



Minister Zdrowia

Warszawa, 20 lipca 2020

ROR.527.1.30.2020.AK

Pan
Jan Borowski
Przewodniczący Rady Powiatu
w Bielsku – Białej

Szanowny Panie Przewodniczący,

odpowiadając na pismo z dnia 18 maja br., znak ON.0008.1.1.2020.CM przekazujące uchwały w sprawie planowanej likwidacji dyspozytorni medycznej w Bielsku – Białej oraz utworzenia w stałej bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Kaniowie, proszę o przyjęcie poniższego.

Organizacja systemu PRM została określona w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U z 2020, poz. 882 tj.). Zgodnie z art. 19 przedmiotowej ustawy Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad systemem w kraju, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody, co oznacza, że to wojewoda wskazuje lokalizację dyspozytorni medycznej.

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) działa na terenie województwa na podstawie wojewódzkiego planu sporządzanego przez wojewodę, który przygotowywany jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 roku *w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne* (Dz.U. z 2018 r., poz. 2154).

Plan obejmuje m.in. lokalizację, teren działania i liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych. W związku z powyższym, wskazanie liczby stanowisk dyspozytorskich w dyspozytorni medycznej jest zadaniem wojewody.

W związku z przyjętym przez Ministerstwo Zdrowia kierunkiem zmian w obszarze organizacji systemu powiadamiania ratunkowego na potrzeby systemu PRM, który zakłada koncentrację dyspozytorni medycznych (DM) i tworzenie dużych rejonów operacyjnych, wojewódzkie plany działania systemu PRM już od połowy 2011 r. przewidywały stopniową reorganizację systemu powiadamiania ratunkowego.

Na przestrzeni ostatnich 8 lat nastąpiła redukcja liczby dyspozytorni medycznych – z 337 w 2011 r. do 39 obecnie. Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.) zakłada się dalszą koncentrację DM do docelowego modelu 18 DM w całym kraju. Jednocześnie ww. ustawa oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2001) wprowadza w każdej DM jednolitą strukturę organizacyjną, w tym model operatorsko dyspozytorski, czyli podział na dyspozytorów medycznych przyjmujących zgłoszenia do nagłych stanów zagrożenia zdrowotnego i na dysponujących zespoły ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Ponadto, w celu zabezpieczenia odpowiedniej liczby stanowisk dyspozytorskich zmieniono dotychczasowe kryterium stanowiące o ich liczbie. Od 1 kwietnia 2019 r. wprowadzono kryterium jednego stanowiska dyspozytorskiego przypadające na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Ponadto, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do aktualnych potrzeb systemu, o czym stanowi art. 21 ust. 3b przedmiotowej ustawy.

Docelowo, tj. od 1 stycznia 2028 r. na każde województwo będzie przypadała jedna DM, z wyłączeniem województw śląskiego i mazowieckiego, gdzie z uwagi na znaczną liczbę mieszkańców przewiduje się po dwie DM. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw dopuszcza, w okresie przejściowym, funkcjonowanie obecnie działających DM - o ile spełnią one wymagania dotyczące ujednoczenia organizacji DM i wdrożenia modelu operatorsko-dyspozytorskiego.

Tworzenie wielostanowiskowych DM poprawia zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego. DM zarządzająca znaczną liczbą ZRM zdolna jest do koordynowania akcji medycznej w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych i stanowić ma punkt centralny systemu PRM na terenie województwa.

Podkreślić należy, że przyjęty kierunek działania jest wynikiem wieloletnich doświadczeń z funkcjonowania małych, nawet dwustanowiskowych DM, rozproszonych w terenie, niepowiązanych ze sobą funkcjonalnie i niezdolnych do skoordynowania akcji ratunkowej w sytuacji zdarzeń z większą liczbą poszkodowanych. Rozdrobnienie DM skutkuje mnogością rozwiązań w zakresie ich funkcjonowania i organizacji pracy, wpływa niekorzystnie na poziom udzielanych świadczeń oraz jakość danych

przekazywanych przez dysponentów, dotyczących czasów obsługi zgłoszeń i czasów dojazdu zespołów ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia.

Odpowiadając na wyrażone zaniepokojenie dotyczące ewentualnych problemów wynikających ze scentralizowania dyspozytorni medycznych, należy zwrócić uwagę, że dotychczasowe doświadczenia nie potwierdzają takich obaw. Takie rozwiązanie – jedna dyspozytornia medyczna na całe województwo – zrealizowane zostało w województwach: lubuskim, łódzkim, opolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Podkreślić trzeba, iż od 1 listopada 2017 r. wszystkie DM funkcjonują w oparciu o jednolity w skali kraju System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Jest to system teleinformatyczny umożliwiający między innymi przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego oraz powiadomień o zdarzeniach kierowanych na numer alarmowy 999; dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego. System ten korzysta z zaawansowanych technologii teleinformatycznych, które dają możliwość na przykład zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego z dowolnej dyspozytorni medycznej w kraju. Aplikacja SWD PRM jest na bieżąco rozwijana i aktualizowana. Pozwala to na usprawnienie działania systemu oraz eliminuje jego „niedoskonałości”, a tym samym podnosi komfort pracy dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego.

Dodatkowo, z dniem 26 lutego 2018 r. uruchomiono mechanizm zastępowalności DM na wypadek wystąpienia awarii. W przypadku wystąpienia awarii zadania DM, która uległa awarii, przejmowane są przez inną, zastępującą DM zgodnie z tabelą zastępowalności dyspozytorni medycznych. W praktyce oznacza to, że zastępująca DM przejmuje wszystkie zadania zastępowanej DM (odbieranie wywołań alarmowych i dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego z obszaru zastępowanej DM).

Przyjęte rozwiązanie gwarantuje uzyskanie jak najkrótszego czasu oczekiwania na rozpoczęcie rozmowy z dyspozytorem medycznym, jak również równomierne obciążenie pracą dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach.

Należy wskazać, że najwyższym priorytetem jest jak najszybsze odebranie przez dyspozytora medycznego zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu bez względu na lokalizację dyspozytorni.

Gwarantuje to:

- możliwość szybkiego rozpoczęcia rozmowy przez dowolnego dyspozytora medycznego w kraju,
- przeprowadzenie wywiadu medycznego, obejmującego informacje o stanie zdrowia i w przypadku takiej konieczności, utrzymywanie stałego kontaktu z osobą dzwoniącą będącą na miejscu zdarzenia oraz przekazanie jej niezbędnych instrukcji dotyczących sposobu udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego.

Wdrożenie SWD PRM wraz z uruchomieniem mechanizmu zastępowalności DM, a także ujednoczenie modelu organizacyjnego DM korzystnie wpływa na współpracę pomiędzy wszystkimi użytkownikami systemu, co w efekcie przekłada się na wzrost poziomu bezpieczeństwa wszystkich obywateli zapewniając możliwość jak najszybszego odebrania przez dyspozytora medycznego zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu oraz zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, bez względu na lokalizację dyspozytorni medycznej.

Reasumując, realizacja kolejnych etapów przyjętego kierunku zmian będzie sprzyjać stabilizacji systemu PRM poprzez wprowadzenie dużych rejonów operacyjnych, których centrami będą dyspozytornie medyczne, zdolne do wzajemnego zastępowania się. Wprowadzenie SWD PRM we wszystkich dyspozytorniach w kraju oraz stosowanie jednolitych algorytmów zbierania wywiadu medycznego zminimalizuje ryzyko błędów w postępowaniu dyspozytorów medycznych. Jednocześnie świadczeniobiorca otrzyma szybszą pomoc w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, niezależnie od liczby zgłoszeń napływających w danym momencie.

W zakresie utworzenia stałej bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Kaniowie, uprzejmie informuję, iż na terenie kraju funkcjonuje aktualnie 21 stałych baz HEMS i jedna baza sezonowa.

Przy obecnie posiadanej liczbie śmigłowców ratunkowych, jest to jednocześnie maksymalna możliwa do zabezpieczenia liczba baz. Istotą wyznaczania lokalizacji baz LPR jest niezachodzenie na siebie promieni działań operacyjnych. Wyjątkiem są bazy w Gliwicach i Krakowie, których kręgi pokrywają się, jednak jest to uwarunkowane dużą liczbą mieszkańców oraz dużym natężeniem ruchu turystycznego i transportowego w rejonie południowym. Proponowane utworzenie bazy na terenie Kaniowa wiązałoby się z niemal całkowitym nałożeniem rejonu operacyjnego tej bazy na zasięgi działania śmigłowców stacjonujących w Gliwicach i Krakowie. Takie rozwiązanie nie funkcjonuje

w żadnej innej lokalizacji. Zauważyć należy, że na terenie kraju istnieją miejsca, w których bardziej zasadne byłoby utworzenie nowej bazy ze względu na obecny czas dotarcia pomocy medycznej drogą powietrzną.

Podkreślenia wymaga, iż warunki niezbędne do utworzenia bazy HEMS to pozyskanie terenu, budowa nowej bazy lub modernizacja istniejącej infrastruktury, zatrudnienie i przeszkolenie personelu oraz zapewnienie ciągłości finansowania.

Co jest jednak najbardziej kluczowe w omawianej sprawie, to fakt, że Lotnicze Pogotowie Ratunkowe nie realizuje zadań z obszaru ratownictwa górskiego.

Ten rodzaj ratownictwa jest bowiem wykonywany na podstawie ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 1084). Zgodnie z art. 3 ust. 1 ww. ustawy

- 1. Zapewnienie warunków bezpieczeństwa osób przebywających w górach należy do ministra właściwego do spraw wewnętrznych, organów jednostek samorządu terytorialnego, na terenie których wykonywane jest ratownictwo górskie, dyrekcji parków narodowych i krajobrazowych położonych na obszarze gór, a także do osób fizycznych, osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej prowadzących w górach zorganizowaną działalność w zakresie sportu, rekreacji lub turystyki.*

Osoby, które uległy wypadkowi w górach są zwożone przez podmioty wykonujące ratownictwo górskiego w wyznaczone miejsca, z których następnie są transportowane ambulansem kołowym albo śmigłowcem do właściwego szpitala. Zauważyć należy, iż czas lotu śmigłowca EC 135 z bazy w Gliwicach do Szczyrku, to około 15 minut, w zależności od warunków pogodowych, siły i kierunku wiatru. Możliwy jest też przewóz pacjentów przez GOPR bezpośrednio do szpitala.

Mając na uwadze powyższe uprzejmie informuję, iż nie przewiduje się obecnie utworzenia dodatkowej bazy w Kaniowie.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/