

Poznań, dnia 20.11.2022

Sz. P. Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Sprawa: DBR.520.15.2022.TM

Szanowny Panie Ministrze,

W załączeniu przekazuję uwagi Porozumienia Lekarzy Medycyny Ratunkowej w sprawie procedowanej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Uwagi środowiska lekarzy medycyny ratunkowej, podkreślane wielokrotnie do tej pory, zostały zebrane w uwagach i propozycjach modyfikacji poszczególnych zapisów w tabeli dołączonej do niniejszego pisma.

Z punktu widzenia rozwoju kadr lekarskich w przedstawionym projekcie brakuje niestety wielokrotnie postulowanego przez środowisko usunięcia definicji "lekarza systemu", która deprecjonuje specjalizację z medycyny ratunkowej i hamuje rozwój systemu PRM. Proponujemy zmianę tej nieszczęśliwej nazwy na "lekarza uprawnionego do samodzielnej pracy w ZRM i SOR" oraz uznanie, że "z urzędu" uprawnionymi do takiej pracy są wyłącznie lekarze medycyny ratunkowej ale jednak z otwarciem pewnej drogi dla wszystkich innych specjalizacji pod warunkiem spełnienia odpowiednich warunków gwarantujących bezpieczeństwo pacjentów.

Wszelkie inne specjalizacje niż medycyna ratunkowa, choć mogą wnosić bardzo wiele do pracy dla dobra pacjenta, nie wyczerpują warunków pozwalających stwierdzić pełne kompetencje do zajmowania się multidyscyplinarnym pacjentem w ZRM lub SOR. Pomimo niezaprzeczalnie doskonałego przygotowania specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii do zajmowania się pacjentami w stanach

ciężkich, a ortopedów do zajmowania się pacjentami urazowymi, itp. nie należy zapominać o genezie medycyny ratunkowej. Jest to specjalizacja multidyscyplinarna, która zajmuje się nie tylko urazami i nie tylko pacjentami w stanie ciężkim, których realnie mamy około 1%. Doskonałe przygotowanie internistów czy kardiologów niestety nie sprawdzi się przy pacjencie z urazem wielonarządowym tak jak i specjalizacja z medycyny ratunkowej nie pozwala na bezpieczne wykonywanie pracy anestezjologa w obrębie OIT, chirurga w oddziale chirurgii ogólnej, itd.

W związku z powyższym proponujemy powierzenie towarzystwom naukowym z zakresu medycyny ratunkowej (Porozumieniu Lekarzy Medycyny Ratunkowej) zadania przygotowania i poprowadzenia systemu certyfikacji lekarzy innych specjalności niż medycyna ratunkowa do uzyskiwania tymczasowego uprawnienia do samodzielnej pracy w systemie PRM.

Certyfikat taki, aby mógł stanowić podstawę dopuszczenia do samodzielnej pracy w ZRM i SOR, nie może skupiać się wyłącznie na resuscytacji, musi natomiast sprawdzać realizację efektów uczenia w szerokim zakresie zagadnień związanych z medycyną ratunkową, aby legitymowanie się takim certyfikatem dawało rękojmię bezpiecznej opieki nad pacjentem w stanie nagłym. Jednocześnie certyfikat ten nie powinien być możliwy do odnawiania więcej niż przez 6 lat (z recertyfikacją co 2 lata), aby jego posiadanie nie zastępowało specjalizacji z medycyny ratunkowej, która niezaprzeczalnie jest potrzebna i dużo szersza od zakresu jakiegokolwiek kursu. Stąd proponowane zapisy.

W ostatecznym rozrachunku proponowane rozwiązanie nie tylko nie pogorszy dostępności lekarzy do pracy w ZRM i SOR, ale wręcz otworzy drogę do pracy w systemie lekarzom wszystkich specjalności pod warunkiem wykazania się niezbędną wiedzą i umiejętnościami koniecznymi do uzyskania certyfikatu i zweryfikowanymi przez PLMR. Jednocześnie ze względu na ograniczenie czasowe możliwości uzyskiwania certyfikatów do 6 lat system ten zachęcałby osoby zainteresowane pracą w systemie PRM do podejmowania specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej.

Innym poruszonym problemem wynikającym z próby wystandaryzowania wielkości obszarów zabezpieczania SOR jest zagwarantowanie bezpiecznego obciążenia pracą lekarzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowej. Proponujemy, w oparciu o dane z literatury światowej, aby ustalić współczynnik obciążenia pracą lekarzy na 1,3 pacjentów na godzinę na lekarza i zapisać to w ustawie, aby poprawić bezpieczeństwo pacjentów i uniknąć ryzyka, iż ewentualne redukcje ilości SORów w celu dostosowania do obecności 1 SORu na 350 tys. mieszkańców mogłoby wiązać się z przeciążeniem pracą lekarzy. To z kolei (jak również wykazano w licznych opracowaniach naukowych) przekłada się na pogorszenie bezpieczeństwa pacjenta. Współczynnik ten powinien być ustalany na podstawie danych historycznych w ujęciu rocznym aby uniknąć wpływu fluktuacji sezonowych ruchu pacjentów.

Zwracamy też uwagę, że proponowana liczba 1 zespołu ratownictwa medycznego specjalistycznego na każde rozpoczęte 10 zespołów podstawowych może skutkować nierównym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarza. W celu uniknięcia takiego zjawiska należy zapewnić aby zespół specjalistyczny nie był alternatywą dla podstawowego, lecz aby stacjonował razem z podstawowym, który zabezpiecza dany obszar operacyjny. Zespół specjalistyczny powinien być dysponowany wyłącznie do pomocy zespołowi podstawowemu, a samodzielnie tylko do zdarzeń mnogich/masowych, nagłych zatrzymań krążenia lub ostrych niewydolności oddechowych. W ten sposób dostęp do zespołu specjalistycznego będzie równy dla wszystkich mieszkańców, a bezpieczeństwo populacji będzie najwyższe.

W kontekście planowanej znacznej redukcji ilości zespołów specjalistycznych coraz ważniejsze staje się stworzenie systemu gradacji doświadczenia, wiedzy i umiejętności zespołów podstawowych, a co za tym idzie, również gradacja przyznawania kolejnych kompetencji ratownikom medycznym i pielęgniarkom. Za rozdziałem na zespoły podstawowe typu 1 i typu 2 powinny w parze iść zachęty finansowe do rozwoju kompetencji kadr tych zespołów.

Wreszcie, ostatnia uwaga wskazuje na konieczność wyposażenia Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w stały podgląd i nasłuch w ramach systemu SWD PRM, tak aby prenotyfikacja o docierających do SOR pacjentach została

zautomatyzowana i nie polegała ani na kontakcie radiowym ani telefonii komórkowej, lecz opierała się na istniejącym systemie. Wcześniejsze przygotowanie SOR na przyjęcie pacjenta wraz z informacją o stanie pacjenta jest wszakże kluczowe dla zapewnienia największego bezpieczeństwa i sprawnego zmniejszenia ryzyka zgonu możliwego do uniknięcia

Podsumowując, uprzejmie proszę o rozważenie propozycji środowiska lekarzy medycyny ratunkowej zrzeszonych w PLMR, jako mających znaczny pozytywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, bez znaczącego finansowego obciążenia budżetu Państwa.

Jako Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej jesteśmy w pełni gotowi do stworzenia systemu certyfikacji innych specjalności do pracy w systemie PRM, co zapewni dodatkowe kadry do pracy w okresie przejściowym i zapewni rozwój kadr lekarzy medycyny ratunkowej w przyszłości.

z poważaniem

Patryk Konieczka

Prezes Porozumienia Lekarzy

Medycyny Ratunkowej

/dokument podpisany elektronicznie/