



Minister Zdrowia

Warszawa, 11.08.2017

OZO.024.140.2017/CP

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
ZARZĄD KRAJOWY
Wpłynęło dnia 08.08.17
Nr 124
dr Bukiel

Pan
Krzysztof Bukiel
Przewodniczący Zarządu
Krajowego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego
Lekarzy

Szanowny Panie Przewodniczący

odpowiadając na Pana pismo znak MZ.IV-124/17 w sprawie transportu sanitarnego przedstawiam poniżej stanowisko.

Zgodnie z art. 3 pkt 10 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm., dalej „ustawa o PRM”) zadaniem zespołów ratownictwa medycznego jest podejmowanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych. Ustawa o PRM nie dopuszcza tym samym wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego na terenie szpitala. Powyższe oznacza również to, że dyspozytor medyczny przyjmujący zgłoszenie alarmowe nie może wysłać zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta szpitala – bez względu na profil tej placówki i status świadczeniobiorcy.

Omawiana zasada dotyczy jedynie osób będących pacjentami szpitala, z wyłączeniem osób odwiedzających oraz personelu.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym - osobie, która przebywając na terenie szpitala znalazła się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej powinien udzielić ten szpital, w którym aktualnie przebywa świadczeniobiorca, włącznie z zapewnieniem mu transportu sanitarnego.

Niezależnie od powyższego, biorąc pod uwagę liczne sygnały, co do braku faktycznych możliwości udzielenia właściwej pomocy medycznej osobom w stanie zagrożenia życia, przebywającym w szpitalach jednoprofilowych, w ramach procedowanej obecnie



tw. „dużej nowelizacji ustawy o PRM”, przygotowany został przepis następującej treści:

„Art. 32b. 1. Podstawowy zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ze szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r. poz. 546, 960 i 1245), do innego szpitala właściwego ze względu na stan zdrowia pacjenta, jeżeli nie jest dostępny inny, odpowiedni środek transportu sanitarnego, a stan zdrowia pacjenta wymaga niezwłocznego transportu sanitarnego.

2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, dyspozytor medyczny przeprowadza kwalifikację osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, dokonuje weryfikacji zabezpieczenia danego rejonu operacyjnego i po uzyskaniu akceptacji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, z terenu z którego ma być dysponowany zespół ratownictwa medycznego, podejmuje decyzję o możliwości zadysponowania lub odmowie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego do transportu, o którym mowa w ust. 1.

3. Wojewoda niezwłocznie powiadamia dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o wykonaniu transportu, o którym mowa w ust. 1.

4. Właściwy wojewoda wspólnie z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokonują weryfikacji zasadności realizacji transportu, o którym mowa w ust. 1.

5. Stwierdzenie braku zasadności transportu, o którym mowa w ust. 1, skutkuje zastosowaniem przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia kary wobec szpitala, z którego transportowany jest pacjent, w wysokości 50% ryczałtu określonego na podstawie art. 46 ust. 4a.

6. Kara, o której mowa w ust. 5, stanowi przychód budżetu państwa.”

Powyższy projekt znajduje się na etapie uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania (przed konferencją uzgodnieniową). Przytoczona propozycja została oceniona krytycznie przez opiniujące podmioty, głównie ze względu na obawy związane z przerzucaniem kosztów przewozów międzyszpitalnych na zespoły ratownictwa medycznego.

2 generacja

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Marek Tombarkiewicz