

Należy usprawnić działanie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

STANOWISKO Nr 59/24/P-IX
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 lipca 2024 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie pana Marka Kosa, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, z dnia 23 czerwca 2024 r. (znak: DBR.0210.2.2024.TM) zgłasza następujące uwagi do projektu.

Samorząd lekarski od wielu miesięcy jest informowany o problemach związanych z modelem funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i podziela pogląd, że należy poczynić starania, aby usprawnić działanie systemu PRM. Głównym tematem sygnalizowanym samorządowi lekarskiemu był problem z zapewnieniem obsady lekarskiej w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego, w których - zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym - powinien być lekarz systemu. Przedstawiony do konsultacji publicznych projekt nowelizacji ustawy ma na celu uporządkowanie i usprawnienie działania Systemu Ratownictwa Medycznego oraz Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, w ocenie samorządu lekarskiego nie zawiera on jednak szczegółowych rozwiązań dotyczących likwidacji deficytu kadry lekarskiej. W tym celu należy przeprowadzić rzetelną ocenę wielu czynników organizacyjnych, prawnych, finansowych z uwzględnieniem specyfiki wykonywanej pracy lekarza systemu.

Wśród przyczyn organizacyjnych wpływających na istnienie niedoborów lekarzy w zespołach ratownictwa medycznego typu S można wskazać, że System Wspomagania Dowodzenia (dalej: SWD PRM) nie rozróżnia funkcjonalnego podziału na zespoły specjalistyczne oraz podstawowe. Niezależnie od typu wezwania czy kodu pilności, SWD PRM sugeruje dysponowanie najbliższego dostępnego zespołu ratownictwa medycznego według danych z GPS. Niejednokrotnie zespół ratownictwa medycznego typu S jest kierowany tylko dlatego, że znajduje się nieco bliżej miejsca wezwania lub dłużej przebywa na statusie „gotowy w bazie" - bez uwzględnienia zasadności użycia tej jednostki. Powoduje to nieoptymalne wykorzystanie zasobów kadrowych. Zespoły ratownictwa medycznego typu S są więc często dysponowane do zdarzeń niewymagających wsparcia ze strony lekarza systemu. To z jednej strony wpływa na atrakcyjność pracy i tym samym na obsadę lekarską, ponieważ tego rodzaju praca nie jest adekwatna do umiejętności i kwalifikacji osób będących specjalistami w zakresie medycyny stanów nagłych, a z drugiej redukuje liczbę zespołów S gotowych do zadysponowania w danym momencie. Jednym z czynników, które mogłyby wpłynąć na poprawę sytuacji kadrowej, byłoby dookreślenie wskazań do dysponowania zespołów specjalistycznych poprzez ograniczenie ich do najbardziej poważnych stanów i zdarzeń wymagających udziału lekarza systemu, takich jak np. zdarzenia mnogie i masowe, urazy wielonarządowe z naciskiem na urazy czaszkowo-mózgowe, głębokie niewydolności narządowe czy sytuacje, w których w ocenie kierownika ZRM typu P potrzebne jest wsparcie ze strony lekarza systemu.

Na obsadę zespołów ratownictwa medycznego typu S niekorzystnie wpływa także swego rodzaju przedłużający się „okres przejściowy", w którym za brak lekarza nie są nakładane kary umowne, a zespół ratownictwa medycznego, mimo braku z nim lekarza, nadal funkcjonuje jako zespół typu S. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że zniesienie kar umownych za brak lekarza był w okresie po epidemii koronawirusa rozwiązaniem słusznym i koniecznym, ale musi pozostać tylko rozwiązaniem doraźnym, należy natomiast jak najszybciej doprowadzić do tego, aby dysponenci dokonali pełnego obsadzenia zespołów ratownictwa medycznego typu S lekarzami systemu.

Wątpliwości Prezydium NRL wywołuje też dodanie do art. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym punktu 3b mówiącego o tym, że za lekarza systemu uważa się lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie od kierownika specjalizacji posiadania wiedzy i umiejętności umożliwiających wykonywanie zadań lekarza systemu. Specjaliście będącemu kierownikiem specjalizacji lekarza w warunkach szpitalnych trudno będzie ocenić, czy jego specjalizant jest gotowy do pracy jako lekarz systemu. Należy więc zaproponować zapis, że za lekarza systemu uważa się lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne."

Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi projektowany art. 3 pkt. 3 lit. c-f w związku z art. 38a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który będzie nakładać na lekarzy systemu (z wyłączeniem lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie) obowiązek odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Niedopełnienie obowiązku odbycia kursu skutkować będzie brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Po pierwsze, wątpliwości budzi nakładanie na lekarzy specjalistów posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, obowiązku odbycia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po drugie, nakładanie na lekarzy obowiązku cyklicznego ponawiania tego samego kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego co 48 miesięcy jest nieuzasadnione, zwłaszcza jeśli w międzyczasie osoby te nieprzerwanie pracowały w systemie PRM. Należy przyjąć, że lekarz, który ukończył ten kurs, nabył już wystarczających kwalifikacji do wykonywania zawodu w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Po trzecie doprecyzowania wymaga, jaki rodzaj kursu to miałby być i

celowe byłoby też doprecyzowanie na szczeblu ustawowym zasad jego akredytowania. Do tego sprzeciw budzi, że koszt tego szkolenia prawdopodobnie będzie musiał pokrywać lekarz z własnych środków, ponieważ ustawa nie wprowadza obowiązku finansowania go przez pracodawcę. Po trzecie, nieuzasadnione jest nakładanie obowiązku odbycia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na lekarzy systemu, którzy weszli do systemu PRM przed projektowaną nowelizacją ustawy – lekarze ci, pracując w systemie PRM, sprawdzili się już jako wykwalifikowany personel i nie ma potrzeby odbywania przez nich kursu.

