

Opinia do Projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego (RD 542)

I. Opis sytuacji problemowej

W projekcie rozporządzenia proponuje się powołanie Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Projektodawca stwierdza, iż z uwagi na konieczność bieżącego monitorowania działań podejmowanych w obszarze Państwowego Ratownictwa Medycznego, także w aspekcie współpracy w tym obszarze wojewodów, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, uzasadnionym stało się powołanie Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „Pełnomocnikiem”.

Do zadań Pełnomocnika będzie należało:

- analizowanie obowiązujących przepisów prawa i istniejących rozwiązań w zakresie Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- monitorowanie działań w obszarze Państwowego Ratownictwa Medycznego realizowanych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej
- przygotowanie propozycji nowych rozwiązań prawnych i inicjatyw w zakresie Państwowego Ratownictwa Medycznego.
- Pełnomocnik będzie również mógł wносить do rozpatrzenia przez Radę Ministrów, za zgodą Prezesa Rady Ministrów, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, opracowane przez siebie projekty dokumentów rządowych, wynikające z zakresu jego działania.



II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji przedstawicieli organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Lepsze prawo w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich lub telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem powołanie Pełnomocnika ds. Państwowego Ratownictwa Medycznego pomoże usprawnić system ratownictwa?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	6	
Nie mam zdania	2	

2. Czy Pani/Pana zdaniem bez rozwiązań systemowych skierowanych na poprawienie działania POZ oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej sytuacja na SOR może ulec znaczącej poprawie?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	7	
Nie mam zdania	1	

3. Czy Pani/Pana zdaniem lekarz pełniący dyżur na oddziale szpitalnym może jednocześnie dyżurować na SOR?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	3	
Nie mam zdania	3	

4. Czy Pani/Pana zdaniem wprowadzenie podziału (tirażu) pacjentów zgłaszających się po pomoc lekarską na SOR jest właściwym instrumentem porządkującym kolejki?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	4	
Nie mam zdania	2	

5. Czy Pani/Pana zdaniem bez zmian systemowych i w sytuacji dużej liczby pacjentów w kolejkach na SOR realne jest dotrzymanie maksymalnego czasu przyjęcia pacjenta, stosownie do przypisanego mu koloru?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	6	
Nie mam zdania	2	

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

IV. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Powołanie Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego należy uznać za pozytywny krok w kierunku systemowego rozwiązywania problemów ratownictwa medycznego, do którego jakości działania środowiska pacjenckie od lat zgłaszały wiele krytycznych uwag i apeli. Powołanie Pełnomocnika wydaje się zasadne także z tego względu, że Państwowe Ratownictwo Medyczne potrzebuje ciągłego monitoringu, także w zakresie współpracy w obszarze wojewodów, ministra obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, a także ministra właściwego do spraw zdrowia.

Jeden z podstawowych, problemowych obszarów do monitorowania oraz naprawy stanowią SOR-y. Są one ważnym elementem ratownictwa medycznego. Trafiają tam pacjenci dowożeni przez pogotowie, a także ci, którzy sami się zgłaszają. Tych drugich jest zwykle więcej, choć większość z nich nie jest w stanie zagrożenia życia, ani nie uległa wypadkowi i nie powinna tam trafić. Nie jest to jednak ich wina. W większości przypadków, kiedy nie ma zagrożenia życia, pacjent powinien trafić do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub Nocnej Pomocy Lekarskiej. Pacjenci kierują się jednak na SOR, ponieważ zarówno POZ jak i NPL działają znacznie poniżej potrzeb pacjentów. W oczekiwaniu na świadczenie SOR pojawia się obopólne niezadowolenie: pacjenci są zdenerwowani tym, że muszą długo czekać na kontakt z leka-

rzem, a lekarze medycyny ratunkowej – którzy powinni zajmować się osobami, których życie i zdrowie jest poważnie zagrożone bo temu dedykowana jest ich specjalizacja – tym, że zajmują się osobami, które nie wymagają niezwłocznych działań ratowniczych.

Ważny jest też inny element systemu. Brak sprawnego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego stanowi jeden z głównych problemów wskazywanych przez środowiska pacjenckie. Według licznych doniesień, w karetkach i na oddziałach ratunkowych szpitali zaczyna brakować już nie tylko lekarzy, ale i ratowników medycznych. Niewielu lekarzy chce podejmować się trudnej pracy w ratownictwie. Ratownicy chętniej zatrudniają się na oddziałach szpitalnych niż do służby w karetce. Ratownicy odchodzą do szpitali bo tam mogą lepiej zarobić. Coraz częściej przekwalifikowują się na lepiej płatny zawód pielęgniarstwa. Ratownicy chętniej podejmują pracę w szpitalach bo mogą liczyć tam na wynagrodzenie o 20 proc. większe niż w karetkach. Stąd wielu ratowników przekwalifikuje się na pielęgniarzy.

Ponadto, stacje ratownictwa mają coraz więcej problemów z obsadą załóg ambulansów. Jeszcze do niedawna twierdzono, że ratowników jest za dużo. W 2016 r. minister zdrowia zmienił rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i znacznie poszerzył ich kompetencje. Odtąd ratownicy mogą zatrudniać się w szpitalach i tam świadczyć pomoc medyczną. Dodatkowo, od ok. trzech lat lista leków jakie mogą podawać pacjentowi znacznie się wydłużyła i pacjenci mogą zaobserwować ratowników podających na oddziale szpitalnym kroplówkę. Wcześniej mogła to robić tylko pielęgniarka, a możliwości ratownika ograniczały się do udzielania pierwszej pomocy pacjentowi i oczekiwania na przyjscie lekarza.

Środowiska pacjenckie bardzo krytycznie oceniają powyższy stan i wnioskuje o szybkie uregulowanie lub wyrównanie dysproporcji pomiędzy warunkami zatrudnienia ratowników medycznych i pielęgniarek, co powinno stać się jednym z priorytetów działania Pełnomocnika Rządu ds. Ratownictwa Medycznego.

Wydaje się, że nie usprawni się systemu ratownictwa medycznego, jeśli nie poprawi się dostępności do leczenia i diagnostyki w innych obszarach. Należy zacząć od POZ, który musi przejąć na siebie część tych pacjentów, którzy niepotrzebnie trafiają na SOR, a mogliby trafić do POZ lub – po godzinie 18:00 – do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Lekarze rodzinni deklarują, że chcą włączyć się w reformę. Dodatkowym problemem jest też niedoinformowanie pacjentów, którzy sądzą, że SOR to jedyne miejsce, gdzie mogą się zgłosić. Konieczna zatem jest kampania informacyjna, Pewne działania zostały już wprowadzone – np. na uruchomionej przez NFZ infolinii można się dowiedzieć, gdzie w najbliższej lokalizacji jest nocna i świąteczna pomoc lekarska. Ale nie jest to wystarczające i należy dążyć do rozwiązań przyjętych np. w krajach skandynawskich, gdzie jeśli pacjent dzwoni na pogotowie i pyta, dokąd może się udać, to umawiają mu nawet wizytę do lekarza rodzinnego.

Ponadto obiecujące wydają się także inne planowane lub podjęte ostatnio działania. Np.:

1. W trosce o bezpieczeństwo pacjentów i lepszą organizację pracy personelu medycznego, zostaną wdrożone nowe rozwiązania na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Wdrażane są zmiany w systemie zarządzania SOR i wprowadzany jest ujednolicony system segregacji medycznej przy wykorzystaniu narzędzia TOPSOR. Od 1 października w wybranych SOR-ach ma być wprowadzony system segregacji pacjentów. Wszyscy trafiający na SOR zostaną objęci jednolitym systemem triażu tj. ustalenia stopnia pilności oczekiwania pacjenta na badanie lekarskie. System TOPSOR będzie mierzył czas dla każdego pacjenta oddzielnie, prognozował czas oczekiwania, analizował parametry medyczne i przydzielał do odpowiednich kategorii. Personel medyczny przeprowadzi wstępne badanie (triaz), w wyniku którego pacjent zakwalifikowany zostanie do jednej z pięciu kategorii oznaczonych kolorem. Poszczególne kolory oznaczać będą stopień pilności oczekiwania na wizytę lekarską. Każdy przypisany kolor determinuje również maksymalny czas przyjęcia pacjenta. Osoby oczekujące w SOR będą pozostawały pod nadzorem personelu odpowiedzialnego za segregację medyczną, a w razie konieczności poddawane ponownej ocenie stanu klinicznego, nie rzadziej jednak niż co 1,5 godziny. Nowe rozwiązania ułatwią wyodrębnienie grupy osób rzeczywiście wymagających

pilnej pomocy medycznej, oraz na przekierowanie z SOR do POZ osób, których stan nie wymaga pilnej interwencji, a które obecnie stanowią znaczne obciążenie oddziałów ratunkowych.

2. Wzmocniono uprawnienia lekarzy SOR w zakresie umieszczania pacjentów na oddziałach szpitala, co dotychczas stanowiło problem i dodatkowo zniechęcało personel do pracy w SOR. Nowe przepisy precyzują również obowiązek zapewnienia pacjentom niezwłocznego dostępu do diagnostyki w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia, w tym do tomografii komputerowej.

3. Osoby, które zostaną oznaczone kolorami: niebieskim i zielonym, mogą być kierowane do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ, jednak personel udzielający świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej znajdujący się w lokalizacji SOR będzie mógł udzielać świadczeń zdrowotnych w SOR, jeśli zajdzie taka konieczność.

Powyższe i inne jeszcze nowe rozwiązania stanowią jednak zaledwie o możliwości poprawy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego. Problem nie dotyczy samego funkcjonowania SOR. Oddziały ratunkowe są tylko jednym z ogniw systemu ratownictwa i ochrony zdrowia. Niewłaściwe funkcjonowanie innych odcinków powoduje, że pacjenci przychodzą szukać ratunku na SOR. I tak np. poradnie specjalistyczne wyznaczają pacjentom bardzo odległe terminy. Jeżeli w czasie miesięcy oczekiwania stan pacjenta się pogorszy, to będzie on szukał pomocy na SOR. Jest to więc miejsce, gdzie oprócz natychmiastowej pomocy w stanach zagrożenia życia dodatkowo kumulują się skutki nieprawidłowego działania innych elementów systemu ochrony zdrowia.

Należy się obawiać, że niewłaściwe wdrożenie proponowanych rozwiązań może skutkować dodatkowymi biurokratycznymi obciążeniami. Personel będzie musiał wypełniać dodatkowe papiery. Jeśli założyć, że zajmie to średnio jedną minutę na pacjenta, to w skali doby oznacza to dołożenie 1-2 godzin dodatkowej „papierkowej roboty”. Taki rezultat wdrożenia teoretycznie dobrych rozwiązań, skutkujący dołożeniem dodatkowych obowiązków, z pewnością nie przyczyniłby się do naprawy sytuacji na SOR.

Zatem priorytetem działań Pełnomocnika Rządu ds. Państwowego Ratownictwa Medycznego powinno być monitorowanie oraz inicjowanie wdrażania dobrych, systemowych rozwiązań, dających pacjentom poczucie bezpieczeństwa w polskim systemie ochrony zdrowia.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

