

**PAŃSTWOWE  
RATOWNICTWO  
MEDYCZNE  
ORGANIZACJA  
PRACY SYSTEMU**

**PAŃSTWOWE  
RATOWNICTWO MEDYCZNE  
ORGANIZACJA  
PRACY SYSTEMU**



**Autorzy:**

**red. Dr hab. Cezary Pakulski**

**Mgr piel. Piotr Bany-Moskal**

**Prof. dr hab. Michał Chmielewski**

**Prof. dr hab. Urszula Demkow**

**Dr n. med. Przemysław Duda**

**Stud. med. Grzegorz Kardas**

**Dr n. med. Małgorzata Leźnicka**

**Dr n. farm Piotr Merks**

**Dr hab. Marian Simka**

**Dr hab. Dawid Sześciło**

**Prof. dr hab. Piotr Wiland**

**INSTYTUT STRATEGIE 2050**

# Spis treści

<b>GŁÓWNE TEZY</b>	<b>4</b>
<b>1. PRAWNE PODSTAWY ORGANIZACJI I FUNKCJONOWANIA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE</b>	<b>7</b>
<b>2. ZARZĄDZANIE SYSTEMEM PRM ORAZ ELEMENTY ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO</b>	<b>12</b>
<b>3. ZASADY FUNKCJONOWANIA JEDNOSTEK TWORZĄCYCH SYSTEM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO</b>	<b>16</b>
<b>3.1. CENTRUM POWIADAMIANIA RATUNKOWEGO (CPR) I DYSPOZYTORNIE MEDYCZNE (DM)</b>	<b>16</b>
<b>3.2. ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO (ZRM)</b>	<b>20</b>
<b>3.2.1. ZRM SPECJALISTYCZNE A SIEĆ ZESPOŁÓW „RENDEZ-VOUS”</b>	<b>20</b>
<b>3.2.2. ZRM PODSTAWOWE</b>	<b>22</b>
<b>3.3. TRANSPORT MEDYCZNY MIĘDZYSZPITALNY</b>	<b>27</b>
<b>3.4. SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE (SOR)</b>	<b>30</b>
<b>3.5. PODSTAWY WSPÓŁPRACY JEDNOSTEK SYSTEMU PRM MIĘDZY SOBĄ</b>	<b>35</b>
<b>4. KADRY SYSTEMU PRM I SYSTEM KSZTAŁCENIA KADR SYSTEMU PRM – REKOMENDACJE</b>	<b>37</b>
<b>4.1. RATOWNIK MEDYCZNY</b>	<b>37</b>
<b>4.1.1. SYSTEM KSZTAŁCENIA PRZEDDYPLOMOWEGO (PODSTAWOWEGO) RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH</b>	<b>37</b>
<b>4.1.2. SYSTEM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH</b>	<b>40</b>
<b>4.1.3. RATOWNICY MEDYCZNI – TO CO NAJWAŻNIEJSZE DLA ROZWOJU ZAWODU</b>	<b>46</b>
<b>4.2. PIELĘGNIARKA RATUNKOWA</b>	<b>49</b>
<b>4.3. LEKARZE MEDYCZNY RATUNKOWEJ</b>	<b>52</b>

# Państwowe Ratownictwo Medyczne - organizacja pracy systemu

## GŁÓWNE TEZY

Wśród polityków panuje przekonanie, że warunkiem poprawy sytuacji w jednostkach systemu PRM jest istotne zwiększenie finansowania całej ochrony zdrowia, w tym również samych jednostek systemu. Rzeczywistość jest jednak bardziej skomplikowana. Przecież od roku 2015 nakłady publiczne na system opieki zdrowotnej (SOZ) wzrosły kwotowo o ponad 30%, a mimo to wydolność SOZ znacznie spadła. Podobnie pogorszyła się ocena funkcjonowania przedszpitalnej i szpitalnej części ratownictwa medycznego. To prawda, system ratownictwa medycznego potrzebuje dodatkowych pieniędzy, ale równocześnie trzeba w nim dokonać poważnych zmian i poprawić jego efektywność. Nie wystarczy kupić nowe lub przemalować stare karetki.

Przygotowaliśmy obszerny i szczegółowy program naprawy systemu PRM. Proponujemy w nim rozwiązania, które w naszym odczuciu **powinny poprawić**: (-) podstawy organizacji i funkcjonowania zintegrowanego systemu PRM i jednostek tworzących ten system; (-) zasady współpracy pomiędzy jednostkami PRM; (-) współpracę jednostek tworzących system PRM z podstawową opieką zdrowotną oraz nocną i świąteczną pomocą lekarską), oraz **pozytywnie wpłynąć na**: (-) jakość kształcenia kadr medycznych dla systemu PRM; (-) dostosowanie treści programowych zawodów medycznych niezbędnych dla systemu PRM, sposób ich przekazywania, oraz skuteczność egzekwowania nabytej wiedzy i umiejętności do wyzwań i możliwości XXI wieku; (-) wyznaczenie ścieżek rozwoju zawodowego ratowników medycznych; (-) zwiększenie liczby pracowników systemu.

### Rekomendujemy:

1. Wprowadzenie przepisów stanowiących, że ordynatorem / lekarzem kierującym w SOR może być wyłącznie lekarz ze specjalizacją medycyna ratunkowa.

2. Uwzględnienie zasady gwarantowanego finansowania systemu PRM rozumianego jako całość. Z tego samego źródła (budżet Państwa) powinna być finansowana część przedszpitalna systemu (ZRM) i wczesnoszpitalna (SOR oraz zadania realizowane na poziomie SOR w ramach centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci i centrum udarowego).
3. Wprowadzenie obowiązku kategoryzacji SOR w oparciu o posiadane możliwości diagnostyczno-terapeutyczne szpitala, posiadaną kadrę oraz uprawnienia do szkolenia przed- i podyplomowego.
4. Przekształcenie szpitalnych oddziałów ratunkowych w zadaniowo niezależne od szpitala jednostki systemu PRM w celu uporządkowania systemu jako całości i poprawienia sposobu i jakości udzielania pomocy na kolejnych etapach ewakuacji pacjenta. SOR ze szpitalem łączyłyby w dalszym ciągu finansowanie i podległość służbowa.
5. Rezygnację z zespołów ratownictwa medycznego typu specjalistycznego tj. z lekarzem (ZRM-S) i zastąpienie ich zespołami ZRM typu P (sami ratownicy medyczni) oraz zespołami systemu „rendez-vous” (na miejsce zdarzenia/zachorowania jedzie zespół z ratownikami, a w przypadku koniecznej pomocy lekarz w drugiej karetce lub w uprzywilejowanym samochodzie osobowym wzywany jest „na spotkanie”).
6. Uruchomienie nowego zespołu wyjazdowego (ZRM POZ), dwuosobowego (lekarz i ratownik kierowca), lub jednoosobowego (sam lekarz), udzielającego pomocy w miejscu zamieszkania chorego, jako wsparcie dla niewydolnej obecnie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.
7. Uczynienie medycyny ratunkowej specjalizacją modułową, aby zachęcić młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji.
8. Przywrócenie rzeczywistych możliwości specjalizowania się z pielęgniarstwa ratunkowego.
9. Stworzenie pod nadzorem uniwersytetów medycznych 16 nowych i dedykowanych tylko ratownikom medycznym Centrów Symulacji Medycznej (CSM). Nowe CSM poprawią dostępność studentów kierunku ratownictwo medyczne do zajęć symulacyjnych o różnym stopniu skomplikowania oraz zostaną wykorzystane do prowadzenia szkolenia

ustawicznego i doskonalenia podyplomowego ratowników medycznych (również pielęgniarek systemu).

10. Spersonalizowanie programu kształcenia / doskonalenia zawodowego ratowników medycznych w oparciu o gromadzone w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) indywidualne statystyki samodzielnie wykonanych kluczowych medycznych czynności ratunkowych w okresie poprzedzających 12 miesięcy.
11. Stworzenie i/lub wyznaczenie ścieżek rozwoju zawodowego ratowników medycznych w systemie PRM w oparciu o realizację kolejnych kursów kwalifikacyjnych lub uruchomienie specjalizacji dedykowanych ratownikom medycznym.
12. Uczynienie systemu PRM służbą mundurową na wzór straży pożarnej czy policji, z wszelkimi wynikającymi z tego przywilejami, pewnością zatrudnienia czy możliwością przechodzenia na wcześniejszą emeryturę. Propozycja ta **w żadnym stopniu nie oznacza** podporządkowania ratownictwa przedszpitalnego tzw. "resortom siłowym", czy Państwowej Straży Pożarnej.
13. Utworzenie samorządu ratowników medycznych
14. Wprowadzenie programu bezpłatnych kursów specjalizacyjnych oraz kształcenia podyplomowego dla ratowników medycznych i pielęgniarek, z zapewnieniem płatnych urlopów szkoleniowych w wymiarze do 7 dni roboczych w jednym roku.

# **1. Prawne podstawy organizacji i funkcjonowania zintegrowanego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne**

O pogłębiających się problemach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wiemy od dawna. Ich wizerunkową emanacją jest dramatyczna sytuacja obserwowana w SOR. Oddziały ratunkowe, niedofinansowane i pozbawione właściwej obsady kadrowej, stały się jednostkami przepełnionymi niewłaściwymi chorymi trafiającymi w niewłaściwe miejsce i z nadmiaru pracy i obowiązków nieprzyjaznymi dla pacjentów. Od pewnego czasu pojawiają się również sygnały o zagrożeniu zapaścią przedszpitalnej części ratownictwa medycznego. Oprócz pogłębiającego się kryzysu braku kadry lekarskiej w SOR i w zespołach ratownictwa medycznego typu S (specjalistyczne; ZRM-S), coraz częściej słyszymy o pogarszającej się sytuacji kadrowej w grupie pielęgniarek ratunkowych i ratowników medycznych, o braku możliwości wypełnienia zespołów ratownictwa medycznego typu P (podstawowe; ZRM-P) fachowym personelem medycznym, czy o obsadzaniu zespołów wyjazdowych ratownikami medycznymi o niewystarczającym stopniu wykształcenia zawodowego. Jak wszystkie obecne problemy ochrony zdrowia, te dotyczące ratownictwa medycznego i medycyny ratunkowej swoje źródło mają w działaniach i zaniechaniach dotychczas rządzących. Czas pandemii SARS-CoV-2 wszystkie te źródła i przyczyny tylko zintensyfikował.

Zintegrowany system ratownictwa medycznego w Polsce w obecnej formie zaczął powstawać z początkiem XXI wieku. Końcem pierwszej fazy tworzenia tego systemu miało być przygotowanie zupełnie nowej w swojej treści Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Taki dokument, uwzględniający potrzeby wszystkich interesariuszy, został przygotowany. Uchwalona przez Sejm RP wersja Ustawy o PRM okazała się zasadniczo innym dokumentem<sup>1</sup>. Zamiast ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym otrzymaliśmy ustawę o pogotowiu ratunkowym i o potrzebach zarządzających ratownictwem przedszpitalnym. Dokument odsuwał w czasie na okres 20 lat wprowadzenie kadrowej jakości do ZRM-S. Na podstawie tej ustawy, przez kolejnych 20 lat w ZRM typu S mieli jeździć i udzielać pomocy lekarze każdej specjalizacji, również bez specjalizacji. Dopiero po upływie 10 lat ustawę nieco poprawiono<sup>2</sup>, zezwalając na dalszą pracę w ZRM typu S lekarzom bez specjalizacji, pod

<sup>1</sup>Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r., Dz.U. 2006 / nr 191 poz. 1410, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20061911410/O/D20061410.pdf>

<sup>2</sup>Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 października 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2016; poz. 1868, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160001868/O/D20161868.pdf>

warunkiem rozpoczęcia do dnia 1 stycznia 2018 r. specjalizacji z medycyny ratunkowej<sup>3</sup>. Lekarze, którzy tego warunku nie spełnili, przestali być lekarzami systemu i utracili prawo do pracy w ZRM-S. Na dzień 31 grudnia 2020 roku ustalono ostateczny termin możliwości pracy w ZRM-S tzw. lekarzy systemu, posiadających jedną z siedmiu tzw. specjalizacji pokrewnych<sup>4</sup>. Termin minął, a wobec braku zmiany przepisów prawa w ZRM-S w dalszym ciągu pracować mogą lekarze systemu z innymi niż medycyna ratunkowa specjalizacjami. Ustawodawca w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>5</sup> nie wskazał jednoznacznie, że ordynatorem SOR może być wyłącznie lekarz ze specjalizacją z medycyny ratunkowej. W efekcie powszechnym było obsadzanie tego stanowiska przez lekarzy posiadających inne specjalizacje: anestezyjologii i intensywnej terapii, neurologii, chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, inne niż medycyna ratunkowa<sup>6</sup>. Według Rozporządzenia MZ w sprawie SOR z dnia 27 czerwca 2019 roku<sup>7</sup>, **wymóg posiadania specjalizacji z medycyny ratunkowej przez ordynatora SOR miał zacząć obowiązywać od 01 stycznia 2021<sup>8</sup>. Niestety wciąż nie obowiązuje, przeciwnie, Ministerstwo Zdrowia kolejnym rozporządzeniem MZ z dnia 28 maja 2021 roku zdecydowało o aneksowaniu obowiązujących przepisów aż do dnia 30 czerwca 2022 roku<sup>9</sup>. Ta niedopuszczalna praktyka obowiązuje wyłącznie w przypadku SOR-ów i wyłącznie lekarzy medycyny ratunkowej. Dodatkowo na podstawie zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2019; poz. 602 oraz wersji wcześniejszych) **lekarze posiadający specjalizację z medycyny ratunkowej nie mają prawa do realizowania w trybie skróconym innej, mniej obciążającej specjalizacji, co pozwoliłoby po 10-15 latach wyczerpującej pod każdym względem pracy w jednostkach systemu PRM****

---

<sup>3</sup>Tamże.

<sup>4</sup>Tamże.

<sup>5</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz.U. 2007; nr 55; poz. 365, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20070550365/O/D20070365.pdf>

<sup>6</sup>Tamże.

<sup>7</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz.U. 2019 poz. 1213, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001213/O/D20191213.pdf>

<sup>8</sup>Tamże.

<sup>9</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz.U. 2021 poz. 991, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000991/O/D20210991.pdf>



**na alternatywne zatrudnienie w ochronie zdrowia** (rozporządzenie dopuszcza jedynie możliwość uzyskania mało atrakcyjnego tytułu specjalisty w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, medycyny paliatywnej lub transfuzjologii klinicznej)<sup>10</sup>. Skutkiem tych przepisów było widoczne niemal natychmiast po ich uchwaleniu (1) zmniejszenie zainteresowania otwieraniem specjalizacji lekarskich w dziedzinie medycyna ratunkowa; (2) uruchamianie specjalizacji w innych różnych specjalizacjach bezpośrednio po uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinie medycyna ratunkowa oraz (3) rezygnacja z pracy w jednostkach systemu. Te straty są niepowetowane i niemożliwe do naprawienia.

W drugiej połowie 2017 roku zadanie przygotowania dla ratownictwa medycznego kolejnych systemowych, a w części rewolucyjnych zmian w przepisach prawa przekazano w ręce sprawnych legislatorów, którzy jednocześnie byli aktywnymi pracownikami systemu PRM. W tym okresie powstało kilka kluczowych i oczekiwanych przez środowisko PMR ustaw i rozporządzeń wykonawczych, które dookreślały i porządkowały system PRM. Niestety, od czerwca 2019 roku rozpoczął się okres nowelizacji wcześniej wydanych aktów prawnych, które w sposób niekorzystny zaczęły zmieniać organizację systemu PRM. Pandemia SARS-CoV-2 stała się pretekstem do kolejnych, często zupełnie nieprzemyślanych zmian w obowiązującym prawie. Niezwykle popularny, wręcz uniwersalny twór o nazwie „Zmiana ustawy ..... I INNYCH USTAW” doprowadził do wycofania porządku prawnego regulującego nie tylko system PRM o kilka, kilkanaście lat wstecz. Przykładem są przepisy łagodzące wymagania dotyczące ratownika medycznego pełniącego funkcję kierownika zespołu ratownictwa medycznego. W nowelizacji Ustawy o PMR z dnia 25 kwietnia 2019 roku<sup>11</sup> kierownikiem ZRM-P mogła być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada **co najmniej** 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego<sup>12</sup>. Te oczekiwania co do zawodowego przygotowania i doświadczenia osoby kierującej ZRM były kilkukrotnie obniżane. Ostatecznie

---

<sup>10</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000602/O/D20190602.pdf>

<sup>11</sup>Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2019 poz. 993, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000993/O/D20190993.pdf>

<sup>12</sup>Tamże.

w Ustawie z dnia 27 listopada 2020 r.<sup>13</sup>, której celem było zapewnienie w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, nie ma już żadnych wymagań. Kierownikiem ZRM może być każdy ratownik medyczny, również ten z zerowym doświadczeniem lub podstawowymi brakami edukacyjnymi. Dodatkowo ustawodawca uchylił artykuł 43 Ustawy o PRM, który mówił o obowiązku przygotowania i ogłoszenia w formie obwieszczenia standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej, również ustalenia kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom<sup>14</sup>.

Bylejakość, brak standardów, brak bezpieczeństwa zarówno chorych, jak i pracowników systemu udzielających pomocy, to obecne oblicze odpowiedzialnego za przepisy prawa Ministerstwa Zdrowia i ministerstw współpracujących. Stanowisko to potwierdza raport Najwyższej Izby Kontroli (marzec 2021 rok) „Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego”, co do którego zgadzamy się z ogólną diagnozą, ale z interpretacją przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości i zaniechań już nie<sup>15</sup>.

Wśród polityków panuje powszechne przekonanie, że warunkiem poprawy sytuacji w jednostkach systemu PRM jest istotne zwiększenie finansowania całej ochrony zdrowia, w tym również samych jednostek systemu. Rzeczywistość jest jednak bardziej skomplikowana. Przecież od roku 2015 nakłady publiczne na system opieki zdrowotnej (SOZ) wzrosły kwotowo o ponad 30%, a mimo to wydolność SOZ znacznie spadła. Podobnie pogorszyła się ocena funkcjonowania przedszpitalnej i szpitalnej części ratownictwa medycznego. To prawda, system ratownictwa medycznego potrzebuje dodatkowych pieniędzy, ale w pierwszej kolejności trzeba w nim dokonać poważnych zmian i poprawić jego efektywność. Nawet znaczący wzrost dedykowanej systemowi ochrony zdrowia wartości PKB nie spowoduje, że automatycznie poprawi się jakość świadczonych usług na kolejnych etapach ratowania życia i nie spowoduje, że „oczekiwanie na lekarza i/lub postawienie rozpoznania w SOR w przypadku

---

<sup>13</sup>Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, Dz.U. 2020 poz. 2401, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200002401/O/D20202401.pdf>

<sup>14</sup>Tamże.

<sup>15</sup>Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego, raport NIK, 2021, <https://www.nik.gov.pl/plik/id.23528.vp.26262.pdf>

każdego pacjenta będzie trwało krócej niż 60 minut”. Istniejących problemów nie rozwiążą też w pojedynkę asystenci lekarzy, zatrudniani studenci VI roku studiów, leki za 5 złotych na receptę, czy dowolne działania pozornie tylko wzmacniające system. W dalszym ciągu tekstu zaproponujemy rozwiązania, które w naszym odczuciu powinny poprawić:

- podstawy organizacji i funkcjonowania zintegrowanego systemu PRM i jednostek tworzących ten system; (-) zasady współpracy pomiędzy jednostkami PRM;
- współpracę jednostek tworzących system PRM z podstawową opieką zdrowotną oraz nocną i świąteczną pomocą lekarską);

oraz pozytywnie wpłynąć na:

- jakość kształcenia kadr medycznych dla systemu PRM;
- dostosowanie treści programowych zawodów medycznych niezbędnych dla systemu PRM, sposób ich przekazywania, oraz skuteczność egzekwowania nabytej wiedzy i umiejętności do wyzwań i możliwości XXI wieku;
- wyznaczenie ścieżek rozwoju zawodowego ratowników medycznych;
- zwiększenie liczby pracowników systemu.

Zanim szczegółowe propozycje działań poprawiających i usprawniających funkcjonowanie zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego zostaną przedstawione, chcemy zaznaczyć, że nie da się uzyskać odczuwalnej poprawy w działaniu jednostek systemu PRM bez równoczesnej gruntownej reformy POZ i uczynienia z niej faktycznego centrum organizacji kontaktów pacjenta z publicznym systemem ochrony zdrowia oraz uprządkowania zasad funkcjonowania nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NPL). Tym kwestiom poświęcono dużo uwagi w analizie dotyczącej organizacji systemu ochrony zdrowia (SOZ).

## 2. Zarządzanie systemem PRM oraz elementy zarządzania kryzysowego

Nie da się naprawić „zepsutego” prawa bez jego skrupulatnej inspekcji ze sformułowaniem wniosków i wskazań, które zapisy powinny zostać odwołane, które zmienione, które przywrócone, a które wprowadzone. Inwentaryzacja wszystkich istniejących w naszym kraju aktów prawnych dotyczących systemu PRM i przygotowanie nowych, usprawniających jego działanie powinny zatem zostać wykonane możliwie najwcześniej. Proponujemy, żeby kolejnym etapem działania stały się zmiany w organizacji systemu, polegające na zmianach w podległości i finansowaniu niektórych składowych systemu takich jak Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR) i szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), oraz na stworzeniu niezależnego systemu nadzoru i kontroli nad zespołami ratownictwa medycznego (ZRM) w kontekście wyposażenia, kompetencji i spełniania wymogów ustawowych. W przypadku systemu PMR kluczowym jest określenie podległości merytorycznej, służbowej i finansowej. W prowadzonej dyskusji dotyczącej organizacji i finansowania systemu PRM w Polsce proponujemy uwzględnić zasadę gwarantowanego finansowania ratownictwa rozumianego jako całość (podobnie jak Policja, czy Państwowa Straż Pożarna). Z tego samego źródła powinna być finansowana część przedszpitalna systemu (CPR, dyspozytornie medyczne oraz ZRM) i wczesnoszpitalna (SOR oraz zadania realizowane na poziomie SOR w ramach centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci i centrum udarowego). Z tego powodu SOR powinien przestać być identyfikowany jako kolejny oddział szpitala. SOR powinien pozostać miejscem dla szpitala eksterytorialnym, z którego być może pacjent będzie do szpitala przyjęty. Do proponowania takiej organizacji świadczeń na poziomie SOR upoważnia już teraz nie tylko zapis ustawy o PRM wymieniający SOR pośród jednostek systemu, ale również sposób finansowania SOR w formie stawki za dobogotowość. Na nowo zdefiniowana podległość finansowa oznaczałaby przekazywanie należnej kwoty funduszy SOR z budżetu lub jednostki pośredniej do szpitala z założeniem, że przekazane fundusze mogą zostać wykorzystane **wyłącznie w związku z funkcją SOR**. Poza tym, że SOR powinien pozostać zadaniowo niezależną od szpitala jednostką systemu PRM, w podległości służbowej i merytorycznej wobec Zarządu / Dyrekcji Szpitala nic nie powinno się zmienić. Proponujemy, żeby w dalszym ciągu, pomimo zakładania eksterytorialności SOR pozostał podległy zarządzającemu szpitalem. Proponowana zmiana nie jest próbą oderwania SOR od struktury szpitala, a jedynie chęcią uporządkowania systemu

jako całości i poprawienia sposobu i jakości udzielania pomocy na kolejnych etapach ewakuacji chorego. Jest to też próba ochrony finansów dedykowanych systemowi PRM przed ich wydawaniem na inne niż należne zadania. Drugą propozycją zasadniczej zmiany organizacji systemu PRM jest uniezależnienie CPR-ów od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i ich włączenie w jednolitą strukturę Systemu PRM.

W przypadku całej przedszpitalnej części systemu PRM (Centra Powiadamiania Ratunkowego, Dyspozytornie Medyczne, zespoły ratownictwa medycznego) nadzór merytoryczny, finansowy i cała podległość służbowa powinny znajdować się w jednym ręku, w jednej instytucji. Zasady tego nadzoru powinny się opierać na zakreślonych przepisami prawa obowiązkach dotyczących zakresu wymaganych zadań, standardów wyposażenia, standardów kadrowych, jakościowych oraz usankcjonowania (w końcu) realizacji działań w sytuacjach kryzysowych. Teoretycznie nie ma znaczenia, czy miałyby to być organ samorządowy czy rządowy. Logika zarządzania kryzysem i dotychczasowy rozdział podległości jednoznacznie wskazują jednak na administrację rządową. Plan Działania Systemu PRM dla województwa, nadzór nad Centrami Powiadamiania Ratunkowego (CPR), czy nadzór nad Systemem Wspomagania Dowodzenia PRM (SWD PRM) to powinny być zadania dla wojewody. Wojewoda pełni też bezpośredni nadzór nad ośrodkami koordynacji bieżącej i kryzysowej. Są tu dyspozytornie medyczne (DM) i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa Medycznego (WKRM). Szczególnie ważną powinna być rola pełniona właśnie przez WKRM, który powinien mieć prawo do decydowania o przyjęciu każdego chorego w każde miejsce, bez możliwości odmowy przez konkretny podmiot leczniczy. Wojewoda jest też pośrednim płatnikiem dobogotowości ZRM. Proponujemy, żeby dopełnieniem organizacji tzw. przedszpitalnego systemu ochrony zdrowia stało się przejęcie nadzoru nad ZRM przez wojewodę oraz ujęcie w Planie Działania Systemu PRM oprócz ZRM i pochodnych również jednostek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej (NPL). Konieczne (z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego regionu) liczby i alokacje tych jednostek (POZ i NPL) powinny być określone w oparciu o wskaźniki płatnika, ex post za ostatnie np. 24 miesiące – w tym przypadku wszystkie decyzje powinny być podejmowane w ścisłej współpracy z samorządem i gospodarzem systemu ochrony zdrowia na obszarze województwa. To szczególnie ważny problem, bo z punktu widzenia zarządzania sytuacją kryzysową nigdy więcej nie może powtórzyć się sytuacja z marca i kwietnia 2020 roku, kiedy to przeważająca

liczba poradni rodzinnych i punktów NPL po prostu się zamknęła zostawiając swoich podopiecznych bez wsparcia. Również dlatego najważniejszym argumentem przemawiającym za nadzorem nad przedszpitalnym systemem ochrony zdrowia, realizowanym przez organ państwowy jest właśnie zarządzanie kryzysem.

W kwestii zarządzania kryzysowego dużą stratą dla całego systemu i organizacji działań w obszarze przedszpitalnym była decyzja o odstąpieniu od integracji różnych służb na poziomie dysponowania. Tu myślimy o dyspozytorniach, w których obok siebie powinni być obecni dyspozytor medyczny, dyspozytor Państwowej Straży Pożarnej i dyspozytor policyjny. Taka super dyspozytornia byłaby dobrym rozwiązaniem na okoliczność większych zdarzeń, ale też sytuacji kryzysowych. Każdy wojewoda miałby swego rodzaju kryzysowe centrum operacyjne, w którym na poziomie operacyjnym / wykonawczym byłiby obecni przedstawiciele wszystkich służb. Podczas Światowych Dni Młodzieży (2016 rok) świetnie do zadziałało.

W związku z mnogością wymienionych problemów i popełnionych zaniechań konieczne jest stworzenie w naszym kraju prawdziwego i począwszy od legislacji profesjonalnego zarządzania kryzysowego, które okaże się skuteczne wtedy gdy zabraknie prądu, w czasie dowolnej katastrofy, czy w przypadku pandemii. Dla każdego ugrupowania, które przejmie odpowiedzialność za kraj, uporządkowanie i naprawienie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne będzie ogromnym wyzwaniem.

#### **Do zadań, które powinny zostać zrealizowane, należą:**

- przejęcie pełnego nadzoru organizacyjnego i kompetencyjnego nad systemem PRM i wyodrębnienie osobnej struktury w ministerstwie odpowiedzialnej za działanie systemu PRM;
- inwentaryzacja wszystkich istniejących aktów prawnych dotyczących systemu PRM;
- przygotowanie nowych aktów prawnych, nowel, które usprawnią działanie systemu PRM;
- analiza i określenie rozwiązań zagrożeń i zdarzeń z zakresu CBRN+E (C – chemical, B – biological, R – radiological, N – nuclear oraz E – explosives). Obecnie posiadamy jedynie matryce ryzyk i modułów kto jakie ma

- zadania, ze szczególnym uwzględnieniem obszaru rządowego, wojewódzkiego i samorządowego;
- opracowanie procedur określających postępowanie, współdziałanie, zakres koordynacji, i całą resztę organizacyjną w poszczególnych rodzajach zagrożenia;
  - określenie zasad współpracy pomiędzy zarządzaniem kryzysowym, systemem PRM, systemem POZ i Inspekcją Sanitarną. Trwająca pandemia SARS-CoV-2 dramatycznie obnażyła brak takiej współpracy;
  - przygotowanie aktów prawnych, procedur uruchamiania służb wspomagających, które dopuszczają/umożliwią włączenie do systemu zarządzania kryzysem oraz do systemu PRM w czasach pokoju możliwość współpracy systemu PRM z jednostkami wspierającymi: np. PCK i inne grupy społecznościowe, posiadające duży potencjał kadrowy i logistyczno-sprzętowy. Zapominamy o tych organizacjach, a to właśnie one w trudnych momentach swoim wsparciem na różnych poziomach kompetencyjnych mogą odciążyć cały system;
  - zreformowanie i poprawienie funkcjonowania Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM). Uważamy, że KCMRM powinno stać się odrębną instytucją o charakterze strategicznym w zakresie bezpieczeństwa państwa w obszarze dotyczącym monitorowania, a docelowo koordynowania systemem. Jako odrębna instytucja KCMRM powinno podlegać bezpośrednio Ministrowi Zdrowia, a nie tak jak teraz Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu, który sam jest jednostką systemu PRM. Wszystko, czego od początku roku 2020 doznaliśmy w związku z pandemią COVID-19, pokazuje jak bardzo brakowało i nadal brakuje centralnego ośrodka operacyjno-koordynującego. Uzasadnieniem dla naszej propozycji wzmacniającej KCMRM jest również fakt, iż po ostatniej nowelizacji ustawy o KCMRM, jednostka ta zamiast rozpocząć realizowanie swoich zadań od początku bieżącego roku, możliwość monitorowania przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu zagrażającym zdrowiu znacznej liczby osób uzyska najwcześniej od dnia 1 stycznia 2024 r;
  - wspólnie z wojewodami przygotowywanie wojewódzkich i ponad wojewódzkich ćwiczeń z zakresu współpracy poszczególnych służb.

### **3. Zasady funkcjonowania jednostek tworzących system ratownictwa medycznego**

#### **3.1. Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) i dyspozytornie medyczne (DM)**

W 2019 r. w 17 centrach powiadamiania ratunkowego odnotowano w sumie 22 274 931 połączeń przychodzących, średnio 1.856.244 połączeń miesięcznie w skali kraju. To ogromne zadanie do wykonania, szczególnie jeśli uwzględni się wagę każdej decyzji podejmowanej przez operatora przyjmującego zgłoszenie<sup>16</sup>.