Zastrzeżenia budzi zmiana art. 21 ust. 3 pkt 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w której przewiduje się wprowadzenie normy jedynie 1 specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego na 10 zespołów podstawowych, co spowoduje dalsze obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, które już w chwili obecnej są niewydolne.

W projekcie ustawy nadal nie wprowadzono normy przeliczeniowej liczby zespołów ratownictwa medycznego na liczbę mieszkańców w danym obszarze, jak to ma miejsce w art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dla szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdzie przyjęto, że jeden SOR zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.

Odnosząc się do kwestii regulacji liczby SOR w stosunku do liczby mieszkańców Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że również i ta zmiana budzi wątpliwości w zakresie, w jakim nie jest powiązana z właściwą obsadą lekarską SOR i liczbą łóżek na SOR oraz wystarczającą liczbą wolnych łóżek na pozostałych oddziałach, gdzie w praktyce często występuje kolizja w zakresie pierwszeństwa przyjęcia z pacjentami planowymi.

Zmiana dotycząca tzw. motocyklowych jednostek ratowniczych (art. 21 ust. 3 pkt 2 i art. 36 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym) nie znajduje racjonalnych podstaw w obecnym systemie PRM, który już cierpi na wyraźne braki kadrowe. Utworzenie dodatkowych jednostek motocyklowych, które mają pracować jedynie w sezonie wiosenno-letnim, wygeneruje dodatkowe koszty oraz spowoduje albo przesunięcie części personelu do tych jednostek ze standardowych zespołów ratownictwa medycznego, albo doprowadzi to sytuacji, w której jednostki motocyklowe pozostaną nieobsadzone, a zakupiony sprzęt nie będzie w pełni wykorzystany. Dodatkowo należy zauważyć, że do jednostek systemu dodano motocyklowe jednostki ratownicze, natomiast nie uwzględnia się w projekcie ustawy wodnych zespołów ratownictwa medycznego.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia także do projektowanego art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który stanowi, że maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego do szpitala, gdzie działa szpitalny oddział ratunkowy, lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala. Realizacja tego obowiązku przez szpital będzie sankcjonowana nałożeniem kary umownej lub rozwiązaniem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Taki zapis może skutkować uszczupleniem roli szpitalnego oddziału ratunkowego, w którym zapewnia się zgodną z wiedzą medyczną pomoc w stanach nagłych. Wymuszenie przez zapis ustawowy przyjęcia pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w określonym czasie - do 15 minut może negatywnie wpływać na prawa innych pacjentów, którzy w świetle wiedzy medycznej mogą wymagać pilniejszego zaopatrzenia. Ponadto projektowany art. 45b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wymusza stosowanie kary umownej w oderwaniu do okoliczności, które przemawiały za odmową przyjęcia pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na oddział szpitala. Dodatkowo projekt nowelizacji nie określa, jak czas 15 minut na przyjęcie pacjenta i przez kogo jest liczony i co dokładnie oznacza „przyjęcie pacjenta”.

Proponuje się zatem dodanie do projektowanego art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przepisów, które wskazywałyby na możliwość odmowy udzielenia świadczenia medycznego w przypadku, gdy dana jednostka szpitalna z przyczyn szczególnych nie jest w stanie udzielić pomocy właściwej pacjentowi, a przewiezienie pacjenta w trybie natychmiastowym do innej jednostki może bezpośrednio wpłynąć na zmniejszenie ryzyka następstw pogorszenia stanu zdrowia. Jako dopuszczalne przyczyny odmowy można wskazać np. brak pracowni hemodynamiki u pacjenta z podejrzeniem ostrych stanów sercowych, brak funkcjonującej tomografii komputerowej i

teleradiologii w przypadku pacjentów z podejrzeniem udaru, czy nieprawidłową kwalifikację pacjenta i potrzebę przeprowadzenia diagnostyki pierwszorazowej w warunkach SOR lub innej, wyspecjalizowanej jednostki. Oczywiście odmowa przyjęcia pacjenta nie dotyczy pacjentów, których stan nie pozwala na dalsze transportowanie. Odmowa musiałaby być uzasadniona pisemnie stanem klinicznym pacjenta, a zespół ratownictwa medycznego musiałby dostać dokładne wytyczne, gdzie pacjent ma zostać przekierowany i konieczność przekierowania pacjenta musiałaby być ustalona przez lekarza jednostki szpitalnej z lekarzem dyżurnym oddziału docelowego. Odmowa przyjęcia pacjenta przez personel jednostki wyspecjalizowanej może być też w pewnych wypadkach podyktowana stanem wyższej konieczności i dobrem pacjenta, obecnie zdarza się, że lekarz, działając w imię wyższej konieczności i dobra pacjenta, postępuje niezgodnie ze sztywnymi normami prawnymi.

Czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach powinien ponadto zostać wydłużony do 30 minut.

Dodanie art. 45c ust. 2 do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który przewiduje, że w przypadku martwego urodzenia dziecka w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, spowoduje, że podmioty prowadzące te szpitale będą ponosiły koszty związane z obsługa i przechowaniem zwłok – ustawa lub chociaż załączone do niej uzasadnienie powinny wyraźnie przewidywać mechanizm, w jakim koszty te zostaną w całości sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto należy doprecyzować kwestię, w jaki sposób szpital powinien zaewidencjonować przyjęcie zwłok martwo urodzonego dziecka przywiezionego do szpitala, w szczególności czy powstaje dla takiej sytuacji w szpitalu dokumentacja medyczna.