

21. 06. 2018

nr RPW 18045/2018



Minister Zdrowia



03980200060095
RPW/18645/2018 P
2018-06-21

Warszawa, 14-06-2018

ROR.453.2.42.2018.AF

Pan
Stanisław Karczewski
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Senatora Jana Hamerskiego na 60 posiedzeniu Senatu w dniu 16 maja 2018 r. w sprawie przekwalifikowania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w województwie małopolskim, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Na wstępie należy wskazać, iż w myśl art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm., dalej „ustawa o PRM”) do zadań wojewody należy planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa.

W związku z tym podkreślenia wymaga, że Minister Zdrowia nie dokonuje przekwalifikowania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na podstawowe. Decyzję w tym zakresie podejmuje właściwy wojewoda w uzgodnieniu z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego. Powyższe wynika z art. 21 ustawy o PRM, który nakłada na wojewodów obowiązek przygotowania i aktualizacji planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który to plan obejmuje również liczbę, rodzaj i rozmieszczenie w terenie zespołów ratownictwa medycznego. Plan jest przesyłany do zaopiniowania właściwym jednostkom samorządu terytorialnego. Minister Zdrowia otrzymuje następnie projekt planu, celem jego akceptacji lub zgłoszenia uwag.

W ostatnich latach mamy do czynienia z nasilającym się zjawiskiem braku lekarzy chętnych do pracy w systemie PRM, zwłaszcza w jego pozaszpitalnym sektorze. Jest to jedna z przesłanek w argumentacji wojewodów wnioskujących o przekwalifikowanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego.

Obecnie zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy o PRM *lekarzem systemu jest lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57.*

Art. 57 ust. 1 przedmiotowej ustawy stanowi, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115), że do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być także lekarz posiadający:

- 1) *specjalizację lub tytuł specjalisty albo który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne co najmniej po drugim roku odbywania specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii albo*
- 2) *3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.*

2. *Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2018 r.*

3. *W przypadku niespełnienia wymogu, o którym mowa w ust. 2, lekarz przestaje być lekarzem systemu, o którym mowa w ust. 1.*

Podkreślenia wymaga, iż przepis przewidujący obowiązek rozpoczęcia specjalizacji z medycyny ratunkowej przez lekarzy, którzy dysponują jedynie doświadczeniem w wymiarze 3 tys. godzin, został przyjęty w roku 2013, a więc 5 lat temu. Był to wystarczający okres na dostosowanie się do wymagań ustawowych poprzez rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego – tym bardziej, że liczba dostępnych miejsc specjalizacyjnych cały czas jest większa od liczby kandydatów. Zastanović się więc należy, czy lekarz, który nie rozpoczął specjalizacji z medycyny ratunkowej, pomimo tego, że wymóg taki był znany od dawna, a możliwości doskonalenia zawodowego były większe, niż w innych dziedzinach medycyny, powinien kontynuować pracę w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego jako jego kierownik. W opinii resortu zdrowia zaniechanie przez lekarza doskonalenia w medycynie ratunkowej nie

daje wystarczającej gwarancji co do należytej jakości realizowanych przez niego świadczeń.

Przepisy ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw poszerzają katalog lekarzy systemu o lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie kardiologii i neurologii co pozwoli na zniwelowanie deficytu lekarzy systemu.

Zmiany wprowadzone do wojewódzkiego planu działania systemu PRM, zakładające m.in. przekwalifikowanie ZRM S w Limanowej, Krościenku nad Dunajcem oraz w Rabce-Zdroju, zgodnie z oświadczeniem Wojewody Małopolskiego, zawartym w piśmie przekazującym aktualizację planu działania systemu, są skutkiem umotywowanych wniosków dysponentów ZRM. Wnioski te wynikają z braku możliwości zapewnienia w obsadzie dyżurowej ZRM S lekarzy systemu, pomimo podejmowanych od wielu miesięcy starań w rozwiązaniu tego problemu. Brak lekarza systemu w obsadzie dyżurowej ZRM S występował w okresach od 1 dnia do nawet 11 dni w skali miesiąca. Sytuacja braku lekarza w obsadzie ZRM S skutkuje funkcjonowaniem tego zespołu w standardzie podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, tj. w składzie minimum dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, lub nawet wyłączeniem z funkcjonowania w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego tego zespołu. Ponadto Dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ w przypadku braku obsady dyżurowej ZRM S zobowiązany jest nałożyć karę finansową na dysponenta z powodu niewłaściwej realizacji umowy.

Ustawa o PRM określa jedynie minimalny skład zespołów ratownictwa medycznego. Zgodnie z ustawą w skład zespołu specjalistycznego wchodzi minimum trzy osoby uprawnione do udzielania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu. Natomiast w skład zespołu podstawowego wchodzi minimum dwie osoby uprawnione do udzielania medycznych czynności ratunkowych. Decyzja, czy ZRM P będzie funkcjonował w składzie dwuosobowym lub trzyosobowym należy do dysponenta zespołu ratownictwa medycznego, o ile pozwala mu na to umowa z NFZ.

W uzupełnieniu do powyższego, uprzejmie informuję, że ustawa z dnia 10 maja o zmianie ustawy o Państwowym ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, wprowadza wymagania nakazujące dysponentowi zespołów ratownictwa medycznego powołanie na stanowisko kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu, którzy posiadają co

najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego.