Obsługę zgłoszeń alarmowych w CPR wykonują operatorzy numerów alarmowych, starsi operatorzy numerów alarmowych, koordynatorzy oraz koordynatorzy-trenerzy. Obecnie od osoby wykonującej którąś z wyżej wymienionych funkcji nie oczekuje się spełnienia wymagań w zakresie kierunkowego wykształcenia medycznego. Jedynym, poważnym wymaganiem jest znajomość języków obcych<sup>17</sup>. Przy tak stosunkowo niewielkich wymaganiach, osoby zatrudnione w CPR pozostają bez szansy awansu i rozwoju zawodowego. Dodatkowo niskie i nie uwzględniające dodatków za pracę w nocy oraz w dni ustawowo wolne od pracy wynagrodzenie, odpowiada za częstą rotację wśród osób zatrudnionych w CPR oraz zniechęca potencjalnych kandydatów do podjęcia zatrudnienia na stanowisku Operatora. Wyznaczenie ścieżki rozwoju zawodowego dla operatorów numerów alarmowych stanie się możliwe po ich włączeniu w system PRM.

Ważną z punktu widzenia jednolitości systemu PRM propozycją jest uniezależnienie CPR-ów od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i ich włączenie w jednolitą strukturę Systemu PRM.

Propozycją, która powinna zwiększyć skuteczność odbierania przychodzących połączeń alarmowych, jest stworzenie jednolitej struktury teleinformatycznej łączności radiotelefonicznej. System informatyczny Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego (SI WCPR) nie jest kompatybilny z Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), co sprawia, że system powiadamiania ratunkowego jako taki nie może działać optymalnie. W naszej ocenie sprawne i skuteczne odbieranie połączeń

---

<sup>16</sup>Raport z funkcjonowania powiadamiania ratunkowego w 2019 r., <https://www.gov.pl/attachment/76e7e2fb-a6e0-47c6-b861-2c1efb4dc4d4>

<sup>17</sup>[www.eena.org/advanced-mobile-location](http://www.eena.org/advanced-mobile-location)



alarmowych, a następnie właściwe dysponowanie sił PRM, wymaga poprawienia systemu lokalizacji abonenta dzwoniącego. Operatorzy numerów alarmowych w Wielkiej Brytanii i w 24 innych krajach wykorzystują w swojej pracy system lokalizacji numeru dzwoniącego oparty na Advanced Mobile Location, który pozwala nawet z dokładnością mniejszą niż promień 30 m ustalić położenie osoby dzwoniącej<sup>18</sup>. Dokładne ustalenie lokalizacji, z której dokonywane jest zgłoszenie alarmowe, jest kluczowo ważne zarówno z punktu widzenia możliwości udzielenia pomocy w przypadku braku możliwości ustnego potwierdzenia adresu zgłoszenia (dziecko wzywające pomocy, utrata przytomności w trakcie wykonywania zgłoszenia, itd.), ale również w celu skutecznej walki z plagą zgłoszeń nieprawdziwych lub nie wypełniających warunku zgłoszenia alarmowego.

Zupełnie niezależnym problemem jest takie dostosowanie funkcji realizowanych przez CPR, które pozwoli na poprawienie dostępności do poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NPL) lub finalnie skutecznej teleporady. W tym celu proponujemy, żeby:

- w każdym województwie w Centrum Powiadamiania Ratunkowego została uruchomiona fachowa infolinia (z indywidualnym numerem telefonicznym i z wydzieloną tylko w tym celu kompetentną osobą z wykształceniem medycznym – ratownik medyczny, pielęgniarka systemu lub pielęgniarka POZ), której zadaniem, oprócz podawania adresów najbliższej położonego punktu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, powinno być proste doradztwo medyczne: czy zgłaszane objawy są wystarczające dla poszukiwania pomocy u lekarza POZ lub w NPL, czy wizytę w NPL może zastąpić zaproponowanie przyjęcia leków przeciwzapalnych, czy konieczne jest przekazanie zgłoszenia do realizacji przez ZRM POZ (informacje w części o ZRM), czy konieczna jest wizyta w SOR, czy transport do SOR może nastąpić własnym środkiem lokomocji, czy też powinien zostać wysłany w miejsce zachorowania ZRM-P;
- wykorzystanie wyżej wymienionych infolinii (z indywidualnym numerem telefonicznym i z wydzieloną tylko w tym celu kompetentną osobą z wykształceniem medycznym – ratownik medyczny, pielęgniarka systemu lub pielęgniarka POZ) do prowadzenia w CPR wstępnego triage'u dla Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej prowadzonego

---

<sup>18</sup>Tamże.

obowiązkowo jako teleporada. Celem triage'u prowadzonego w CPR jest poznanie zdrowotnej przyczyny kontaktu chorego z NPL. Na podstawie prowadzonej rozmowy z obowiązkową rejestracją jej treści, pielęgniarka lub ratownik medyczny udziela własnej porady, kwalifikuje chorego do wizyty z lekarzem dyżurnym w NPL, proponując jednocześnie sposób jej przeprowadzenia (osobiście vs teleporada), odsyła chorego do wizyty w POZ w dniu i godzinach jego funkcjonowania, informuje o potrzebie udania się chorego do SOR lub aktywnie zgłasza konieczność wysłania pod wskazany adres ZRM P, ewentualnie ZRM POZ. Podczas porady pielęgniarka lub ratownik medyczny ma prawo skierować chorego na badanie w kierunku COVID-19, przekazać zalecenia własne, wystawić receptę na leki, których przepisanie pozostaje w jej gestii i wystawić zwolnienie na pierwsze 3 dni infekcji (w tym celu konieczne będzie rozszerzenie uprawnień ratowników medycznych).

- w każdym przypadku zgłoszenia odbieranego przez niefachowego operatora numeru alarmowego istniała możliwość przełączenia tego zgłoszenia do medycznie kompetentnej osoby dyżurującej na infolinii, również z możliwością ustawienia rozmów w kolejce;
- fachowa infolinia była finansowana przez płatnika.

Aby proponowane cele mogły zostać zrealizowane, konieczna jest nowelizacja Ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego<sup>19</sup>. Podobne rozwiązania istnieją i sprawdzają się w systemie anglosaskim.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o PRM (ustawa z 10 maja 2018 roku o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw), z dniem 1 stycznia 2021 roku **dyspozytornie medyczne** powinny stać się komórkami organizacyjnymi urzędów wojewódzkich, a wojewodowie powinni zyskać realne narzędzie pozwalające na bieżący nadzór nad systemem PRM. Niestety nie wszędzie tak się dzieje. Korzystając z pretekstu pandemii wirusem SARS-CoV-2, proces transformacji w części lokalizacji odsunięto w czasie. Przyjęte przepisy w związku z COVID-19 pozwalają na przesunięcie w czasie tego procesu o jeden rok. Uważamy, że wydłużenie okresu centralizacji i przechodzenia dyspozytorni medycznych pod nadzór wojewodów jest błędem i proces ten bez zbędnej zwłoki powinien być kontynuowany. Za naszym stanowiskiem przemawia

---

<sup>19</sup>Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, Dz. U. 2013; poz. 1635, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20130001635/U/D20131635Lj.pdf>

interes publiczny i zdrowotny obywateli. Fakt podległości dyspozytorów medycznych pod dysponenta zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) generować może wiele nieprawidłowości zarówno w zasadach przyjmowania zgłoszeń do realizacji jak i w procedurze dysponowania ZRM do zdarzenia. Wiąże się też ze zdecydowanie trudniejszym nadzorem nad funkcjonowaniem samych DM, ZRM i efektami tego funkcjonowania w postaci median czasów dotarcia i maksymalnych czasów dotarcia. W celu usprawnienia pracy dyspozytorni medycznych proponujemy:

- w związku z przejmowaniem przez Urzędy Wojewódzkie nadzoru nad DM jednoznaczne doprecyzowanie przepisów prawa do nowych obowiązków nałożonych na niektórych pracowników urzędu, a polegających na przetwarzaniu wrażliwych danych osobowych;
- wprowadzenie nadzoru nad pracą dyspozytora medycznego w formie ponawianych raz w miesiącu kontroli dysponowania ZRM w oparciu o System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) i jednocześnie dostępne przez cały czas wsparcie on-line pracy dyspozytora medycznego. Celem tych działań kontrolno-wspomagających jest dążenie do wzrostu jakości realizowanych zadań na poziomie dyspozytorni medycznej;
- dążenie do jak najszybszego powstania ośrodka szkolenia i doskonalenia dyspozytorów i koordynatorów wojewódzkich;
- stworzenie i udostępnienie dyspozytorom medycznym Krajowego Systemu Dostępu do AED, który w momencie przyjmowania zgłoszenia będzie automatycznie wskazywał najbliższy miejscu zachorowania / zdarzenia adres zdeponowania urządzenia do AED. W ten sposób możliwe stanie się wczesne techniczne wsparcie procesu przywracania funkcji życiowych do czasu przybycia na miejsce zdarzenia / zachorowania ZRM;
- stworzenie i udostępnienie algorytmów komputerowych w celu analizy słów kluczy w jednostce czasu co do treści wezwań w danej lokalizacji. Pozwoliłoby to na identyfikację zdarzenia o szczególnym charakterze na przykład: zdarzenie mnogie zgłaszane przez wielu świadków zdarzenia, a którego charakter nosi znamiona terrorystyczne, czy podobne cechy treści wezwań w określonej lokalizacji wskazujące

na potencjalne ognisko mające charakter zagrożenia epidemiologicznego, itp.

### **3.2. Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)**

Kryzys kadr medycznych, a szczególnie pogłębiający się niedostatek lekarzy specjalistów sprawia, że nie ma możliwości zapewnienia nawet podstawowych potrzeb, jeśli chodzi o udział lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej w pracy SOR i ZRM typu S. Ten fakt uruchamia dyskusję o konieczności zastąpienia zespołów ratownictwa medycznego typu S zespołami podstawowymi z ratownikami medycznymi o rozszerzonych kompetencjach. Jednocześnie wiemy, że w wyniku działania rządzących, i tych obecnych i tych poprzednich, ratowników medycznych posiadających przygotowanie zawodowe, które pozwoliłoby realizować te rozszerzone kompetencje, jest bardzo niewielu. Działania rządzących nie sposób zrozumieć. Regulowane przepisami prawa oczekiwania co do zawodowego przygotowania i doświadczenia ratowników medycznych, a szczególnie osoby kierującej ZRM były kilkakrotnie obniżane. Ostatecznie w Ustawie z dnia 27 listopada 2020 r.<sup>20</sup>, której celem było zapewnienie w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, nie ma już żadnych wymagań. Kierownikiem ZRM może być każdy ratownik medyczny, również ten z zerowym doświadczeniem lub podstawowymi brakami edukacyjnymi<sup>21</sup>. To ostatni czas, żeby do momentu, w którym lekarze medycyny ratunkowej z ZRM znikną, poprawić poziom zawodowego przygotowania ratowników medycznych.

#### **3.2.1. ZRM specjalistyczne a sieć zespołów „rendez-vous”**

Trzeba odpowiedzieć sobie na pytanie, czy nie czas skończyć z fikcją utrzymywania zespołów specjalistycznych ZRM-S. Jeszcze przed czasem pandemii zarządzający jednostkami dysponującymi ZRM-S woleli zapłacić niewielką karę umowną za brak odpowiedniego personelu w karetce niż zadbać o to, aby użyć argumentu finansowego w celu uzupełnienia tych braków. Teraz jest jeszcze gorzej. W dobie pandemii SARS-CoV-2, ZRM-S jako

---

<sup>20</sup>Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, Dz.U. 2020 poz. 2401, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200002401/O/D20202401.pdf>

<sup>21</sup>Tamże.

element systemu praktycznie nie funkcjonuje i nie jest wykazywany. NFZ dopuścił w ZRM-S brak lekarza, i pomimo braku lekarza za zdekompletowany zespół dalej płaci doboryczałt jak za pełnowartościowy ZRM-S. Wobec takiej postawy dysponentom zespołów opłaca się nie mieć lekarza w składzie ZRM-S i nawet nie próbują ich szukać.

Udział lekarzy w ZRM-S i istnienie tego typu zespołów jest tematem do ostatecznego rozstrzygnięcia. Jeśli można byłoby wybrać, gdzie lekarze medycyny ratunkowej ze swoją wiedzą i umiejętnościami zostaliby lepiej wykorzystani, powinni pozostać do pracy w SOR, a na etapie przedszpitalnym w zespołach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz do udzielania pomocy w ramach systemu „rendez-vous”. Projekt organizowania pomocy na etapie przedszpitalnym w oparciu o system „rendez-vous” (na miejsce zdarzenia / zachorowania jedzie zespół z ratownikami, w przypadku koniecznej pomocy lekarz w drugiej karetce, lub w uprzywilejowanym samochodzie osobowym wzywany jest „na spotkanie”) był swego czasu przygotowany przez LPR na wniosek Ministerstwa Zdrowia, ale przepadł po protestach lobby zarządzających Pogotowiami Ratunkowymi. Uważamy, że należy do niego powrócić. Tak między innymi działa niemiecki system ratownictwa medycznego. W tworzeniu sieci zespołów działających w systemie „rendez-vous” proponujemy przyjęcie za obowiązujące przeliczników: jeden zespół w każdym mieście z liczbą mieszkańców od 100 tysięcy do 500 tysięcy, dwa zespoły w mieście od 500 tysięcy do 1 miliona mieszkańców; trzy zespoły w mieście od 1 do 2 milionów mieszkańców, a poza aglomeracjami miejskimi w oparciu o przyjętą medianę czasu dotarcia. Trzeba również pamiętać, że lotnicze ZRM już dzisiaj w części zgłoszeń działają w ramach systemu „rendez-vous”.

Proponujemy, zmienić prawo w taki sposób, żeby w przypadku tzw. „nielotnej pogody” LPR mógł być dysponowany z obrębu własnej bazy. W takiej sytuacji zespoły LPR powinny mieć obowiązek wspierać system ZRM w promieniu do 20 minut dojazdu z bazy opierając się o własny środek transportu (w bazie LPR dostępny przenośny zestaw dla uprzywilejowanych jednostek z dokumentami na okaziciela). Takie rozwiązanie, w przypadku złej pogody, która unieruchamia śmigłowiec nierzadko na cały dyżur, daje możliwość uruchomienia zespołu lekarskiego w systemie „rendez-vous”.

Proponujemy, żeby do pracy w systemie „rendez-vous” upoważnieni byliby lekarze specjaliści medycyny ratunkowej i lekarze po drugim roku tej

specjalizacji, lekarze anestezjologii intensywnej terapii i nadspecjalizacji intensywnej terapii oraz wszyscy inni lekarze ze specjalizacjami pokrewnymi posiadający wiedzę i umiejętności z zakresu zarządzania zdarzeniem z chorym z mnogimi obrażeniami ciała oraz w stanie zagrożenia życia w przypadku innych medycznie odwracalnych przyczyn (ważny certyfikat ukończenia szkolenia / kursu ITLS, AMLS, PALS, TC3 lub ich odpowiedników). W przypadku, gdyby po ustaleniu koniecznej liczby zespołów „rendez-vous” okazało się, że liczba wymienionych grup lekarzy (oczywiście chętnych do pracy w systemie) nie jest wystarczająca, system zostałby rozszerzony o lekarzy ze specjalizacjami pokrewnymi pod warunkiem odbycia przez nich kursów doszkalających i doskonalących przygotowanych i prowadzonych przez Katedry i Kliniki odpowiedzialne za dydaktykę medycyny ratunkowej w uczelniach medycznych, w oparciu o umowę zawartą pomiędzy uczelnią medyczną a jednostką zarządzającą systemem ochrony zdrowia w województwie. Proponujemy, żeby środki finansowe, które po likwidacji ZRM-S pojawiłyby się w systemie, zostały przesunięte na utworzenie zamiennie nowych ZRM-P. Proponujemy, żeby lekarz systemu rendez-vous był zobowiązany do potwierdzonego certyfikatami ustawicznego doskonalenia w cyklach 5 letnich, pod rygorem utraty prawa funkcjonowania jako lekarz systemu.

### **3.2.2. ZRM podstawowe**

W kwestii jakości i skuteczności realizowania świadczeń medycznych i ratunkowych przez ZRM-P kluczowe jest rozpoczęcie i kontynuowanie szkolenia ustawicznego wszystkich ratowników medycznych oraz wiele innych działań edukacyjnych, które zostaną przedstawione w trzeciej części naszej analizy pt. **Ludzie Zdrowia w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne**. Z innych ważnych działań proponujemy:

- stworzenie na bazie KCMRM niezależnego systemu nadzoru i kontroli ZRM. Bieżący monitoring powinien obejmować ocenę standardu wyposażenia ZRM, czasów reakcji i dojazdów, czasów zajętości i przejechanych kilometrów, prawidłowości obsady ZRM, czasów pracy i wypoczynku ZRM, czasów spędzonych na SOR przez ZRM, wreszcie zgłoszonych błędów i incydentów medycznych. Nadzór może być automatyczny (narzędzie informatyczne) oraz aktywny. Raportowanie bieżące i wyniki raportów powinny wpływać na płatności dla danego

podmiotu ZRM. Są to bardzo proste i w stosunku do możliwych korzyści stosunkowo niedrogi rozwiązanie;

- wprowadzenie zasady jednego standardu wyposażenia dla wszystkich ZRM. W Zarządzeniu nr 14/2019/DSM Prezesa NFZ z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne istnieje załącznik nr 3, który wskazuje, że wyposażenie wszystkich zespołów ZRM powinno być jednolite<sup>22</sup>. Niestety w tym załączniku nie ma żadnych danych, które wskazywałyby na jakość tego wyposażenia. Znacomitym przykładem jest tu respirator transportowy. Narodowy Fundusz Zdrowia, który firmuje wymóg posiadania respiratora ratowniczo-transportowego przez każdy zespół ratownictwa medycznego typu P i S, nie ogłosił w swoim Zarządzeniu jakie są minimalne parametry techniczne dla tego urządzenia. Skutek jest taki, że będący na wyposażeniu respirator ratowniczo-transportowy może nie spełniać podstawowych warunków technicznych umożliwiających skuteczne wentylowanie płuc po ciężkim urazie, czy zniszczonych w przebiegu COVID-19. W czasie transportu do szpitala, stan chorego wentylowanego niskiej klasy respiratorem albo wentylowanego ręcznie workiem samorozprężalnym z / lub bez rezerwuara tlenowego i zastawki PEEP ulegnie pogorszeniu, które wtórnie ogranicza szanse chorego na przeżycie i wyleczenie;
- zmianę przelicznika liczby zespołów ZRM-P na danym obszarze na bardziej sprawiedliwy. W tej chwili pomoc do potrzebującego jej obywatela przychodzi w różnym czasie, który to czas zależy od miejsca, w którym tenże obywatel się znajduje. Większe zagęszczenie ludności w centrum lub na południu kraju powoduje, iż w tych lokalizacjach ZRM szybciej dociera do chorego. Ta sama lub większa gęstość zaludnienia w okresie letnim w północnych regionach kraju nie powoduje takiego samego zjawiska. Liczba karetek, o które w sezonie wakacyjnym zwiększa się zabezpieczenie medyczne regionów północnych kraju, pozostaje zdecydowanie niewystarczająca, jeżeli uwzględni się liczbę wypoczywających osób. Liczbę niezbędnych w danym okresie ZRM na danym obszarze można ustalić w oparciu o liczbę mieszkańców przebywających w regionie przez cały rok, liczbę osób przyjeżdżających

---

<sup>22</sup>Zarządzenie Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-142019dsm.6880.html>

do regionu w weryfikowanym przedziale czasu, liczbę ZRM obecnych na danym obszarze w konkretnych przedziałach czasowych roku, liczbę i rodzaje wyjazdów ZRM, przeciętną liczbę przejechanych kilometrów przez ZRM i przeciętny czas zajętości ZRM, to wszystko w oparciu o dane z ostatnich 3 lat. Na podstawie danych historycznych można prognozować liczbę potrzebnych karetek, a nawet ich rozmieszczenie, niezależnie od regionu kraju i pory roku:

- uruchomienie możliwości telekonsultacji ratowników medycznych ZRM-P z lekarzem tożsamego SOR i/lub systemu „rendez vous” (jeżeli takowy powstanie). Pomysł, w którym ratownik miałby możliwość konsultacji swoich wątpliwości ze starszym lekarzem pogotowia, wiele lat temu się pojawił, ale w przestrzeni prawnej nie zaistniał;
- wprowadzenie prawnej możliwości integracji na poziomie stacjonowania i dysponowania ZRM-P i PSP, która w części „stacjonowanie” polegałaby na przesunięciu zespołów ratownictwa medycznego do miejsc stacjonowania Państwowej Straży Pożarnej, w każdym przypadku niewypełniania przez system mediany czasów dotarcia i przekraczania maksymalnych czasów dotarcia. Powyższe rozwiązanie umożliwiłoby uelastycznienie dysponowania w określonych sytuacjach PSP razem z ZRM, szczególnie w przypadkach, w których obecność w miejscu zdarzenia większej liczby ratowników niż 2 może okazać się przydatna np. NZK, chory nieprzytomny, chory z urazem, etc. Uważamy, że proponowane rozwiązanie powinno być standardem;
- zmianę warunków, na podstawie których ZRM transportują chorego z miejsca zachorowania / zdarzenia do szpitala o wyższym stopniu referencyjności (SOR w szpitalu wielospecjalistycznym, Centrum Urazowe, Centrum Udarowe, jednostka kardiologii interwencyjnej). Transport powinien zostać rozpoczęty dopiero po wysłaniu raportu definiującego stan chorego / poszkodowanego oraz po potwierdzeniu faktu odebrania tego raportu przez medyczny personel SOR. W sytuacji uzasadnionej stanem chorego, raport może być generowany już po rozpoczęciu transportu chorego do szpitala. Spośród kilku możliwych sposobów raportowania w przypadku ewakuacji pacjenta z miejsca zdarzenia (uraz) lub zachorowania (udar, TIA, STEMI, NZK, etc.) systemem z wyboru wydaje się AT-MIST;



- sezonowe uruchamianie zespołu jednoosobowego na motocyklu. Mowa tu jest o ratowniku medycznym, który na miejscu zdarzenia byłby dysponowany do oceny sytuacji, wdrożenia wstępnych czynności ratunkowych, czy uruchomienia innych koniecznych rozwiązań.

Jedną z ważnych bolączek systemu ochrony zdrowia, która ogranicza możliwości wejścia w ten system, gdy pojawia się taka potrzeba, jest ograniczona dostępność do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NPL). System próbował sobie z tym poradzić, wykorzystując w sposób nieuprawniony lekarzy pracujących w ramach ZRM-S. Dostępność do tej protezy z każdym miesiącem się pogarsza, bo coraz mniejszy jest udział zespołów specjalistycznych z lekarzem na pokładzie w całkowitej liczbie ZRM. Pomijamy w tym momencie sam fakt, że wykorzystywanie ZRM-S do realizowania jakichkolwiek zadań za POZ i NPL jest niezgodne z przepisami prawa i wiąże się z ograniczeniem dostępności do świadczeń osobom faktycznie tej pomocy potrzebującym. Odsetek zgłoszeń, które przez funkcjonariuszy CPR zostały uznane za zasadne, wynosi jedynie 25% spośród wszystkich zgłoszeń. Odsetek ten w kolejnych latach zasadniczo się nie zmienia, ale wzrasta ogólna liczba zgłoszeń. Tym samym liczba zgłoszeń przekazanych przez CPR do realizacji przez służby ratunkowe również się zwiększa<sup>23</sup>. Coraz częściej w realizowaniu zgłoszeń muszą pomagać inne służby. Z drugiej strony jednostki realizujące zgłoszenia wciąż informują o przyjmowaniu do realizacji dużej liczby zgłoszeń ostatecznie rozpoznanych jako nieuzasadnione. W części dokumentu dotyczącej Centrum Powiadamiania Ratunkowego i Dyspozytorni Medycznych wskazaliśmy pewne propozycje, które powinny ułatwić zbieranie w trakcie zgłoszenia wywiadu i dysponowanie ZRM zgodnie z faktycznymi wskazaniem. W kwestii realizowania zgłoszeń i dysponowania ZRM proponujemy stworzenie podstaw prawnych dla:

- zakontraktowania zespołu wyjazdowego dwuosobowego (lekarz i ratownik kierowca), lub jednoosobowego (sam lekarz), udzielającego pomocy w miejscu zamieszkania chorego (ZRM POZ). W przypadku konieczności hospitalizacji osoby chorej lekarz wzywa ZRM P i odjeżdża na kolejną wizytę lub w uzasadnionych stanem zdrowia przypadkach czeka na przyjazd zespołu i uczestniczy w transporcie tej osoby

---

<sup>23</sup>Raport z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego w 2018 r., <https://www.gov.pl/attachment/Od139266-6ec9-4993-8978-7ba356d64791>

do szpitala. Wśród zadań ZRM POZ, oprócz wsparcia NPL proponujemy uwzględnić możliwość realizowania zleconych przez POZ wizyt w miejscu zamieszkania chorego. W tym przypadku proponujemy opracowanie zabezpieczeń, głównie finansowych (np. opłata za świadczenie ZRM POZ z funduszy przekazywanych przez płatnika lekarzowi POZ), których celem byłoby zminimalizowanie ryzyka wyeliminowania wizyt domowych realizowanych przez lekarza POZ w miejscu zamieszkania swoich chorych. W tym samym celu proponujemy wprowadzenie zasady umożliwiającej uzależnienie wysokości stawki kapitacyjnej dla lekarza POZ w roku następnym od odsetka wizyt realizowanych przez ZRM oraz wizyt w SOR pacjentów zapisanych do lekarza (z wyłączeniem zdarzeń o charakterze nagłych). Te propozycje zostały szerzej przedstawione w przedstawiono w części „Analizy” dotyczącej Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ);

- zakontraktowania przez NFZ jednoosobowego zespołu medycznego (ratownik medyczny), wysyłanego w miejsce zgłoszenia zachorowania w sytuacji, kiedy odbierający zgłoszenie na podstawie zebranego wywiadu medycznego nie jest pewien, czy powinien osobę zgłaszającą przekierować do punktu nocnej i świątecznej pomocy medycznej (NPL), czy też zadysponować zespół ZRM-P. Zespół jednoosobowy, po przybyciu na miejsce zgłoszenia, przy braku znamion ciężkiej choroby osobę, do której wysłano pomoc pozostawi w domu lub poleci udanie się do NPL lub zawiezie w miejsce najbliższej NPL, lub w uzasadnionym przypadku wezwie ZRM-P. Jest to propozycja alternatywna dla ZRM POZ.

Zespoły, których zakontraktowanie tu proponujemy, powinny być finansowane z funduszy przeznaczonych na świadczenia w zakresie NPL, dysponowane przez operatora numeru alarmowego CPR lub zatrudnioną w CPR osobę z wykształceniem medycznym / dyspozytora medycznego DM, ewentualnie przez lekarza dyżurującego w NPL. Proponujemy, żeby miejscem stacjonowania ZRM POZ były Lokalne Domy Zdrowia, ewentualnie teren szpitala, jeżeli siedzibą NPL będzie szpital. Proponujemy też, żeby w celu realizacji świadczeń możliwe było korzystanie przez lekarza z własnego środka transportu lub taksówki (kontakt z dyspozytorem z wykorzystaniem telefonii komórkowej) lub z udostępnionego przez Stacje Pogotowia Ratunkowego samochodu z kierowcą ratownikiem lub samego samochodu. Zespół ZRM POZ powinien funkcjonować w dni powszednie w godzinach 15.00-07.00 i przez całą dobę w soboty, niedziele i święta. Dla zapewnienia kadry lekarskiej w ZRM POZ

proponujemy, żeby środki pozyskiwane przez dysponenta jednostek w związku z realizowaniem wizyt lekarskich w ramach zastępstwa za lekarza POZ, w np. 25% stawały się przychodem zespołu wykonującego świadczenie. W tym samym celu proponujemy też, żeby lekarze rezydenci w dziedzinie medycyna rodzinna po ukończeniu 2-go roku specjalizacji mieli możliwość realizowania swoich obowiązkowych, określonych programem specjalizacji dyżurów również w formie dyżurów w ZRM POZ i NPL.

Proponujemy wreszcie, żeby 1 zespół ZRM POZ przypadał na 1-2 powiaty, a w mieście na każde 150-200 tysięcy mieszkańców (1 ZRM POZ w każdym Lokalnym Domu Zdrowia).

### **3.3. Transport medyczny międzyszpitalny**

Odpowiedzialność za transport medyczny międzyszpitalny spoczywa na szpitalu, który do tego rodzaju zadań powinien posiadać własną karetkę lub zawrzeć umowę z firmą zewnętrzną na takie usługi. W przypadku większości szpitali obowiązuje niestety ta druga zasada. Często sytuacją jest też fakt podpisywania kilku umów transportowych pomiędzy tą samą firmą zewnętrzną a kilkoma szpitalami. Ta sytuacja sprawia, że dostępność zespołów transportowych bywa iluzoryczna lub zasadniczo opóźniona, co w niektórych sytuacjach zdrowotnych jest czynnikiem decydującym o dalszym życiu i zdrowiu pacjenta. Również jakość realizowanych świadczeń transportowych bywa różna. Przynajmniej w części przypadków stan samochodów sanitarnych i ich wyposażenie, ale również możliwości zapewnienia w zespole koniecznej kadry medycznej są dalekie od optymalnych. W przypadku konieczności transportowania chorego w trybie natychmiastowym i/lub pilnym z SOR lub innego oddziału szpitalnego do innego szpitala właściwego ze względu na stan zdrowia pacjenta, wymienione wady współpracy z firmami zewnętrznymi mogą decydować o katastrofie zdrowotnej chorego, który transportu wymaga. Wbrew pozorom nie są to incydentalne wydarzenia. ZRM zgodnie z artykułem 44 ustawy o PRM chorych, którzy zgodnie z artykułem następnym, 45, kwalifikują się do transportowania bezpośrednio do szpitala specjalistycznego, przywożą do najbliższego SOR, w którym możliwości diagnostyczne i terapeutyczne konieczne dla tego zachorowania są skąpe, lub żadne. W oczekiwaniu na transport do szpitala docelowego wszyscy, głównie pacjent, traciliśmy czas. Powyższy problem miało rozwiązać „Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

leczenia szpitalnego”, które określa warunki realizacji świadczeń udzielanych przez zespół transportu medycznego (Dz. U. 2019; poz. 401) [1].

Według rozporządzenia zespół transportu medycznego udziela świadczeń w przypadku konieczności transportu medycznego między podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego, w szczególności w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia lub konieczności zachowania ciągłości leczenia w innym podmiocie leczniczym. Świadczenie jest realizowane przez co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarkę systemu. Środek transportu sanitarnego spełnia wymagania sprzętowe odpowiadające specjalistycznemu ZRM. Według tego rozporządzenia w przypadku, gdy w trakcie transportu medycznego konieczny jest również nadzór lekarza, powinien zapewnić go lekarz ze szpitala zgłaszającego transport chorego [1]. To nierealny zapis. Wykonywanie transportów z zabieraniem lekarza z oddziału, który zamawia transport, nie jest wykonalne z uwagi na częste jednoosobowe obsady dyżurowe większości oddziałów szpitalnych. Nie bez znaczenia jest również kwestia braku obowiązku uczestniczenia w transporcie medycznych w treści umowy o pracę oraz kwestia ubezpieczenia lekarza w czasie transportu medycznego. Potrzebujemy zatem ustalenia jednolitych przepisów dla transportu medycznego międzyszpitalnego. Proponujemy, żeby w przypadku chorych nie wymagających opieki specjalistycznej a wymagających leżenia lub transportu poza rejon obsługiwany przez lokalne taksówki możliwe jest oparcie transportu sanitarnego o zespół własny lub o umowę z firmą zewnętrzną. W przypadku zespołu własnego możliwe jest zatrudnienie ratowników, którzy posiadają uprawnienia do świadczeń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP). Jeżeli w czasie transportu nie planuje się prowadzenia żadnych czynności medycznych, np. tlenoterapii, obsada takiego zespołu w naszej ocenie może być nawet jednoosobowa. W przypadku chorych wymagających opieki medycznej w trakcie transportu, w tym prowadzenia pacjentów wentylowanych zastępczo respiratorem, czy otrzymujących dożylnie we wlewie ciągłym silnie działające leki proponujemy:

- organizację transportu medycznego oprócz o wymienione powyżej, ale poddane nowelizacji Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Nowelizacja miałaby polegać na dopuszczeniu do realizacji transportu dwóch ratowników

medycznych z pełnymi uprawnieniami (jedną osobą zespołu może być pielęgniarka systemu) dodatkowo przeszkolonych do opieki nad wyżej wymienioną grupą pacjentów. Pozwoliłoby to uniknąć potrzeby transportu z udziałem lekarza. Tego typu transporty mogłyby być realizowane na ograniczone odległości tj. maksymalnie do 100 km. Podane nowelizacji Rozporządzenie powinno dokładnie określać sposób przygotowania chorego do transportu. Transporty ratunkowe do ośrodków referencyjnych w jakiejś dziedzinie medycyny na większą odległość będą realizowane z wykorzystaniem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR), a w razie braku takiej możliwości w oparciu o umowę transportową szpitala z firmą zewnętrzną lub nową możliwość przedstawioną poniżej w punkcie „c”;

- liczba zespołów zakontraktowanych w takim trybie powinna stworzyć sieć zapewniającą wykonanie transportu medycznego między szpitalami z gwarantowanym czasem dojazdu 30 minut, co powinno wpłynąć na zmniejszenie liczby odmów przyjęć chorych od ZRM przez izby przyjęć szpitali lub SOR-y szpitali powiatowych tylko z uwagi na ewentualną późniejszą potrzebę przekazania pacjenta do innego ośrodka i konieczność pokrycia kosztów tego transportu ze środków finansowych szpitala;
- na wypadek ewentualnej kumulacji zgłoszeń koniecznego w trybie natychmiastowym transportu jednocześnie dwóch chorych na danym obszarze, wpisanie do ustawy o PRM artykułu 32b, który wyłącznie w takiej sytuacji zezwoli na wykonanie transportu medycznego przez ZRM-P działający w systemie PRM lub lotniczy ZRM (Art. 32b. 1. Podstawowy zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ze szpitalnego oddziału ratunkowego do innego szpitala właściwego ze względu na stan zdrowia pacjenta, jeżeli nie jest dostępny inny, odpowiedni środek transportu sanitarnego, a stan zdrowia pacjenta wymaga niezwłocznego transportu sanitarnego). Zgody na transport w trybie artykułu 32b ustawy o PRM powinien udzielać Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego.

Proponujemy też, żeby w przypadku transportu sanitarnego komercyjnego realizowanego na zlecenie dowolnego podmiotu medycznego do dowolnego szpitala pojawił się obowiązek zweryfikowania przez komercyjną jednostkę

transportującą, czy szpital / oddział docelowy został powiadomiony o transporcie i czy na przyjęcie chorego wyraził zgodę (czy posiada miejsce do leczenia tego konkretnego chorego). Przykładem jednostki weryfikującej wiedzę i przygotowanie szpitala na przyjęcie chorego transportowanego w trybie planowym jeszcze przed przyjęciem zlecenia transportu do realizacji jest LPR. Taki zapis nie ograniczy choremu znajdującemu się w stanie zagrożenia zdrowotnego dostępu do pomocy w szpitalu, bo w takiej sytuacji jego transport do szpitala powinien zostać zrealizowany przez ZRM. Taki zapis ograniczy przypadki transportów niepotrzebnych, często z brakiem możliwości odesłania chorego do domu z różnych przyczyn.

Ostatnia nasza propozycja dotyczy problemu transportu międzyszpitalnego jako elementu zarządzania kryzysowego. Zdarzenia z dużą liczbą osób poszkodowanych, konieczność ewakuacji szpitali, transportu pacjentów w czasie pandemii oraz w innych tego typu zdarzeniach będą generowały olbrzymie potrzeby transportowe i angażowały praktycznie wszystkie pojazdy sanitarne z uwagi na fakt, że są to pojazdy jednoosobowe. W naszej ocenie istnieje potrzeba wpisania w plan reagowania kryzysowego konieczności posiadania przez służbę cywilną pojazdów sanitarnych wielonoszowych lub skorzystania z zasobów wojskowej ochrony zdrowia w czasie „P” (pokoju).

### **3.4. Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)**

Szpitalny oddział ratunkowy nie jest tylko kolejnym oddziałem szpitala. SOR przede wszystkim jest jednostką systemu PRM. Ten fakt muszą wszyscy: zarządzający szpitalem, pracownicy tego szpitala, ale również funkcjonariusze systemu PMR zaakceptować. Oznacza to, że przyjęcie do SOR nie powinno automatycznie oznaczać przyjęcia do szpitala. SOR powinien pozostać dla szpitala miejscem eksterytorialnym, z którego chory po wykonanym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym może zostać: (1) przyjęty do szpitala; (2) wypisany do domu z Kartą Informacyjną SOR i właściwym wpisem w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) (bez konieczności zakładania dodatkowej dokumentacji szpitalnej; (3) przeniesiony do jednostki organizacyjnej innego szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych właściwych w konkretnej sytuacji zdrowotnej, bez konieczności wypisywania go ze szpitala. Taki sposób postępowania jest uzasadniony nie tylko na poziomie ustawy o PRM, ale również właściwych

przepisów określających zasady finansowania SOR w formie stawki za dobogotowość.

Uważamy zatem, że:

1. SOR jako element systemu PRM powinien być finansowany, podobnie jak ratownictwo przedszpitalne, z budżetu Państwa;
2. Podstawą finansowania SOR w dalszym ciągu powinna być dobogotowość, której wartość powinna być określana w dotychczasowy sposób. Za każdą procedurę specjalną wykonywaną w SOR lub z poziomu SOR, tenże SOR powinien otrzymywać dodatkowe finansowanie. Proponujemy tu określenie wykazu odrębnie finansowanych procedur oraz dokonanie ich wyceny. Obecność w SOR aktywnego OIT (osobny personel dedykowany obszarowi wstępnej intensywnej terapii) powinna podwyższa stawkę za dobogotowość dla SOR o 20%. Każdy chory leczony w warunkach wstępnej intensywnej terapii w obszarze SOR powinien być finansowany stawką ryczałtową przez maksymalnie 2 doby pobytu. Sposób finansowania i jego wysokość powinny zostać ogłoszone w rozporządzeniu wykonawczym;
3. Na nowo definiowana podległość finansowa powinna oznaczać przekazywanie należnej kwoty funduszy SOR z budżetu lub jednostki pośredniej do szpitala z założeniem, że przekazane fundusze mogą zostać wykorzystane **wyłącznie w związku z funkcją SOR**;
4. W ramach dużej nowelizacji ustawy o PRM, oprócz wielu innych zmian, jedną z najważniejszych powinno stać się wprowadzenie obowiązku kategoryzacji SOR w oparciu o posiadane możliwości diagnostyczno-terapeutyczne szpitala, posiadaną kadrę oraz uprawnienia do szkolenia przed- i podyplomowego;
5. Powinno się wdrożyć rozwiązania, które będą gwarantowały kontinuum w procesie zabezpieczenia pacjenta, np. możliwość kontynuacji transportu pacjenta będącego w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego przez ZRM / ZRM-lotnicze, po wstępnym zabezpieczeniu pacjenta, zgodnie z rozpoznaną chorobą podstawową / urazem oraz zasadą referencyjności (w ramach dobogotowości tych służb, a nie w formule transportu sanitarnego). Działanie to umożliwi właśnie uznanie SOR jako elementu systemu PRM;

6. Należy włączyć w wojewódzki system teleinformatyczny SOR w zakresie obłożenia, gotowości do przyjęcia określonych pacjentów informacje ZRM o stanie pacjenta, który do SOR jest transportowany;
7. Należy włączyć SOR do systemu SWD PRM, w którym lekarz / personel SOR mógłby mieć wgląd online do karty medycznej i karty zlecenia wyjazdu / wylotu pacjenta, który ma do nich trafić, włącznie z wpisanymi aktualnymi parametrami życiowymi;
8. Należy opracować ogólnopolskie procedury postępowania ratunkowego w przypadku zagrażających życiu zdarzeń dla etapu działań przedszpitalnych i wczesnoszpitalnych (obszar SOR) oraz dla najczęstszych jednostek chorobowych, z których wypełnienia ratownicy medyczni będą bezwzględnie rozliczani, które to działanie powinno zapewnić usprawnienie funkcjonowania systemu PRM, tak by nie był wykorzystywany do uzupełnienia braku systemu sieci szpitali w danym rejonie. Obecnie z uwagi na centralizację świadczeń w szpitalach wysokoprofilowych i niechęć do wykonywania wstępnej diagnostyki przez SOR jednostek powiatowych, ZRM wykonują odległe transporty do placówek potencjalnie docelowych dla danego pacjenta z pominięciem najbliższych szpitali oraz z pominięciem zasady uprzedzenia szpitala docelowego o kierunku transportu;
9. Transport chorego przez ZRM-P; -L; -S z miejsca zdarzenia / zachorowania do SOR, bez względu na poziom jego referencyjności, musi zostać poprzedzony wygenerowaniem jednolitego raportu sytuacyjnego, w którym personel SOR zostanie poinformowany o szczegółach dotyczących chorego transportowanego. Spośród kilku możliwych sposobów raportowania w przypadku ewakuacji pacjenta z miejsca zdarzenia (uraz) lub zachorowania (udar, TIA, STEMI, NZK, etc.), w naszej ocenie systemem z wyboru wydaje się AT-MIST;
10. Transport chorego z SOR o podstawowym stopniu referencyjności do szpitala o wyższym stopniu referencyjności (SOR w szpitalu wielospecjalistycznym, Centrum Urazowe, Centrum Udarowe, jednostka kardiologii interwencyjnej, Izba Przyjęć szpitala wielospecjalistycznego) może zostać rozpoczęty dopiero po wygenerowaniu jednolitego raportu sytuacyjnego oraz po potwierdzeniu przyjęcia chorego;



11. Powinna obowiązywać zasada, że do szpitala o wyższym stopniu referencyjności dla SOR lub szpitala bez SOR, ale posiadającego w swojej strukturze jednostkę wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych właściwych w konkretnej sytuacji zdrowotnej mogą być transportowani WYŁĄCZNIE chorzy spełniający warunek artykułu 45 ustawy o PMR, z zastrzeżeniem obowiązku zgłoszenia transportu chorego na podstawie raportu np. według AT-MIST;
12. Wszyscy chorzy, którzy warunków określonych w artykule 45 nie spełniają, powinni być transportowani do SOR podstawowego stopnia referencyjności, lub zgodnie z artykułem 44 ustawy o PRM, najbliższego miejsca zdarzenia / zachorowania. W ten sposób system wymusi zwiększenie udziału SOR i Izb Przyjęć w szpitalach powiatowych, również wojewódzkich w przyjmowaniu chorych z podstawowymi zachorowaniami. Propozycja ta powinna w znaczący sposób odciążyć SOR-y szpitali wieloprofilowych;
13. Warunku transportowania chorego do szpitala wielospecjalistycznego na podstawie artykułu 45 nie spełniają chorzy z prostymi urazami kończyn oraz dzieci, które w systemie segregacji Start i jumpStart oceniane są jako kolor ZIELONY. W takim przypadku wstępny proces diagnostyczno-terapeutyczny powinien być prowadzony w SOR najbliższego położonego szpitala, a decyzja o transportowaniu pacjenta do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności byłaby wtórna do wyników diagnostyki;
14. Opracowanie platformy Krajowy System dostępu do Ośrodków Wysokospecjalistycznych, która danego dnia i w danym momencie wskaże lekarzowi dyżurnemu SOR aktywne jednostki wysokospecjalistyczne, gotowe do przejęcia opieki nad chorą(-ym) w konkretnej sytuacji klinicznej (centra oparzeniowe, ośrodki replantacyjne kończyn, ośrodki replantacyjne skóry skalpu, ośrodki ECMO, komory hiperbaryczne, itp.). Platforma powinna również potrafić wskazać zasady zabezpieczenia ewentualnego materiału biologicznego do procedur odtwórczych oraz zaplanować ewentualny transport medyczny do wskazanego ośrodka medycznego, oczywiście po decyzji ośrodka potwierdzającej możliwość leczenia chorej(-ego).
15. Lekarz dyżurny szpitalnego oddziału ratunkowego powinien mieć prawo dostępu do medycznych danych pacjentów wpisanych w IKP. Prawo

do powinno również obejmować dane dotyczące zleconej i wykupionej farmakoterapii. Taki dostęp powinien być możliwy w szpitalu wyłącznie w SOR / Izba Przyjęć, z obowiązkiem każdorazowo indywidualnego logowania się do systemu w celu identyfikacji danych osoby przetwarzającej wrażliwe dane osobowe pacjenta. Lekarz SOR powinien mieć dostęp do medycznych danych pacjenta, którego widzi pierwszy raz i który często nie pamięta lub nie chce pamiętać diagnostycznie ważnych danych, a w przypadku stanu nieprzytomności żadnego wywiadu przekazać nie może;

16. Wprowadzenie obowiązującej zasady zabezpieczenia natychmiastowego dostępu do preparatów krwiopochodnych w grupach głównych i Rh (np. po 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych) w Szpitalnym Banku Krwi jednostek ochrony zdrowia z centrum urazowym i/lub centrum urazowym dla dzieci w strukturze oraz każdej jednostce wielospecjalistycznej, która pełni obowiązki centrum urazowego dla swojego regionu;
17. Opracowanie procedury zlecenia, wydawania i przetaczania preparatów krwiopochodnych „na ratunek” (koncentrat krwinek czerwonych i/lub osocze płynne), zapotrzebowanych, wydawanych do SOR jeszcze przed przybyciem chorego do SOR, a więc przed wpisaniem chorego w system przyjęć w SOR, przy braku danych chorego i oczywistym braku grupy krwi chorego, na przykład w sytuacji zgłoszenia przez jednostkę transportującą krytycznego wstrząsu krwotocznego i wezwania o dostarczenie na lądowisko / lub do SOR preparatu krwiopochodnego;
18. Uruchomienie systemu TOP SOR (Tryb Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) powinno zostać przesunięte w czasie do czasu przeszkolenia istotnie większej liczby ratowników medycznych i pielęgniarek ratunkowych w obsłudze systemu segregującego ESI (Emergency Severity Index) oraz wprowadzenia w życie zasady organizacyjnej niezależności SOR. Eksterytorialność SOR pozwoli na odstąpienie od obowiązku rejestrowania chorego w systemie szpitalnym, natomiast rejestracja w systemie segregującym nastąpi natychmiast. To ważne, bo system segregujący ESI nie współpracuje z obecnymi w szpitalach systemami informatycznymi. Dla skutecznego funkcjonowania systemu TOP SOR konieczne jest również uwolnienie SOR od napływu nadmiernej liczby niewłaściwych chorych;

19. SOR jako element systemu PRM, nie może być miejscem, w którym chory z zakończonym postępowaniem diagnostycznym i wstępnym terapeutycznym ma być w dalszym ciągu przetrzymywany i leczony. Chory taki bezzwłocznie powinien zostać przeniesiony we wskazane przez szpital miejsce. Pierwszy lekarz dyżurny SOR informuje lekarza dyżurnego konkretnej jednostki, a lekarz dyżurny tej jednostki wskazuje miejsce dalszej hospitalizacji i opiekę nad chorym przejmuje. SOR nie może być też miejscem, do którego przenoszeni są i leczeni chorzy, którzy zostali już wcześniej do szpitala przyjęci.

