

STANOWISKO Nr 14/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 4 listopada 2016 r.

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym
oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2016 r., znak: SOR.450.1.20.2016.TM, przedstawia następujące stanowisko w sprawie przedłożonego projektu ustawy.

Opiniowany projekt zawiera wiele przepisów, które budzą wątpliwości i zaniepokojenie środowiska lekarskiego.

Proponowane zmiany organizacyjne, dotyczące przede wszystkim likwidacji specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, stwarzają realne zagrożenie dla pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, mogące skutkować utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu w związku z brakiem dostępu do specjalistycznej pomocy lekarskiej, która jest niezwykle istotna w pierwszych chwilach od zdarzenia. Zlikwidowanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, bez żadnych możliwości dotarcia lekarza systemu do miejsca zdarzenia, spowoduje także zwiększenie obciążenia pracą lekarzy szpitalnych oddziałów ratunkowych i może zablokować te oddziały oraz izby przyjęć. Ponadto ani w przepisach przejściowych ani w uzasadnieniu projektu nie wskazano co stanie się z lekarzami obecnie zatrudnionymi w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego.

Wątpliwości budzi zastąpienie lekarzy w zespołach ratunkowych systemem e-konsultacji, bez uwzględnienia rodzaju zdarzenia i jego skali. W wielu przypadkach nie da się pomóc „na telefon”, bez badania pacjenta, a jedynie poprzez analizę przekazanych na odległość parametrów życiowych.

Kolejną niepokojącą regulacją jest utrzymanie przepisów przejściowych dotyczących statusu lekarza systemu PRM. Nadal lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej zrównuje się z lekarzami po drugim roku szkolenia w innych dziedzinach medycyny, dodatkowo rozszerzając krąg lekarzy systemu o lekarzy posiadających specjalizacje dalekie od medycyny ratunkowej.

Niezrozumiałe jest nadanie statusu lekarza systemu lekarzowi, który ukończył drugi rok szkolenia specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej. Analizując program szkolenia w tej dziedzinie można stwierdzić, że lekarz który ukończył drugi rok szkolenia z medycyny rodzinnej nie posiada kwalifikacji zawodowych do wykonywania zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych i specjalistycznego leczenia pacjentów w stanach nagłych. Zresztą zwiększanie kręgu lekarzy, którym przysługuje status lekarza systemu, jest sprzeczne z założeniami projektu, eliminującymi lekarzy z zespołów ratownictwa medycznego (skoro lekarze ci mają stracić zatrudnienie po co zwiększać ich liczbę).

Niepokojące wydaje się także dalsze zwiększanie uprawnień ratowników medycznych, w szczególności zastrzeżenia budzi umożliwienie ratownikom medycznym zwiotczenia pacjenta i jego intubacji w sytuacjach innych niż nagłe zatrzymanie krążenia. Czynności te powinny być zarezerwowane tylko dla lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz intensywnej terapii.

Ponadto zgodnie z opiniowanym projektem kierownik zespołu ratownictwa medycznego, czyli ratownik medyczny, będzie mógł stwierdzić zgon pacjenta, jeśli do zgonu doszło w trakcie akcji medycznej. Samorząd lekarski wyraża wątpliwość co do zasadności przyznania ratownikom takich uprawnień. Ratownik medyczny walcząc o zdrowie i życie pacjenta, w sytuacji gdy jego działania nie przynoszą rezultatu, powinien mieć możliwość wezwania na pomoc lekarza specjalistę medycyny ratunkowej, by wyczerpać wszystkie możliwości niesienia pomocy pacjentowi. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że rozpoznanie śmierci człowieka powinno być zarezerwowane wyłącznie dla osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza.

Opiniowany projekt przewiduje zwiększenie odpowiedzialności władzy państwowej za ratownictwo medyczne, co należy ocenić pozytywnie. Powstaje jednak wątpliwość, czy wiązać się to ma z wyeliminowaniem z ratownictwa medycznego podmiotów niepublicznych w wyniku „upaństwowienia” systemu PRM.

Nadal wątpliwości budzi zmiana umiejscowienia stanowisk dyspozytorów medycznych, poprzez ich przejście od dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do wojewodów. W wielu województwach dysponenci ZRM przeprowadzili modernizację swych dyspozytorni, systemów łączności radiowej i elektronicznej, angażując własne i unijne środki finansowe. Budowa nowej infrastruktury przy wojewodach będzie wymagała czasu oraz kolejnych nakładów finansowych, tym razem z budżetu państwa.

Dodatkowo Naczelna Rada Lekarska zgłasza następujące uwagi szczegółowe:

- 1) art. 1 pkt 2 lit. d projektu dot. art. 3 pkt 18 ustawy o PRM – zaproponowana definicja segregacji medycznej jest zbyt wąska, powinna zostać rozszerzona o „proces wyznaczania priorytetów diagnostyczno-leczniczych w szpitalnych oddziałach ratunkowych”;
- 2) art. 1 pkt 8 projektu dot. art. 12 ust. 3 ustawy o PRM - jako formę doskonalenia zawodowego ratownika medycznego przewidziano kurs doskonalący. Kurs ten jako obowiązkowy powinien dotyczyć każdego ratownika raz na trzy lata i kończyć się egzaminem składanym przed komisją, w skład której powinien wchodzić między innymi konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej (właściwy ze względu na miejsce, w którym będzie odbywał się kurs doskonalący) lub lekarz specjalista medycyny ratunkowej wskazany przez konsultanta;
- 3) art. 1 pkt 9 lit. b projektu dot. art. 12c ust. 6 pkt 2 ustawy o PRM – w skład zespołu ekspertów powoływanego przez Dyrektora CEM do wydawania opinii o podmiocie ubiegającym się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego dla ratowników medycznych zawsze (a nie alternatywnie jak przewidziano w projekcie) powinien wchodzić specjalista w zakresie medycyny ratunkowej;
- 4) art. 1 pkt 11 projektu dot. art. 12m i nast. ustawy o PRN - kurs specjalizacyjny powinien kończyć się egzaminem składanym przed komisją, w skład której powinien wchodzić między innymi konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej (właściwy ze względu na miejsce, w którym będzie odbywał się kurs doskonalący) lub lekarz specjalista medycyny ratunkowej wskazany przez konsultanta;
- 5) art. 1 pkt 15 lit. c projektu dot. art. 15 ust. 4-9 ustawy o PRM – projekt wprowadza nowy rodzaj dokumentu w postaci karty kwalifikowanej pomocy, nie określając jednocześnie pozycji tego dokumentu jako elementu dokumentacji medycznej lub też dokumentu odrębnego. Przechowywanie karty przez jednostkę współpracującą z systemem i krótki okres przechowywania wskazują, że nie jest ona pomyślana jako element dokumentacji medycznej, jednak zgodnie z projektowanymi ust. 8 w art. 15 ustawy o PRM ma być ona udostępniana w formach takich jak dokumentacja medyczna, bez odniesienia jednak na rzecz jakich podmiotów, w tym czy upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej będzie skutkowało upoważnieniem do dostępu do karty. Rozbieżność ta będzie rodzić ogromne problemy interpretacyjne, w związku z czym konieczne jest sprecyzowanie czy jest to część dokumentacji medycznej. Wątpliwości budzi także zakres informacji wymaganych do wypełnienia karty kwalifikowanej pomocy, a mianowicie konieczność wpisania daty urodzenia i adresu zamieszkania osoby której pomocy udzielono. Biorąc pod

uwagę, że ma być to dokument wypełniany na miejscu zdarzenia, ustalenie powyższych danych może być w chwili wypełniania karty niemożliwe.

Ponadto projekt nie znosi karty indywidualnej ratownika medycznego (nie ulega zmianie treść art. 11 pkt 7 ustawy o PRM), co prowadzi będzie do równoległego istnienia dwóch dokumentów wymagających wypełnienia w związku z udzieleniem pomocy w ramach PRM;

