

ŚLĘZAK Daniel ¹
ŻURATYŃSKI Przemysław ²
KRZYŻANOWSKI Kamil ³
KALIS Alicja ⁴

Państwowe ratownictwo medyczne w Polsce

WSTĘP

Nagłe zachorowania i urazy towarzyszyły człowiekowi od zawsze, poszukiwano sposobów by im zapobiec. Najważniejszym zadaniem państwa odnośnie obywateli jest podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, natomiast głównym podmiotem odpowiadającym za pomoc przedszpitalną stał się System Państwowego Ratownictwa Medycznego.

1. HISTORIA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Pierwsze pogotowie ratunkowe w Polsce powstało w 1891 r. w Krakowie. Wiele wskazuje na to, że organizatorzy pierwszego w Europie pogotowia (pogotowia wiedeńskiego w 1883 r.). Pogotowie ratunkowe znajdowało się w budynku Straży Pożarnej. W przyznanym lokalu znajdowało się ambulatorium, poczekalnia i pomieszczenie dla studentów wyższych lat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy sprawowali dyżur w pogotowiu. Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe posiadało jedną karetkę sanitarną zaprzęgniętą dwoma końmi z 5 sztukami noszy. Symbolem towarzystwa był biały krzyż na niebieskim tle. Od 1904 r. zostały wprowadzone pierwsze płatne dyżury dla ochotników, jednak dopiero 1911 r. również zostali tym objęci lekarze. W 1908 r. pogotowie posiadało już 4 karetki konne, 1 fotel składany, 7 kuferków wypadkowych oraz 4 pary noszy. Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe zakończyło swoją działalność w 1950 r., natomiast parę miesięcy później osiedliło się w Domu Zdrowia, w którym pozostało do 1977 r. Następnie pogotowie ratunkowe znów zmieniło swoją lokalizację, lecz w końcu do własnego budynku, gdzie funkcjonuje do dnia dzisiejszego [5, s.15-16]. Wkrótce po powstaniu krakowskiego pogotowia ratunkowego, utworzono także stacje pogotowia ratunkowego we Lwowie w 1893 r., w Warszawie w 1897 r., Łodzi w 1899 r., Lublinie w 1917 r. oraz w Poznaniu w 1928 r. Instytucje te były samodzielne, posiadały osobowość prawną, finansowane ze składek społecznych, opłat ubezpieczalni społecznej, darowizn, własnych środków oraz dotacji miejskich. Zapewniały one całodobową oraz bezpłatną pomoc we wszystkich nagłych zdarzeniach [3, s.28-29].

W 1919 r. utworzone zostało Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża (PTCK). Udzielano pomoc rannym w wyniku wojny, prowadzono wiele zakładów leczniczych, a także stacje pogotowia ratunkowego. Również zakładano drużyny ratownicze, udzielano szkolenia sanitarne oraz poszukiwano zaginionych. W latach 1948-1951 rząd przejął całą infrastrukturę opieki zdrowotnej (30 szpitali, 280 przychodni zdrowia oraz 177 stacji pogotowia ratunkowego) od Polskiego Czerwonego Krzyża i przekazał pod zarząd Ministerstwa Zdrowia. Władze administracyjne podzieliły stacje pogotowia ratunkowego na: miejskie, powiatowe i wojewódzkie, w których działały zespoły wyjazdowe, a także stacjonarne ambulatoria.

W 1951 r. Minister Zdrowia wydał pierwszy po wojnie dokument, który określa zasady działania transportu sanitarnego. Natomiast w 1976 r. po reformie administracyjnej kraju utworzono nową instrukcję dotyczącą ramowej organizacji Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarnego (WKTS).