Uwaga: Izba Przyjęć w szpitalu nie jest jednostką systemu PRM, a SOR nie może realizować zadań, które zastępowałyby Izbę Przyjęć. Izba Przyjęć jest częścią szpitala, a chory przyjmowany w Izbie Przyjęć jest w tym samym momencie przyjmowany do szpitala. Izba Przyjęć, jako jednostka spoza systemu PRM, nie może być finansowana z funduszy przeznaczonych na jednostki systemu PRM. Koszt funkcjonowania Izby Przyjęć powinien zostać uwzględniony w przychodach oddziałów, na rzecz których Izba Przyjęć działa.

### **3.5. Podstawy współpracy jednostek systemu PRM między sobą**

Na koniec wspominamy o konieczności stworzenia przepisów regulujących współpracę jednostek systemu PRM między sobą. Pozwoli to na ustawowe uregulowanie obowiązków nałożonych zarówno na ZRM jak i SOR, czy inną jednostkę szpitalną odpowiedzialną za przyjmowanie pacjentów przywożonych przez ZRM. Złamanie procedury nie niesie za sobą żadnych konsekwencji, a złamanie prawa automatycznie wiąże się z konsekwencjami. Najlepszym i najskuteczniejszym rozwiązaniem pozwalającym na wyegzekwowanie, zarówno od ZRM, jak i SOR ich ustawowych obowiązków, będą określone przepisami prawa konsekwencje finansowe. Odpowiednie przygotowanie precyzyjnych przepisów nie pozwoli na dowolną interpretację, co z kolei będzie miało pozytywny wpływ na świadomość zarówno kierownictwa danej jednostki, jak i jej personelu. W chwili obecnej obowiązki ZRM i SOR są określane umowami, które dają swobodę interpretacji, w których kary umowne (jeśli są zawarte w umowach) są niskie, a przez to nieskuteczne. Przykładów już teraz jest wiele. Dyrektor Stacji RM woli zapłacić karę umowną za brak odpowiedniego personelu w karetce, niż zadbać o to, aby użyć argumentu finansowego w celu uzupełnienia tych braków. Podobnie w SOR. Brak odpowiedniego personelu, brak możliwości wykonywania deklarowanych

świadczeń medycznych musi oznaczać odpowiednie do skali niedoboru zmniejszenie finansowania. Wprowadzenie przepisów regulujących wzajemne stosunki jednostek systemu i płatnika wobec siebie spowoduje, że osoby odpowiedzialne za organizację, ale również osoby pracujące w systemie, poprzez świadomość utraty środków finansowych, automatycznie zaczną dbać o jakość pod każdym względem. Przepisy w tym zakresie pozwolą wyeliminować nieprawidłowości polegające na tym, że płatnik płaci za fikcyjne usługi, a poprzez brak precyzyjnych przepisów i brak konsekwencji finansowych sytuacja pozostaje nierozwiązywalna.

## **4. Kadry systemu PRM i system kształcenia kadr systemu PRM – rekomendacje**

### **4.1. Ratownik medyczny**

#### **4.1.1. System kształcenia przeddyplomowego (podstawowego) ratowników medycznych**

1. W ocenie ekspertów Instytutu Strategii 2050, uczelnia państwowa bez kierunku Ratownictwo medyczne i/lub bez kierunku Pielęgniarstwo powinna być traktowana jakby nie posiadała Dyscypliny Nauki o Zdrowiu. Dla zdrowotnego bezpieczeństwa Państwa kierunek Ratownictwo medyczne oraz kierunek Pielęgniarstwo są strategicznie ważne. Kierunek Ratownictwo medyczne powinien posiadać swoją autonomię i być nastawiony na budowanie kompetencji w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną, a efekty kształcenia oparte o analizę przydatności dla zawodu.
2. Potrzebujemy transparentnego i kwotowo osobnego finansowania kształcenia ratowników medycznych. Powinniśmy wiedzieć, ile uczelnia otrzymuje za każdego studenta kierunku ratownictwo medyczne i jaki jest całkowity koszt jego wykształcenia. Ta sama zasada powinna dotyczyć również wszystkich innych zawodów medycznych. Uczelnie medyczne nie otrzymują kwoty dotacji na studenta na poszczególne kierunki kształcenia. Uczelnia otrzymuje subwencję na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego dla jednostek zaliczanych do sektora finansów publicznych w jednej kwocie na wszystkie swoje potrzeby. O wysokości przyznanej dotacji decydują teraz potencjał naukowy uczelni i tzw. wskaźnik umiędzynarodowienia. Nie ma tu wskaźnika w jakikolwiek sposób zależnego od dydaktyki. Proponujemy, żeby po wprowadzeniu Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (PERM), w określeniu wysokości finansowania kierunku ratownictwo medyczne zostały uwzględnione wyniki egzaminu państwowego weryfikującego uzyskane efekty kształcenia, zarówno w wiedzy teoretycznej jak i kompetencji praktycznych.
3. Standardy kształcenia, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu

ratownika medycznego, ale również konsekwentnie innych zawodów medycznych [1], powinny zostać doszczegółowione w zakresie skategoryzowania kolejnych umiejętności i zakresu wiedzy do przyswojenia. Koniecznym jest ustalenie, w oparciu o jaką metodę edukacyjną student powinien konkretne umiejętności zdobyć (symulacja wysokiej wierności, symulacja średniej wierności, symulacja niskiej wierności, trenażer, pacjent standaryzowany, etc.) i ile razy każdą umiejętność wykonać (podana krotność minimalna).

4. Przed rozpoczęciem poprawiania i uszczegółowiania standardów kształcenia dla kierunku ratownictwo medyczne należy zdecydować, do realizacji jakich zadań chcemy kształcić naszych ratowników medycznych: ZRM/ZRM lotnicze, SOR, dyspozytornie medyczne (DM), inne służby, inne oddziały szpitalne, ... A może również Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR), w którym obecnie nie ma żadnych wymagań np. w zakresie kierunkowego wykształcenia medycznego.
5. Proponujemy zmianę programów kształcenia i filozofii nauczania zawodu ratownika medycznego oraz położenie akcentów na inne cele dydaktyczne. Żyjemy w XXI wieku, więc najwyższy czas na szerokie włączenie w proces edukacyjny nowoczesnych technologii: technicznych, informatycznych i z pogranicza sztucznej inteligencji. Ratownictwo medyczne nie może być przegadane, a obecnie jest. Proponujemy usunięcie pozycji Wykłady z siatki zajęć i przeniesienie ich w pozycję „e-learning”. Udajemy, że szkolimy praktycznie, a w rzeczywistości większość zajęć to wykłady i bardzo do nich w realizacji podobne seminaria. Jeśli w szkoleniu ratowników medycznych chcemy być skuteczni, powinniśmy postawić na nowoczesne formy seminariów i dużo godzin ćwiczeń prowadzonych w możliwie najmniejszych grupach. To co proponujemy, to przesunięcie wiedzy teoretycznej na sprawnie działającą platformę e-learningową ze zweryfikowaną zawartością merytoryczną, pozwolenie studentowi na naukę we własnym tempie i wprowadzanie wiedzy teoretycznej do bezpośrednich działań „przy łóżku pacjenta” lub chociażby „przy stanowisku symulatora”. Każda forma zajęć i wszystkie ćwiczone w danym momencie umiejętności powinny być ściśle rejestrowane i dokumentowane.

6. Uzasadnione jest stworzenie nowych i dedykowanych tylko ratownikom medycznym Centrów Symulacji Medycznej (CSM). Nowe CSM poprawią dostępność studentów kierunku ratownictwo medyczne do zajęć symulacyjnych o różnym stopniu skomplikowania (obecnie prowadzenie zajęć dla studentów kierunku Ratownictwo medyczne w części CSM nie jest możliwe) oraz, co szczególnie ważne, będą mogły zostać wykorzystane do szeroko rozumianego ustawicznego doskonalenia zawodowego ratowników medycznych [w oparciu chociażby o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. 2019, poz. 2464)] [2]. W roku 2022 powinna się odbyć pierwsza edycja Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego (PERM). Według ustawy o PRM PERM ma mieć postać organizowanego centralnie egzaminu testowego i ma dotyczyć wyłącznie absolwentów roku akademickiego 2021/2022 oraz kolejnych roczników [3]. To niewystarczające założenie. Egzamin testowy ocenia jedynie jeden z osiągniętych efektów kształcenia – wiedzę. Ratownictwo medyczne to zawód, nie powinniśmy zatem pomijać oceny nabytych w czasie studiów umiejętności – jako kolejnego efektu kształcenia. W naszej ocenie wskazane byłoby też, żeby dwuczęściowy, organizowany na wzór PERM egzamin objął WSZYSTKICH ZAWODOWO AKTYWNYCH ratowników medycznych na obszarze danego województwa w założonym okresie czasu. Miejscem przygotowania do egzaminu i samego procesu zaliczania egzaminu z umiejętności praktycznych przez ratowników medycznych, wobec których PERM nie ma zastosowania, powinny być nowo zorganizowane CSM.
7. Podejście do nauki zawodu ratownika medycznego powinno stać się zdecydowanie bardziej praktyczne. W tym celu konieczne jest nawiązanie ścisłej współpracy z potencjalnymi pracodawcami. Uważamy, że dla dobra studentów ratownictwa medycznego potrzeba nałożenia ustawowego obowiązku współpracy uczelni szkolących ratowników medycznych z podmiotami, które następnie będą absolwentów tych studiów zatrudniały.
8. W zakresie praktyk studenckich, podczas których student powinien osiągnąć zaliczenie realizacji określonych czynności, brakuje elementu ewidencjonującego liczbę wykonanych kolejnych medycznych czynności ratunkowych. Uważamy, że wszystkie wykonane czynności powinny

zostać udokumentowane w zeszycie umiejętności. Minimalna krotność wykonanych powtórzeń każdej umiejętności powinna zostać wystandaryzowana.

9. Ratownik medyczny jest zawodem deficytowym, a kierunek ratownictwo medyczne staje się deficytowym kierunkiem szkolenia zawodowego na studiach medycznych. Aby ponownie zwiększyć zainteresowanie wyborem tej ścieżki edukacyjnej i potem zawodowej, powinniśmy rozważyć wdrożenie projektów edukacyjnych wspierających systemem zachęt. Myślimy tu o stypendiach motywacyjnych, płatnych dla studentów obowiązkowych śródrocznych i wakacyjnych praktykach zawodowych w trakcie trwania studiów. Pobieranie stypendiów motywacyjnych zobowiązywałoby do podjęcia pracy po studiach na konkretnym stanowisku i ewentualnie w konkretnej jednostce ochrony zdrowia na czas określony umową między studentem a uczelnią oraz studentem a przyszłym pracodawcą. Po przepracowaniu określonego umową okresu czasu kwota należności za pozyskane świadczenia byłaby umarzana. W przypadku niedotrzymania umowy obowiązywałoby zwrócenie poniesionych przez uczelnię i przyszłego pracodawcę kosztów powiększonych o zapisaną w umowach wielkość „karnych” odsetek. Termin zatrudnienia może zostać odroczony w czasie w przypadku kontynuowania szkolenia w ramach studiów drugiego stopnia.
10. Ze względu na istotny deficyt kadr medycznych, po ukończeniu studiów licencjackich na kierunku ratownictwo medyczne, przez ustalony okres przejściowy (z możliwością jego wydłużenia), powinna zafunkcjonować zasada gwarancji zatrudnienia. O miejscu zatrudnienia i pełnionych funkcjach od samego początku decydowałyby wiedza i posiadane umiejętności praktyczne.

#### **4.1.2. System kształcenia podyplomowego ratowników medycznych**

Przyszłość systemu PRM to ZRM bez lekarza. Dla zachowania możliwości udzielania skutecznej pomocy przez zespoły ratownictwa medycznego, w których już niedługo pozostaną sami ratownicy medyczni, konieczne jest intensywne praktyczne doksztalcanie się ratowników, które będzie nastawione na uzyskiwanie dodatkowych kompetencji podczas kursów kompetencyjnych



podlegających okresowej recertyfikacji. Przede wszystkim zależy nam na ćwiczeniu i egzekwowaniu umiejętności prawidłowego i samodzielnego wykonywania medycznych czynności ratunkowych, które ratownicy medyczni już teraz powinni wykonywać samodzielnie, a nie wykonują (np. ratującej życie i jakość życia umiejętności wykonywania przyrządowego udrożnienia dróg oddechowych technikami alternatywnymi z zastosowaniem celowanej farmakoterapii). Do tych zadań powinny służyć kursy doskonalenia zawodowego.

Dla przyszłości systemu PRM, jego jakości i skuteczności, określenie zasad i formy kształcenia podyplomowego ratowników medycznych ze stopniem licencjata (ale nie tylko) jest kluczowym zadaniem. W grupie zawodowej ratowników medycznych tkwi ogromny i dotychczas zupełnie niewykorzystany potencjał. Obecnie jakikolwiek rozwój zawodowy ratowników medycznych kończy się zaraz po studiach. Brak możliwości awansu ratowników w ratownictwie medycznym frustruje, a stawianie przez pracodawców na równi ratowników dobrze przygotowanych do wykonywania zawodu z tymi przygotowanymi gorzej, skutkuje odchodzeniem z pracy niestety tych lepszych. Niektórzy, i z każdym rokiem ten odsetek wzrasta, rozpoczynają kolejne studia na kierunku pielęgniarstwo, co ma oferować perspektywę rozwoju i wyższego wynagrodzenia. Systemu PRM na straty kadr w takim mechanizmie nie stać. Pielęgniarki mają możliwość rozpoczynania kierunkowych specjalizacji, mogą się zatem zawodowo rozwijać, gdy ratownicy wszelkich takich możliwości są pozbawieni. Nie da się zastąpić ratowników medycznych w ZRM pielęgniarkami czy innymi zawodami medycznymi. Podobnie w SOR musi zostać utrzymany parytet pielęgniarско-ratowniczy.