- 6) art. 1 pkt 19 projektu dot. art. 23c ustawy o PRM - właściciele defibrylatorów automatycznych i jednocześnie ich fundatorzy zakupili i udostępnili te urządzenia dobrowolnie. Nakładanie jakichkolwiek obowiązków na nich (np. zgłaszania i uzasadniania zmian, składania wniosków o wpis do rejestrów, oświadczeń o badaniach technicznych) może spowodować skutek odwrotny od zamierzonego, tzn. pozbycie się potencjalnego źródła problemu;
- 7) art. 1 pkt 24 projektu dot. art. 25c ust. 1 ustawy o PRM – wojewoda ma zatrudniać lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego, który będzie pracował w dyspozytorni medycznej. Biorąc pod uwagę zasady tworzenia dyspozytorni medycznej wskazane w projektowanym art. 25a ust. 1 ustawy o PRM (art. 1 pkt 23 projektu), wydaje się, że liczba zespołów ratownictwa medycznego przypadająca na lekarza konsultanta będzie zbyt duża, co uniemożliwi lekarzowi prawidłowe wykonywanie nałożonych na niego obowiązków;
- 8) art. 1 pkt 27 projektu dot. art. 27a ustawy o PRM – Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) powinno być utworzone jako niezależna jednostka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia, a nie w strukturze SPZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Tworzenie przy jednym dysponentie takiej jednostki jest niezasadne, gdyż również ten dysponent powinien być nadzorowany przez KCMRM;
- 9) art. 1 pkt 28 projektu dot. art. 29 ust. 3 ustawy o PRM - wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien mieć umocowanie prawne do rozwiązywania bieżących problemów szpitali w zakresie przyjmowania pacjentów w sytuacjach np. awarii sprzętu diagnostycznego, braku wolnych łóżek itp.;
- 10) art. 1 pkt 31 lit. b projektu dot. art. 32 ust. 3 ustawy o PRM oraz art. 1 pkt 34 lit. f projektu dot. art. 36 ust. 5 pkt 1 ustawy o PRM – z projektowanych przepisów wynika, że dysponent zespołów ratownictwa medycznego ma zapewnić zespołom ratownictwa medycznego możliwość wykonywania całodobowych e-konsultacji, które mogą wykonywać także lekarze jednostek systemu oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne. Powstaje

pytanie czy za ten dodatkowy obowiązek lekarz będą dodatkowo wynagradzani oraz kto zapłaci za zakup dla szpitali sprzętu umożliwiającego e-konsultacje;

- 11) art. 1 pkt 32 projektu dot. art. 32b ustawy o PRM – dyspozytor medyczny (zatrudniony przez wojewodę) ma przeprowadzać kwalifikację osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do transportu po uzyskaniu akceptacji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (zatrudnionego przez właściwego wojewodę). Niecelowe wydaje się późniejsze stwierdzanie niezasadności takiego transportu przez właściwego wojewodę wspólnie z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast za niedopuszczalne należy uznać nakładanie w razie stwierdzenia takiej niezasadności kary finansowej na szpital, skoro to dyspozytor medyczny oraz wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego, obaj zatrudnieni przez wojewodę, błędnie przeprowadzili kwalifikację do transportu osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 12) art. 1 pkt 34 lit. b projektu dot. art. 36 ust. 1 ustawy o PRM – wprowadzenie obowiązku zatrudniania pracowników zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie na podstawie umowy o pracę budzi wątpliwości z punktu widzenia zasady swobody umów; uzasadnienie projektu nie wyjaśnia w sposób dostateczny przyczyn dla których swoboda stron w kształtowaniu treści łączącego je stosunku prawnego miałyby zostać całkowicie wyłączona. Ponadto wprowadzenie nakazu zawierania umowy o pracę oraz wprowadzenie trzyosobowych zespołów ratownictwa może wiązać się z trudnościami w obsadzeniu tych zespołów i zapewnieniu pacjentom na terenie kraju należytej opieki przedszpitalnej z uwagi na potencjalne niedobory pracowników, szczególnie w małych ośrodkach. Poza tym wprowadza to nierówność w odniesieniu do pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych, w stosunku do których nie przewidziano takiego obowiązku;
- 13) art. 2 dot. art. 11 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych – podtrzymując wyżej wyrażone stanowisko o wyłącznym uprawnieniu lekarzy do rozpoznawania zgonu, należy przypomnieć o postulatach wielokrotnie zgłaszanych przez Naczelną Radę Lekarską dotyczących precyzyjnego wskazania lekarza właściwego do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu. Sformułowanie „lekarz leczący chorego w ostatniej chorobie” użyte w art. 11 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych prowadzi bowiem do sporów o właściwość lekarza zobowiązanego do dokonywania tych czynności. Proponuje się więc rozważyć doprecyzowanie tej kwestii poprzez określenie obowiązku stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu przez lekarza POZ (z jednoczesnym zapewnieniem odpowiedniego finansowania tych czynności) lub przez lekarza posiadającego odrębną

umowę z jednostką samorządu terytorialnego, finansującą wykonywanie tych czynności (pełniącego funkcję tzw. koronera).

Dodatkowo, w związku z projektem ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie medycznym oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, przysłanym do zaopiniowania przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2016 r., znak: SOR.450.1.17.2016.TM, Naczelna Rada Lerska wyraża stanowisko, że oba procedowane projekty powinny być ze sobą spójne, tymczasem zmiany tych samych przepisów w tych dwóch projektach nie zawsze się pokrywają (np. art. 24a ustawy o PRM dotyczący wskazania administratora Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego).

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz