości systemu i sprawozdawczości z każdego zdarzenia masowego, do

którego doszło na terenach poszczególnych województw. Do niedawna, a to oznacza na przykład Euro 2012, żaden szpital w Polsce nie był zobowiązany do przedstawienia swojego planu zabezpieczenia zdarzenia masowego, co zgodnie z europejskimi wymogami wobec szpitali i publicznych i prywatnych jest warunkiem w ogóle dopuszczenia szpitala do funkcjonowania. Dopiero Euro wymusiło, że w niektórych szpitalach, w tak zwanych miastach stadionowych, czyli tam, gdzie odbywały się mecze, na chybicka, prawdę mówiąc, bo w ciągu roku, opracowano plany zabezpieczenia zdarzenia masowego. I to jest dla nas, czyli polskiej medycyny ratunkowej, jedyna korzyść z Euro 2012. To znaczy wreszcie ktoś zaczął o tym mówić, a UEFA zmusiła niektóre nasze szpitale do przedstawienia takich programów. To jest nadanie dobrego kierunku, ale te działania muszą być kontynuowane, ta droga musi doprowadzić do tego, aby każdy szpital miał swój plan zabezpieczenia zdarzenia masowego w swoim rejonie i aby te plany były elementami planu wojewody zabezpieczenia zdarzenia masowego. W tych planach ma się mieścić między innymi, tak jak to jest na Zachodzie, również ewaluacja wsteczna, zwrotna, po zdarzeniu. Tego nam przecież brakuje, my tego nigdy nie robimy. I tak jak podkreślił konsultant krajowy, my nie mamy żadnych faktów medycznych z działań na miejscu zdarzeń masowych, do których, niestety, u nas doszło. A przecież na analizie tych faktów, na tym pewnym rebriefingu itd., trzeba budować przyszłość i nowelizować to, co do tej pory zrobiliśmy. Tak więc duża praca jest przed nami do zrobienia. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Profesorze.
Proszę uprzejmie.
(*Brak nagrania*)

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Ratownictwa Medycznego Andrzej Zawadzki:

...Wydarzeń masowych w ciągu ubiegłego dziesięciolecia. Chciałbym tylko przykładowo przedstawić sytuację, do której doszło w 2001 r. w czasie ataku lotniczego na Pentagon. Pentagon był miejscem, budynkiem najbardziej strzeżonym na świecie, przez dowództwo najsilniejszej armii wszechczasów. A atak przyszedł akurat z zupełnie niespodziewanej strony, od Zachodu. Otóż natychmiast na teren tego zdarzenia, gdzie na miejscu zginęło około stu sześćdziesięciu osób – połowę stanowili pasażerowie samolotu – skierowano cztery helikoptery ratunkowe. Zarząd kryzysowy natychmiast nawiązał kontakt ze stu trzydziestoma siedmioma ośrodkami leczenia oparzeń w Stanach Zjednoczonych. To jest imponująca liczba. W ciągu godziny zapewniono pięćset łóżek do leczenia oparzeń, a w ciągu dwunastu godzin przygotowano tysiąc pięćset takich łóżek, ponieważ liczone się z tym, że uderzenie w tak mocny ośrodek wojskowy samolotu wypełnionego benzyną może spowodować duży pożar i dużą liczbę oparzeń. Na szczęście nie było tak licznych oparzeń.

Ponieważ liczba ofiar śmiertelnych była ograniczona, również była ograniczona liczba osób, które odniosły obrażenia, było ich sto siedem. Wszystkie zostały przetransportowane do pobliskiego szpitala w Waszyngtonie, gdzie pierwsze karetki pogotowia przy straży pożarnej zjawiły się w ciągu dwóch minut. Akurat ci strażacy mieli w tym czasie ćwiczenia w pobliskiej dzielnicy Arlington. Jeśli ktoś zna Waszyngton, to wie, gdzie to jest. Ale gdyby nie mieli tam ćwiczeń, to znaleźliby się w miejscu zdarzenia w ciągu trzech i pół, czterech minut, bo są to niezwykle sprawne i mobilne jednostki. Sto siedem osób zostało przewiezionych do szpitali, z czego połowę po zaopatrzeniu ran powierzchownych odprawiono do domów, a połowa, w ciężkim stanie, została na leczeniu, w tym leczeniu operacyjnym. Wszystkie planowe zabiegi operacyjne zostały zawieszane i sale operacyjne przygotowano do doraźnych operacji, powiększono też oddział intensywnej terapii. No takie rzeczy są ważne, prawda?, i to nie jest kwestia ciekawości konsultanta krajowego, bo ja swoją ciekawość jestem w stanie zaspokoić.

Pamiętam wydarzenie sprzed trzydziestu czterech lat w Warszawie. Miałem dyżur w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus, kiedy doszło do wypadku w Rotundzie pokaowskiej, jak państwo pamiętacie, na rogu Marszałkowskiej i Jerozolimskich. Proszę państwa, zginęło wtedy sześćdziesiąt osób. I do mojego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus przyjechało nagle siedemnaście karetek, które ustawiły się w rzędzie. Było bardzo zimno, prawie minus dwadzieścia stopni. Przywiezieni ludzie, obsypani pyłem ze zburzonej Rotundy, byli w szoku i nie potrafili podać swoich personaliów. Było niezwykle trudno zlecić badania i powiązać je z konkretnymi osobami, a każdemu trzeba było pobrać krew do badań laboratoryjnych, ale przede wszystkim, żeby określić grupę krwi – bo jeszcze wtedy ludzie nie mieli wbitych do swoich dowodów osobistych pieczętek z grupą krwi – oraz wykonać morfologię itd. na krzyżówkę. Tak że były problemy, z którymi musieliśmy sobie poradzić. I pomimo że to było trzydzieści kilka lat temu, ta pomoc była niezwykle skuteczna. Spośród siedemnastu osób z ciężkimi obrażeniami nie przeżyła tylko jedna kobieta, młoda kobieta w piątym miesiącu ciąży, z ciężkimi obrażeniami jamy brzusznej i kończyn. I później te wyniki opublikowaliśmy.

Z relacji i osobistych kontaktów z kolegami lekarzami wiem, że po katastrofie na wystawie gołębi w hali handlowej w Katowicach była przeprowadzona imponująca akcja. Wszyscy wiemy, że najwięcej karetek pogotowia ratunkowego na obszarze całej Europy jest na Śląsku. W ogóle Polska ma znacznie więcej karetek niż wynosi średnia w Unii Europejskiej, a Śląsk ma ich jeszcze więcej, dwukrotnie więcej. Proszę państwa, w pewnym momencie przed tym rumowiskiem, z którego wyciągano poszkodowane osoby, stało w kolejce czterdzieści karetek. Ale o tym, że w izbach przyjęć i szpitalnym oddziale ratunkowym były sytuacje bardzo ciężkie do opanowania, nie wiemy. Wiemy o tym tylko z prywatnych relacji. A my musimy wiedzieć, jak to się odbywa w naszym kraju. Mało tego – my musimy symulować takie sytuacje, aby dojść do pewnej wprawy. Ja nie przypominam sobie, chociaż przez dziesięć lat byłem konsultantem wojewódzkim na terenie

Mazowska, żeby w Warszawie przeprowadzano poważne ćwiczenia związane z symulacją wypadku masowego. To tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Jak pan powiedział o tej Rotundzie, to przypomniłem sobie wybuch w rafinerii w Czechowicach w 1971 czy 1972 r., a potem też jak Centralny Szpital Kliniczny w Katowicach przyjmował 16 grudnia 1981 r. postrzelanych górników.

Rzeczywiście musimy zrobić to, o czym pan mówi. Okej, musimy. Tylko jak? Czy wymaga to, tak jak mówił pan profesor Jakubaszko, nowelizacji ustawy? Jeżeli tak, Panie Profesorze, to uważam, że nasza komisja powinna wystąpić z konkretną propozycją po konsultacji z panem ministrem. Myślę, że w jednym z wniosków umieścimy tę nowelizację.

Teraz pani senator jest najważniejsza. Proszę.

Senator Helena Hatka:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Profesorze, z dużą uwagą wysłuchałam pana oceny polskiego systemu ratownictwa. Ja rozumiem, że ona też jest jakby konsekwencją tego, że pan jako konsultant krajowy od pół roku dopiero wchodzi w obowiązki. Jako były wojewoda lubuski pozwolę sobie nie zgodzić się z niektórymi wnioskami, które był pan uprzejmy zwerbalizować, żeby nie było nieporozumień. I uzupełnię tę wypowiedź, podzielę się swoją wiedzą, żeby było nam łatwiej pracować i żebyśmy mogli doskonalić rzeczywistość, która wymaga udoskonalenia.

Posłużę się tu przykładem mojego województwa, które bardzo mocno ucierpiało w czasie powodzi w roku 2010. Mieliliśmy dwieście trzydzieści dni alarmowych. A pod koniec roku 2011 było ogromne zagrożenie wybuchami gazu. I my przetrenowaliśmy w sposób praktyczny działanie systemu reagowania kryzysowego, który obowiązuje w Polsce na podstawie przepisów, których muszą przestrzegać wszyscy wojewodowie. I dopowiadam do tego, co był pan uprzejmy powiedzieć, że system ratownictwa jest częścią systemu reagowania kryzysowego uregulowanego przepisami prawa. Jako przykład podam, że codziennie całodobowo działają wydziały zarządzania kryzysowego, które w razie wypadków masowych bądź zagrożenia nimi koordynują działania wszystkich służb, takich jak policja, wojsko, ratownictwo. Poza tym wszyscy wojewodowie są zobowiązani stworzyć sieć szpitali będących w gotowości w razie zagrożenia wypadkiem masowym.

Ja podam konkretny przykład. Akurat jesteśmy w przededniu Woodstocku, ogromnej imprezy masowej, która się odbywa w Kostrzynie. W ubiegłym roku uczestniczyło w tej imprezie osiemset tysięcy ludzi. Już kilka miesięcy wcześniej jest przygotowana lista szpitali, nie tylko z województwa lubuskiego, lecz także z zachodniopomorskiego i wielkopolskiego, do których helikopterami – myślę o eurocopterach – a także karetkami będą mogli być dowożeni pacjenci, gdyby doszło do zdarzenia

masowego. I to nie jest wyjątkowa sytuacja, tak jest praktykowane na terenie całego kraju. To w uzupełnieniu pana wypowiedzi.

Tak że mamy przepisy i mamy przetrenowane procedury. Jak panowie się domyślacie, ta pozytywna ocena mediów, które zwykle są bardzo krytyczne, jeżeli chodzi o reagowanie kryzysowe służb w sytuacji wypadku masowego, bierze się z tego, że ktoś te akcje koordynuje i załogi karetek, które przyjeżdżają do wypadków, po prostu prawidłowo reagują na sytuację zagrożenia.

Ja nie wiem, jak było na terenie Mazowska, ale w innych województwach, u mnie też, przynajmniej raz w roku, a może i dwa razy były trenowane sytuacje wypadków masowych. Na przykład dwa lata temu trenowaliśmy działania po zderzeniu cysterny kolejowej z autobusem. I wtedy myśmy się zorientowali, że mamy lukę na terenie województwa, jeżeli chodzi o sieć karetek i dostęp do eurocoptera.

Mamy więc pewne doświadczenia, które wypracowaliśmy też w czasie tych nagłych wydarzeń. Równocześnie zgadzam się z panem profesorem, że musimy pójść dalej i rzeczywiście powinniśmy przyjrzeć się bliżej, jaki jest los pacjentów, którzy są dowożeni przez służby do szpitali, jak oni są traktowani w szpitalach i jaka jest efektywność leczenia. Czyli przyjrzeć się tej części medycznej, czy pacjenci trafiają do właściwego miejsca, tam gdzie mają największe szanse na wyleczenie. Bo wydaje mi się, że służby państwa nieźle reagują, jeśli chodzi o dowożenie pacjentów, potem jednak jest jeszcze leczenie. I rzeczywiście ja nigdy się nie spotkałam z raportem na temat efektywności leczenia pacjentów, skuteczności leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Pytanie, jeśli mogę, do pana dyrektora LPR Roberta Gałązkowskiego. Czy ktoś z panem konsultował ten Woodstock, zabezpieczenie tej imprezy przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, czy nie? Jak to wygląda?

Dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego Robert Gałązkowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Do faktycznej konsultacji bezpośredniej nie doszło.

Chciałbym pokrótce się odnieść do bardzo istotnego, według mojej oceny, elementu, dotyczącego regulowania kwestii nawet tych dużych ćwiczeń na wypadek zdarzeń masowych. Mamy plan działania systemu ratownictwa na terenie województwa. Ten plan opisuje zarówno rozstawienie zespołów ratownictwa medycznego, jak i potencjalne zagrożenia, które na terenie województwa występują. Opisuje rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, powinien również opisywać, i opisuje, rozmieszczenie szpitali specjalistycznych niezbędnych na potrzeby systemu ratownictwa medycznego.

Mnie się wydaje, że każdy wojewoda powinien przynajmniej raz w roku zaplanować realne ćwiczenia na wypadek zdarzenia o dużej skali – i z tym się w 100% zga-

dzam – z dużą liczbą osób poszkodowanych, z użyciem różnego rodzaju sił i środków. Problem, który się tutaj pojawia odnośnie do uczestnictwa w takich ćwiczeniach poszczególnych jednostek polega na tym, proszę państwa – szczególnie w przypadku podmiotów prywatnych, firm prywatnych, które zostały zakontraktowane do udzielania świadczeń zdrowotnych – że w kontrakcie wojewody zawartym z Narodowym Funduszem Zdrowia nie ma wymogu udziału w takich ćwiczeniach rzeczywistej liczby zespołów ratownictwa medycznego. I najczęściej ćwiczenia, które w Polsce organizujemy, mają charakter opisanie sytuacji, która może się zdarzyć, a siły ratownicze są wykorzystywane w takich ćwiczeniach powiedziałbym szczerkawo. To znaczy kiedy zakładamy, że trzeba zaangażować siedemdziesiąt ambulansów i siedem śmigłowców, to my korzystamy z dziesięciu ambulansów i jednego śmigłowca. Oczywiście ma to wymiar pewnej kontroli, ale nie ma takiego realnego charakteru.

W przypadku Woodstocku – odpowiadam jeszcze na pytanie pana przewodniczącego – do dyspozycji są zarówno śmigłowiec szczeciński, jak i śmigłowce poznański i zielonogórski. Informacja od wojewody – pani senator, wcześniej wojewoda lubuski, informowała o tym w oficjalnym piśmie – była przekazywana do dyspozytorni centrum operacyjnego pogotowia lotniczego. Dyspozytorzy zostali przeze mnie szczególnie uwrażliwieni na tego typu decyzje.

Jeszcze słowo odnośnie do tego, co pan profesor Zawadzki raczył powiedzieć, czyli przewożenia pacjentów do szpitali w przypadku dużych zdarzeń. Jest jedna główna zasada w medycynie katastrof, w medycynie ratunkowej: nie przenosić katastrofy z miejsca zdarzenia do szpitala. Chodzi o to, że już na miejscu zdarzenia we współpracy z dyspozytorem medycznym, we współpracy z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego powinny zapadać decyzje, do których szpitali pacjenci trafiają. Chodzi o to, żeby nie zablokować szpitali znaczną liczbą pacjentów. I to jest być może element, który niekoniecznie funkcjonuje tak jak trzeba. A dlaczego? Dlatego że my często stawiamy sobie za cel, żeby pacjent od razu trafił do jak najlepszego ośrodka, do centrum urazowego. Tymczasem centrum urazowe też ma ograniczoną wydolność, jeżeli chodzi o zespoły specjalistów, jeżeli chodzi o możliwości diagnostyczne. Ale istotna jest koordynacja nie tylko na miejscu zdarzenia. Akcja w Szczekocinach pokazała po raz kolejny, że służby ratunkowe docierają bardzo szybko. W przypadku każdej katastrofy w początkowej fazie akcji panuje chaos, bo najpierw jest potrzebna analiza sytuacji, taka akcja ratunkowa wymaga segregacji medycznej, wstępnej i wtórnej, organizacji właściwego transportu, ale już na tym etapie również podejmowania decyzji o transporcie do właściwych ośrodków, a w przypadku zdarzeń masowych – do wielu ośrodków.

Myślę, że moją wypowiedź dotyczącą zdarzeń o charakterze masowym zakończę taką konkluzją: powinno się faktycznie usankcjonować czy wręcz nałożyć na województwa obowiązek organizowania przynajmniej raz w roku dużych ćwiczeń z zaangażowaniem dużej liczby zespołów ratownictwa medycznego, z realną kontrolą gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Proszę sobie wyobrazić, że ćwicząc, ferujemy pewien sce-

nariusz. Tymczasem katastrofy, zdarzenia masowe to nie są scenariusze, które jesteśmy w stanie stworzyć. Proszę zwrócić uwagę na to, że dochodzi do nich w najmniej sprzyjających okolicznościach, w najtrudniej dostępnych miejscach. Przecież gdyby wypadek, do którego doszło w Szczekocinach, wydarzył się kilometr dalej, to akcja ratunkowa przebiegałaby dużo gorzej w sensie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Gdyby temperatura otoczenia była bliżej zera, dotarcie ciężkiego sprzętu byłoby praktycznie niemożliwe. Te wszystkie elementy środowiskowe, pogodowe mają wpływ na rozwój akcji ratunkowej. I trzeba zakładać różne scenariusze właśnie po to, żeby służby przygotowywały się do działania w różnych, często bardzo niesprzyjających, warunkach. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Pan minister?

Proszę uprzejmie, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Dziękuję.

W sumie moi przedmówcy już powiedzieli to, co ja chciałem powiedzieć. Pani senator jako były wojewoda świetnie pamięta, jakie są przepisy i jak de facto wyglądają takie ćwiczenia. Jeszcze jako dyrektor szpitala sam brałem udział w takich ćwiczeniach. Prawdą jest, że może nie są one przeprowadzane aż na taką skalę. I tak jak pan dyrektor wspomniał, gdy zdarzy się wypadek, pojawiają się problemy związane z czynnikiem ludzkim, czyli dochodzą stres, nerwy, bo to jednak nie są ćwiczenia. I być może wpływa to też na rozmieszczanie poszkodowanych. Ale nie dochodzi już takich sytuacji, o jakiej tu wspomniano, że wszystkich pacjentów odsyła się do jednego szpitala. Kierowani są do różnych szpitali, wiedza koordynatora, który u wojewody jest za to odpowiedzialny, jest znaczna, on wie, gdzie powinien wysłać poszkodowanych. Na początku jest jeszcze ocena wstępna obrażeń, dokonywana na miejscu zdarzenia. I tu mogą być pomyłki w samym przekazaniu informacji i w związku z tym mogą się zdarzać przypadki wysłania pacjentów do niewłaściwych szpitali. Nie jest jednak tak, że z tego powodu system raptem przestaje działać. Zawsze można przewieźć pacjenta, jeżeli będzie taka konieczność. Takich przypadków nie jest za dużo, gdy dojdzie do masowego zdarzenia, nie tyle, żeby to był tak ważny czynnik.

Jeśli zaś chodzi o opracowanie procedur, to zawsze trzeba je poprawiać, bo życie to weryfikuje. A co do ćwiczeń to nie wiem, jak jest we wszystkich województwach, szczerze mówiąc, ale w Podlaskiem co najmniej raz w roku są jakieś ćwiczenia, organizują je wydziały zarządzania. Nie są to jednak ćwiczenia na taką skalę. Takie z wybuchem cysterny, kiedy przyjeżdża straż pożarna, karetka – tak, ale nie dla wszystkich, którzy są w systemie w całym województwie, czyli nie wszyscy co roku przechodzą te ćwiczenia. I ja się zgadzam, że być może trzeba je rozszerzyć, zrobić jedne większe, być może organizować je cyklicznie, ale w różnych miejscach. Tutaj rzeczywiście mam taki apel,

znaczy taką propozycję dla wojewodów odpowiedzialnych za zarządzanie kryzysowe, żebyśmy nawiązali kontakt i to wdroszyli. A co do samego systemu to uważam, że jest on coraz lepszy. Czy wymaga zmian? Każdy z nas wie, że na pewno tak.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.
Proszę, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Gogacz:

Ja mam, Panie Ministrze, pytanie do pana w związku z tematyką medycyny ratunkowej. My oczywiście mówimy o pewnych strategiach na wypadek sytuacji kryzysowej, ale jednak fundamentem, na którym tę strategię można budować, są szpitalne oddziały ratunkowe czy też centra urazowe. Dochodzą do nas sygnały i informacje o tym, że szpitalne oddziały ratunkowe są masowo likwidowane przez szpitale czy też przekształcane w izby przyjęć itd. Powodem jest to, że te oddziały się nie bilansują, dlatego że ryczałt od wojewody jest niewystarczający. Chodzi o to, że płaci się ryczałtem, a nie płaci się...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek: NFZ płaci.)

Nie, wojewoda płaci.

(Głos z sali: NFZ płaci za szpitalne oddziały ratunkowe.)

(Głos z sali: Za ratownictwo płaci wojewoda, czyli za karetkę.)

(Głos z sali: No właśnie o to chodzi.)

W każdym razie te szpitalne oddziały ratunkowe są likwidowane. I wobec potencjalnych zdarzeń, które oby się nie wydarzyły, ale mogą się wydarzyć, jak ministerstwo zamierza temu zapobiec, to znaczy żeby szpitalne oddziały ratunkowe nie ulegały likwidacji czy też żeby w jakiś sposób wyróżnić szpitalne oddziały ratunkowe mające status centrów urazowych? Bo szpitalny oddział ratunkowy, który jest dobrze wyposażony w sprzęt, aparaturę, ma specjalistów, nagle otrzymuje status centrum urazowego. I tam są kierowani pacjenci, którzy wymagają jak najbardziej specjalistycznej opieki. Ale te centra urazowe mają wycenione świadczenia zdrowotne tak samo jak inne szpitalne oddziały ratunkowe. Stąd moje pytanie, czy ministerstwo zamierza zatrzymać tę falę likwidacji szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Dziękuję.

Oczywiście cały system jest oparty nie tylko na SOR. Są też centra urazowe czy też izby przyjęć, karetki. Może zacznę od końca – funkcjonowanie centrów urazowych jednak jest opłacane inaczej, ponieważ inaczej są wycenione procedury. My cały czas dążymy do tego, żeby więcej płacić

tym jednostkom za świadczenia, których udzielają. Centra urazowe powstały niedawno, można powiedzieć, to jest nasze dziecko. I wdrażanie tego pomysłu musi zająć trochę czasu. Jest to trudne. I tak samo jest z finansowaniem. Są prowadzone rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jak państwo wiecie, to nie są łatwe rozmowy. I dopóki z tych oddziałów nie będą przesyłane koszty już w trakcie realizacji procedur, dopóty ta analiza będzie szła w takim kierunku. Narodowy Fundusz Zdrowia zbiera informacje o świadczeniach, które są wykonywane. W Ministerstwie Zdrowia odbywają się też spotkania z przedstawicielami szpitali, w których są centra urazowe, dyskutujemy na temat tych kosztów, dyskutujemy też z Narodowym Funduszem Zdrowia. De facto NFZ płaci za te świadczenia.

(Senator Stanisław Gogacz: Panie Przewodniczący, mam dodatkowe pytanie.)

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Stanisław Gogacz:

Panie Ministrze, podczas poprzedniej debaty w Komisji Zdrowia, dotyczącej ośrodków hiperbarycznych itd., dysktowaliśmy o tak zwanej sieci. Kiedy rozmawiałem z dyrektorami szpitali, w których strukturze istnieją SOR, oni mi mówili, że tak prawdę powiedziawszy, to od nich i organów prowadzących szpitale zależy, czy to będzie SOR, czy to nie będzie SOR, tylko izba przyjęć, czy w ogóle w strukturze takiej jednostki nie będzie SOR. I teraz moje pytanie. Czy pan mógłby odpowiedzieć, jakie jest podejście ministerstwa do sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych? Żeby nie stało się coś takiego, że nagle ta sieć zostanie oparta jedynie na pewnych centrach szpitalnych oddziałów ratunkowych, których już ze względów nawet na logikę nie wypada likwidować. Czy nie powinno się ustalić, że ma istnieć sieć, w której będzie taka, a nie inna liczba z definicji szpitalnych oddziałów ratunkowych w Polsce?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Chciałbym dojść też do SOR, powiedzieć o kategoryzacji, że będą kategoryzowane te SOR. Najpierw jednak co do sieci. Nie uważam, że trzeba to zrobić na sztywno, ustalić, że w tych miejscach mają być SOR. Jest przecież jeszcze trzeci czynnik, czyli wojewoda. To nie jest tak, że SOR są likwidowane tylko dlatego, że są nieopłacalne. Po prostu niektóre nie spełniają wymogów. Zdarza się, że w trakcie kontroli okazuje się, że dany SOR nie spełnia warunków i w takim wypadku to nie może być SOR.

Panowie i panie pewnie pamiętają, że wielu dyrektorów chciało mieć SOR de facto dla samej nazwy. Niektórzy liczyli, jakie to będą koszty, ale pewnie mieli nadzieję, że otrzymają znaczne środki i że to się opłaci. I wszyscy...

(Głos z sali: Ale były dofinansowane.)

SOR były dofinansowane, ale jak widać nie dla wszystkich wystarczająco. Tak że są różne przyczyny ich likwidacji, nie tylko finansowe. Na przykład ktoś ma sprzęt, ale nie

chce utrzymywać całodobowo kadry, bo to podnosi koszty. W takim wypadku automatycznie to już nie jest SOR tylko izba przyjęć, przy czym wyposażona jak SOR.

Tak więc nie można tak na sztywno określić, że w tych miejscach mają być SOR i stworzyć taką sieć. Rynek pokazuje jak to się zmienia. I w różnych województwach SOR są różnie finansowane. Nasze rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczyły tego, aby jakoś to ujednoczyć, ponieważ między Mazowszem a Podlasiem istnieją znaczne różnice co do finansowania. Podejrzewam, że większość dyrektorów na Podlasiu byłaby bardzo zadowolona z niektórych stawek, jakie są na Mazowszu i w tym momencie utrzymywanie tych SOR byłoby opłacalne. Tak że są różne przyczyny likwidacji SOR i zmian w tych podmiotach.

Chcemy też dążyć do kategoryzacji SOR. Ostatnio rozmawialiśmy o podziale SOR, żeby było to uregulowane w systemie ratownictwa, w systemie kryzysowym, żeby razem z wojewodami wykorzystać wiedzę, jaką każdy koordynator będzie posiadał. Czyli trzeba szkolić koordynatorów, żeby wiedzieli, gdzie wysłać pacjentów z konkretnymi urazami, i szkolić dyspozytorów medycznych. Jak państwo wiedzą, zachodzą tu bardzo duże zmiany. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.
Pani senator Chudowska. Proszę.

Senator Dorota Czudowska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, SOR, czyli szpitalne oddziały ratunkowe, albo są potrzebne, albo nie są potrzebne. Jeżeli są potrzebne, to nie można zamykać takiego oddziału tylko dlatego, że jakiś dyrektor albo wojewoda nie dopilnuje, żeby on spełniał warunki. Uważam, że są dzisiaj narzędzia, a w każdym razie powinny być, żeby zmusić i dyrektorów, i władze do tego, żeby taki SOR działał należycie. Dzisiaj takim słowem wytrychem jest likwidowanie wielu – to tak na marginesie – placówek medycznych czy, jak się to teraz nazywa, przedsiębiorstw medycznych pod hasłem „nie spełnia warunków”. To polega czasem na tym, że w małym mieście nie wystarcza godzin na daną poradnię i już jest niespełnienie warunków. I taką poradnię się likwiduje. Na przykład zlikwidowano laryngologię w Świerzawie. Przychodnia mogła działać tylko sześć godzin. Osiem godzin nie mogła, dwanaście nie mogła. A skoro nie mogła działać dwanaście godzin, to uznano, że sześć godzin też nie będzie działała. Tymczasem mieszkańcom akurat tyle wystarczało, a dzisiaj muszą jeździć do Jeleniej Góry i Legnicy. Ale to tak na marginesie.

Tak że uważam, że albo uznajemy, że taka sieć jest potrzebna i robimy wszystko, żeby te oddziały były, a więc mobilizujemy i dostarczamy środki, albo traktujemy tę sprawę uznaniowo – tu sieć będzie, a tam jej nie będzie.

To, że wszystko wymaga czasu... Niedobrze jest mieć dobrą pamięć, ale ja pamiętam, że sprawa ratownictwa medycznego jest prowadzona przez tych samych, wybitnych specjalistów już kilkanaście lat, Panie Ministrze. Jedna

z ostatnich ustaw, nad którą pracowaliśmy w Komisji Zdrowia Senatu kadencji 1997–2001 było ratownictwo medyczne. Minęło jedenaście lat, a my wciąż potrzebujemy czasu. A przecież mamy specjalistów, są ludzie, którzy mają odpowiednią wiedzę. W czym więc tkwi problem? Chyba w pieniądzu, bo zawsze chodzi albo o miłość, albo o pieniądze. Albo nie ma do czegoś serca, albo na coś pieniędzy.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Panowie, ja troszeczkę uporządkuję tę dyskusję. Jeszcze pan dyrektor.

Proszę, Panie Dyrektorze. Pan dyrektor Szpakowski.

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „RM Meditrans” – Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach Leszek Szpakowski:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja reprezentuję tutaj praktyków, bo my na co dzień realizujemy tę ustawę o ratownictwie medycznym, prowadzimy wraz z kolegami ratownictwo medyczne. I chciałbym się tutaj podzielić z szanowną komisją kilkoma uwagami o tym, co nam utrudnia pracę.

Pierwsza sprawa to są konkursy ofert na ratownictwo medyczne, chociażby te, które odbyły się w tym roku na terenie województwa mazowieckiego. Nie będę tutaj mówił o szczegółach, chcę tylko powiadomić państwa, że istniało zagrożenie, że dwa duże zakłady pracy, zatrudniające po trzysta – czterysta osób, ulegną likwidacji, jeśli przegrają konkurs ofert na usługi ratownictwa medycznego. O szczegółach nie będę mówił, każdy z państwa może się z nimi zapoznać.

Druga sprawa to jest apel, proszę państwa, prawdopodobnie do pana profesora Zawadzkiego jako konsultanta krajowego. Chcielibyśmy prosić i zaapelować o zmianę wyposażenia ambulansów. Podam trzy przykłady. Pierwszy jest taki. Mianowicie NFZ wymaga od nas, aby na pokładzie ambulansu był materac próżniowy, który zajmuje bardzo dużo miejsca. Ja w swojej ośmioletniej pracy w pogotowiu ani razu nie miałem potrzeby użycia materaca próżniowego. Koledzy, którzy pracują pewnie dłużej niż ja, potwierdzą, że oni również.

Drugi przykład. Na pokładzie karetki musimy wozić kaski. Nie wiem, po co, bo przecież żaden ratownik medyczny nie wejdzie do miejsca zdarzenia bez zabezpieczenia go przez straż pożarną.

I trzeci przykład. Ta sprawa nas troszeczkę boli. Mianowicie chodzi o rękawice do szczątków. My już się nie zajmujemy, niestety, osobami zmarłymi, a więc uważam, że te rękawice do szczątków są zbędne. Tymczasem nie mamy w wyposażeniu, i praktycznie nie mamy na to miejsca w ambulansie, urządzenia do masażu serca. A ono jest na pewno – pan profesor to potwierdzi – bardzo potrzebne. Tych urządzeń jest na rynku dużo, one są doskonałe, i chcielibyśmy je mieć na pokładzie.

Teraz trzecia sprawa. Wspomniane tutaj szpitalne oddziały ratunkowe. Chcę powiedzieć, że praktycznie mamy ogromne kłopoty, jeśli chodzi o współpracę ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi. Niejednokrotnie karetka jest zbyt długo przetrzymywana przez taki oddział – trzydzieści, czterdzieści minut – podczas gdy może być potrzebna w innym miejscu. I to wymaga uregulowania. My bardzo się denerwujemy w takich wypadkach, bo koordynator medyczny nas ponagla, żeby wracać do miejsca stacjonowania albo jest inne wezwanie. Tak że to jest naprawdę wielki problem.

Była tu mowa o imprezach masowych. Proszę państwa, my też zabezpieczamy imprezy masowe. Ostatnio z obecnym tutaj kolegą dyrektorem osobiście zabezpieczaliśmy dosyć poważną imprezę, jaką był wyścig kolarski Tour de Pologne. I chcę powiedzieć, proszę państwa, że od organizatora imprezy masowej zależy, czy ta impreza jest dobrze zabezpieczona. My w ramach zabezpieczenia medycznego zobowiązaliśmy się powiadomić wszystkie szpitalne oddziały ratunkowe na trasie wyścigu, bo taką umowę podpisaliśmy z Lang Teamem. Zostało to zrobione, powiadomiliśmy wszystkie stacje ratownictwa medycznego na trasie wyścigu, również lotnicze pogotowie było zawiadomione, że jest taka impreza. Tak że wspólnie z kolegą dyrektorem Gałązkowskim ją zabezpieczyliśmy. I to wszystko było bardzo ładnie zorganizowane. Można to dać za wzór, bo ta impreza naprawdę była bardzo dobrze zabezpieczona pod względem medycznym.

Jeszcze chciałbym oddać tutaj głos koledze dyrektorowi ze Szczecina, jeśli pan przewodniczący pozwoli, żeby powiedział o tych konkursach, jakie to jest zagrożenie.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Proszę uprzejmie.

Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie Roman Pałka:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym jeszcze nawiązać do wcześniejszych wypowiedzi.

Może ćwiczenia doskonałą, pokazują błędy i ewentualne niedostatki. Ale ja chcę powiedzieć, że aktualny stan prawny uniemożliwia wykorzystanie zespołów ratownictwa medycznego, tych funkcjonujących w systemie, do innych zadań aniżeli bezpośrednio ratowanie życia i zdrowia. W związku z tym tych zespołów nie można użyć w żadnym wypadku do ćwiczeń, chyba że chce się narazić Narodowemu Funduszowi Zdrowia i zostać za to przykładowo ukaranym.

Druga sprawa, bardzo istotna. I tutaj ukłony w kierunku Ministerstwa Zdrowia. Trwa, że tak powiem, proces budowy scentralizowanych dyspozytorni na terenie całego kraju. Są województwa, w których ten proces już się zakończył, chociażby w województwie, które ja reprezentuję, gdzie są dwie dyspozytornie scentralizowane. I dzięki temu do minimum ograniczono ryzyko, że pacjent nie zostanie prze-

transportowany do najbliższego szpitala. Dyspozytorzy, którzy dysponują kilkudziesięcioma zespołami ratownictwa medycznego, a na ich terenie znajduje się przynajmniej kilkanaście szpitali, sami doskonale wiedzą, gdzie skierować pacjenta. Dzięki pomocy koordynatora ta ich wiedza jest dodatkowo uzupełniana. Tak że wiedzą, gdzie i w jaki sposób należy transportować pacjenta, a także, ilu pacjentów trafiło do każdego szpitala.

I chciałbym tu poruszyć jeszcze jedną sprawę, ostatnią, w moim przekonaniu dzisiaj najważniejszą, jeżeli chodzi o ratownictwo przedszpitalne. Po okresie, że tak powiem, sensownego jego tworzenia, wyposażania w sprzęt, doszkalać pracowników powstaje realne zagrożenie co do jego dalszego właściwego funkcjonowania. Z racji błędów czy zasad, które obowiązują przy kontraktowaniu, w obecnej sytuacji nie ma żadnego sensu inwestować, kupować nowych ambulansów, doszkalać ratowników czy personel, kupować nowego sprzętu, poprawiać warunków socjalno-bytowych, stwarzać dobrych warunków stacjonowania zespołów, powodować, żeby ambulans nie wyjeżdżał zimny, żeby nie trzeba było drapać oblodzonej szyby, zanim wyruszy on do wypadku. W tej sytuacji na podstawie procedur kontraktowanych każdy z nas, kto dysponuje zespołami, majątkiem ludzkim i sprzętem, powinien się nastawiać na kadencyjność. Należy zawierać umowy śmieciowe, z którymi nasz rząd próbuje walczyć. Nie ma sensu zawierać z pracownikami umów o pracę, bo to niesie wielkie ryzyko utraty kontraktu. I to z dnia na dzień. Są kontrakty, które trwają pół roku, są kontrakty trzyletnie, są czteroipółletnie. I tutaj wygrywa tylko bylejakość.

Podam przykład. Ratownik medyczny, dobry ratownik medyczny, że tak powiem, doskonale wykształcony, jest przez fundusz tak samo postrzegany i traktowany jak ratownik wzięty, przepraszam, prosto z ulicy, który posiada tylko dyplom ratownika. I jeśli tylko spełnia ten wymóg, to według funduszu jest takim samym ratownikiem jak ten doświadczony.

Następna sprawa, gra lekarzami o specjalizacji medyczno-ratunkowej, których nie ma na rynku pracy i dlatego można ich podkupić. Ale jak ja ich podkupię, to ubędzie w innym miejscu. Powoduje to także rozchwianie rynku pracy w zakresie oczekiwań płacowych, ponieważ dochodzi do podbijania ceny. Są pewne granice, ile można zapłacić, według obecnego poziomu finansowania. Jeżeli gdziekolwiek przesuniemy wydatki, to zabraknie pieniędzy w innych miejscach. A to prowadzi do bylejakości. Powiedzmy, że są miejsca, gdzie lekarz otrzymuje 110 zł za godzinę, ale to musi się przekładać bezpośrednio albo na płace ratownika, albo na jakość sprzętu, wiek ambulansu. Nie da rady tego zbilansować.

Wreszcie cena. Od lat mówimy, że cena nie powinna być kryterium oceny, bo to powoduje tylko zniżenie, że tak powiem, finansowania, a w efekcie prowadzi do pogorszenia jakości ratownictwa i wykonalności ratownictwa przedszpitalnego. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan senator Śmigieński. Proszę.

Senator Bogusław Śmigielski:

Panie Ministrze!

Został poruszony temat niezwykle istotny, bo on wynika z ustawy o działalności leczniczej – obowiązku kontraktowania i rozpisywania konkursów. I tam jest odniesienie do ustawy o zamówieniach publicznych. A skoro zamówienia publiczne, to musi być najniższa cena. Myślę, że jest to niezwykle trudny do rozwiązania problem i na pewno kryterium najniższej ceny to jest jedno z najgorszych rozwiązań. Konkurowanie między zakładami opieki zdrowotnej usługami medycznymi polega przede wszystkim na konkurowaniu jakością. I pacjent, płatnik, oczekuje najwyższej jakości, a nie najniższej ceny. Oczywiście mamy tutaj grę między możliwościami finansowymi państwa i podatnika a możliwością uzyskania tej najwyższej jakości. Ale kiedy tworzymy ustawę i mówimy, że wybieramy podmiot leczniczy, wybieramy lekarza, który podpisze kontrakt za najniższą cenę, dla mnie to jest równia pochyła, prowadzi to do marazmu w opiece zdrowotnej. Konkurowanie między zakładami opieki zdrowotnej oczywiście jest potrzebne, ale nie mamy rynku tych usług, bo to nie jest rynek. Mamy mało pieniędzy, mamy mało lekarzy, mamy mało specjalistów. Mówimy zatem o czymś, co jest tak ułomne, że wprowadzenie mechanizmów rynkowych spowoduje, że będziemy mieli jeszcze większy problem niż teraz mamy.

Ja potrafię sobie wyobrazić, że są podmioty, które zaangażują środki finansowe i pokonają wiele jednostek teraz działających na rynku, funkcjonujących z pomocą samorządów, również według starego system myślenia. I ci nowi właściciele są skłonni zainwestować duże pieniądze, bo oni inwestują nie tylko w to, lecz także w wiele innych działań. Tak że to musi się uzupełniać. Kiedy jest rozdział tych jednostek od innych, to one nie mogą zarobić gdzie indziej, a na tym stracić. I niewątpliwie dochodzimy do sytuacji, gdy takie firmy headhunterskie będą podkupywały czy też dobry menedżer będzie podkupywał pracowników. Ale to nie jest dobra metoda. Tak więc przynajmniej w pewnym zakresie nie powinno się zawierać tych kontraktów według ceny, tylko na podstawie parametrów, które trzeba wypracować. Mógłbym się tu długo zastanawiać, jakie tu mają być argumenty, jakie mają być warunki kontraktu, ale chyba to nie jest miejsce, żeby teraz o tym mówić. Poza tym wybrany podmiot nie może mieć perspektywy rocznej ani dwuletniej, ani trzyletniej. Może sobie na to pozwolić tylko duża firma, która przychodzi z zewnątrz. Ja nie mówię, że prawo rynku jest złe, że ktoś, kto ma pieniądze, nie może wejść na rynek. Oczywiście, że powinien wejść. Chodzi mi o to, że ten, który wygrywa, powinien mieć pewną stabilność, ten wybór musi być oparty na pewnych możliwościach zwrotu poniesionych nakładów. Tak że to nie mogą być kontrakty roczne, dwu- czy trzyletnie, lecz pięcioletnie, a nawet dłuższe.

I jeszcze jedna uwaga. Koleżanka z lewej strony reprezentuje inny punkt widzenia niż ja, bo wojewody, a ja marszałka. Tak że na pewno mamy inne spojrzenie na budowę tego rynku i zakres odpowiedzialności. I wydaje mi się, że umowy powinny być wieloletnie, a nie krótkie. Wojewoda, bo to on robi rejestrację, powinien dopuszczać do rynku podmiot dopiero po uzyskaniu o nim pełnej wiedzy. Nie

może być tak, jak się zdarzyło w województwie śląskim, gdzie weszły na rynek podmioty nieprzygotowane do świadczenia usług. Oczywiście miały stosowne papiery.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie tylko cena. Ten system jest oparty na oświadczeniach. To jest bardzo fajne, tylko że te oświadczenia nie zawsze są prawdziwe. Oczywiście rozumiem, że wydział czy dyrektor w urzędzie wojewody przyjmuje te oświadczenia w dobrej wierze. Ale niestety nie zawsze one są prawdziwe. Są podmioty, które wygrały, chociaż nie były przygotowane do świadczenia usług i dostosowują się do tego dopiero, kiedy mają kontrakt. Wtedy angażują środki finansowe, żeby się dostosować. Tymczasem ci, którzy byli dostosowani, ale popełnili gdzieś błąd, wypadają z rynku. Mamy problem polityczny, mamy problem, który zmiata niektórych dyrektorów z oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tak że wielki apel, jeśli to możliwe, o wykreślenie, w przypadku gdy lekarz jest na kontrakcie, obowiązku przeprowadzania przez podmiot konkursu, jeśli kontrakt jest większy niż 14 tysięcy euro.

Teraz jest tak, że kiedy poszukujemy lekarzy specjalistów do danego oddziału, to zostanie przyjęty ten, kto da niższą cenę. To jest jakiś bezsens. I ktoś, kto dopiero zrobił specjalizację, będzie konkurował z kimś, kto ma pięć czy dziesięć lat praktyki. Ale ten, który zrobił specjalizację, da niższą cenę. Efekt będzie taki, że oddział nie będzie robił połowy zabiegów, które robi do tej pory. Tak że musimy popatrzeć na to z punktu widzenia interesu pacjenta, interesu całej opieki zdrowotnej, a nie tylko interesu prawnego czy też lobby i rynku. Bo tu nie uzyskamy rynku, w opiece zdrowotnej absolutnie nie będzie rynku, nie ma takiej możliwości. Dojdzie do zaburzenia tego, co teraz mamy, a to jest podążanie, wydaje mi się, w złym kierunku. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Teraz, na koniec, może jeszcze dwa głosy w dyskusji, panów profesorów.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Właśnie, jeszcze dwóch panów profesorów.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha, i pani senator, i pan senator. Okej, powolutku. To może najpierw pan profesor, a potem pan.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej Julian Jakubaszko:

Postaram się streścić, chociaż chyba nie da się streścić w tym przypadku. Widzą państwo, że tyle wątków zostało tu poruszonych, a jeszcze nie minęła druga godzina debaty.