W zakresie promowania rozwoju systemu kształcenia podyplomowego ratowników medycznych proponujemy:

1. Podjąć dyskusję ze środowiskiem ratowników medycznych nad zasadnością uruchomienia dwuletnich studiów II stopnia dla ratowników medycznych ze stopniem licencjata oraz dla pozostałych ratowników medycznym z określeniem warunków kwalifikacji.
2. Ścisłe egzekwowanie obowiązku doskonalenia zawodowego dla ratowników medycznych, z konsekwencjami ustawowymi w przypadku uchylania się od szkolenia. Zasady obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego ratowników medycznych są określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r.

w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych<sup>24</sup>, które to rozporządzenie wymaga poprawy. System szkoleń dla ratowników medycznych powinien być ogólnopolski i ujednolicony. Ten działający obecnie nie jest szczelny i w wielu przypadkach, pomimo braku rzeczywistych kompetencji pozwala ratownikom medycznym na zaliczenie okresu edukacyjnego. W tym celu konieczne będzie poprawienie obecnie procedowanego projektu Ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym i następnie jego uchwalenie.

3. Odzyskanie i utrzymanie realnej kontroli nad jakością kursów doskonalących, przy czym nie jest to uwaga dotycząca wyłącznie zakresu ratownictwa medycznego. Programy kursów i szkoleń doskonalących trzeba tematycznie uaktualnić i dostosować do nowoczesnej teraźniejszości. Weryfikacji wymaga przegląd katalogu szkoleń, tak żeby kładły nacisk przede wszystkim na tematy medyczne, a nie usprawniające fizycznie np. szkolenie z samoobrony. Technika prowadzenia zajęć powinna uwzględniać nowe technologie edukacyjne i opierać się przede wszystkim o godziny ćwiczeniowe. Każda forma zajęć i wszystkie ćwiczone w danym momencie umiejętności muszą być ściśle rejestrowane i dokumentowane na poziomie organizatora kursu doskonalącego oraz szerzej przez podmiot kontrolujący i aktualizujący program kursu, zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną.
4. W celu prowadzenia szkolenia ustawicznego wskazane jest utworzenie pod nadzorem uniwersytetów medycznych sieci 16 ośrodków kształcenia i doskonalenia podyplomowego ratowników medycznych (również pielęgniarek systemu). Przewaga uniwersytetu medycznego nad innymi centrami edukacyjnymi polega na dostępie do: klinik, oddziałów kierunkowych (SOR, OIT, blok operacyjny, centrum urazowe / centrum urazowe dla dzieci) oraz do środowiska szkoleniowego w postaci dostępu do CSM. W tym celu można byłoby wykorzystać CSM uruchamiane dla studentów kierunku ratownictwo medyczne z zachowaniem autonomii programowej samorządu zawodowego co do przyjętego kierunku zmian, wypracowanego w oparciu o współpracę z podmiotem, który będzie aktualizował ramy programowe zgodnie z najnowszą

---

<sup>24</sup>Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2019, poz. 2464, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000993/O/D20190993.pdf>

wiedzą medyczną oraz prognozami w ramach zdrowia publicznego. Podmiot ten powinien posiadać możliwość kontroli rzetelności realizacji ram programowych w jednostkach.

5. Program kształcenia / doskonalenia zawodowego powinien być częściowo spersonalizowany tj. każdy szkolący się pracownik systemu PRM powinien posiadać własną statystykę prowadzoną w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), obrazującą liczbę wykonanych kluczowych (wystandaryzowanych pod kątem oczekiwanej liczby) medycznych czynności ratunkowych w okresie ostatnich 12 miesięcy. Dane te powinny zostać przekazane do prowadzącego szkolenie ośrodka, w którym w oparciu o niespełnienie warunku uzyskania odpowiedniego wskaźnika wykonalności każdej konkretnej procedury, dany element jest ujmowany w programie szkolenia. Każdy z uczestniczących w szkoleniu zatrudnionych w systemie PRM powinien uczestniczyć w tak prowadzonym szkoleniu przypominającym nie rzadziej niż co 18 miesięcy. Efekt analizy statystycznej programu doskonalenia zawodowego powinien być przekazywany jako zalecenia do bezwarunkowej realizacji przez dysponenta pod rygorem sankcji finansowych.
6. Trzeba stworzyć / wyznaczyć ścieżki rozwoju zawodowego ratowników medycznych w systemie PRM. Można je oprzeć o realizację kolejnych kursów kwalifikacyjnych, o których mowa w punkcie 7 i/lub na uruchomieniu specjalizacji dedykowanych ratownikom medycznym, o których mowa w punkcie 8. Z wyznaczeniem ścieżki rozwoju zawodowego ratowników medycznych będzie powiązana promocja jakości działań ratunkowych, a więc jakości całego systemu PRM. **Dla wymienionych propozycji zawodowego rozwoju ratowników medycznych rozwiązaniem alternatywnym może być kontynuowanie studiów na stopniu II kierunku ratownictwo medyczne.** Zasadność takiej formy zdobywania kolejnych kompetencji zawodowych wymaga potwierdzenia w dyskusji **ze** środowiskiem ratowników medycznych.
7. Korzystając z Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, można zaproponować przygotowanie i uruchomienie również dla ratowników medycznych systemu PRM (być może również

dla pielęgniarek ratunkowych) wymienionych w rozporządzeniu kursów kwalifikacyjnych według przygotowanych załączników<sup>25</sup> oraz opracować nowe. Na podstawie zrealizowanych kursów kwalifikacyjnych ratownicy medyczni mogliby być awansowani na kolejne stopnie wykszolenia, z rozszerzeniem uprawnień do samodzielnego wykonywania procedur medycznych i zwiększeniem zarobków (uwaga: proces szkolenia wojskowych ratowników medycznych w zakresie nowych, poszerzonych kompetencji określonych w rozporządzeniu MON z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, pomimo prawie 3 lat od wydania dokumentu, nie doczekał się inauguracji).

8. Należy rozważyć uruchomienie specjalizacji z opieki przedszpitalnej, opieki wewnątrzszpitalnej, ratownictwa pediatrycznego, ratownictwa taktycznego lub innych dla ratowników medycznych. Specjalizacja prowadzona byłaby w oparciu o bazę uczelni medycznych, a dostępna ratownikom medycznym ze stopniem licencjata i po przepracowaniu minimum 5.000 godzin w systemie PRM i / lub w oddziale intensywnej terapii, w centrum urazowym, centrum udarowym lub 1.000 godzin na etacie dydaktycznym w uczelni medycznej (kierunek ratownictwo medyczne), pod warunkiem posiadania czynnego prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o PRM. Co ważne, wszystkie te godziny powinny być wykonane PO UZYSKANIU stopnia licencjata. Dla osób, które tytuł ratownika medycznego uzyskały w innym trybie, konieczne jest spełnienie warunku przepracowania w systemie ratownictwa medycznego, w szpitalnym oddziale ratunkowym, w oddziale intensywnej terapii minimum 10.000 godzin. W przygotowywanych treściach programowych dla specjalizacji wykorzystać można treści Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych<sup>26</sup>.
9. W związku z przedstawianymi propozycjami udziału w szkoleniach w trybie podyplomowym należy ustanowić płatne urlopy szkoleniowe w wymiarze do 7 dni roboczych w jednym roku.

---

<sup>25</sup>Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, Dz.U 2019, poz. 218,  
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000218/O/D20190218.pdf>

<sup>26</sup>Tamże

10. Udział ratowników medycznych w szkoleniach w związku ze szkoleniem ustawicznym, kursów kwalifikacyjnych oraz w związku z realizowaną specjalizacją, powinien podlegać całkowitej refundacji ze środków przeznaczonych na szkolenie ustawiczne dla osób zatrudnionych w systemie PRM. Źródłem środków finansowych będzie dotacja celowa Ministerstwa Zdrowia. Będą one uruchamiane na podstawie wniosku potwierdzanego przez nadzorującego system PRM w województwie. Fundusze z tego zakresu jako „znakowane”, w przypadku nie wykorzystania przez osoby szkolące się, będą zwrócone płatnikowi.
11. Przy rozliczeniu rocznym podatkowym prawo do odliczenia od kwoty przychodu kosztów maksymalnie w jednym roku dwóch kursów podnoszących kwalifikacje i bezpieczeństwo pracy samodzielnej typu ITLS, AMLS, PALS, TC3, kurs uprawniający do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych i dodatkowa kategoria prawa jazdy zgodnie z tonażem samochodów uprzywilejowanych. Kurs lub jego odpowiednik będzie mógł być odliczony tylko jeden raz.
12. Żeby wymienione zadania podnoszenia kwalifikacji i kompetencji zawodowych ratowników medycznych miały rzeczywisty sens, na dysponenta ZRM ale również na zarządzającego szpitalem w przypadku SOR, powinien zostać nałożony obowiązek zatrudnienia kadry medycznej posiadającej dodatkowe kwalifikacje w liczbie zależnej wprost proporcjonalnie od posiadanej ilości ZRM i liczby stanowisk w SOR, oczywiście pod rygorem utraty finansowania działalności na ustalonym poziomie.
13. Ordynator / lekarz kierujący SOR, w porozumieniu z oddziałową / koordynatorem SOR, powinni mieć możliwość nadania ratownikom medycznym ze stażem pracy w SOR minimum 5 lat oraz pielęgniarkom ze specjalizacją w dziedzinie medycyna ratunkowa i specjalizacjami pokrewnymi (tu również warunek stażu pracy w SOR minimum 5 lat) uprawnień do samodzielnego realizowania niektórych świadczeń medycznych: zebranie wywiadu, badanie, zlecenie i prowadzenie diagnostyki u chorych, którzy na podstawie segregacji wstępnej zostali zakwalifikowani jako oczekujący w kodzie niebieskim lub zielonym. Upoważnione osoby po zakończeniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przedstawiałyby chorego i zgromadzoną dokumentację medyczną lekarzowi dyżurnemu SOR do potwierdzenia.

Ostateczna decyzja terapeutyczna jest podejmowana przez lekarza dyżurnego SOR. Aby możliwe było zrealizowanie tej propozycji, konieczne jest rozszerzenie listy osób uprawnionych do zlecania badań radiologicznych, co określa Prawo Atomowe.

#### **4.1.3. Ratownicy medyczni – to co najważniejsze dla rozwoju zawodu**

Dla utrzymania możliwości udzielania skutecznej pomocy przez zespoły ratownictwa medycznego i w SOR, konieczne jest wprowadzenie rewolucyjnych zmian w organizacji pracy ratowników medycznych. Przy kadrowych brakach lekarzy i pielęgniarek tzw. systemu, co najmniej ratownictwo przedszpitalne będzie musiało się oprzeć na ratownikach medycznych. Pozostaje mieć nadzieję, że środowisko ratowników medycznych, dotychczas bardzo rozdrobnione i rozbite, w końcu zrozumie, że w jedności celów siła.

Proponujemy zatem:

1. Utworzenie Izby (samorządu) Ratowników Medycznych oraz uchwalenie Ustawy o zawodzie ratownika medycznego. Na powstanie samorządu nie ma już wiele czasu. Opracowując zasady wyboru władz samorządu warto skorzystać z doświadczeń już działających samorządów, akceptując zapisy środowiskowo pozytywne i pomijając te środowiskowo negatywne;
2. Uczynienie systemu PRM służbą mundurową na wzór straży pożarnej czy policji, z wszelkimi wynikającymi z tego przywilejami, pewnością zatrudnienia czy możliwością przechodzenia na wcześniejszą emeryturę, ale w dalszym ciągu zarządzaną cywilnie. Propozycja ta w **żadnym stopniu nie oznacza** podporządkowania ratownictwa przedszpitalnego tzw. "resortom siłowym", czy Państwowej Straży Pożarnej.;
3. Uznanie ratownictwa medycznego za dziedzinę priorytetową z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego Państwa, z czym wiązałby się dodatek finansowy dla ratowniczek/ratowników medycznych zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałach ratunkowych i strukturach Centrum Urazowego i Centrum Udarowego, czy prowadzących nauczanie przedmiotu w uczelniach medycznych;

4. Opracowanie ogólnopolskich lub chociaż regionalnych procedur bezpieczeństwa prawnego ratowników medycznych, którzy w sytuacji prawnie trudnej byłiby bronieni przez pracodawcę, a nie tak jak to jest dzisiaj, bez wsparcia pozostawiani na niełaskę prawników;
5. Opracowanie ogólnopolskich algorytmów postępowania ratunkowego w przypadku zagrażających życiu zdarzeń dla etapu działań przedszpitalnych i wczesnoszpitalnych (obszar SOR) oraz dla najczęstszych jednostek chorobowych, z których wypełnienia ratownicy medyczni będą rozliczani. Algorytmy wymagałyby opublikowania w formie rozporządzenia, a nie tak zwanych „dobrych praktyk”. Realizacja tego zadania stanowiłaby powrót do uchylonego w grudniu 2020 roku artykułu 43 ustawy o PRM<sup>27</sup>;
6. Stworzenie zależnej od oceny jakości szkolenia ustawicznego, nabytych umiejętności zawodowych, stażu pracy w jednostkach systemu PRM, i ukończonych kursów kwalifikacyjnych oraz zrealizowanych specjalizacji metody kategoryzacji ratowników medycznych systemu PRM;
7. Stworzenie standardu wdrażania nowego pracownika systemu PRM, członka ZRM i standardu tworzenia załóg ZRM np.: nowy ratownik medyczny pracuje tylko z ratownikiem medycznym z odpowiednio bogatym doświadczeniem zawodowym;
8. Zweryfikowanie rodzaju medycznych czynności ratunkowych, które ZRM – P może lub powinien realizować samodzielnie, np.: intubacja dotchawicza u chorego bez nagłego zatrzymania krążenia w określonych sytuacjach, uruchomienie telekonsultacji z lekarzem tożsamego SOR i/ lub systemu rendez vous czy badanie USG w celu np. identyfikacji mechanizmu zatrzymania czynności serca;
9. Wprowadzenie zasady kontroli jakości świadczeń wykonanych przez ZRM, polegającej na weryfikacji danych zawartych w kartach medycznych czynności ratunkowych (świadczenia ratunkowe w opiece przedszpitalnej). Obowiązkowy debriefing powinien dotyczyć również oceny zrealizowanych świadczeń medycznych / ratunkowych we wczesnej opiece wewnątrzszpitalnej w SOR. W tym wypadku po zakończeniu udzielania pomocy zespół omawia przebieg zdarzenia,

---

<sup>27</sup>Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 25 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000993/O/D20190993.pdf>

ustala co było wykonane prawidłowo, co powinno zostać zrobione inaczej, czego w przyszłości powinno się unikać;

10. Nadanie ratownikom medycznym ze stażem pracy w SOR minimum 5 lat oraz pielęgniarkom ze specjalizacją w dziedzinie medycyna ratunkowa i specjalizacjami pokrewnymi (tu również warunek stażu pracy w SOR minimum 5 lat) uprawnień samodzielnego realizowania świadczeń medycznych: zebrania wywiadu, badania, zlecenia i prowadzenia diagnostyki u chorych, którzy na podstawie segregacji wstępnej zostali zakwalifikowani jako oczekujący w kodzie niebieskim lub zielonym. Po zakończeniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego chory musi zostać przedstawiony wraz z dokumentacją lekarzowi dyżurnemu SOR do potwierdzenia. Aby możliwe było zrealizowanie tej propozycji, konieczne jest rozszerzenie listy osób uprawnionych do zlecenia badań radiologicznych określone Prawem Atomowym. Uprawnienia takie powinien mieć ordynator / lekarz kierujący SOR, w porozumieniu z oddziałową / koordynatorem SOR;
11. Ujednolicenie przepisów prawa dotyczących ratowników medycznych cywilnych i wojskowych. Warto zwrócić uwagę, że w przeszłości wyrażono zgodę na to, żeby ratownicy medyczni pracujący np. w wojsku, policji po przeszkoleniu posiadali poszerzone kompetencje i umiejętności, z których „cywilni” ratownicy medyczni systemu PRM nie korzystają. Tu zarówno wymagania jak i uprawnienia muszą zostać wyrównane i uregulowane. W czasach pokoju uprawnienia szczegółowe, jakie posiadają ratownicy medyczni wojskowi do stosowania w czasie wojny (określone standardami medycznymi NATO), powinny zostać zawieszane. Należy natomiast zachęcać ratowników medycznych cywilnych do nabywania kompetencji i umiejętności określonych w rozporządzeniu MON z dnia 4 stycznia 2019 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych. Wojskowy ratownik medyczny, podobnie jak cywilny ratownik medyczny, po podobnym przeszkoleniu powinni posiadać jednakowe uprawnienia do wykonywania konkretnych medycznych czynności ratunkowych, pod warunkiem, że w oparciu o zapisy ustawy o PRM traktowani są jako ratownicy medyczni;
12. Wynagrodzenie ratowników medycznych musi być gwarantowane ustawowo i powinno być bezpośrednio powiązane z przeciętnym



miesięcznym wynagrodzeniem w sektorze przedsiębiorstw gospodarce w ostatnim kwartale poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS z mnożnikiem 1,00. Propozycją alternatywną jest uzależnienie kwoty wynagrodzenia od procentowej wartości doboryczałtu dla ZRM. W tym przypadku w pierwszej kolejności powinno się przeprowadzić dogłębną inwentaryzację dodatków i skomplikowanych powiązań finansowo-księgowych w celu skomponowania czytelnego oraz jednolitego modelu finansowania.

## **4.2. Pielęgniarka ratunkowa**

### **Szkolenie przeddyplomowe i podyplomowe pielęgniarek**

W podstawie programowej kierunku Pielęgniarstwo nie ma treści ani umiejętności w zakresie samodzielnego postępowania w stanach zagrożenia życia, segregacji medycznej, transportu medycznego, postępowania z chorym w stanie krytycznym, z ciężkim urazem. W przeciwieństwie do ratowników medycznych absolwentki kierunku Pielęgniarstwo nie mogą podawać wielu silnie działających leków i wykonywać wielu, czasami skomplikowanych procedur medycznych. Dopiero dodatkowe kursy otwierają więcej możliwości działania. Studia pielęgniarskie powinny uczyć zawodu w taki sposób, żeby mógł on być wykonywany samodzielnie i bezpiecznie bez konieczności udziału w szkoleniach dodatkowych, bez względu na wybór dalszej ścieżki zawodowej pielęgniarki. Nie uważamy, że jest to racjonalna sytuacja, ale tak po prostu teraz jest. Trzeba zatem:

1. dokonać zasadniczej zmiany programów kształcenia, ze zmniejszeniem liczby godzin z przedmiotów pedagogika, socjologia, zdrowie publiczne, itd., a przedmiot psychologia zastąpić psychologią zdrowia;
2. zmniejszyć liczbę godzin wykładów, a następnie usunąć je z siatki zajęć i przenieść w pozycję „e-learning”;
3. zwiększyć liczbę nowoczesnych form seminariów i ćwiczeń prowadzonych w możliwie najmniejszych grupach;
4. zwiększyć dostęp do CSM z możliwością korzystania ze sprzętu tam obecnego w pełnym zakresie;
5. w szkoleniu przeddyplomowym zwiększyć liczbę zajęć praktycznych przy łóżku chorego, bo tego typu zajęć chyba najbardziej brak;

6. planując prowadzenie zajęć praktycznych przy łóżku chorego, proponujemy uwzględnić kompetencje przydatne w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w obrębie opieki przedszpitalnej jak i wczesnoszpitalnej. Te kompetencje okażą się przydatne na każdym stanowisku pracy pielęgniarki;
7. rejestrować i dokumentować każdą formę zajęć i wszystkie ćwiczone w danym momencie umiejętności;
8. zapewnić stypendia motywacyjne, płatne dla studentów obowiązkowe śródroczne i wakacyjne praktyki zawodowe w trakcie trwania studiów, z już wcześniej opisanymi zabezpieczeniami;
9. merytorycznie i finansowo uatrakcyjnić specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego;
10. ustanowić płatne urlopy szkoleniowe w wymiarze do 7 dni roboczych w jednym roku;
11. wprowadzić 3-6 miesięczne szkolenie w ramach adaptacji zawodowej pielęgniarek po ukończeniu studiów licencjackich (na podobieństwo stażu podyplomowego lekarzy). Wynagrodzenie pielęgniarki za okres szkolenia powinno być pokrywane z funduszy Ministerstwa Zdrowia.
12. w oparciu o dokonane zmiany w treści programów kształcenia przeddyplomowego, w zakresie wiedzy i nowych umiejętności, znowelizować Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2017; poz. 497) [1].
13. Udział pielęgniarek systemu w szkoleniach realizowanych w związku ze specjalizacją z pielęgniarstwa ratunkowego powinien podlegać całkowitej refundacji ze środków przeznaczonych na szkolenie ustawiczne osób zatrudnionych w systemie PRM. Źródłem środków finansowych będzie dotacja celowa Ministerstwa Zdrowia. Fundusze z tego zakresu jako „znakowane”, w przypadku nie wykorzystania przez osoby szkolące się, będą zwrócone płatnikowi.
14. Obecność pielęgniarek ratunkowych w systemie PRM jest niezbędna. W szpitalnych oddziałach ratunkowych musi zostać utrzymany parytet

pielęgniarsko-ratowniczy. Etap przyjmowania zgłoszeń o zachorowaniach i zdarzeniach mnogich również jest miejscem pracy dla pielęgniarek ratunkowych, aczkolwiek w tym przypadku byłoby to marnotrawstwo potencjału specjalistycznego. W przypadku dookreślenia konieczności funkcjonowania ZRM-P w składzie trzyosobowym pielęgniarki ratunkowe będą znakomicie się realizowały na etapie ratownictwa przedszpitalnego. W przypadku zespołów dwuosobowych będzie to oczywiście trudniejsze, ale nie niemożliwe.

Problemem pielęgniarek, który od lat okazuje się niemożliwy do rozwiązania, jest zbudowanie ich niezależnej pozycji. **Trzeba zerwać z wizerunkiem pielęgniarki jako pracownika medycznego, który na wszystko musi mieć zlecenie lekarza. Tak głęboka fachowa podległość zupełnie nie licuje z obrazem pielęgniarki posiadającej ogromny potencjał zawodowy, czasami wsparty wyższym wykształceniem.** Bez uzyskania samodzielności przez pielęgniarki i położne, nie uda się poprawić dostępności do świadczeń medycznych bez względu na część systemu ochrony zdrowia. Trudno jest zrozumieć, dlaczego pomimo upływu lat pielęgniarki i położne kończą swoje studia z tak niewielkimi uprawnieniami do samodzielnej pracy. Bezpośrednio po studiach absolwentki kierunku Pielęgniarstwo i kierunku Położnictwo nie mogą samodzielnie wykonać EKG, nie mogą podać leków ratujących życie (np. adrenalina we wstrząsie uczuleniowym czy atropiny), nie mogą wykonać wielu innych procedur medycznych<sup>28</sup>. Dopiero ukończenie przez pielęgniarki dodatkowych kursów specjalistycznych odbywanych po zakończeniu studiów otwiera więcej możliwości działania. To trzeba zmienić. Chcielibyśmy zaproponować takie zmiany i taki sposób optymalizacji procesu kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, żeby na końcu ścieżki edukacyjnej pozyskać kadry medyczne lepiej przygotowane do samodzielnego realizowania dużo szerszego niż obecny zakresu świadczeń medycznych. Studia pielęgniarskie powinny uczyć zawodu w taki sposób, żeby mógł on być wykonywany samodzielnie i bezpiecznie bez konieczności udziału w szkoleniach dodatkowych.

---

<sup>28</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego  
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000497/O/D20170497.pdf>

### **4.3. Lekarze medycyny ratunkowej**

#### **Szkolenie podyplomowe lekarzy w dziedzinie medycyna ratunkowa**

Według Naczelnej Izby Lekarskiej, w dniu 31 stycznia 2021 roku wszystkich medyków ratunkowych było 1107, a tych wykonujących zawód 1100<sup>29</sup>. Według konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, ta liczba stanowi zaledwie 39% zapotrzebowania systemu PRM na tę grupę specjalistów<sup>30</sup>. Można postawić tutaj pytanie, czy rzeczywista dostępność do specjalistów medycyny ratunkowej nie jest gorsza niż ta wskazywana w oficjalnych statystykach. W ciągu kilku ostatnich lat jakaś część specjalistów tej dziedziny medycyny (nie wiadomo jaka) albo powróciła do swoich pierwotnych specjalizacji, albo rozpoczęła i ukończyła inne specjalizacje, głównie anestezjologię i intensywną terapię. W systemie PRM przestali się pracować. Liczba aktywnych zawodowo lekarzy medycyny ratunkowej, która nie przyrasta w pożądanym przez system stopniu, martwi, ale fakt, że nabór chętnych na rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie medycyna ratunkowa w kolejnych latach pozostaje tak niewielki i niewystarczający w stosunku do potrzeb, martwi szczególnie mocno. Medycyna ratunkowa w Polsce jest przykładem specjalizacji, która nie zdążyła się rozwinąć a już się zwija, umiera. To niezrozumiała obserwacja, bo w krajach tzw. starej Europy medycyna ratunkowa jest specjalizacją powszechną i uprzywilejowaną. Stworzenie takich warunków specjalizowania się i późniejszej pracy, żeby zainteresowanie specjalizacją powróciło, jest niezwykle ważnym zadaniem. Ze swojej strony proponujemy:

1. listę specjalizacji lekarskich szczegółowych, które po uzyskaniu tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej staną się dostępne do wyboru (oprócz tych bezpośrednio zależnych od rodzaju odbytego modułu podstawowego), proponujemy uzupełnić o specjalizację w dziedzinie intensywna terapia oraz specjalizację w dziedzinie medycyna rodzinna;
2. program specjalizacji w dziedzinie medycyna ratunkowa powinien zostać zweryfikowany i poprawiony pod względem rodzaju staży cząstkowych, kursów specjalizacyjnych (ich liczba, tematyka, czas trwania, sposób finansowania) oraz wykazu obowiązkowych do nauczenia i wykonania procedur medycznych, w tym uzasadnienia

---

<sup>29</sup>Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji, NIL, [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/1612515298\\_zestawienie-nr-04.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/1612515298_zestawienie-nr-04.pdf)

<sup>30</sup>Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego, NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23528,vp,26262.pdf>

- ich obecności w wykazie oraz minimalnej ilości powtórzeń każdej z procedur z listy;
3. promowanie dodatkami finansowymi wyboru specjalizacji z medycyny ratunkowej wśród absolwentów uczelni medycznych (dodatki jednorazowe lub stałe z koniecznością rozliczenia się po zakończeniu procesu specjalizowania się). Dodatek za wybór specjalizacji jednoznacznie deficytowej powinien być wyższy niż obecnie. Ta zmiana powinna dotyczyć osób specjalizujących się w dziedzinach: medycyna ratunkowa, psychiatria dzieci i młodzieży, geriatria i choroby zakaźne. W przypadku tych specjalizacji powinien obowiązywać dodatek do pensji w wysokości plus 25% stawki podstawowej;
  4. przy rozliczeniu rocznym podatkowym prawo do odliczenia od kwoty przychodu kosztów maksymalnie w jednym roku dwóch kursów podnoszących kwalifikacje i bezpieczeństwo pracy samodzielnej typu ITLS, AMLS, PALS, TC3, kurs uprawniający do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych i dodatkowa kategoria prawa jazdy zgodnie z tonażem samochodów uprzywilejowanych. Kurs lub jego odpowiednik będzie mógł być odliczony tylko jeden raz.
  5. wdrożenie projektów edukacyjnych wspierających systemem zachęt nabór na specjalizację z medycyny ratunkowej. Myślimy tu o stypendiach motywacyjnych płaconych przez jednostki samorządu terytorialnego lub przyszłych pracodawców, refundacji kosztów obowiązkowych kursów i staży specjalizacyjnych w trakcie trwania specjalizacji, z już wcześniej opisanymi zabezpieczeniami;
  6. Lekarze rezydenci medycyny ratunkowej, po ukończeniu dwuletniego etapu szkolenia, powinni mieć prawo (nie przymus) do realizowania swoich obowiązkowych, określonych programem specjalizacji dyżurów w formie dyżurów w pracy i dyżurów w SOR oraz w ZRM. Proponujemy zmianę Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM) z dobrowolnego na obowiązkowy. Zaliczenie PEM w specjalizacjach modułowych pozwoli na samodzielną pracę w systemie opieki zdrowotnej. W obydwu wymienionych przypadkach zakres tej samodzielności będzie pozostawał w związku z zakresem przyswojonej na etapie pierwszego modułu wiedzy medycznej i umiejętności medycznych.

7. zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie medycyna ratunkowa w ramach rezydentury i tych pozarezydenckich, które to działanie znacznie przynosić frekwencyjne efekty dopiero po skutecznym wprowadzeniu w życie sześciu pierwszych punktów;

Czy coś można zrobić, żeby zapewnić obecność lekarzy medycyny ratunkowej w ZRM typu S i w SOR? Na obecnym etapie możliwości wydają się raczej niewielkie. Lekarzy ze specjalizacją medycyny ratunkowej jest za mało, nowych specjalistów przybywa bardzo powoli, a absolwentów uczelni, którzy rozpoczynaliby specjalizację z medycyny ratunkowej jak na lekarstwo.

Trudno będzie tę sytuację kadrową w znaczący sposób poprawić, jeżeli nie uda się dokonać zmian w trybie pozyskiwania specjalizacji. Tylko medycyna ratunkowa jako specjalizacja modułowa może zachęcić młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji jako własnej. Nie da się w bezpieczny dla zdrowia sposób pracować w SOR przez 30 lat. Musi pojawić się możliwość łatwego przekwalifikowania w pewnym momencie zawodowego życia. W tej chwili takich możliwości wyboru nie ma, nie ma więc szans na skokowy wzrost zainteresowania specjalizacją z medycyny ratunkowej. Ważnym zadaniem do zrealizowania w środowisku lekarzy rezydentów szkolących się w trybie wspólnego modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych lub modułu podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej lub modułu podstawowego w zakresie pediatrii jest informowanie o możliwości realizowania specjalizacji w dziedzinie medycyna ratunkowa przez lekarzy, którzy zrealizowali i zaliczyli moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii<sup>31</sup>.

W trybie natychmiastowym trzeba wprowadzić w życie zapisy Rozporządzenia MZ z dnia 27 czerwca 2019 roku<sup>32</sup> stanowiące, że ordynatorem / lekarzem kierującym w SOR może być wyłącznie lekarz ze specjalizacją medycyna ratunkowa i kolejną nowelizacją rozporządzenia odwołać zapisane w Dz. U. 2021; poz. 991 przesunięcie tego terminu na dzień 30 czerwca 2022 roku<sup>33</sup>. Dalsze odraczenie w czasie tej decyzji będzie prowadziło do całkowitego upadku specjalizacji medycyna ratunkowa.

---

<sup>31</sup>Program specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, [0712-program-4.pdf \(cmkp.edu.pl\)](https://cmkp.edu.pl/0712-program-4.pdf)

<sup>32</sup>Dz.U. 2019 poz. 1213

<sup>33</sup><https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001213/O/D20191213.pdf>,  
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000991/O/D20210991.pdf>

W związku z tym co napisano powyżej, dalsza obecność lekarzy w karetkach specjalistycznych nie jest możliwa. Podstawowym miejscem pracy dla lekarzy ze specjalizacją medycyna ratunkowa powinien być szpitalny oddział ratunkowy, a na etapie przedszpitalnego udzielania pomocy zespoły Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i może w przyszłości zespoły systemu „rendez-vous”.