¹ Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny;

² Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy, Instytut Nauk Medycznych, Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

³ Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴ studentka Wydział Ekonomiczny, Uniwersytet Opolski

Powołane zostały jednostki jako samodzielne jednostki budżetowe kreowane w każdym województwie, podlegając właściwemu wojewodzie. W latach 1990-1999 WKTSy nadal były jednostkami organizacyjnymi o charakterze budżetowy i zasięgu wojewódzkim. Zapewniały potrzeby transportowe całej służbie zdrowia. Budżet był określony na dany rok wg ustawy budżetowej, a w ramach tych środków wykonywano zadania transportowe. W 1992 r. Ministerstwo Zdrowia zakupiło 80 nowoczesnych ambulansów, które nieodpłatnie przekazano do WKTS w poszczególnych województwach. Od tego czasu można było prowadzić czynności ratunkowe w momencie przewożenia poszkodowanego do szpitala. W latach 1989-1999 w związku z brakiem uregulowań prawnych, a także określonej ilości środków finansowych funkcjonowanie tych jednostek pozostawiało wiele do życzenia. Można było stwierdzić, iż w tych latach w Polsce nie było systemu ratownictwa medycznego gwarantującego udzielenie specjalistycznej pomocy, niezbędnej do ratowania życia i zdrowia poszkodowanych [5, s.17-20].

Proces powstawania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego odbywał się etapowo. Koncepcja obecnego systemu pochodzi lat 90 XX w. Polska wzorując się na doświadczeniach innych państw podjęła kolejne inicjatywy, które mają na celu utworzyć w pełni nowoczesny i zintegrowany system PRM. W 1999 r. został wprowadzony w życie program polityki zdrowotnej „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”, który zaplanowany został na lata 1999-2003. Najważniejszym celem programu było zarówno przygotowanie wykwalifikowanego personelu medycznego jak i infrastruktury, a także opracowanie procedur dla właściwego funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. W 2001 r. podzielono ten program na 6 pakietów zadaniowych, w tym m. in. centra powiadomienia ratunkowego, szpitalne oddziały ratunkowe czy też ambulanse ratunkowe [5, s.17-20]. 25 lipca 2001 r. została uchwalona pierwsza ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Pomimo iż uregulowała wiele kwestii tylko pobieżnie, to i tak była ogromny przełomem w tworzeniu Państwowego Ratownictwa Medycznego [17, s.15]. Ustawa ta zapoczątkowała nową erę rozwoju ratownictwa medycznego w Polsce. Jednak jej dysfunkcjonalność sprawiła podjęcie prac nad nową ustawą. Prace nad nowym aktem prawnym trwały do 6 września 2006 r., natomiast 12 października prezydent RP podpisał ustawę o ratownictwie medycznym [3, s.32]. Wg obowiązującej ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM [13] w skład tego systemu wchodzi zespoły ratownictwa medycznego używających drogę lądową (ambulanse), powietrzną (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe) oraz wodną, a także szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), do których dostarczani są poszkodowani. Ambulanse obsługują specjalnie wyszkolone zespoły ratownicze, które stanowią część zintegrowanego systemu ratującego życie ludzi [4, s.31-32].

Ratownictwo medyczne w Polsce na przestrzeni lat podlegało dynamicznym zmianom. Na początku nie było tak fachowego personelu oraz sprzętu jak obecnie, dlatego wskaźnik śmiertelności było znacznie wyższy.

2. PODSTAWY PRAWNE PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Obowiązującym aktem prawnym od 1 stycznia 2007 r. jest ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [13]. Celem ustawy jest funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego, zarówno poprzez wysoki poziom udzielania świadczeń zdrowotnych opierających się na obowiązujących standardach państw zachodnich, jak i zapewnienie żądanych rozwiązań w obszarze powiadamiania o stanach nagłych [3, s.32].

Wykonawczym aktem do ustawy w obszarze wymagań odnoszących się do osobowego składu zespołów ratownictwa medycznego, a także wymagań dotyczących ich wyposażenia jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego [11]. Akt ten obejmuje gwarantowane świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego, również warunki wykonywania tych świadczeń [17, s.31].