Europejską medycyną ratunkową, w tym polską, zajmuję się, prawdę mówiąc, od dwudziestu lat. Jeśli mogę powiedzieć w cudzysłowie... Albo nie powiem. Chciałem powiedzieć „przerabiam”, ale to jest złe słowo, nie znajduję jednak w tej chwili lepszego. Tak więc na tej drodze budowania polskiej medycyny ratunkowej „przerabiam” czternastego ministra zdrowia. I prawdę mówiąc, za każdym razem jest ten sam problem. Potrzebne są jakieś dwa

lata, żebyśmy się zaczęli rozumieć wzajemnie, a kiedy jest postęp, zmienia się minister i zaczynamy *da capo*. To między innymi warunkuje historię, o której wspomniano w poprzedniej sekwencji tego dzisiejszego posiedzenia komisji. Pojawił się taki wątek, kto tak naprawdę kreuje system ochrony zdrowia w Polsce: minister zdrowia czy NFZ? Jeśli chodzi o szpitalne oddziały ratunkowe, to niestety NFZ. NFZ, który zawiera kontrakty z tymi oddziałami. Wiem, że z założenia one są na poziomie około 25–30% realnych kosztów. NFZ w ogóle nie chce znać kosztów funkcjonowania oddziałów ratunkowych.

Ja prowadzę oddział ratunkowy w dużym szpitalu akademickim i wiem, że z założenia ten oddział przynosi szpitalowi straty w wysokości około 4–5 milionów zł rocznie. I nie ma się co dziwić dyrektorom szpitali, że oni zastosują wszystkie możliwe chwytaki, żeby albo postawić oddział pod ścianą, to znaczy pozbawić go wyposażenia, ludzi itd., żeby był tańszy, albo go wręcz zamknąć. Tak się, niestety, dzieje.

Wiem z mojej praktyki prowadzenia oddziału ratunkowego – a nie wiem, czy państwo mają taką świadomość – że NFZ w ogóle nie jest zainteresowany oceną kosztów oddziału ratunkowego. Ja w swojej sprawozdawczości miesięcznej, kwartalnej i rocznej nie jestem w stanie przekazać informacji kwotowych dotyczących funkcjonowania tego oddziału, bo tego nikt nie chce. Sprawozdania na temat kosztów prowadzenia oddziału, które składam dyrekcji, działowi sprzedaży dużego szpitala akademickiego, są zwracane. Oni nie są tym zainteresowani, bo NFZ po prostu nie chce od nich tych informacji. Nikt nie przyjmuje do wiadomości, jakie są koszty, może z wyjątkiem sytuacji, kiedy pojawi się nieubezpieczony pacjent i trzeba go jakoś podliczyć. Wtedy dyrekcja mojego szpitala chce znać wybiórczo, ile kosztują ci pacjenci.

I dlatego nie ma się co dziwić, że te oddziały znikają. Na fali jakiegoś entuzjazmu powstaje trochę nowych, ale szala przechyla się w stronę niedostatku tych oddziałów. Kiedy budowaliśmy oddziały ratunkowe, sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych, zakładaliśmy, jeszcze za czasów świętej pamięci Franciszki Cegielskiej, że w Polsce powinno powstać ich około dwustu pięćdziesięciu, żeby dla czterdziestu milionów populacji stworzyć taką sieć szpitalnych oddziałów ratunkowych, która spełni wymogi europejskie. W tej chwili na papierze jest około stu dziewięćdziesięciu oddziałów, a tak naprawdę w tej puli oddziałów ratunkowych spełniających kryteria jest może jakieś sto pięćdziesiąt.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No właśnie, nowych, tak, dwieście sześć jest zakontraktowanych tak naprawdę, część z nich to jest fikcja – mówię to z pełną świadomością – a część jest jakby na tej chyłce się wali.

Pojawił się tu wątek niedostatku kadr. Niedostatek kadr jest rzeczywisty; specjalistów medycyny ratunkowej również. Jednym z powodów tego jest to, że takie debaty, jak ta dzisiaj, być może odbywają się zbyt rzadko, być może za mało przekładają się na realia prawne. Bo to, co się zdarzyło podczas prac nad ustawą z 2006 r. o ratownictwie medycznym, doprowadziło do wykolejenia w paru punktach systemu medycyny ratunkowej. Jednym punktem jest to finansowanie oddziałów ratunkowych, a praktycznie

jego brak. Drugim punktem, niezmiernie ważnym, jest wywrócenie koncepcji specjalistycznej medycyny ratunkowej, edukacji specjalistów medycyny ratunkowej. Chodzi o zapis, który się pojawił w sejmowej Komisji Zdrowia. Nagle pojawił się taki projekt, tuż przed głosowaniem nad tą ustawą jedna z posłanek zgłosiła wniosek, żeby obowiązek zrobienia przez lekarzy specjalizacji z medycyny ratunkowej oddalić do 2020 r. I taki zapis w ustawie jest do dziś. To spowodowało, że kilka miesięcy po wejściu w życie tej ustawy połowa lekarzy robiących specjalizację z medycyny ratunkowej, od tego odstąpiła. Kiedy dowiedzieli się, że nie muszą robić tej specjalizacji, bo 2020 r. jest tą granicą, to uznali, że po drodze zrobią jeszcze to i tamto, i przerwali specjalizację. Byłem konsultantem krajowym i mam to przedstawione w liczbach. Duża krzywdą się stała systemowi. No ale jakie było lobby itd., teraz nie o chęć mówić. Dziękuję.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Panie Profesorze.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Ratunkowej Andrzej Zawadzki:

Większość z nas siedzących po tej stronie brała udział przed jakimiś dwoma miesiącami w spotkaniu w Najwyższej Izbie Kontroli, gdzie przedstawiono nam raport dotyczący systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Ja z wielkim szacunkiem chcę się odnieść do troski pana senatora, który już niestety wyszedł, o SOR w związku z tym, że może dojść do ich likwidowania na terenie Polski. I te dwie sprawy są bardzo ze sobą połączone. Najwyższa Izba Kontroli przynajmniej w moim przekonaniu wykazała się niezwykle rzetelnością i fachowością w analizie sytuacji związanej ze zintegrowanym systemem ratownictwa medycznego w Polsce. Otóż okazało się, nie po raz pierwszy, a tu zostało udowodnione na podstawie faktów i na podstawie wyników, że szpitalne oddziały ratunkowe zajmują się stanami zagrożenia życia i zdrowia jedynie w 25%. W 75% szpitalne oddziały ratunkowe pełnią funkcję koślawej protezy podstawowej opieki zdrowotnej i zajmują się pacjentami, którzy wykorzystują ten kanał sorowski, aby wykonać sobie specjalistyczne badania i dotrzeć do specjalisty. Niestety nie mam żadnych instrumentów, żeby to zmienić. Proszę państwa, w związku z tym koszty są takie, że my nie jesteśmy w stanie ustać na nogach. Szpitalne oddziały ratunkowe są ostrymi kamieniami w butach dyrektorów szpitali, którzy najchętniej by te oddziały wyrzucili z tego systemu. I dopóki to się nie zmieni, proszę państwa, to my nigdy nie będziemy w stanie zarobić na sobie, zwłaszcza gdy jest takie finansowanie, jak to przedstawił profesor Jakubaszko. Niestety, taka jest rzeczywistość.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pani senator Alicja Chybicka. Bardzo proszę.

Senator Alicja Chybicka:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Nie ma tu przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, a to, o czym chcę powiedzieć, wiąże się z finansowaniem SOR dziecięcych. Otóż Narodowy Fundusz Zdrowia nie odróżnia SOR dziecięcego od SOR dla dzieci i dorosłych lub od SOR tylko dla dorosłych. Finansowanie jednych i drugich oddziałów jest takie samo. I o ile, jak pan profesor przed chwilą powiedział, SOR jest ostrym kamieniem w bucie dyrektora, o tyle w przypadku szpitala pediatrycznego SOR to już nie jest kamień, tylko chyba wielki i ostry nóż, który powoduje, że dyrektor najchętniej by ten SOR odciął. Jak wiadomo, leczenie dzieci w każdej opiece kosztuje 30% więcej niż dorosłych. I dlatego jeden z ważnych postulatów, które zostaną sformułowane na tym posiedzeniu senackiej komisji i powinny trafić do prezesa Narodowej Funduszu Zdrowia, to taki, ażeby wreszcie wycena sorowskich oddziałów ratunkowych była adekwatna do wydatków. Oczywiście słyszę, że nigdzie nie jest adekwatna do wydatków, ale żeby ona była przynajmniej zróżnicowana, jeśli chodzi o dzieci i dorosłych.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.
Pan senator Kraska. Proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Najpierw chciałbym podziękować, że zgodził się pan, żeby to posiedzenie komisji miało właśnie taki charakter, taki temat. Myślę, że przez te dwie godziny naszej dyskusji rzeczywiście tylko dotknęliśmy tego tematu i będzie to jakby początkiem do następnych debat, szczególnie że wiem, że w ministerstwie są prowadzone prace nad nowelizacją ustawy o ratownictwie medycznym, o państwowym ratownictwie medycznym. Zresztą sama nazwa „państwowe ratownictwo medyczne”... Dyskusję trzeba by zacząć chyba od tego, czy tak powinno być. Czy to jest państwowe ratownictwo medyczne, czy też nie. Bo jak wiemy, to jest tylko nazwa, a nic za tym nie idzie.

Myślę, że to dzisiejsze spotkanie pokazało nam, że problem katastrof jest bardzo ważny, ale wszyscy wiemy, że one, mimo że tak medialne i spektakularne, bo w jednym czasie ginie dużo ludzi, nie są codziennością, w której funkcjonuje ratownictwo medyczne. Ta codzienność jest troszeczkę inna. Wszyscy wiemy, że jeden długi weekend przynosi czasem więcej ofiar niż taka katastrofa kolejowa, do której doszło ostatnio. Dlatego prace nad prawidłowym funkcjonowaniem tego systemu... A myślę, że na tle całej służby zdrowia akurat ratownictwo medyczne nie jest najgorszym ogniwem tego systemu, ono spełnia swoją rolę. Zresztą na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat został zrobiony ogromny krok naprzód w ratownictwie medycznym. Ja pracuję w tym systemie już – albo tylko – dwadzieścia lat i widzę, że to, co jest teraz, a to, co było ileś lat temu, to jest niebo a ziemia. Począwszy od wyposażenia ambulansów,

przez same ambulanse, po wykształcenie kadry medycznej, która udziela tych świadczeń zdrowotnych.

Myślę, że powinniśmy się przebić troszkę do mediów z tym, że ratownictwo medyczne jest jakby pierwszym ogniwem. Możemy sobie wybrać lekarza rodzinnego, możemy sobie wybrać szpital, w którym chcemy się leczyć, ale karetka pogotowia sobie nie wybieremy. Bo najczęściej nie chcemy, żeby coś się stało i żeby ona była potrzebna. Kiedy coś się, niestety, stanie, wtedy udziela nam pomocy ten zespół, który jest najbliższy. I myślę, że standaryzacja, pewne ujednoczenie warunków w całym kraju i równomierny dostęp do tego ratownictwa medycznego powinny być jednym z priorytetów, które w tej nowelizacji ustawy należałoby zawrzeć.

Panie Przewodniczący, żeby nie przedłużać, chciałbym tylko powiedzieć, że jest to pierwsze takie spotkanie, ale jako członek tej komisji będę wiercił panu dziurę w brzuchu, żeby odbyły się następne spotkania. Myślę, że można nawet zorganizować takie posiedzenie seminaryjne, żeby było troszeczkę więcej czasu na wysłuchanie różnych stron, wypracowanie jakiegoś wspólnego stanowiska. Są różne poglądy na działanie ratownictwa medycznego i dlatego wypracowanie jakiegoś jednolitego stanowiska będzie bardzo ważne. A dzięki nowelizacji tej ustawy i dzięki panu ministrowi, który jak wiem, będzie nad tym czuwał, to ratownictwo medyczne będzie się miało dobrze. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze. Trochę się wystraszyłem tego wiercenia w brzuchu. Będę musiał zrzucić trochę kilogramów.

Szanowni Państwo, zgodnie z naszą zasadą, której będziemy się tutaj mocno trzymać, proszę wszystkich państwa o przysłanie e-maili do senackiej Komisji Zdrowia z uwagami, które my opracujemy i po dwóch tygodniach prześlemy w formie wniosków do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. W mojej karierze parlamentarnej po raz drugi zetknąłem się z tym, że nie ma przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. Myślę, że to jest po raz ostatni.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, oczywiście, to jest po raz ostatni.

Ja parę punktów sobie zapisałem: nowelizacja ustawy o ratownictwie medycznym, zwiększenie finansowania oddziałów, SOR dziecięce, szkolenie.

Zaskoczył mnie pan, Panie Profesorze, tym 2020 r. To jest rzeczywiście jakiś nieprzytomny...

(Głos z sali: To jest absurd.)

...jakaś nieprawdopodobna sprawa. Ja pamiętam z mojej młodości lekarskiej, która była dość dawno temu, kiedy jeździłem w pogotowiu, że główna zasada była taka, że chorożka trzeba wieźć do najbliższego szpitala. A teraz widzę, że trzeba go wieźć do najlepszego, najlepiej wyposażonego oddziału SOR, czyli tam, gdzie ten chory będzie miał tę pomoc zapewnioną.

Tak że apeluję, proszę o te wnioski, bo to jest w naszym wspólnym interesie.

I jeszcze jedno na koniec.

Panie Senatorze Waldemarze, do tego tematu wrócimy. Proszę państwa, na pewno do tego tematu wrócimy, bo to

nie jest tak, że uważamy, że on został odwołany i na tym koniec. Nie, w tej kadencji, jeżeli ona będzie w całości, a mam taką nadzieję, do tematu ratownictwa medycznego wrócimy.

Serdecznie dziękuję, Panie Ministrze. Wszystkim państwu dziękuję za udział w naszej konferencji, senackiej Komisji Zdrowia.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 06)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii