



WOJEWODA ŚWIĘTOKRZYSKI

Kielce, dnia 25.08.2008 r.

ŚCMOZ/XI/1/53/2008/BSZ

DPZ

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Pan

Adam Fronczak

Adam Fronczak

Podsekretarz Stanu

2008.08.26

w Ministerstwie Zdrowia

W odpowiedzi na pismo z dnia 24 lipca 2008 r. sygnowane znakiem MZ-PZ-RM-0212-4195-11/TM/08 dotyczącego wniesienia uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego przesyłamy w załączeniu listę uwag do ewentualnego wykorzystania w toku dalszych prac legislacyjnych.

Departament Polityki Zdrowotnej
2008-08-27
Znak sprawy.....
przekazano..... *11088*

Z powrotem

Z up. WOJEWODY ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Grzegorz Stawiec
DIREKTOR
Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia
w Kielcach

SEKRETARIAT
PODSEKRETARZA STANU
Adama Fronczaka
2008-08-26
Nr rejestru pozycji..... *7727*



PRZYJAZNA
ADMINISTRACJA
NAJBARDZIEJ NOWOCZESNY
URZĄD ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ W 2005 r.
KATEGORIA „KOMPUTER I INTERNET NARZĘDZIEM
PRACY I DIALOGU”



WYRÓŻNIENIE ZA „ZAANGAŻOWANIE W DOSKONALENIE”
EUROPEJSKIEJ FUNDACJI ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku określa w sposób ogólny zadania lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Są one skupione wokół nadzoru merytorycznego, udzielania pomocy i niezbędnych informacji oraz koordynacji pracy dyspozytorów medycznych. Projekt rozporządzenia określa natomiast cały zakres czynności i obowiązków lekarza koordynatora, aż do realizacji zapisów Prawa atomowego, łamiących po drodze zapisy Ustawy o zawodzie lekarza i Ustawy o ochronie danych osobowych. Stawia się tam Lekarza jako osobę zbierającą wszelkie informacje z terenu całego województwa bez określenia mechanizmów, ani sposobu realizacji tych zadań, łącznie z aktualizacją bazy danych teleadresowych.

W szczególności uwagi do zapisów poszczególnych artykułów projektu rozporządzenia przedstawiają się następująco:

1. § 1 pkt.1: Lekarz ma uzyskiwać szeroki wachlarz informacji od dysponentów jednostek RM i zakładów opieki zdrowotnej, tylko nie określono sposobu, ani mechanizmów, które spowodują raportowanie przez ww. jednostki odpowiednich informacji. Nie określono technicznego sposobu raportowania i archiwizacji tych danych. Dodatkowo wiele z tych informacji (ilość wolnych miejsc szpitalnych, stanowisk intensywnej terapii - a nie samych respiratorów i łóżek IT, czy dostępnych zespołów RM) zmienia się dynamicznie i w związku z tym istniałaby konieczność ciągłego śledzenia tych zmian. Znając zaś specyfikę pracy administracji szpitalnej tego typu raporty mogłyby pojawiać się raz na dobę, nie stanowiłyby więc wiarygodnej bazy danych.
2. § 1 pkt.2. a), b) i c): jakie znaczenie dla jednego w województwie dyżurującego lekarza koordynatora ma uzyskiwanie informacji od wszystkich dyspozytorów medycznych o „przekazanych informacjach osobom udzielającym pomocy” czy „stanie zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”? Dyspozytor medyczny ma swój zakres obowiązków i musi się z niego wywiązywać, a tego typu dane wpisywać do swojego raportu po zakończeniu dyżuru. Lekarz koordynator nie jest po to żeby sprawdzać z daleka co powiedział i zrobił dyspozytor medyczny. Lekarz zgodnie z § 1 pkt.7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania

wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, ma pomagać dyspozytorowi medycznemu w podejmowaniu czasem trudnych decyzji jeśli o to wystąpi, a nie zastępować dyspozytora w jego pracy i odpowiedzialności za nią.

3. § 1 pkt.2: d): jw. tylko, że dodatkowo jest tu podejrzenie łamania przepisów o ochronie danych osobowych i udostępnianiu dokumentacji medycznej
4. § 2 pkt.1: należałoby konkretnie zapisać co oznacza sformułowanie „znaczna liczba osób”, żeby jasno wymagać realizacji tych zapisów.
5. § 2 pkt.2: dotyczy po prostu realizacji zapisów Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla poszczególnych województw i nie trzeba chyba tego tak szeroko rozpisywać. Jednocześnie punkt ten wchodzi w zapisy Ustawy o zarządzaniu kryzysowym do czego lekarz nie ma delegacji w Ustawie o PRM.
6. § 3 : mówi o szczegółowym zakresie obowiązków, który określony jest w art. 29 ust. 2 Ustawy o PRM.
7. § 3 pkt.3: nakazuje Lekarzowi sporządzanie raportu z przebiegu akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, podczas gdy zgodnie z art.3 pkt.4 Ustawy, czynności te są wykonywane przez jednostki systemu w warunkach pozaszpitalnych, czyli przez zespoły Ratownictwa Medycznego. Raportem takim jest więc uzupełniona prawidłowo Karta Wyjazdów pogotowia ratunkowego. W jaki więc sposób ma to robić lekarz koordynator? To dyspozytorzy po zakończeniu wykonywania czynności przez swoje zespoły ratunkowe jeśli brały one udział w zdarzeniu o charakterze masowym powinni raportować odpowiednie dane do informacji Lekarza, a nie odwrotnie.
8. § 3 pkt.4: w jaki sposób monitorować zdarzenia. które mogą dopiero powodować określone skutki?
9. § 3 pkt.5: uaktualnianie bazy danych teleadresowych nie jest chyba zajęciem dla Lekarzy, zwłaszcza biorąc pod uwagę cały szeroki zakres innych czynności zawartych w projekcie rozporządzenia.
10. § 3 pkt.6: to dyspozytor medyczny przyjmuje zgłoszenia i jest zobowiązany do dysponowania odpowiedniego zespołu RM, a nie lekarz koordynator ma Go z tego wyręczać. Lekarz ma służyć pomocą, a nie wskazywać rodzaj zespołu.
11. § 3 pkt.7: komu i w jaki sposób na odległość Lekarz ma udzielać informacji w zakresie udzielania medycznych czynności ratunkowych, skoro zgodnie z Ustawą o PRM osoby uprawnione do tego są w sposób dokładnie określony

upoważnione. Kto brałby na siebie odpowiedzialność za udzielanie na odległość określonych porad/informacji czysto medycznych zwłaszcza, że lekarz koordynator nie jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej.