

Proponowana zmiana według projektu	Obecna treść	Komentarz Porozumienia Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Proponowana przez PLMR treść
<p>w art. 21: b) w ust. 3: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24 oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że: – na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1.</p>	<p>liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;</p>	<p>doprecyzowania wymaga to do czego mają wyjeżdżać zespoły specjalistyczne. Jeśli zespoły specjalistyczne mają być wykorzystywane tylko do zdarzeń, w których obecność lekarza jest kluczowa dla bezpieczeństwa pacjenta, to trzeba zapewnić dostępność tego zespołu</p> <p>w związku z tym proponujemy dodanie zapisu, że w przypadku zdarzeń innych niż zdarzenia masowe i mnogie oraz zatrzymania krążenia i ciężkie niewydolności oddechowe, zespół specjalistyczny zostaje zadysponowany na wezwanie zespołu podstawowego znajdującego się na miejscu zdarzenia</p> <p>w celu zapewnienia możliwości takiego dysponowania proponujemy, aby zespół specjalistyczny nigdy nie stacjonował w miejscu, w którym nie ma zespołu podstawowego</p>	<p>w art. 21: b) w ust. 3: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24 oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że: – na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, stacjonujący w miejscu stacjonowania podstawowego zespołu ratownictwa medycznego i dysponowany na jego żądanie do pomocy przy udzielaniu medycznych czynności ratunkowych, z wyłączeniem zdarzeń masowych, mnogich, ostrych niewydolności oddechowych i zatrzymania krążenia, do których zespół specjalistyczny może być dysponowany jako zespół pierwszy lub jedyny.</p>
<p>w art. 21: b) w ust. 3: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie mniejszy niż obszar jednego powiatu i nie większy niż obszar zamieszkały przez 350 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 60 minut, c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1, d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1, e) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”</p>	<p>zapis nowy</p>	<p>zapis nieprecyzyjny: istnieją powiaty powyżej 350 tys. mieszkańców (powiat poznański oraz 8 miast na prawach powiatu). W myśl tego zapisu w powiecie poznańskim o liczbie ludności 390 tys. należy stworzyć dodatkowy SOR dedykowany dla tego powiatu? Ale wówczas żaden z tych SORów nie będzie zabezpieczał obszaru "nie mniejszego niż obszar jednego powiatu", gdyż powiat będzie podzielony na dwa SORY.</p> <p>Ze względu na coraz bardziej płynne dysponowanie ZRM pomiędzy powiatami, powinno się zlikwidować zapis o zabezpieczaniu obszaru nie mniejszego niż obszar jednego powiatu</p> <p>Współczynnik 1,3 wynika z literatury światowej, zwłaszcza anglosaskiej</p>	<p>w art. 21: b) w ust. 3: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 350 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 60 minut, przy czym ilość roboczogodzin lekarskich rocznie musi gwarantować średnie obciążenie pracą lekarzy na poziomie 1,3 pacjenta na godzinę na lekarza. c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1, d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1, e) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”</p>
<p>po art. 22 dodaje się art. 22a w brzmieniu: „Art. 22a 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może rozwiązać umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z dysponentem jednostki, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się tego dysponenta z obowiązków wynikających z zawartej umowy na świadczenia zdrowotne udzielane w tej jednostce. 2. O rozwiązaniu umowy, o którym mowa w ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie informuje wojewodę, który następnie dokonuje zmian w planie.”</p>	<p>zapis nowy</p>	<p>jeśli nie będzie jasnych kryteriów oceny "nienależytego" wywiązywania się z obowiązków wynikających z zawartej umowy, albo określenia jakiego rodzaju i skali uchybienia mogą być podstawą do wdrożenia tego zapisu, zapis będzie martwy</p>	<p>po art. 22 dodaje się art. 22a w brzmieniu: „Art. 22a 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może rozwiązać umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z dysponentem jednostki, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się tego dysponenta z obowiązków wynikających z zawartej umowy na świadczenia zdrowotne udzielane w tej jednostce, zwłaszcza niespełnienia wymogów organizacyjnych i kadrowych wynikających z Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. 2. O rozwiązaniu umowy, o którym mowa w ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie informuje wojewodę, który następnie dokonuje zmian w planie.”</p>
<p>po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu: „Art. 38a 1. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, nie posiadający specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz nie będący w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tych dziedzinach, są zobowiązani do odbycia nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.</p>	<p>zapis nowy</p>	<p>pominięci zostali ci lekarze medycyny ratunkowej i anestezjologii, którzy nie odbywają już specjalizacji, a nie są jeszcze specjalistami (w okresie przed egzaminem)</p> <p>wspomniani kursy jest bardzo nieprecyzyjnie określony, proponujemy odwołanie się do światowych standardów z możliwością akceptacji przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej lub Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej lub organizowania kursów przez te towarzystwa</p> <p>na całym świecie kursy pierwszej pomocy mają dwuletni okres ważności, obniżanie standardów w tym zakresie jest nie tylko niewskazane, ale też niebezpieczne</p>	<p>po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu: „Art. 38a 1. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, w tym SOR, nie posiadający specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz nie będący w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie po dwóch latach szkolenia, oraz niebędący w okresie po skończeniu specjalizacji a przed uzyskaniem tytułu specjalisty, są zobowiązani do posiadania ważnego certyfikatu lekarza uprawnionego do samodzielnej pracy w ZRM i SOR wydanego przez stowarzyszenie lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej, przy czym wydanie takiego certyfikatu wymaga stwierdzenia przez stowarzyszenie posiadania kompetencji z zakresu postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego związanych z: - infekcjami, w tym wstrząsem septycznym - problemami kardiologicznymi, w tym z zatrzymaniem krążenia, - problemami neurologicznymi, w tym z udarem mózgu, - problemami chirurgicznymi, w tym z ostrymi stanami w jamie brzusznej, - urazami, w tym urazami wielonarządowymi</p> <p>Okres ważności certyfikatów wynosi 24 miesiące*</p>
<p>3. Kurs, o którym mowa w ust. 1 lekarze odbywają w ramach i na zasadach dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy, o którym mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1998 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733). 4. Kurs, o którym mowa w ust. 2 pielęgniarki odbywają w ramach i na zasadach dotyczących doskonalenia zawodowego pielęgniarek, o którym mowa w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551, 583, 830 i 1733). 5. Niewywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w ust. 1, 2 oraz w art. 12 ust. 1 skutkuje utratą możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu. 6. Dysponentci jednostek systemu są zobowiązani do kontroli realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, 2 i art. 12 ust. 1.”</p>	<p>zapis nowy</p>	<p>warto podkreślić, że wówczas lekarz przestaje być lekarzem uprawnionym</p>	<p>3. Kurs, o którym mowa w ust. 1 lekarze odbywają w ramach i na zasadach dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy, o którym mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1998 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733). 4. Kurs, o którym mowa w ust. 2 pielęgniarki odbywają w ramach i na zasadach dotyczących doskonalenia zawodowego pielęgniarek, o którym mowa w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551, 583, 830 i 1733). 5. Niewywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w ust. 1, 2 oraz w art. 12 ust. 1 skutkuje utratą możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu i utratą statusu lekarza uprawnionego do samodzielnej pracy w ZRM i SOR do czasu odnowienia certyfikatów określonych w ust. 1 lub spełnienia wymagań określonych w art. 3 ust. 3. 6. Dysponentci jednostek systemu są zobowiązani do kontroli realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, 2 i art. 12 ust. 1.”</p>

<p>brak propozycji zmiany</p>	<p>Art. 3 ust. 3) lekarz systemu: a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne lub b) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty – z zastrzeżeniem art. 57;</p> <p>Art. 57. 1. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający: 1) (uchylony) 2) 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala. 2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2018 r. 3. W przypadku niespełnienia wymogu, o którym mowa w ust. 2, lekarz przestaje być lekarzem systemu, o którym mowa w ust. 1.</p>	<p>Należy usunąć art 57 w całości i usunąć wzmiankę o nim w Art. 3 (termin przewidziany tym zapisem dawno upłynął)</p> <p>Należy w trybie pilnym zlikwidować pojęcie lekarza systemu. W związku z efektywną redukcją zespołów ratownictwa medycznego i rosnącą liczbą lekarzy medycyny ratunkowej w kraju, tworzenie tak szerokiego zapisu tymczasowego jest niezasadne i nie tylko deprecjonuje specjalizację z medycyny ratunkowej, ale też opóźnia jej rozwój, który jest niezbędny dla poprawy jakości świadczeń regulowanych przedmiotową ustawą. Uwagę specjalizacji wymienionych w lit. b) i c) za równoważną w zakresie posiadanej wiedzy i umiejętności ze specjalistą medycyny ratunkowej jest niezasadne i stwarza realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów zarówno w zespołach ratownictwa medycznego jak i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, w których dopuszcza się ich funkcjonowanie zgodne z prawem bez posiadania ani jednego przedstawiciela specjalizacji lekarskiej dedykowanej oddziałowi</p> <p>Vacatio legis dla tej zmiany można wyznaczyć na 3 lata - wówczas każdy zainteresowany będzie mógł rozpocząć specjalizację z medycyny ratunkowej i osiągnąć kwalifikacje przewidziane w lit. a) czyli posiadanie ukończonych 2 lat specjalizacji. Miejsz szkoleniowych w kraju nie brakuje i jest to wyłącznie zależne od woli politycznej i woli poszczególnych lekarzy do kontynuowania pracy w systemie PRM</p> <p>Wyznaczenie dwuletniego terminu ważności certyfikatów jest zgodne z przyjętymi na całym świecie zasadami recertyfikacji wszelkich kursów w zakresie stanów nagłych (np. w Europejskiej Radzie Resuscytacji)</p> <p>Co istotne - przedmiotowy kurs nie może dotyczyć wyłącznie zabiegów resuscytacyjnych, gdyż czynności te stanowią mniej niż 1% faktycznej pracy lekarza medycyny ratunkowej. Stąd zaproponowano minimalny zakres tematyczny do opanowania w celu uzyskania certyfikatu</p> <p>W celu uniknięcia deprecjacji specjalizacji na rzecz recertyfikacji bez końca, wyznacza się limit trzykrotnego uzyskania recertyfikacji, czyli maksymalnie 6 lat, co daje dużo czasu na dojście do etapu po 2 latach specjalizacji z medycyny ratunkowej i wspiera budowanie kadry lekarzy medycyny ratunkowej w kraju</p>	<p>"Art. 3 ust. 3) lekarz uprawniony do samodzielnej pracy w ZRM i SOR: a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne albo lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie, lub b) lekarza posiadającego ważny certyfikat wydany przez stowarzyszenie lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej, stwierdzający posiadanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnej pracy w ZRM i SOR, przy czym lekarz może otrzymać taki certyfikat nie więcej niż trzykrotnie"</p>
<p>brak propozycji zmiany</p>	<p>Art. 36. 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym.</p>	<p>Należy wprowadzić gradację podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w zależności od posiadanych kompetencji ratowników medycznych tworząc w ten sposób szansę rozwoju osobistego ratowników oraz system wzajemnego wsparcia zespołów wobec mniejszej dostępności zespołów specjalistycznych</p>	<p>"Art. 36. 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; 2) zespoły podstawowe typu 1, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym, przy czym co najmniej jedna z tych osób musi posiadać 3 lata doświadczenia w pracy w charakterze kierownika Zespołu Ratownictwa Medycznego i ukończyć kurs lidera ZRM organizowany przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Minister właściwy do spraw zdrowia ustali w porozumieniu z przedstawicielami samorządu zawodowego ratowników medycznych oraz samorządu zawodowego pielęgniarek zakres wiedzy i umiejętności ratowników medycznych wymagany do realizacji w ramach kursu lidera ZRM a także ustali warunki certyfikacji i recertyfikacji tych uprawnień. 3) zespoły podstawowe typu 2, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym, przy czym żadna z tych osób nie spełnia wymogów określonych w punkcie poprzednim"</p>
<p>b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: „3a. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego są zobowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa, z PZŁ SWD PRM.”,</p>	<p>zapis nowy</p>	<p>Należy zapewnić kontakt Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych z systemem PZŁ SWD PRM tak, aby prenotyfikacja SOR o zdarzeniu medycznym nie wymagała uruchamiania dodatkowych procedur drogami innymi niż system PZŁ SWD PRM, w tym zależnymi od operatorów komórkowych</p>	<p>b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a i 3b w brzmieniu: „3a. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego są zobowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa, z PZŁ SWD PRM.”, 3b. Wojewodowie są zobowiązani do zapewnienia integracji Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych z PZŁ SWD PRM"</p>