Obecnie ratownikiem medycznym może być osoba, która uzyskała tytuł zawodowy licencjata oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego. Ratownik medyczny zobowiązany jest ponadto do doskonalenia zawodowego w cyklach 5-letnich, polegających na uczestnictwie w szkoleniach, warsztatach oraz sympozjach aktualizujących wiedzę i umiejętności z zakresu medycyny ratunkowej oraz postępowania w stanach zagrożenia życia.

Pielęgniarką/pielęgniarem systemu może zostać pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym. Pielęgniarki systemu są również zobowiązane do uczestnictwa w kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

Powyższe wymagania w stosunku do kierowników podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w połączeniu z wysokimi standardami kształcenia ratowników medycznych i pielęgniarek systemu gwarantuje odpowiednie wykonywanie funkcji kierownika zespołu ratownictwa medycznego oraz udzielanie medycznych czynności ratunkowych wobec osób w stanie zagrożenia życia na najwyższym poziomie.

Odnosząc się do kwestii lokalizacji i przynależności poszczególnych ZRM do dyspozytorni medycznych oraz wątpliwości co do dysponowania ZRM informuję, iż zgodnie z § 1 pkt 5 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2014 r. poz. 66)* decyzję o zadysponowaniu ZRM podejmuje dyspozytor medyczny w oparciu o wywiad, który prowadzony jest w oparciu o ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego oraz algorytmu przeprowadzania wywiadu medycznego, zgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

Jednocześnie wskazać należy, iż obowiązujące przepisy w żaden sposób nie rozróżniają zdarzeń, do których należy dysponować ZRM S, a do jakich ZRM P. Przy dysponowaniu

zespołu dyspozytor medyczny uwzględnia przede wszystkim najkrótszy czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

Ponadto informuję, że Moduł Dyspozytora w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego umożliwia monitorowanie w czasie rzeczywistym dostępność i geolokalizację ZRM w całym kraju oraz posiada funkcjonalność wskazującą dyspozytorowi medycznemu zespół najbliższy miejscu zdarzenia. Powyższa funkcjonalność umożliwia dyspozytorowi medycznemu zadysponowanie ZRM spoza rejonu obsługiwanego przez Dyspozytornię Medyczną, znajdującego się najbliżej miejsca zdarzenia.

W kwestii wskazanych w oświadczeniu Pana Senatora różnic w wyposażeniu ambulansów wykorzystywanych przez zespoły specjalistyczne i podstawowe informuję, iż obecnie nie ma określonego ścisłego standardu wyposażenia w sprzęt medyczny w zależności od rodzaju zespołu. Kwestię wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne regulują przepisy art. 36 ust. 2 ustawy o PRM. W myśl przywołanego przepisu zespół ratownictwa medycznego wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. Norma PN-EN1789 - *Pojazdy medyczne i ich wyposażenie -- Ambulanse drogowe* wskazuje, że ambulans powinien być wyposażony jedynie w środek przeciwbólowy, płyn do infuzji oraz tlen. Są to jednak tylko minimalne wymagania, które stosuje się wobec ambulansów we wszystkich krajach UE – niezależnie od stopnia zaawansowania udzielanych w nich świadczeń. Tym samym zespoły ratownictwa medycznego systemu PRM wyposażone są w niezbędne leki i sprzęt medyczny, który umożliwia wykonanie wszystkich medycznych czynności ratunkowych wynikających z obowiązujących przepisów dotyczących uprawnień personelu medycznego zespołów ratownictwa medycznego.

Jedyną różnicę pomiędzy ZRM S a ZRM P może stanowić lista leków znajdujących się na wyposażeniu ambulansu z uwagi na szerszy katalog leków, które mogą być zaordynowane przez lekarza systemu. W tym miejscu informuję, że lista leków oraz procedur medycznych, do których podawania i wykonywania uprawnieni są ratownicy medyczni i pielęgniarki/pielęgniarze systemu zapewnia wdrożenie właściwego i zgodnego z aktualną wiedzą medyczną postępowania z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

Sprzęt medyczny, w tym wymienione w oświadczeniu Pana Senatora zestaw do drenażu klatki piersiowej, pompa infuzyjna czy zastawka PEEP, wytwarzająca dodatkowo końcowe ciśnienie wydechowe podczas wentylacji mechanicznej są na co dzień wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez personel podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, ponieważ ratownicy medyczni i pielęgniarki/pielęgniarze systemu uprawnieni są do wykonywania procedur medycznych wykorzystujących ten sprzęt.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Józefa Szczurek-Żelazko
Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

| | |
|-------------------------|---|
| Identyfikator dokumentu | 1343774.3186080.2480473 |
| Nazwa dokumentu | ROR.453.2.42.2018.AF oświadczenie senatora J. Hamerskiego lekarze systemu.pdf |
| Tytuł dokumentu | ROR.453.2.42.2018.AF oświadczenie senatora J. Hamerskiego lekarze systemu |
| Sygnatura dokumentu | ROR.453.2.42.2018 |
| Data dokumentu | 2018-06-14 |
| Skrót dokumentu | A31385759F49D175AA5D833EC2D2146B61215FBE |
| Wersja dokumentu | 1.47 |
| Data podpisu | 2018-06-14 12:49:57 |
| Podpisane przez | Józefa Szczurek-Żelazko Sekretarz Stanu |

EZD 3.30.481.4063.14538

Data wydruku: 2018-06-19

Autor wydruku: Jandy Artur (starszy specjalista)