Od 1 stycznia 2014 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego [16]. Regulująca techniczne funkcjonowanie systemu, oddzielając funkcję odbierania zgłoszeń alarmowych od funkcji dysponowania zasobami ratowniczymi. System opiera się na

profesjonalnych CPR obsługujących wszystkie zgłoszenia alarmowe wg tych samych procedur [8]. Przyjęte i zakwalifikowane zgłoszenie w CPR jest przekazane do odpowiedniej służby ratunkowej, która dzięki otrzymanym informacjom zajmuje się dysponowaniem właściwych sił i środków. Bardzo dobrze wyszkolony operator numeru alarmowego w CPR powinien zebrać odpowiednie informacje związane ze zgłoszeniem, aby skrócić czas procesu udzielania pomocy [7].

Kolejnym aktem prawnym, który niedawno wszedł w życie (20 maja 2014 r.) jest rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 28 kwietnia 2014 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadomienia ratunkowego [10]. Określa one stanowiska pracowników centrum, wymagania odnoszące się do pomieszczeń oraz wyposażenia technicznego. A w szczególności reguluje jednolity sposób obsługi powiadomienia alarmowego, w tym rozmowy ze zawiadamiającym, potem przekazanie tego zgłoszenia do służb dysponujących, decydujących i wysyłających zasoby ratownicze [6].

Przepisy prawne Państwowego Ratownictwa Medycznego są regulowane przez wyżej wymienione akty prawne, dzięki którym, system ten funkcjonuje bez jakichkolwiek zastrzeżeń.

3. JEDNOSTKI PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

System Państwowe Ratownictwo Medyczne powstał, by zapewnić pomoc każdej potrzebującej osobie, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dysponent jednostki systemu PRM musi zapewnić gotowość ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych. Jednostkami systemu PRM udzielającymi świadczenia wyłącznie w razie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego są: zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe [13].

3.1. Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM)

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym pozwoliła na utworzenie w Polsce jednolitego systemu ratownictwa medycznego, posiadającego takie same standardy zarówno personalne jak i sprzętowe. Zgodnie z art. 36 tej ustawy „Zespoły ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane”. Zespoły ratownictwa medycznego podzielone są na:

- Zespół „S” – zespół specjalistyczny w skład, w którego wchodzi, co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Takie osoby jak lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.
 - Zespół „P” - zespół podstawowy w skład, w którego wchodzi dwie osoby o kwalifikacjach umożliwiających wykonywanie medycznych czynności ratowniczych. Zespół ten dysponuje środkiem transportu sanitarnego, jednak nie jest sprecyzowane, kto powinien nim kierować. Nie zabrania się jednak zatrudnienia dodatkowej osoby do zespołu na stanowisko kierowcy, lecz ze względów ekonomicznych funkcję tę pełni jednocześnie jeden z dwóch ratowników [18, s. 6].
- Jeżeli jednak żaden z osób wymienionych zespołach ratownictwa medycznego nie ma prawa jazdy kat. B oraz nie spełnia warunków wymienionych w art. 95a ust. 1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym, musi wtedy w skład ZRM wejść dodatkowo kierowca [12, 17, s.29].

Organizacyjnie rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego musi zapewnić następujące parametry czasu przybycia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego centrum powiadomienia ratunkowego:

- mediana czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca - jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,
- trzeci kwartyl czasu dojazdu – w skali każdego miesiąca - jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,
- maksymalny czas dojazdu nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców [9].

Natomiast transportem lotniczym zajmuje się Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR), które dysponuje śmigłowcami ratunkowymi oraz samolotami sanitarnymi. Na początku 2000 r. powołana

została Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego HEMS (ang. Helicopter Emergency Medical Service), którą 12 maja 2000 r. zmieniono na Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (SP ZOZ LPR). Podmiot otrzymał bezpośrednio środki finansowe z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Powstało 17 baz regionalnych HEMS i jedna sezonowa, a także dodano dwa zespoły zajmujące się transportem. W każdej bazie w skład załogi wchodzi co najmniej trzy osoby tj. pilot zawodowy, lekarz systemu i ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu. Śmigłowce ratunkowe oraz samoloty transportowe posiadają odpowiedni sprzęt medyczny, a także niezbędne zestawy medykamentów do zastosowania przy stanie zagrażającym życiu i zdrowiu pacjenta. LPR wykorzystuje się w przypadku niesienia pomocy na obszarach niedostępnych dla naziemnych służb medycznych [4, s.31-32]. Nowe wyposażenie medyczne, nowa technologia wykonania, czy możliwość uczestniczenia w nocnych akcjach ratunkowych są dużą zaletą LPR. Aby sprawnie i w szczególności bezpiecznie przebiegały nocne operacje, muszą zostać spełnione warunki bezpiecznego lądowania. Władze samorządu gminnego wyznaczają miejsce, wyznaczone i odpowiednio przygotowują przy pomocy ratowników Państwowej Straży Pożarowej. W każdej Polskiej gminie powinny być wyznaczone gminne miejsca lądowania oraz zgłoszone przez samorząd, a potem przetestowane pod względem bezpieczeństwa przez pracowników LPR i naniesione na mapę. Każdy dyspozytor medyczny odpowiedzialny za dysponowanie ZRM będzie wyposażony w specjalną mapę z miejscami do ewentualnych lądowań nocnych [2, s.48-51].

Zespoły ratownictwa medycznego są odpowiedzialne za zdrowie jak i życie pacjenta. Ich zadaniem jest udzielić pomocy na miejscu zdarzenia oraz w jak najkrótszym czasie przetransportować do odpowiedniej, referencyjnej jednostki.

3.2. Szpitalny Oddział Ratunkowy

Szpitalne Oddziały Ratunkowe powstały w Polsce pod koniec 1999 r., gdy wprowadzono realizację programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”. Najczęściej tworzenie SOR-ów opierało się na przekształceniu istniejących już izb przyjęć, a nie na budowie nowych oddziałów. Projekt ten zakładał utworzenie ok. 278 szpitalnych oddziałów ratunkowych w skali kraju (1 szpital na ok. 150 000 populacji oraz 16 szpitali dziecięcych) [17, s.53].

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest najważniejszym miejscem kolejnej diagnostyki i początkowego leczenia ciężko poszkodowanego. SOR nie może być tylko stacją przekaźnikową między ambulansem, a oddziałem intensywnej terapii czy salą operacyjną. Lecz, także muszą zostać stworzone tam odpowiednie warunki dla przyjęcia ciężko chorego pacjenta w stanie zagrożenia życia od zespołu ratownictwa medycznego, oceny poprzednich ustaleń i podjęcia kolejnych kroków, a w szczególności podtrzymania życia. Na szpitalnym oddziale ratunkowym poszkodowany ma pierwszy kontakt z kompetentnym lekarzem [1, s.79].

Struktura Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest złożona z szeregu podstawowych obszarów zadaniowych, wśród których można wymienić:

- obszar dyspozytora – obszar ten powinien znajdować się przy wejściu i wjeździe do oddziału, gdzie powinna odbywać się rejestracja i segregacja pacjenta;
- obszar resuscytacyjno-zabiegowy – zajmuje główne miejsce w strukturze SOR, dookoła niego powinny znajdować się pozostałe obszary zadaniowe;
- obszar wstępnej intensywnej terapii;
- obszar terapii natychmiastowej;
- obszar konsultacji;
- obszar obserwacji [17, s. 56].

Szpitalny Oddział Ratunkowy powinien mieć zapewniony ciągły dostęp do:

- badań diagnostycznych przeprowadzanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- komputerowego badania tomograficznego i do badań endoskopowych;
- całodobowe lądowisko lub lotnisko, położone w takiej odległości, aby można było zabrać pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośredniczenia ambulansu. Jednak gdy ten warunek nie zostanie spełniony, zezwala się na lądowisko

zlokalizowane w niedalekiej odległości od SOR, transport z lądowiska do SOR musi być krótsze niż 5 min;

- zagwarantowany sprzęt do wykonywania badań przy łóżku pacjenta (wskład minimalnego wyposażenia wchodzi: przyłóżkowy zestaw RTG, analizator parametrów krytycznych oraz przewoźny ultrasonograf) [13].

