

st. kpt. mgr inż. Karina Jarosławska-Kolman

Katedra Działań Ratowniczych

Wydział Inżynierii Bezpieczeństwa Pożarowego

Szkoła Główna Służby Pożarniczej

dr Daniel Ślęzak

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej

Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa

i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Gdański Uniwersytet Medyczny

mgr Przemysław Żuratyński

Instytut Nauk Medycznych

Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie

Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy

mgr Kamil Krzyżanowski

Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej

Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa

i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Gdański Uniwersytet Medyczny

mgr Alicja Kalis

Wydział Ekonomiczny

Uniwersytet Opolski

System Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce

Streszczenie

W artykule omówiono funkcjonowanie Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce (PRM) poprzez przedstawienie zarysu historycznego powstawania oraz funkcjonowanie tego systemu. Artykuł zakończono sformułowaniem, że Zintegrowany System Ratownictwa Medycznego w Polsce możemy zaliczyć do dobrze

funkcjonujących. Aby utrzymywać ten stan, należy ciągle modyfikować, unowocześniać i podążać za nowoczesnymi technologiami i rozwojem nauki. Tylko sprawnie działający system zaowocuje zmniejszeniem śmiertelności wśród potrzebujących pomocy.

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) describing the historical outline and current functioning of the system. In the authors' opinion, the Integrated State Medical Emergency System in Poland can be classified as well-functioning. To maintain this status, there should be constant modification, up-dating and following the latest achievements of technology and science. Only the efficiently operating system will result in the decrease of death rates of those in need.

Keywords: National Medical Emergency System, Poland, current functioning

1. WSTĘP

Obowiązkiem administracji publicznej jest posiadanie adekwatnych do każdego rodzaju zagrożenia rozwiązań systemowych. Należy tu wziąć pod uwagę przede wszystkim odpowiednie prawo, system umożliwiający zwalczanie zagrożeń oraz prawidłowe i szybkie rozpoznanie sytuacji. Nagłe zachorowania i urazy towarzyszyły człowiekowi od zawsze i od zawsze poszukiwano sposobów, by im zapobiec. Najważniejszym zadaniem państwa jest podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, natomiast głównym podmiotem odpowiadającym za pomoc przedszpitalną stał się system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM)¹. Opóźniona pomoc, w ciężkim stanie nagłego zagrożenia

1 PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne – system powołany w Polsce w celu ratowania życia i zdrowia ludzkiego przez niesienie pierwszej pomocy.

zdrowotnego, nie daje praktycznie szans na przeżycie. Bezpieczny transport pod opieką wykwalifikowanego personelu zapewnia utrzymanie i stabilizację podstawowych funkcji życiowych wraz z wdrożeniem odpowiedniego postępowania ratowniczego m.in. przeciwwstrząsowego, płynoterapii oraz leczenia farmakologicznego. Miejscem docelowym dalszego udzielania pomocy, a zarazem jednostką systemu PRM jest szpitalny oddział ratunkowy (SOR)².

2. HISTORIA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Pierwsze pogotowie ratunkowe w Polsce powstało w 1891 r. w Krakowie. Wiele wskazuje na to, że pomysłodawcą i organizatorem pierwszego w Europie pogotowia (pogotowia wiedeńskiego w 1883 r.) był lekarz Jan Jędrzejko. Pogotowie ratunkowe znajdowało się w budynku Straży Pożarnej, gdzie 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 Ratunkowe³ posiadało jedną karetkę sanitarną zaprzęgniętą dwoma końmi z pięcioma 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 cztery karetki konne, fotel składany, siedem kuferków wypadkowych oraz cztery pary noszy. Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe zakończyło swoją działalność w 1950 r., natomiast kilka 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

2 SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy – jednostka organizacyjna szpitala i systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, utworzona w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3 Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe – rozpoczęło swoją działalność 6 czerwca 1891 r. Impulsem do jego powołania były dwie tragedie z 1890 r. – pożar w składzie firmy Kretschmer w Rynku Głównym, w którym zginął m.in. właściciel firmy oraz pożar w aptece Wiśniewskiego na Stradomiu, w którym dwie osoby zostały śmiertelnie poparzone.

dzisiejszego [5]. Wkrótce po powstaniu krakowskiej jednostki 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, finansowano je ze składek społecznych, opłat ubezpieczalni społecznej, darowizn, własnych środków oraz dotacji miejskich. Zapewniały całodobową oraz bezpłatną pomoc we wszystkich nagłych zdarzeniach [3].

W 1919 r. utworzone zostało Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża (PTCK)⁴. Jego członkowie udzielali pomocy rannym w wyniku wojny, prowadzili wiele zakładów leczniczych, a także stacje pogotowia ratunkowego. Zakładano również drużyny ratownicze, prowadzono szkolenia sanitarne oraz poszukiwania osób zaginionych. W latach 1948–1951 infrastrukturę opieki zdrowotnej (30 szpitali, 280 przychodni zdrowia oraz 177 stacji pogotowia ratunkowego) od Polskiego Czerwonego Krzyża przejął rząd 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, w którym określono zasady działania transportu sanitarnego. Po reformie administracyjnej kraju w 1976 r. utworzono nową instrukcję dotyczącą ramowej organizacji Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarnego (WKTS). Powołane zostały jednostki, jako samodzielne jednostki budżetowe kreowane w każdym województwie, podlegające właściwemu wojewodzie. W latach 1990–1999 WKTS nadal były jednostkami organizacyjnymi o charakterze budżetowym i zasięgu wojewódzkim. Zapewniały one realizację potrzeb transportowych dla całej służby 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 środ-

4 Polskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża (PTCK) – najstarsza polska organizacja humanitarna będąca członkiem Międzynarodowego Ruchu Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy.

ków finansowych, funkcjonowanie tych jednostek pozostawiało wiele do życzenia. Można stwierdzić, iż w tych latach w Polsce nie było systemu ratownictwa medycznego gwarantującego udzielanie specjalistycznej pomocy, niezbędnej do ratowania życia i zdrowia obywateli [5].

Proces powstawania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego odbywał się wieloetapowo. Koncepcja obecnego systemu pochodzi z lat 90. XX w. Polska, wzorując się na doświadczeniach innych państw, podejmowała kolejne inicjatywy, które miały 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 funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego na terenie całego kraju. W 2001 r. program podzielono na sześć pakietów zadaniowych, w których główne ogniwa, to stworzenie m.in. centrów powiadomienia ratunkowego (CPR)⁵, szpitalnych oddziałów ratunkowych czy też sieci ambulansów ratunkowych [5]. Ogromnym przełomem w tworzeniu systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego stała się uchwalona 25 lipca 2001 r. pierwsza ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pomimo tego iż uregulowała wiele kwestii tylko pobieżnie [19]. Ustawa ta zapoczątkowała nową erę w rozwoju ratownictwa medycznego w Polsce. Jednak jej dysfunkcjonalność sprawiła podjęcie prac nad nowymi rozwiązaniami. Prace nad nowelizacją trwały do 6 września 2006 r., natomiast 12 października prezydent RP podpisał ustawę o ratownictwie medycznym [3]. Według obowiązującej Ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [15], w skład tego systemu wchodzi: zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) – wykorzystujące drogę lądową (ambulanse), powietrzną (Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – LPR/HEMS) oraz wodną, a także szpitalne oddziały ratunkowe. Ambulanse

5 CPR – centrum powiadomienia ratunkowego – ang. *public-safety answering point (PSAP)* – jednolity system, który obsługuje zgłoszenia alarmowe kierowane do numerów alarmowych 112, 997, 998 i 999, umożliwiające przekazanie zgłoszenia alarmowego w celu zaangażowania właściwych służb ratowniczych. W ramach systemu mogą być obsługiwane inne numery alarmowe podmiotów, do których zadań należy ochrona życia, zdrowia, bezpieczeństwa, porządku publicznego, mienia lub środowiska.

obsługują specjalnie wyszkolone zespoły ratownicze, które stanowią część zintegrowanego systemu ratującego życie ludzi [4].

Ratownictwo medyczne w Polsce na przestrzeni lat podlegało dynamicznym zmianom. Na początku nie było tak wykwalifikowanego personelu oraz sprzętu jak obecnie, dlatego wskaźnik śmiertelności wśród osób, którym w ramach systemu udzielona została pomoc był znacznie wyższy.

3. PODSTAWY PRAWNE PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Od stycznia 2007 r. obowiązującym aktem prawnym jest Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [15]. Celem tej ustawy jest wprowadzenie funkcjonowania 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].

Aktem wykonawczym do ustawy w obszarze wymagań odnoszących się do osobowego składu zespołów ratownictwa medycznego, a także wymagań dotyczących ich wyposażenia jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego [11]. W akcie tym opisano gwarantowane świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego, jak i warunki wykonywania tych świadczeń [20].

Od 1 stycznia 2014 r. weszła w życie Ustawa z 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego [18] regulująca techniczne funkcjonowanie systemu, w której zapisano oddzielenie funkcji odbierania zgłoszeń alarmowych od funkcji dysponowania zasobami ratowniczymi. Założeniem systemu jest funkcjonowanie profesjonalnych Centrów Powiadamiania Ratunkowego obsługujących wszystkie zgłoszenia alarmowe wg tych samych procedur [8]. Przyjęte i zakwalifikowane zgłoszenie w CPR zostało przekazane do odpowiedniej służby ratunkowej, która dzięki otrzymanej informacji 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 wszedł w życie ponad dwa lata temu (20 maja 2014 r.) jest Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji

z 28 kwietnia 2014 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadomienia ratunkowego [10]. Określa ono 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, przekazanie tego zgłoszenia do służb dysponujących, decydujących i wysyłających zasoby ratownicze [6].

Przepisy prawne dotyczące systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są regulowane przez wyżej wymienione akty prawne, dzięki którym system ten powinien funkcjonować sprawnie.

4. 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 [15].

4.1. Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM)

Ustawa z 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 zostały na:

- Zespół „S” – zespół specjalistyczny w skład, w którego wchodzi, co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, takie 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, ze względów ekonomicznych funkcję tę pełni jednocześnie jeden z dwóch ratowników [20, 21].

Jeżeli jednak żadna 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, w składzie ZRM musi znaleźć się dodatkowo kierowca [1, 14].

Organizacyjnie rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego musi zapewnić następujące parametry czasu przybycia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez centrum powiadamiania 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 kwartył 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].

Transportem lotniczym zajmuje się Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)⁶, które dysponuje śmigłowcami ratunkowymi oraz samolotami sanitarnymi. Na początku 2000 r. powołana została Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego HEMS (ang. *Helicopter Emergency Medical Service*), której nazwę 12 maja 2000 r. zmieniono na Samodzielny Publiczny Zakład

6 Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR) – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe powstał w 2000 roku. Jest to podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej podległy ministrowi zdrowia, zajmujący się w polskim systemie opieki zdrowotnej udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach ratownictwa medycznego, w tym wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych, oraz wykonywaniem lotniczego transportu sanitarnego.

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]. Wyposażenie medyczne 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 i odpowiednio przygotowują przy pomocy ratowników Państwowej Straży Pożarowej. W każdej gminie powinny zostać wyznaczone miejsca lądowania, zgłoszone przez samorząd, a potem przetestowane pod względem bezpieczeństwa przez pracowników LPR, a następnie naniesione na mapę. Każdy dyspozytor medyczny odpowiedzialny za dysponowanie ZRM powinien być wyposażony w specjalną mapę z miejscami do ewentualnych lądowań nocnych. Dodać, należy, że nie wszystkie bazy LPR działają w systemie całodobowym. [2]. Lotnictwo sanitarne obecnie utrzymuje 3-minutową gotowość do podejmowania akcji ratowniczych.

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

4.2. Szpitalny Oddział Ratunkowy

Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) powstały w Polsce pod koniec 1999 r., gdy wprowadzono realizację programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”. Najczęściej tworzenie SOR 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 (szpital na ok. 150 tys. populacji oraz 16 szpitali dziecięcych) [20].

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest najwłaściwszym miejscem kolejnej diagnostyki i początkowego leczenia ciężko poszkodowanego. Jednakże SOR

nie może być tylko stacją przekaźnikową między ambulansem, a oddziałem intensywnej terapii czy salą operacyjną. Muszą w nim zostać stworzone odpowiednie warunki dla przyjęcia ciężko chorego pacjenta w stanie zagrożenia życia od zespołu ratownictwa medycznego. W szpitalnym oddziale ratunkowym poszkodowany poddany jest wstępnej diagnostyce oraz leczeniu w niezbędnym zakresie, zwłaszcza jeśli znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego[1].

Struktura Szpitalnego Oddziału Ratunkowego składa się z szeregu podstawowych obszarów zadaniowych, wśród których można wymienić:

- segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- resuscytacyjno-zabiegowy;
- wstępnej intensywnej terapii;
- terapii natychmiastowej;
- obserwacji;
- konsultacyjny;
- stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- zaplecza administracyjno-gospodarczego [12].

Szpitalny Oddział Ratunkowy powinien mieć zapewniony ciągły dostęp do:

- badań diagnostycznych przeprowadzanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych;
- całodobowe lądowisko lub lotnisko, położone w takiej odległości, aby można było transportować 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 krótszy niż 5 min;
- zagwarantowany sprzęt do wykonywania badań przy łóżku pacjenta (w skład minimalnego wyposażenia wchodzi: przyłóżkowy zestaw RTG, analizator parametrów krytycznych oraz przewoźny ultrasonograf) [12, 15].

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

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem);
- 2) pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu;

- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.
 - 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 [12,15,20].

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.

5. 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, w szpitalnym oddziale ratunkowym lub 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].

Pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty albo specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, chirurgii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej opieki, kardiologii. A także pielęgniarka, która posiada ukończony kurs kwalifikacyjny w powyżej wymienionych

dziedzinach oraz co najmniej 3-letni staż pracy na oddziałach tych specjalizacji, w pogotowiu ratunkowym, oddziałach pomocy doraźnej lub w izbach przyjęć [15].

Ratownik medyczny jest stosunkowo nowym zawodem w dziedzinie medycyny. Po raz pierwszy w akcie rangi ustawowej pojawił się w Ustawie z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [15]. Według zapisów powyższej ustawy ratownik medyczny samodzielnie podejmuje medyczne czynności ratunkowe, które wcześniej były zarezerwowane tylko dla lekarza systemu i pielęgniarki systemu [20]. Zgodnie z art. 10 obowiązującej ustawy, zawód ratownika medycznego może wykonywać 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. Jednakże głównym warunkiem jest ukończenie 3-letnich studiów wyższych I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne bądź ukończenie 2-letniej szkoły policealnej i uzyskanie tytułu „ratownik medyczny”. Jednakże kształcenie ratownika medycznego na poziomie szkoły policealnej zostało zakończone przez Ministerstwo Edukacji Narodowej. Ostatnim rokiem naboru był 2012/2013, który będzie się kształcił do zakończenia cyklu kształcenia [20]. Zdobyta wiedza i umiejętności w trakcie kształcenia, potrzebna jest do wykonywaniu 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 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].

Ratownik medyczny wchodzi w skład każdego zespołu ratownictwa medycznego, ale również może pracować w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Zgodnie z art. 11 Ustawy [17] zmieniono uprawnienia ratowników medycznych, również o możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w tym medycznych czynności ratunkowych udzielonych samodzielnie lub pod nadzorem

lekarza. Ustawa z 25 września 2015 roku o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, wprowadziła większą elastyczność w zatrudnianiu ratowników medycznych, wskazując jednostki w których ratownik medyczny może wykonywać zadania zawodowe [19]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego to efekt uchwalonej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W myśl nowelizacji od 2016 r. ratownicy mogą wykonywać zawód nie tylko w jednostkach systemu, ale również w innych placówkach i instytucjach, wykorzystując posiadane kwalifikacje i doświadczenie. Rozporządzenie to określa szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu oraz zakres świadczeń innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika samodzielnie lub na zlecenie [13].

6. FINANSOWANIE PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

Zasady finansowania Państwowego Ratownictwa Medycznego reguluje Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. [17] 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 pod koniec marca poprzedniego roku budżetowego prezentują je ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Następnie do 20 maja poprzedzającego roku minister właściwy ds. zdrowia przedstawia propozycję wysokości finansowania ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych, a także podział środków na województwa. Podział środków finansowych potrzebnych na realizację świadczeń jest stosowany na podstawie danych z lat poprzednich. Pod uwagę bierze się m.in. gęstość zaludnienia, liczbę ludności, liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowia na

terenach danych województw oraz potrzebę nie przekraczania maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia [15].

Mimo iż w zapisach ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym szpitalny oddział ratunkowy funkcjonuje jako jednostka systemu ratownictwa medycznego, to nie uregulowano w niej zasad finansowania ich z budżetu państwa. SOR finansowany jest tak jak inne oddziały z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [16].

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 koszty eksploatacyjne, koszty osobowe, koszty administracyjno-gospodarcze oraz odpis amortyzacyjny z wykluczeniem amortyzacji dokonywanej od środków trwałych, na które podmiot pozyskał dotację budżetową. Poprzez 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 działalność lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR)⁷ [15].

7 ASAR – zapewnia poszukiwanie i ratownictwo wszystkich statków powietrznych znajdujących się w polskiej przestrzeni powietrznej oraz działa na obszarze lądowym w rejonie poszukiwania i ratownictwa lotniczego pokrywającym się z granicami odpowiadających mu rejonów informacji powietrznej. Do zadań służby ASAR należy prowadzenie działań polegających na przeszukaniu wyznaczonego obszaru w celu ustalenia miejsca położenia statku powietrznego oraz osób poszkodowanych w zdarzeniach lotniczych, określenia ich stanu oraz podejmowanie działań ratowniczych na miejscu zdarzenia (Dz.U.2016.0.60 – Ustawa z 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze art. 140a)

Państwowe Ratownictwo Medyczne nie jest w pełni finansowane z budżetu państwa. Środki finansowe zespołów ratownictwa medycznego, jak i lotniczych zespołów ratownictwa medycznego pochodzą z budżetu państwa. Natomiast ratownicze oddziały szpitalne finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, który pochodzi m.in. ze składek zdrowotnych społeczeństwa.

7. WNIOSKI

Bezpieczeństwo oraz ochrona zdrowia i życia człowieka są jednymi z głównych zadań państwa. Polski system ochrony zdrowia przeszedł wiele reform. Zmiany nastąpiły 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. Współpraca służb ratowniczych ma na celu zmniejszenie śmiertelności, np. okołourazowej. W ciągu ostatnich dziesięcioleci budowano system ratownictwa w Polsce. Szczególny nacisk położono na system ratownictwa medycznego. We współczesnym ratownictwie medycznym ogromną wagę przywiązuje się do pomocy na miejscu zdarzenia oraz w dalszej kolejności podczas transportu. Właściwa organizacja zadań pozwala na uratowanie życia na miejscu wypadku, prawidłową ewakuację i leczenie poszkodowanego w ośrodku specjalistycznym zgodnie ze wskazaniami zdrowotnymi.

LITERATURA

- [1] Brongel L., *Złota godzina – czas życia, czas śmierci*. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
- [2] Gałązkowski R., Wiosna w LPR-ze. *Na Ratunek* 2011, nr 3.
- [3] Goniewicz M., *Medycyna katastrof. Problemy organizacyjno-diagnostyczne*. Wydawnictwo 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>, dostęp online 04.2016 r.
- [7] MAC, Raport NIK o budowie Systemu Powiadomienia Ratunkowego opisuje stanu prac sprzed roku <https://mac.gov.pl>, dostęp online 03.2016 r.
- [8] MAC, Ustawa o systemie powiadomienia ratunkowego przyjęta przez parlament, <https://mac.gov.pl>, dostęp online 03.2016 r.
- [9] Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kuj-Pom, <http://www.bip.bydgoszcz.uw.gov.pl>, dostęp online 05.2014 r.
- [10] Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z 28 kwietnia 2014 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego (DzU 2014 poz. 574).
- [11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (DzU 2009 nr 139 poz. 1137).
- [12] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (DzU 2011 nr 237 poz. 1420).
- [13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (DzU 2016 poz. 587).
- [14] Ustawa z 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (DzU 1997 nr 98 poz. 602).
- [15] Ustawa z 25 lipca 2001r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU 2001 nr 113 poz. 1207).
- [16] Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164, poz. 1027).
- [17] Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU z 2013 poz. 757).
- [18] Ustawa z 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego. (DzU 2013 poz. 1635).
- [19] Ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (DzU 2015 poz. 1887)

- [20] Szarpak Ł., Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce. Promotor, Warszawa 2012.
- [21] Zaremba M. Pietrzyk M. Gaca M., Dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego – rozsądny kompromis. *Na Ratunek* 2012, nr 2.

Spis recenzentów artykułów opublikowanych w „Zeszytach Naukowych SGSP” w 2016 roku

1. dr inż. Grzegorz BARTNIK, Akademia Rolnicza w Lublinie
2. prof. dr hab. inż. Stanisław BIEDUGNIS, Szkoła Główna Służby Pożar-
niczej
3. dr hab. inż. Anna BOGDAN, prof. Politechniki Warszawskiej
4. prof. dr hab. inż. Jerzy CHOMA, Wojskowa Akademia Techniczna
5. dr. inż. Jacek DAWIDOWICZ, Politechnika Białostocka
6. prof. dr hab. inż. Sławczo DENCZEW, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
7. dr Dariusz DMOCHOWSKI, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
8. dr hab. inż. Stefan GIERLOTKA, Politechnika Śląska
9. kpt. dr inż. Paweł GROMEK, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
10. dr. inż. Waldemar JASIŃSKI, Politechnika Śląska
11. prof. dr hab. Jerzy JASKIERNIA, Uniwersytet Jana Kochanowskiego
12. st. bryg. dr inż. Jan KOŁDEJ, Centralna Szkoła Państwowej Straży
Pożarnej w Częstochowie
13. dr hab. Bogdan KOSOWSKI, Uniwersytet Jagielloński
14. dr. hab. inż. Grzegorz KRZESIŃSKI, prof. Politechniki Warszawskiej
15. dr inż. Izabela KRZYSZTOFIK, Politechnika Świętokrzyska
16. dr Tomasz KUBIAK, Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej
w Szczecinie
17. dr. inż. Jarosław KUCHTA, Politechnika Gdańska
18. prof. dr hab. inż. Marek LISIECKI, Uniwersytet Kardynała Stefana
Wyszyńskiego
19. lek. med. Jacek NITECKI, Komenda Wojewódzka Państwowej Straży
Pożarnej w Krakowie
20. prof. dr hab. inż. Zdzisław PAKOWSKI, Politechnika Łódzka
21. dr hab. Jerzy PAŚNIK, prof. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanisty-
cznego w Siedlcach
22. dr hab. inż. Jacek PIEKARSKI, prof. Politechniki Koszalińskiej
23. dr. hab. inż. Paweł PIOTROWSKI, Politechnika Warszawska
24. dr hab. inż. Jarosław PROŃKO, Uniwersytet Jana Kochanowskiego

25. mł. bryg. dr inż. Joanna RAKOWSKA, Centrum Naukowo-Badawcze Ochrony Przeciwpożarowej im. J. Tuliszковского – Państwowy Instytut Badawczy
26. prof. dr hab. inż. Piotr SIENKIEWICZ, Akademia Obrony Narodowej
27. dr hab. Aleksandrą SKRABACZ, prof. Akademii Obrony Narodowej
28. dr hab. Zygmunt SZEFLIŃSKI, Uniwersytet Warszawski
29. dr. inż. Grzegorz SZTARBAŁA, Instytut Techniki Budowlanej
30. prof. dr hab. Stanisław ŚLADKOWSKI, Akademia Obrony Narodowej
31. dr hab. Agata TYBURSKA, Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie
32. prof. dr hab. inż. Jerzy WOLANIN, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
33. prof. dr. hab. Bernard WIŚNIEWSKI, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
34. st. sekc. dr inż. Rafał WRÓBEL, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
35. bryg. dr inż. Jacek ZBOINA, Centrum Naukowo-Badawcze Ochrony Przeciwpożarowej im. J. Tuliszковского – Państwowy Instytut Badawczy
36. dr Magdalena ZIELINSKA, Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Warszawie
37. dr Ewa ZIELIŃSKI, Bydgoska Szkoła Wyższa
38. dr inż. Anna ZMARZ, Uniwersytet Warszawski
39. dr n. med. Krystyna ZUŻEWICZ
40. dr. inż. Tomasz ZWĘGLIŃSKI, Szkoła Główna Służby Pożarniczej
41. dr inż. Mateuszem ŻBIKOWSKI, Politechnika Warszawska