



MINISTER ZDROWIA

Warszawa,2011..-02..23.....

MZ-OKR-RM-450-2692-64/MS/11

J. Kuciński W. Obaj
KANCELARIA
Biuro Prac Senackich
27.02.11
1648 podpis. J

GABINET MARSZAŁKA SENATU

Pan

wpłynęło dn.....24.02.11.....

Bogdan Borusewicz

nr.....814.....podpis.....Borusewicz.....

Marszałek Senatu RP

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Senatora Stanisława Karczewskiego w dniu 27 stycznia br. przesłane przy piśmie z dnia 2 lutego br. nr BPS/DSK-043-3285/11, w sprawie zmian w organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Dnia 30 listopada 2011 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 219, poz. 1443). Przesłanką dla zmiany ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.,) była konieczność uporządkowania terminologii i definicji dotyczących obszaru działania zespołu ratownictwa medycznego i rejonów operacyjnych, jak również inne zagadnienia dot. przedłużenia obowiązywania art. 63 wprowadzającego czasowe odstępstwo od spełnienia wymogu posiadania przez członków zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) wskazanych w ustawie kwalifikacji, uznanie wykonywania zadań dyspozytorów medycznych za świadczenia zdrowotne, obniżenie wymagań w zakresie stażu dla lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego oraz inne zmiany o charakterze porządkowym. Ustawa z dnia 22.10.2010 r. stworzyła Wojewodom możliwość wytyczenia w wojewódzkich planach działania systemu takich rejonów operacyjnych, w których możliwe byłoby przeprowadzenie sprawnej akcji ratunkowej zarówno w przypadku pojedynczych zdarzeń, jak i w razie poważniejszych wypadków, skutkujących większą liczbą poszkodowanych i wymagających zaangażowania sił i środków wykraczających niejednokrotnie poza możliwości jednego dysponenta ZRM. W ustawie zawarto także przepis o tym, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zawierać będzie umowy z dysponentami zespołów na poszczególne rejony operacyjne wskazane w wojewódzkich planach działania systemu, co oznacza w praktyce stosowanie zasady: jeden rejon operacyjny – jedna umowa. Takie rozwiązanie zapewni jednolite w kraju, sprawne kontraktowanie zadań realizowanych przez ZRM.

Na podstawie delegacji zawartej w art. 21 ust. 17 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym zostało wydane nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U.

nr 3, poz. 6). W oparciu o te rozporządzenie Wojewodowie przygotowali Plany, które zaczną obowiązywać od 1 lipca 2011 r. Plany, które zostały przekazane Ministrowi Zdrowia przez Wojewodów do dnia 31 stycznia 2011 r., celem ich zatwierdzenia, są obecnie poddawane szczegółowej analizie. W oparciu o zatwierdzone Plany Narodowy Fundusz Zdrowia będzie następnie zawierał umowy na zadania zespołów ratownictwa medycznego z ich dysponentami.

Należy podkreślić, że wszystkie rozwiązania prawne powstawały przy współudziale strony społecznej i były szeroko konsultowane z Wojewodami, samorządami oraz dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, organizacjami zrzeszającymi tych dysponentów a także przeszły tryb ścieżki legislacyjno-parlamentarnej. W sprawie tworzenia wojewódzkich planów działania systemu w oparciu o nowe zapisy ustawy o PRM odbyło się w Ministerstwie Zdrowia szereg spotkań roboczych z Wojewodami i ich przedstawicielami. Powyższy temat był jednym z punktów 5 posiedzeń Konwentu Wojewodów organizowanych przez MSWiA. Wojewodowie z kolei spotykali się z jednostkami samorządu terytorialnego i dysponentami ZRM. Tak więc całość zagadnień dotyczących nowych wojewódzkich planów działania systemu oraz rejonów operacyjnych była wielokrotnie dyskutowana i wszelkie wątpliwości były wyjaśniane na bieżąco. Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie zalecało Wojewodom, aby nowe rejony operacyjne były wytyczane w sposób gwarantujący bezpieczeństwo dla stabilności systemu PRM, należyta dostępność do świadczeń i ich jakość oraz aby możliwe było zawarcie i realizacja umów między Narodowym Funduszem Zdrowia a dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, obsługującymi poszczególne rejony operacyjne samodzielnie lub z udziałem podwykonawców.

Istotne jest, iż równoległe z opisanymi wyżej zmianami w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji z udziałem przedstawicieli Ministra Zdrowia trwały prace nad wdrożeniem nowych rozwiązań prawnych, organizacyjnych i technicznych związanych z Systemem Powiadamiania Ratunkowego. Jak wiadomo, System Powiadamiania Ratunkowego dotyczy wszystkich służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy – tj. Policji, Straży Pożarnej, jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz jednostek współpracujących z systemem PRM. Zadaniem Systemu Powiadamiania Ratunkowego jest przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach, napływających na numery alarmowe (w tym na nr 112), ich przekazywanie do właściwego dyspozytora, dysponowanie jednostek ratowniczych na miejsce zdarzenia, koordynowanie akcji ratowniczej i wspomaganie procesu podejmowania decyzji odnośnie wyboru optymalnego sposobu działania przez służby ratownicze, w celu niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. System wykorzystywać będzie najnowsze rozwiązania informatyczne i telekomunikacyjne, które wypełniają zalecenia Dyrektywy 2002/22/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 marca 2002 r. w sprawie usługi powszechnej i związanych z sieciami i usługami łączności elektronicznej praw użytkowników. Powyższe rozwiązania, jak również regulacje odnoszące się do centrów powiadamiania ratunkowego, wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego oraz stanowisk dyspozytorów medycznych znalazły swoje odzwierciedlenie w podpisanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji rozporządzeniu *zmieniającym rozporządzenie w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego*

i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. Wyżej wymienione przepisy rozporządzenia, w zakresie usytuowania centrów powiadamiania ratunkowego i dyspozytorni medycznych zakładają, że jedno stanowisko dyspozytora medycznego będzie przypadać na każde 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba stanowisk dyspozytorskich nie może być mniejsza niż 2, zaś jeden CPR powinien zabezpieczać populację nie mniejszą niż 1 mln osób. Jednakże uprzejmie informuję, że opisany model ma charakter docelowy, a zmiany będą wprowadzane stopniowo, w zależności od lokalnych uwarunkowań i możliwości.

Jak wskazano wyżej, obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwa analiza nadesłanych przez Wojewodów planów. Ze szczególną uwagą sprawdzane są te elementy, które dotyczą rejonów operacyjnych, rozmieszczenia obecnych i docelowych dyspozytorni medycznych oraz liczby, struktury i alokacji zespołów ratownictwa medycznego. Przed podjęciem decyzji o ewentualnej akceptacji planu wojewoda winien badać opinie nadesłane przez odpowiednie samorządy. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym przewiduje w art. 24, iż Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

- 1) mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- 2) trzeci kwartyl czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- 3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Przyjmuje się, że 0,5 % przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych wyżej, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

Dla zapewnienia efektywnej dostępności do świadczeń konieczne jest przede wszystkim spełnienie ww. warunków czasu dojazdu zespołu na miejsce zdarzenia.

Podsumowując chciałbym zapewnić Pana Senatora, że wprowadzane zmiany w zakresie organizacji systemu nie będą skutkowały zmniejszeniem nakładów na ratownictwo pozaszpitalne, oraz zmniejszeniem liczby funkcjonujących ZRM, Minister Zdrowia podejmuje wszelkie możliwe działania dla zachowania stabilności systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Monitorowane są na bieżąco wszelkie sygnały dotyczące ewentualnych zagrożeń dla ciągłości realizacji pozaszpitalnych świadczeń ratowniczych i w sytuacji, gdzie jest to niezbędne, Ministerstwo Zdrowia zaleca Wojewodom korektę Planów w tym zakresie.

2 powrótami

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Haber