W skład minimalnego zatrudnienia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym muszą wchodzić takie osoby jak:

- ordynator oddziału,
- lekarze w niezbędnej liczbie do zabezpieczenia właściwego funkcjonowania oddziału, w tym przynajmniej jeden lekarz systemu stale przebywający na oddziale,
- pielęgniarka oddziałowa (pielęgniarka systemu),
- pielęgniarki lub ratownicy medyczni w niezbędnej liczbie do zabezpieczenia właściwego funkcjonowania oddziału [13, 17, s. 56].

Pacjent niezależnie od miejsca zamieszkania czy miejsca zdarzenia może bez skierowania skorzystać ze szpitalnego oddziału ratunkowego. Poszkodowany na tym oddziale będzie pod fachową opieką wykwalifikowanego personelu.

4. PERSONEL PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Lekarz systemu to lekarz mający tytuł specjalisty z zakresu medycyny ratunkowej lub lekarz, który skończył co najmniej drugi rok specjalizacji w tym obszarze. Może nim także być lekarz posiadający doświadczenie w wymiarze 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w zespole ratownictwa medycznego, na szpitalnym oddziale ratunkowym czy w izbie przyjęć. W tym przypadku lekarz musi rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do 1 stycznia 2015 r., w innym przypadku status lekarza systemu zostanie utracony. Również lekarzem systemu zgodnie z obowiązującymi przepisami do końca 2020 r. może być lekarz posiadający specjalizację lub ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej lub dziecięcej, ortopedii i traumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub pediatrii [4, s.31-32].

Pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty, albo specjalizuje się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, chirurgii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej opieki, kardiologii. A także pielęgniarka, która posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w powyższych wymienionych dziedzinach oraz co najmniej 3-letni staż pracy na oddziałach tych specjalizacji, w pogotowiu ratunkowym, oddziałach pomocy doraźnej lub w izbach przyjęć [13].

Ratownik medyczny jest stosunkowo nowym zawodem w dziedzinie medycyny. Po raz pierwszy w akcie rangi ustawowej pojawił się w ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [13]. Według zapisów powyższej ustawy ratownik medyczny samodzielnie podejmuje medyczne czynności ratunkowe, które wcześniej były zarezerwowane tylko dla lekarza systemu i pielęgniarki systemu [17, s.17]. Zgodnie z art. 10 obowiązującej ustawy, zawód ratownik medyczny może pełnić osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych (tak jak w dwóch wcześniej omówionych zawodach medycznych), posiadająca bardzo dobry stan zdrowia oraz wykazująca się znajomością języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu. A przede wszystkim głównym warunkiem jest ukończenie 3-letnich studiów wyższych I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne, albo ukończenie 2-letniej szkoły policealnej i uzyskanie tytułu „ratownik medyczny”. Jednak nie dawno Minister Edukacji Narodowej zakończył kształcenie ratownika medycznego na poziomie szkoły policealnej. Ostatnim rokiem naboru był 2012/2013, który będzie się kształcił do zakończenia cyklu kształcenia [17, s.17]. Zdobyta wiedza i umiejętności w trakcie kształcenia, potrzebna jest do wykonywania takich czynności jak:

- zabezpieczenie osób znajdujących się w miejscu zdarzenia, a także podejmowanie działań zapobiegających zwiększeniu liczby poszkodowanych i degradacji środowiska;
- dokonanie oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz podejmowanie medycznych czynności ratunkowych;

- transportowanie poszkodowanych;
- komunikowanie się z poszkodowanym i udzielanie jemu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- a także organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych [4, s.34].

Ratownik medyczny wchodzi w skład każdego zespołu ratownictwa medycznego, ale również może pracować w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

System Państwowego Ratownictwa Medycznego musi posiadać wykwalifikowany i doświadczony personel. Poprzez jakiegokolwiek pomyłki, błędy można pogorszyć stan pacjenta czy nawet doprowadzić do jego śmierci. Życia ludzkiego nie da się ponownie przywrócić, a więc czynności ratunkowe powinny być szybko i rozważnie podjęte.

5. FINANSOWANIE PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Zasady finansowania Państwowego Ratownictwa Medycznego reguluje ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Art. 46 ustawy dotyczący finansowania jednostek systemu, wskazuje wojewodów jako odpowiednich do kontraktowania zespołów ratownictwa medycznego z wyłączeniem LPR w obszarze danego województwa. Umowa obejmuje udzielanie medycznych czynności ratunkowych np. na zatrudnienie dyspozytora medycznego, obsługującego numer alarmowy 999. Wojewodowie planują środki na finansowanie ZRM, a później pod koniec marca poprzedniego roku budżetowego prezentują je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Następnie do 20 maja poprzedzającego roku minister właściwemu ds. zdrowia przedstawia propozycję wysokości finansowania ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych, a także podział środków na województwa. Podział stosowany jest wg zasad biorąc pod uwagę gęstość zaludnienia, liczbę ludności, liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowia na terenie danych województw oraz potrzebę nie przekraczania maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia [13].

Mimo, iż ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym przedstawia szpitalny oddział ratunkowy jako jednostka systemu ratownictwa medycznego, to nie reguluje zasad finansowania ich z budżetu państwa. SOR finansowany jest tak jak inne oddziały z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [14].

Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego natomiast finansowana jest z budżetu państwa z części, którą dysponuje minister właściwy ds. zdrowia. Podstawowym zadaniem lotniczego zespołu ratownictwa medycznego jest pełnienie medycznych czynności ratunkowych. Zapewnienie ciągłej gotowości zespołu do wykonywania tych czynności to główny warunek finansowania. Koszty działalności zespołów kalkulowane są z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a zwłaszcza tj.: koszty eksploracyjne, koszty osobowe, koszty administracyjno-gospodarcze oraz odpis amortyzacyjny z wykluczeniem amortyzacji dokonywanej od środków trwałych, na które podmiot pozyskał dotację budżetową. Po przez kalkulację kosztów można ustalić wysokość umowy, którą zawiera minister właściwy ds. zdrowia z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W celu zawarcia kontraktu komisja powołana przez ministra właściwego ds. zdrowia przeprowadza rokowania dotyczące warunków finansowania i wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą również pełnić zadania poszukiwawcze, lecz są one finansowane ze środków przekazanych na działanie lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR) [13].

Państwowe Ratownictwo Medyczne nie jest w pełni finansowane z budżetu państwa. Każda jednostka systemu ma inne źródło finansowe. Środki finansowe zespołów ratownictwa medycznego, jak i lotniczych zespołów ratownictwa medycznego pochodzą z budżetu państwa, lecz są kontraktowane przez inne osoby. Natomiast ratownicze oddziały szpitalne finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, który pochodzi m.in. ze składek zdrowotnych społeczeństwa.

WNIOSKI

Poczucie bezpieczeństwa jak również ochrona zdrowia i życia człowieka są jednymi z głównych zadań państwa. Polski system ochrony zdrowia przeszedł wiele reform. Zmiany zaszły również w ratownictwie medycznym. Kluczowe zmiany w systemie ratownictwa medycznego zostały uregulowane w 2006 r. przez ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zdefiniowano cały system pomocy poszkodowanym w stanie zagrożenia zdrowotnego. Połączono służby ratownicze, których współpraca ma na celu zmniejszenia śmiertelności np. okołourazowej.

Streszczenie

Autorzy omówili Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce (PRM) poprzez zarys historyczny powstawania oraz funkcjonowanie tego systemu. Zakończenie pracy wieńczy sformułowanie, że Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w Polsce możemy zaliczyć do dobrze funkcjonujących. Aby utrzymać ten stan, należy ciągle modyfikować, unowocześniać i podążać za nowinkami techniki i nauki. Tylko sprawnie działający system zaowocuje zmniejszeniem śmiertelności wśród potrzebujących pomocy. Państwowe Ratownictwo Medyczne nie jest w pełni finansowane z budżetu państwa. Każda jednostka systemu ma inne źródło finansowe. Środki finansowe zespołów ratownictwa medycznego, jak i lotniczych zespołów ratownictwa medycznego pochodzą z budżetu państwa, lecz są kontraktowane przez inne osoby. Natomiast ratownicze oddziały szpitalne finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, który pochodzi m.in. ze składek zdrowotnych społeczeństwa.

Słowa kluczowe: Państwowe Ratownictwo Medyczne, Polska, funkcjonowanie

The national medical emergency system in Poland (PRM)

Abstract

The authors discuss the National Medical Emergency System in Poland (Państwowe Ratownictwo Medyczne - PRM) through the historical outline of its formation and current functioning of the system. The thesis ends with a declaration that the Integrated State Medical Emergency System in Poland can be classified as well-functioning. To maintain this status, modification, modernisation and following the latest updates in technology and science have to be pursued. Only the efficiently operating system will result in a decrease in death rates of those in need for help. Emergency medical services is not fully financed from the state budget. Each unit system has other financial source. The financial resources of medical rescue teams, as well as air medical rescue teams come from the state budget, but are contracted by others. By contrast, emergency wards are financed from the budget of the National Health Fund, which comes, among others, the contributions of public health.

Keywords: National Medical Emergency System, Poland, current functioning

BIBLIOGRAFIA

1. Brongel L., *Złota godzina – czas życia, czas śmierci*, Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 2007.
2. Gałązkowski R., *Wiosna w LPR-ze*, Na Ratunek, rok 5, 3/2011
3. Goniewicz M., *Medycyna katastrof. Problemy organizacyjno-diagnostyczne*, wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa, Kielce 2012.
4. Hartmann-Sobczyńska R., Ślęzak D., Żuratyński P., *Zasady transportu pacjenta z obrażeniami wielonarządowymi*, PWSZ, Piła, 2012.
5. Konieczny J., *Ratownictwo w Polsce. Lata 1990-2010*, Garmond Oficyna Wydawnicza, Poznań 2010.
6. MAC, *Organizacja Centrów Powiadomienia Ratunkowego- rozporządzenie szefa MAC wchodzi w życie 20 maja*, <https://mac.gov.pl>, 04.2015 r.
7. MAC, *Raport NIK o budowie Systemu Powiadomienia Ratunkowego opisuje stanu prac sprzed roku* <https://mac.gov.pl>, 03.2015 r.
8. MAC, *Ustawa o systemie powiadomienia ratunkowego przyjęta przez parlament*, <https://mac.gov.pl>, 03.2015 r.
9. *Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kuj-Pom*, <http://www.bip.bydgoszcz.uw.gov.pl>, 05.2014 r.

10. *Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 28 kwietnia 2014 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego* (Dz. U. 2014 poz. 574).
11. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego* (Dz. U. 2009 nr 139 poz. 1137).
12. *Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym* (Dz. U. 1997 Nr 98 poz. 602)
13. *Ustawa z dnia 25 lipca 2001r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. 2001 nr 113 poz. 1207).
14. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027
15. *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. z 2013 poz. 757).
16. *Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego.* (Dz. U. 2013 poz. 1635).
17. Szarpak Ł., *Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce*, Promotor, Warszawa 2012.
18. Zaremba M., Pietrzyk M., Gaca M., *Dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego - rozsądny kompromis*, Na Ratunek, rok 6, 2/2012.