



Konieczna koncepcja rozwoju

Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

GRZEGORZ KAPELA

System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) miał zapewnić pomoc każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia i powinien sprawnie funkcjonować przez całą dobę na terenie kraju. Przepisy regulujące organizację systemu oraz zasady jego działania zmieniały się wielokrotnie. Istotne zmiany w tym zakresie wprowadzono w połowie 2018 r. Najwyższa Izba Kontroli¹ sprawdziła, czy w nowych warunkach system zapewnia sprawnie podejmowanie medycznych działań ratunkowych.

Wstęp

Działania ratownicze powinny być podjęte wobec każdej osoby, której życie lub zdrowie jest zagrożone na skutek nagłego niebezpieczeństwa. Chodzi nie tylko o pojedyncze zdarzenia zagrażające zdrowiu pacjentów, ale również o wystąpienie zdarzeń o charakterze masowym. Obowiązkiem administracji publicznej jest posiadanie rozwiązań systemowych, adekwatnych do każdego rodzaju zagrożenia.

Problem zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego często podejmowano w mediach oraz był przedmiotem zainteresowania Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Pacjenta. Do najczęściej wymienianych

uchybień zaliczano ograniczoną dostępność do świadczeń medycyny ratunkowej, przejawiającą się wydłużonym czasem oczekiwania na przyjazd karetek oraz kolejkami w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Media informowały o nieprawidłowościach w ich funkcjonowaniu – dochodziło do dramatycznych zdarzeń skutkujących utratą zdrowia, a nawet życia pacjentów, którym nie udzielono niezwłocznie pomocy.

Organizacja systemu

Wdrożenie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego rozpoczęto ponad 20 lat temu w ramach przygotowanego w Ministerstwie Zdrowia programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne na lata

¹ Artykuł opracowany na podstawie Informacji o wynikach kontroli: *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*, nr ewid. P/19/105, koordynowanej przez Delegaturę NIK w Warszawie, Warszawa, marzec 2021 r.

1999–2003”. Od tego czasu wielokrotnie zmieniały się przepisy regulujące organizację oraz zasady funkcjonowania i finansowania tego systemu. Ostatnie istotne zmiany wprowadzono ustawą z 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym² oraz niektórych innych ustaw³. Dotyczyły głównie: przeniesienia zarządzania Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) z resortu spraw wewnętrznych do resortu zdrowia i utworzenia Krajowego Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego (KCMRM); wyeliminowania z systemu PRM podmiotów prywatnych, pełniących rolę dysponentów zespołów ratownictwa medycznego; wprowadzenia segregacji medycznej pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych, ustalającej kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem ich stanu zdrowia.

System PRM składa się z dwóch pionów. Pierwszy to organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań, czyli Minister Zdrowia i wojewodowie. Do nich należy organizowanie, planowanie, koordynowanie i nadzór nad realizacją obowiązków oraz częściowo finansowanie jednostek systemu. To one stanowią drugi pion; tworzą go szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

W ramach systemu PRM w 2019 r. funkcjonowało 1577 zespołów ratownictwa medycznego (369 specjalistycznych

i 1208 podstawowych). Pomocy medycznej udzielało również Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR) – 21 baz – oraz personel medyczny 237 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Z systemem PRM współpracowało 155 izb przyjęć, 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z mnogimi wielonarządowymi obrażeniami ciała oraz 8 centrów urazowych dla dzieci.

W celu zapewnienia realizacji zadań określonych w ustawie o PRM przez dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), koordynatorów ratownictwa medycznego, stworzono SWD PRM z wykorzystaniem jednolitego w skali kraju narzędzia teleinformatycznego. Miał być również wykorzystywany jako narzędzie monitorowania jakości funkcjonowania systemu PRM.

Ustalenia kontroli NIK

Kontrolą NIK objęto 22 podmioty realizujące zadania systemu PRM, tj. Ministerstwo Zdrowia, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz na terenie pięciu województw⁴: urzędy wojewódzkie, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, szpitale mające w swojej strukturze szpitalne oddziały ratunkowe, dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Kontrola dotyczyła lat 2018–2019 i została zakończona przed wprowadzeniem na obszarze Polski stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

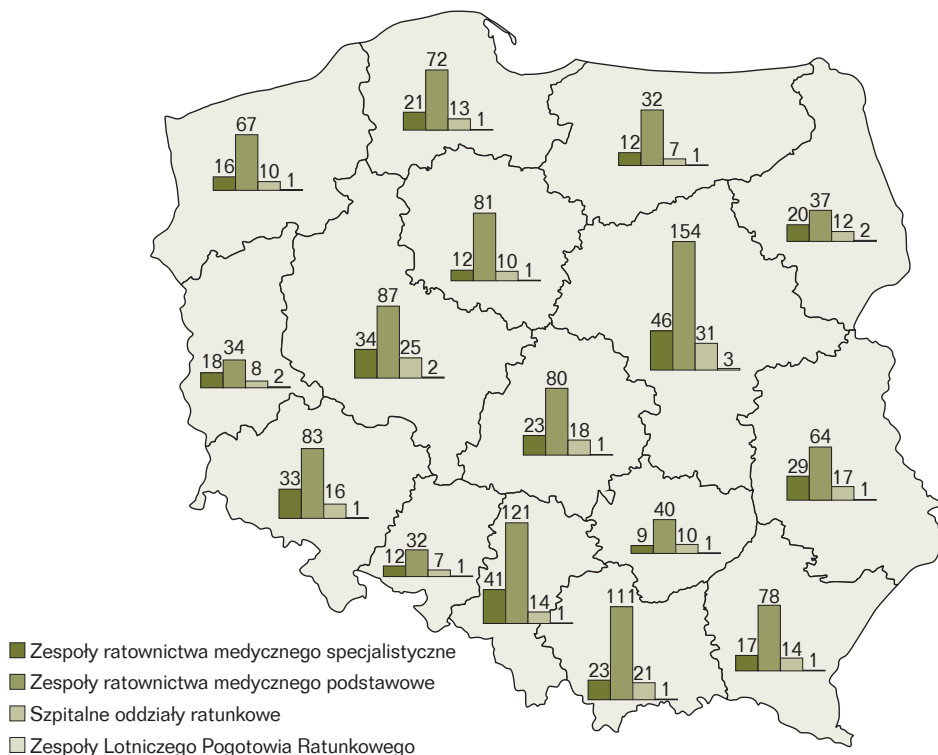
² Ustawa z 8.9.2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2020 r. poz. 882, ze zm.

³ Dz.U. poz. 1115, ze zm.

⁴ Kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, zachodniopomorskiego, lubuskiego i mazowieckiego.



Rysunek 1. Jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w podziale na województwa w 2019 r. (stan na 31 grudnia 2019 r.)



Źródło: GUS.

Liczba lekarzy medycyny ratunkowej

W 2018 r. w systemie PRM było zatrudnionych 1004 lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej, co według opinii konsultanta krajowego w tej dziedzinie, stanowiło zaledwie 39% zapotrzebowania systemu PRM na taką grupę specjalistów.

Deficyt lekarzy w systemie PRM spowodował niepełne zapewnienie obsady szpitalnych oddziałów ratunkowych i specjalistycznych ZRM, a lekarze tam zatrudnieni pełnili kilkudziesięciogodzinne dyżury bez odpoczynku. Zdarzały się przypadki,

że w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR) był obecny tylko jeden lekarz i to nie zawsze specjalista medycyny ratunkowej, albo nieobsadzono stanowiska ordynatora takiego oddziału (105 Kresowy Szpital Wojskowy w Żarach). Zatrudnieni w SOR lekarze pełnili dyżury nieprzerwanie nawet przez blisko 80 godzin (Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie) a w ZRM przez 144 godziny z godzinną przerwą (Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie).

Zanotowano sytuację, że dysponenci ZRM wysyłali do zdarzeń specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego bez lekarza, co naruszało warunki umów na świadczenie usług medycznych zawartych z NFZ i wiązało się z nakładaniem na dysponentów kar umownych. Z uwagi na deficyt lekarzy w systemie PRM, kary te nie spełniały funkcji prewencyjnej i dyscyplinującej.

Taki stan rzeczy ograniczał pacjentom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, dostęp do niezwłocznej i adekwatnej dla ich stanu zdrowia opieki medycznej; stwarzał też ryzyko obniżenia standardów realizowanych świadczeń.

W okresie objętym kontrolą nastąpił spadek liczby lekarzy chętnych do kształcenia się w ramach specjalizacji z medycyny ratunkowej – przygotowane w 2018 r. i w 2019 r. miejsca szkoleniowe zostały wykorzystane odpowiednio: w 13,7% i 9,6%.

Organizacja systemu PRM na terenie województw

Zadaniem wojewodów jest opracowanie wojewódzkich planów działania systemu PRM oraz zapewnienie sprawnego funkcjonowania na terenie województwa systemu SWD PRM. Kontrola przeprowadzona w pięciu urzędach wojewódzkich wykazała, że wojewódzkie plany działania systemu PRM opracowano zgodnie z przepisami, tj. plany były uzgodnione

z właściwymi podmiotami⁵ (poza jednym przypadkiem), przekazano je do opiniowania jednostkom samorządu terytorialnego i do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia. Podstawą opracowania planów były dane pochodzące z SWD PRM oraz od jednostek systemu PRM. Wojewodowie nie zawsze analizowali i weryfikowali te dane, pomimo że były niewiarygodne (np. czas dojazdu ZRM od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora do miejsca zdarzenia określono na 838 godzin⁶; liczba lekarzy systemu przekraczała liczbę lekarzy ogółem⁷) oraz znacząco różniły się w poszczególnych jednostkach (np.: liczba pacjentów SOR niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosiła od 0 do ponad 28 tys.). W konsekwencji wojewódzkie plany działania nie mogły stanowić rzetelnego narzędzia organizacji i nadzoru nad systemem PRM, zarówno na szczeblu województwa, jak i całego kraju.

Zgodnie z ustawą o PRM (art. 24) miernikami funkcjonowania systemu PRM są m.in. mediana czasu dotarcia oraz maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dyspozytora. Wojewodowie powinni podejmować działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia określonych w ustawie parametrów dojazdu. W okresie objętym kontrolą działania wojewodów w tym zakresie były niedostateczne.

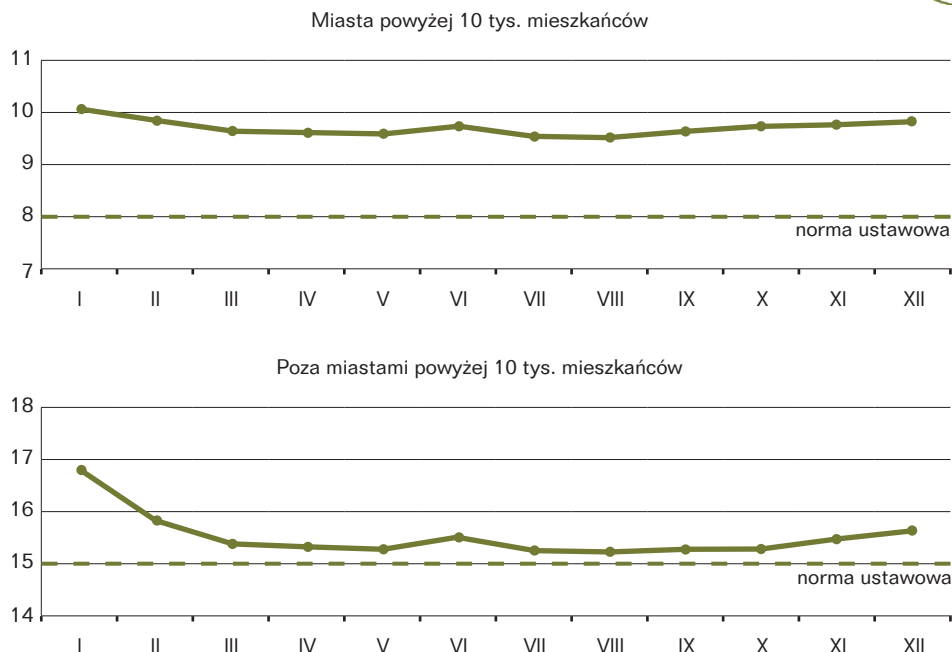
⁵ O których mowa w art. 21 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy o PRM, tj. m.in. z dyrektorem OW NFZ, komendantem wojewódzkim PSP, komendantem wojewódzkim Policji.

⁶ W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego MEDITRANS w Warszawie.

⁷ Według stanu na koniec 2018 r. liczba wszystkich lekarzy zatrudnionych w PRM wynosiła 5539, w tym 6856 lekarzy systemu.



Rysunek 2. Mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia w 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KCRM.

Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, wskazana w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM, jest nie większa niż 8 minut w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, 15 minut poza tymi miastami. Według danych z wojewódzkich planów działania systemu PRM w 2018 r., mediana czasu dążeń ZRM na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców i poza nimi, przekraczała parametry określone w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM, odpowiednio o 55 sekund oraz 1 minutę

i 1 sekundę. Według danych Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego dotyczących 2019 r., mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia⁸ dla miast powyżej 10 tys. mieszkańców i poza tymi miastami, przekraczała wymienione parametry, odpowiednio o 1 minutę i 54 sekundy oraz 54 sekundy.

Przekraczono również parametry maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora (tj. do 15 minut w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i do 20 minut

⁸ Wartość uśredniona dla kraju w całym roku.

poza tymi miastami)⁹. Limity czasu dojazdu ZRM były przestrzegane jedynie w przypadku zdarzeń, w których doszło do nagłego zatrzymania krążenia.

Na podstawie art. 29 ustawy o PRM wojewodowie byli zobowiązani od 26 czerwca 2018 r. do zatrudnienia tylu wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego na podstawie stosunku pracy w urzędzie wojewódzkim, aby zabezpieczyć całodobową koordynację i współpracę dyspozytorów oraz rozstrzygnięcie o przyjęciu przez szpital transportowanego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Spośród pięciu kontrolowanych wojewodów tylko dwóch zapewniło całodobowe dyżury koordynatorów (lubelski i mazowiecki).

Niezapewnienie takich dyżurów stwarzało zagrożenie dla zdrowia i życia obywateli w sytuacjach, które wymagały interwencji koordynatora.

Obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych

Szpitalne oddziały ratunkowe udzielały pomocy medycznej (świadczeń zdrowotnych) wszystkim zgłaszającym się osobom, również takim, które nie znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pacjenci SOR, którzy nie wymagali pilnych zabiegów medycyny ratunkowej stanowili, w zależności od źródła danych, w 2018 r. – od 28% (dane SOR) do 71% (dane NFZ) i w I półroczu 2019 r. odpowiednio: od 29% do 69%. Obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych pacjentami, którzy nie wymagali ratunkowej

opieki medycznej wydłużało czas oczekiwania na pilną pomoc pacjentów, którzy takiej potrzebowali.

Taka sytuacja, w ocenie NIK, była konsekwencją ograniczonej dostępności do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz braku skutecznego mechanizmu pozwalającego na ograniczenie udzielania świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych osobom, które tego nie wymagały.

Wyposażenie jednostek systemu w sprzęt i urządzenia

W wyposażeniu SOR nie stwierdzono braków sprzętu i aparatury medycznej, jednak w szpitalach w: Chełmie, Żarach i Koszalinie sprzęt i aparatura były pożyczane innym oddziałom, co ograniczało niezwłoczny dostęp pacjentów oddziałów ratunkowych do tych urządzeń.

ZRM dysponowały 1557 ambulansami wyposażonymi w niezbędny sprzęt i leki. W 2019 r. z budżetu Ministra Zdrowia (dotacja celowa) sfinansowano za kwotę 80 mln zł wymianę najstarszych pojazdów, kupując 200 ambulansów na potrzeby ZRM.

W akcjach ratowniczych prowadzonych przez LPR wykorzystywano 27 śmigłowców i dwa samoloty. Wszystkie były sprawne technicznie oraz podlegały obowiązkowej okresowej obsłudze, potwierdzonej stosownym certyfikatem. Stwierdzono jednak, że LPR nie dysponowało symulatorem lotów na śmigłowcu EC 135 P3, co utrudniało utrzymanie i doskonalenie kwalifikacji zawodowych pilotów i skutkowało koniecznością wykorzystywania

⁹ Określonego w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM.



samolotów operacyjnych do celów szkoleniowych. LPR bezskutecznie wnioskowało do Ministra Zdrowia o sfinansowanie zakupu takiego urządzenia.

Z powodu niewystarczającej liczby baz LPR nie było w stanie zapewnić zasięgu operacyjnego o najwyższym standardzie (60 km z czasem gotowości do startu do 3 minut) na całym terytorium Polski. W porze nocnej zasięg operacyjny w tym standardzie ograniczał się do obszarów położonych w promieniu 60 km od czterech dużych miast: Warszawy, Krakowa, Wrocławia, Gdańska.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu dyspozytorni medycznych

Sposób funkcjonowania oraz wymagane elementy techniczne określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej¹⁰. Trzy z pięciu objętych kontrolą dyspozytorni były wyposażone i zorganizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dyspozytornie medyczne wykorzystywane przez dysponentów ZRM w Zamościu i Bydgoszczy nie miały odpowiednio zorganizowanych rezerwowych stanowisk dyspozytorskich.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego¹¹, określało

maksymalny czas na podjęcie poszczególnych czynności przez dyspozytorów medycznych.

Na podstawie danych KCMRM ustalono, że u wszystkich skontrolowanych dysponentów ZRM wystąpiły przypadki przekroczenia parametrów określonych w tym rozporządzeniu, w przypadku zgłoszeń wymagających najpilniejszej interwencji, oznaczonych kodem nr 1¹². Dotyczyło to zarówno czasu przeznaczanego na przyjęcie zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego (120 sekund), jak i zadysponowania ZRM przez dyspozytora wysyłającego (30 sekund) oraz wyjazdu ambulansu do miejsca zdarzenia (60 sekund). Odsetek przekroczeń czasu przyjęcia zgłoszenia wynosił od 31,8% (w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie) do 51,68% (w MEDITRANS w Warszawie); czasu zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego od 15,4% (w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie) do 34,80% (w MEDITRANS w Warszawie) oraz czasu wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia od 11,52% (w MEDITRANS w Warszawie) do 72,52% (w Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wielkopolskim).

Finansowanie systemu PRM

Przedszpitalne świadczenia ratunkowe dotyczące systemu PRM były finansowane

¹⁰ Dz.U. z 2018 r. poz. 2001.

¹¹ Dz.U. nr 1703, weszło w życie 6.9.2019.

¹² Zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 1 tego rozporządzenia, nadanie kodu pilności KOD 1 oznacza, że niezbędny jest natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym przewidywanym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia w związku ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

z budżetu państwa, z części, których dysponentami są Minister Zdrowia i wojewodowie, natomiast szpitalne świadczenia ratunkowe w SOR – ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Źródłem finansowania LPR oraz zadań KCMRM były dotacje budżetu państwa, z części której dysponentem jest Minister Zdrowia. W latach 2018–2019 środki na finansowanie PRM zostały zwiększone w każdym z wymienionych obszarów¹³.

We wszystkich skontrolowanych przez NIK szpitalach występowały problemy z pokryciem, z otrzymywanych środków finansowych, kosztów działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych. Wystąpiła też negatywna tendencja do pogłębiania się strat na działalności SOR¹⁴ w poszczególnych szpitalach (np.: w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie strata na działalności SOR w 2018 r. wyniosła 583,4 tys. zł, a w ciągu trzech kwartałów 2019 r. wzrosła do 1025 tys. zł; w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie, w tym samym okresie, wzrosła z 2234,1 tys. zł do 2755,2 tys. zł).

Nadzór Ministra Zdrowia

Zgodnie z art. 33 ust. 1 pkt 3 ustawy z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej¹⁵ za organizację i nadzór nad systemem PRM odpowiada Minister Zdrowia.

Wydawanie aktów wykonawczych do ustawy o PRM

Minister z opóźnieniem wydał akty wykonawcze do znowelizowanej 10 maja 2018 r. ustawy o PRM, tj. rozporządzenie z 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁶ i z 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego¹⁷. Z opóźnieniem wynoszącym ponad osiem miesięcy ogłosił również obwieszczenie w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego¹⁸.

Regulacje te miały istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, bowiem określały jednolity sposób postępowania osób przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach, a w przypadku SWD PRM – zasady działania i zakres odpowiedzialności na poszczególnych szczeblach administrowania systemem (krajowym, wojewódzkim oraz dysponenta zespołów ratownictwa medycznego). Do czasu wejścia w życie tych przepisów istniało ryzyko nieprawidłowej obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, co mogło zagrażać zdrowiu i życiu osób wymagających pilnego udzielenia świadczeń medycyny ratunkowej.

¹³ Wzrost nakładów w 2019 r. w poszczególnych obszarach PRM wyniósł: ZRM (5,4%), SOR (10%), LPR (7,3%).

¹⁴ W trakcie kontroli przeprowadzono w kontrolowanych jednostkach analizę porównawczą środków otrzymanych w ramach umów z NFZ na prowadzenie SOR i rzeczywistych kosztów ich funkcjonowania.

¹⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 945, ze zm.

¹⁶ Dz.U. poz. 1310 – wydane z sześciomiesięcznym opóźnieniem.

¹⁷ Dz.U. poz. 1703 – wydane z ośmiomiesięcznym opóźnieniem.

¹⁸ Dz.Urz. MZ z 2019 r. poz. 71.



Minister Zdrowia nie ogłosił także standardów postępowania dla zespołu ratownictwa medycznego oraz kierującego akcją ratunkową, do czego zobowiązuje go art. 43 ustawy o PRM, który wszedł w życie 1 stycznia 2007 r.

Nierzetelne dane o funkcjonowaniu systemu PRM

Warunkiem sprawnego nadzoru nad systemem jest wiarygodność informacji dotyczących jego funkcjonowania. Nierzetelne dane utrudniają zdiagnozowanie problemów, ustalenie ich przyczyn i skutków oraz podjęcie działań naprawczych. Tymczasem Minister nie dysponował rzetelnymi danymi dotyczącymi jakości udzielanych świadczeń ratownictwa medycznego oraz liczby pacjentów potrzebujących, ponieważ te uzyskiwane z SWD PRM, z wojewódzkich planów działania systemu PRM oraz Narodowego Funduszu Zdrowia nie były wiarygodne i spójne. Informacje o pacjentach SOR pochodziły od podmiotów leczniczych, które niejednolicie kwalifikowały ich do poszczególnych grup pod względem priorytetu udzielania świadczeń zdrowotnych. Minister Zdrowia, pomimo dużych rozbieżności w danych z poszczególnych szpitali oraz z NFZ, nie doprowadził do ujednoczenia tej kwalifikacji, np. przez opracowanie odpowiednich wytycznych dla SOR.

W tym stanie rzeczy nie była znana rzeczywista liczba osób potrzebujących świadczeń medycyny ratunkowej, co jest niezbędne do rzetelnego planowania działań

w systemie PRM i sprawowania prawidłowego nadzoru nad jego jednostkami.

Opóźnienia i błędy w rozbudowie SWD PRM
System SWD PRM stworzono w celu zapewnienia realizacji zadań określonych w ustawie o PRM przez dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego, koordynatorów ratownictwa medycznego, z wykorzystaniem jednolitego w skali kraju narzędzia teleinformatycznego. Daje on również możliwość monitorowania jakości działania systemu PRM. Minister Zdrowia, po przejściu od ministra właściwego do spraw administracji publicznej od 1 stycznia 2019 r. nadzoru nad systemem SWD PRM¹⁹, zadania związane z administrowaniem i jego rozbudową powierzył LPR. Jednak świadczy ono usługi ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego i nie miało doświadczenia w realizacji skomplikowanych projektów informatycznych. Co prawda w strukturze LPR utworzono w tym celu komórkę organizacyjną – Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, to jednak czas niezbędny do zorganizowania nowej komórki oraz zapoznania się ze strukturą i funkcjonalnością przejętego systemu, a także jego złożoność spowodowały, że LPR nie było w stanie dotrzymać wskazanego przez Ministra Zdrowia terminu wdrożenia rozbudowanego SWD PRM w wersji 2.0, tj. do końca 2020 r. Nowy termin określono na koniec 2022 r.

¹⁹ Zgodnie z art. 1 pkt 21 ustawy z 10.5.2018 o zmianie ustawy o PRM.

Użytkownicy SWD PRM (urzędy wojewódzkie i dysponenci ZRM) w latach 2018–2019 zgłaszali krytyczne uwagi dotyczące funkcjonowania SWD PRM, np.: błędy w raportach predefiniowanych, które generowały nieprawidłowe dane; brak funkcjonalności umożliwiającej bieżące aktualizowanie przebiegu trasy karetki; nieprawidłową synchronizację czasu na komputerach stacjonarnych i terminalach, powodującą naruszenie chronologii realizacji zleceń; brak ciągłości działania systemu w przypadku łączenia z terminalem mobilnym.

W trakcie rozbudowy systemu SWD PRM o nowe funkcjonalności wystąpiły błędy, powodujące nieprawidłowości w działaniach PRM (np. brak możliwości zalogowania się do systemu, niewykorzystywanie dostępnych ZRM, brak możliwości wprowadzenia prawidłowej oceny poziomu przytomności pacjenta), które mogły zagrozić życiu i zdrowiu pacjentów.

SWD PRM nie zapewniał więc sprawnej realizacji zadań przez ZRM i nie był skutecznym narzędziem monitorowania jakości funkcjonowania systemu PRM.

Opóźnienia i nieprawidłowości w realizacji projektu TOPSOR

We wszystkich skontrolowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych prowadzono segregację medyczną dotyczącą

pierwszeństwa w objęciu pacjenta niezbędną opieką medyczną. Zasady jej przeprowadzania w poszczególnych jednostkach były jednak różne. Minister Zdrowia planował od 1 października 2019 r. wdrożenie²⁰ projektu „Tryb obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” (TOPSOR). System miał ujednoczyć zasady rejestracji i segregacji chorych oraz usprawnić pracę SOR przez monitorowanie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne i poddawanie osób przebywających na terenie oddziału ciągłej ocenie ich stanu klinicznego. Zakładano, że realizacja projektu przyczyni się do zmniejszenia kolejek pacjentów w SOR, dzięki możliwości przekierowania części z nich do podstawowej opieki zdrowotnej. Wiodącą rolę w procesie wdrażania systemu TOPSOR na terenie kraju Minister Zdrowia powierzył LPR²¹.

Wskutek błędów popełnionych przez LPR na etapie przygotowania postępowania²² o udzielenie zamówienia publicznego na realizację tego projektu (nieprawidłowy opis przedmiotu zamówienia i specyfikacji istotnych warunków zamówienia), które nie pozwoliły na porównanie złożonych ofert, konieczne było unieważnienie rozpoczętego w lipcu 2019 r. przetargu. Termin wdrożenia projektu został przesunięty na 2021 r.

²⁰ W szpitalach, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna albo samorząd województwa.

²¹ Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 6.12.2018, Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 118, zmieniono statut LPR wprowadzając w § 12 ust. 3 pkt 8 zapis, że LPR prowadzi wydzieloną działalność w zakresie wykonywania zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

²² Opis przedmiotu zamówienia i specyfikacja istotnych warunków zamówienia zostały opracowane nieprawidłowo, pomimo poprzedzenia postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego programem pilotażowym i dialogiem technicznym, co świadczy o niedostatecznym nadzorze Ministra nad realizacją projektu.



Podsumowanie

W okresie objętym kontrolą organy administracji rządowej odpowiedzialne za organizowanie, planowanie, koordynowanie i nadzór nad realizacją zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego nie stworzyły warunków do jego sprawnego funkcjonowania. Pomimo wprowadzonej w połowie 2018 r. reorganizacji oraz zwiększeniu nakładów na jego działanie, nie wyeliminowano najważniejszych, istniejących od wielu lat problemów. Należą do nich: niewystarczające zasoby kadrowe (w systemie brakuje ok. 1500 lekarzy medycyny ratunkowej i zmniejsza się zainteresowanie tą specjalizacją); obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych pacjentami niewymagającymi takich świadczeń; długi czas oczekiwania w tych oddziałach na uzyskanie pomocy medycznej; przekraczanie określonych parametrów czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osób będących w stanie nagłego

zagrożenia zdrowotnego. Prawidłowy nadzór nad jednostkami systemu PRM utrudniał brak rzetelnych danych dotyczących jakości udzielanych świadczeń ratownictwa medycznego oraz liczby potrzebujących pacjentów.

Na efektywność i sprawność działania systemu PRM negatywny wpływ miały nieprawidłowości w realizacji dwóch kluczowych projektów: rozbudowy Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM oraz uruchomienia systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym – TOPSOR.

W związku z problemami występującymi w systemie PRM, w opinii NIK, konieczne jest dokonanie kompleksowej analizy ich przyczyn i przygotowanie całościowej koncepcji rozwoju systemu.

GRZEGORZ KAPELA
Delegatura NIK w Warszawie

Słowa kluczowe: ratownictwo medyczne, Państwowe Ratownictwo Medyczne, PRM, stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, Szpitalny Oddział Ratunkowy, SOR, System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, SWD PRM

ABSTRACT**Operations of the Medical Rescue System – A Development Concept Necessary**

The system of the State Medical Rescue (*Państwowe Ratownictwo Medyczne*) was established in order to provide assistance to every person who experiences a sudden threat to health or life. It should operate properly twenty-four hours a day in the whole country. Significant organisational changes, aimed to improve the system, were introduced in mid-2018. The objective of the NIK audit was to assess whether the new organisational conditions ensured effective medical rescue measures. The audit was conducted at the Ministry of Health, the Polish Medical Air Rescue (*Lotnicze Pogotowie Ratunkowe*), branches of the National Health Fund (NFZ) and units of the State Medical Rescue system. The audit covered the years 2018–2019.

Grzegorz Kapela, Regional Branch of NIK in Warszawa

Key words: medical rescue, State Medical Rescue (PRM), sudden health threat, Hospital Rescue Ward (SOR), System for Supporting State Medical Rescue Management (SWD PRM)