



## WOJEWODA KUJAWSKO-POMORSKI

WBZK.6311.25.2013.LK

Bydgoszcz, 23 maja 2013 r.

Pan  
mgr inż. Roger Hartwig

Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala  
Zespolonego im. L. Rydygiera  
w Toruniu

*szanowny Panie Dyrektorze.*

Uprzejmie informuję Pana Dyrektora, jako aktualnego dysponenta dyspozytorni ratownictwa medycznego zlokalizowanej w centrum powiadamiania ratunkowego w Toruniu, przy ul. Legionów 70-76, że do Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy został dostarczony z Centrum Projektów Informatycznych MAiC sprzęt i urządzenia stanowiące docelowe wyposażenie „scentralizowanej” dyspozytorni medycznej, zaplanowanej do funkcjonowania w ramach systemu powiadamiania ratunkowego. Aktualnie w zasobach Wojewody Kujawsko-Pomorskiego znajduje się serwer SWD PRM oraz 12 zestawów wyposażenia stanowisk dyspozytorskich. W związku z podjęciem przeze mnie w uzgodnieniu z Ministerstwem Administracji i Cyfryzacji decyzji o rozbudowie centrum powiadamiania ratunkowego w Bydgoszczy, w celu stworzenia warunków do przyjmowania i obsługi w nim zgłoszeń alarmowych 112 (docelowo także 9xx) z obszaru innych województw (tzw. wywołań nadmiarowych), zdecydowałam jednocześnie, że „scentralizowana” dyspozytornia medyczna, dysponująca do działania zespoły ratownictwa medycznego na obszarze całego województwa, będzie zlokalizowana w Toruniu. Za powyższym rozwiązaniem przemawiają wysokie standardy lokalowo – techniczne obiektu CPR w Toruniu oraz fakt, iż dyspozytornia medyczna będzie zlokalizowana w centralnym punkcie województwa, co ma znaczenie ze względu na konieczność zabezpieczenia skutecznych zasięgów łączności radiowej dla jednostek PRM na całym jego obszarze.

Uwzględniając powyższe, proszę Pana Dyrektora, jako dysponenta systemu, o zajęcie stanowiska w sprawie przejęcia obsługi „scentralizowanej” dyspozytorni ratownictwa medycznego w zakresie obsady dyspozytorów medycznych, których obsada docelowa w roku 2014 powinna zamknąć się liczbą 55 – 60 osób (11 - 13 na jedną zmianę). Jednocześnie proszę o informację, czy potencjał kadrowo-techniczny będący w dyspozycji Pana Dyrektora pozwoli, przy współpracy i wsparciu podległych mi służb, na skuteczną realizację nw. przedsięwzięć:

- a) instalacja i konfiguracja z udziałem dostawcy systemu „rządowego” SWD PRM 12 stanowisk dyspozytorów medycznych oraz peryferyjnych urządzeń sieciowych w serwerowni CPR w Toruniu;

- b) bieżące monitorowanie prawidłowości pracy i obsługa urządzeń zainstalowanych w CPR w Toruniu na potrzeby dyspozytorni medycznej, przy założeniu, że stanowią one własność Wojewody Kujawsko-Pomorskiego. Z uwagi na ograniczenia i wymogi stawiane przez Centrum Projektów Informatycznych MAiC zintegrowany serwer SWD PRM musi być zlokalizowany w ośrodku regionalnym, tj. w serwerowni centrum powiadamiania ratunkowego w Bydgoszczy i będzie obsługiwany przez służby Wojewody Kujawsko-Pomorskiego i współdziałające z nimi służby Prezydenta Miasta Bydgoszczy;
- c) zintegrowanie techniczne systemów cyfrowej łączności radiowej poszczególnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących aktualnie w województwie kujawsko-pomorskim ( 21 podmiotów) w celu objęcia zasięgiem radiowym zespołów ratownictwa medycznego na obszarze całego województwa;
- d) przygotowanie, przy współdziałaniu z podległymi mi służbami, koncepcji organizacyjno - technicznej i harmonogramu przedsięwzięć w zakresie przejmowania przez scentralizowaną dyspozytornię medyczną w Toruniu funkcji dysponenckich w stosunku do zespołów ratownictwa medycznego 20. pozostałych dysponentów systemu w województwie.

Pragnę zwrócić uwagę i jednocześnie uspokoić Pana Dyrektora, że jedyny termin wskazany przeze mnie w odniesieniu do zatrudnienia dyspozytorów medycznych, tj. rok 2014 ma w chwili obecnej wyłącznie charakter deklaracyjny, z uwagi na fakt, iż warunkowany jest on wcześniejszym uruchomieniem SWD PRM oraz systemu łączności radiowej w pełnej, wymaganej dla województwa funkcjonalności . Aktualnie oczekuję na wyjaśnienie na szczeblu ministerialnym problemów natury prawnej i finansowej, wynikających z planowanego istotnego zmniejszenia liczby dyspozytorni ratownictwa medycznego. Uszczegółowienie problemu zawarte zostało w analizie problemowej przygotowanej na szczeblu Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy ( dokument w załączeniu ). Stoję na stanowisku, iż zainicjowanie i wdrożenie jakichkolwiek zmian w stosunku do obecnego kształtu organizacyjnego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego będzie możliwe dopiero po rozwiązaniu aktualnie zdefiniowanych problemów i trudności.

Zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą, przygotowane na szczeblu Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji rozwiązania ustawowe umożliwiają między innymi odejście od kryterium wiążącego lokalizację centrum powiadamiania ratunkowego z właściwością miejscową dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, jako jedynie uprawnionego do obsługi dyspozytorni medycznej działającej w ramach tegoż centrum. W tej sytuacji, w przypadku ewentualnego odstąpienia przez Pana Dyrektora od deklaracji w zakresie obsługi dyspozytorskiej „scentralizowanej” dyspozytorni medycznej w Toruniu, podejmę działania mające na celu wprowadzenie zmian do wojewódzkiego planu zabezpieczenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w celu zainicjowania i wyłonienia w ramach procedury konkursowej przeprowadzonej przez OW NFZ innego dysponenta systemu, który zadeklaruje realizację usługi obsługi dyspozytorni. Biorąc pod uwagę, że przywołane wyżej projekty ustaw, tj. ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego i ustawa o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie są jeszcze procedowane w Sejmie, aktualnie nie jestem w stanie stwierdzić, czy ewentualna zmiana dysponenta systemu obsługującego dyspozytornię będzie rodziła skutki dla dotychczasowego dysponenta w zakresie możliwości kontynuowania przez niego obsługi rejonu operacyjnego przez podległe mu zespoły ratownictwa medycznego. W opinii Wojewodów wyrażonych w dokumentach oceniających propozycje przygotowywanych rozwiązań ustawowych jednomyślnie proponowane było prawne rozdzielenie kontraktowania usług na zespoły ratownictwa medycznego od usługi obsługi dyspozytorni medycznej. Przyjęcie tej koncepcji pozwoliłoby na kontynuację zabezpieczenia rejonu



operacyjnego w zakresie zespołów ratownictwa medycznego przez dotychczasowego dysponenta i dyspozytorni medycznej przez dysponenta systemu wyłonionego w nowym konkursie ofert.

Pisemną odpowiedź w zakresie wskazanym w przedmiotowym piśmie proszę przesłać do dnia 5 czerwca 2013 r. W zakresie bieżących kontaktów i współpracy merytorycznej proszę o kontakt z koordynatorem ds. wdrożenia systemu powiadamiania ratunkowego w woj. kujawsko-pomorskim, Panem Lechem Kubera, zastępcą dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego.

*z wyrazami szacunku*

WOJEWODA KUJAWSKO-POMORSKI

*Ewa Mes*  
Ewa Mes

Załącznik: 1 na 4 kartach

Do wiadomości:

- 1/ Pan Edward Hartwich, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego
- 2/ Pan Piotr Kryn, Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu
- 3/ Pan Piotr Kowalow, Pełnomocnik Wojewody Kujawsko-Pomorskiego ds. realizacji zadań związanych z organizacją i funkcjonowaniem cyfrowej łączności radiowej i systemów informatycznych na potrzeby PRM

**Problemy natury ustrojowej związane ze skutecznym zintegrowaniem elementów organizacyjnych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w ramach Systemu Powiadamiania Ratunkowego (na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego).**

Przedmiotowa skrócona analiza problemowa, jest reprezentatywna dla województw, w których w chwili obecnej funkcjonuje kilku, kilkunastu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego z dyspozytorniami medycznymi, a Wojewodowie przewidują docelowo uruchomienie od 1 do 3,4 skoncentrowanych dyspozytorni ratownictwa medycznego ( nazewnictwo stosowane na roboczo przez przedstawicieli MZ ) zdolnych do współdziałania z CPR-ami – czyli w sytuacji planowanego istotnego zmniejszenia liczby dyspozytorni. Należy mieć także na uwadze, że aktualny stan organizacyjny SPR został sfinalizowany w odstępstwie od obowiązującego aktualnie stanu prawnego, w tym głównie ustawy o ochronie przeciwpożarowej i rozporządzenia wykonawczego MSWiA w sprawie CPR i WCPR, a przygotowywane nowe rozwiązania w tym zakresie ( ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego, zmiany w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nie mówiąc o przepisach wykonawczych do nich ) mają status projektów lub jeszcze nie osiągnęły fazy projektowej. W tych warunkach wnioski opracowane na podstawie niniejszej analizy są obarczone ryzykiem błędu, wynikającym z niezajomości faktycznego przyszłego stanu prawnego regulującego ustój, organizację i zasady funkcjonowania poszczególnych elementów SPR.

**Postulat A/ Konieczność prawnego rozdzielenia kontraktowania przez dysponenta systemu usługi realizowanej przez zespoły ratownictwa medycznego od usługi polegającej na przyjmowaniu i obsłudze zgłoszeń alarmowych przez dyspozytorów medycznych zatrudnionych przez tegoż dysponenta w dyspozytorni medycznej, tzn. zespoły ratownictwa medycznego i dyspozytornie medyczne powinny posiadać status rozdzielnych, niezależnych od siebie usług. Wymusza to konieczność prawnego wyodrębnienia i zdefiniowania w ramach systemu powiadamiania ratunkowego i systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pojęcia dyspozytorni ratownictwa medycznego.**

*Analiza problemu:*

1/ Aktualnie, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, OW NFZ na podstawie podpisanego porozumienia z Wojewodą, kontraktuje w jego imieniu usługi zespołów ratownictwa medycznego w rejonach operacyjnych, których liczba i granice wynikają z wojewódzkiego planu zabezpieczenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, opracowanego przez Wojewodę i zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia;  
2/ Zgodnie z art. 26 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dysponent jednostki właściwy dla miejsca lokalizacji centrum powiadamiania ratunkowego, w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną. Z tego zapisu wynika, że obowiązek obsługi, rozumiany jako obsadzenie dyspozytorami stanowisk w dyspozytorni ratownictwa medycznego (przygotowanej i zabezpieczanej logistycznie przez Wojewodę) spoczywa na dysponencie, właściwym dla miejsca lokalizacji centrum powiadamiania ratunkowego. Przy tak zredagowanym artykule ustawy pojawia się mimo wszystko wątpliwość, czy istotą „bycia właściwym dla miejsca lokalizacji CPR” jest lokalizacja zarejestrowanej siedziby dysponenta, czy fakt obsługi przez tego dysponenta rejonu operacyjnego, w którym zlokalizowany jest CPR. Wątpliwość wynika z faktu, że jeden, ten sam dysponent może aktualnie przystępować do konkursu ofert ogłaszanego przez OW NFZ, zgłaszając akces na obsługę przez swoje zespoły ratownictwa medycznego więcej niż jednego rejonu operacyjnego ( warunkiem jest tylko posiadanie przez niego odpowiedniego potencjału kadrowo-sprzętowego). Wbrew pozorom jest to wątpliwość, od rozstrzygnięcia której zależy z którym dysponentem OW NFZ podpisze umowę na obsługę przez zespoły ratownictwa medycznego rejonu operacyjnego wraz z dyspozytornią, a z którym bez dyspozytorni ( ten wątek koresponduje z kolei z problematyką finansowania dysponenta z dyspozytornią, rozwinietą w punkcie pn. „Postulat B/” niniejszego opracowania ).

3/ Istotnym i korespondującym z rozstrzyganym w ww. punkcie 2/ problemem jest zapowiadany kierunek zmian, jaki wynika z proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. Aktualny zapis tegoż rozporządzenia w postaci, cyt. „Posiadanie ( przez dysponenta systemu - przyp. własny ) łącza radiowego umożliwiającego przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach z centrów powiadamiania ratunkowego oraz wojewódzkiego centrum powiadamiania ratunkowego...” wskazywał jednoznacznie z jakiego „ośrodka dyspozytorskiego” zespoły ratownictwa medycznego miały przyjmować polecenia realizacji zadań (czyli być dysponowane do działań). Zapis ten, po uwzględnieniu przywołanego wyżej art. 26 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w sposób formalny ogranicza liczbę dyspozytorni medycznych do liczby równej liczbie centrów powiadamiania ratunkowego ( casus WCPR z przyczyn oczywistych został pominięty ), a to oznaczałoby z kolei, że w przypadku funkcjonowania w województwie jednego tylko CPR-u.... mogłaby w nim funkcjonować tylko

jedna dyspozytornia medyczna ( być może odmiejszczona fizycznie od lokalizacji CPR, być może podzielona na kilka lokalizacji ale od strony formalnej stanowiąca jednakże jedną komórkę organizacyjną, tzn. obsadzoną dyspozytorami medycznymi przez jednego dysponenta systemu i w pełni zintegrowaną systemem informatycznym z CPR).

Proponowany przez Ministra Zdrowia nowy zapis w przedmiotowym rozporządzeniu brzmi: „Posiadanie ( przez dysponenta systemu - przyp. własny ) łącza radiowego umożliwiającego przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu”. Można zrozumieć intencje Ministra Zdrowia, który uwzględniając realia prawne (rozbieżności) w zakresie bieżącej organizacji systemu powiadamiania ratunkowego (w stosunku chociażby do ustawy o ochronie przeciwpożarowej) unika stosowania w akcie prawnym wymagających ponownego zdefiniowania formalno-zadaniowego pojęć CPR i WCPR i przyjmuje, że zostanie to rozstrzygnięte w ustawie o systemie powiadamiania ratunkowego, jednakże odwołanie się w projekcie rozporządzenia tylko do wojewódzkiego planu działania systemu (PRM), powoduje z kolei, że obligatoryjnie musi zostać zmieniona (uzupełniona) treść rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego . Nowe zapisy powinny w wojewódzkim planie zabezpieczenia systemu egzekwować dodatkowo wskazanie z jakiego obszaru, od kogo i na jakiej podstawie wskazany dysponent z dyspozytornią ma obowiązek przyjmowania wywołań alarmowych i do których elementów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego ( zespoły ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe) przekazywać dyspozycje do działań.

#### *Wnioski:*

1/ Dyspozytornia (-e) ratownictwa medycznego powinna być kontraktowana , jako usługa wydzielona, niezależnie od usługi na świadczenie zadań przez zespoły ratownictwa medycznego. Umożliwiłoby to wskazanie podmiotu (dysponenta) który realizowałby usługę zakontraktowaną w jednej z nw. konfiguracji zadaniowych *(dla zaakcentowania obszaru działania dyspozytorni obejmującego np. połowę lub całość obszaru województwa użyto określenia stosowanego do niedawna przez MZ, tj. „scentralizowana dyspozytornia ratownictwa medycznego” )* :

a) zabezpieczenie działania scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego, bez zespołów ratownictwa medycznego – czyli zabezpieczenie po stronie dysponenta tylko dyspozytorów medycznych. W przedstawionym rozwiązaniu dysponent koncentrowałby się tylko na bieżącym funkcjonowaniu dyspozytorów ratownictwa medycznego ;

b) zabezpieczenie działania scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego ( jeden kontrakt ) i zabezpieczenie zespołów ratownictwa medycznego (drugi kontrakt) w rejonie lub kilku rejonach operacyjnych innych (z reguły mniejszym obszarem) niż obszar obsługiwany przez dyspozytornię scentralizowaną;

c) zabezpieczenie działania scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego ( jeden kontrakt ) i zabezpieczenie zespołów ratownictwa medycznego (drugi kontrakt) w rejonie operacyjnym tożsamym z obszarem obsługiwany przez dyspozytornię scentralizowaną ( rozwiązanie możliwe do zastosowania w województwach, w których biorąc pod uwagę uwarunkowania historyczne wyodrębnił się wcześniej jeden dysponent zespołów ratownictwa medycznego, dysponujący potencjałem umożliwiającym wystawienie zespołów ratownictwa medycznego w liczbie zaplanowanej dla całego województwa );

2/ Rozdzielenie kontraktowania sugerowane w ww. punkcie pozwoliłoby rozwiązać problem dysponentów, którzy zakupili ambulanse ze środków unijnych i obowiązują ich jeszcze terminy eksploatacji pojazdów, ze względu na wymóg zachowania ciągłości projektu. W przypadku realizacji całościowego kontraktu przez jednego tylko dysponenta, pozostali zostaliby odsunięci z systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a tym samym naruszona zostałaby ciągłość projektu unijnego.

3/ Rozwiązaniem optymalnym byłoby przyjęcie propozycji zgłaszanej systematycznie przez Wojewodów i podległych im koordynatorów ds. SPR, by dyspozytorzy medyczni, w celu uzyskania stabilizacji zawodowej i kompetencyjnej otrzymali status służby systemu powiadamiania ratunkowego i byli zatrudniani przez Wojewodów. W tej sytuacji udało się uniknąć konieczności cyklicznego powtarzania procedury konkursowej na wyłonienie dysponenta i ewentualnych zmian w tym zakresie, mogących destabilizować pracę dyspozytorni).

---



**Postulat B/ Brak mechanizmów prawnych i trybu finansowania dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w okresie przejściowym, tzn. poprzedzającym pierwszą kontraktację usług z zakresu ratownictwa medycznego ze/na skoncentrowaną (-ane) dyspozytornią (-e) ratownictwa medycznego – konieczność przygotowania na szczeblu Ministerstwa Zdrowia niezbędnych rozwiązań prawnych i mechanizmów finansowych.**

*Analiza problemu łącznie z postulowanymi propozycjami rozwiązań:*

1/ Uruchomienie scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego ( w tym przypadku jednej w województwie ) powinno odbyć się w jednym etapie, tzn. przejście wywołań alarmowych 999 ze stref numeracyjnych obejmujących obszar całego województwa oraz podjęcie dysponowania zespołów ratownictwa na jego terenie musi zostać zrealizowane w formule „z dnia na dzień”. Powyższy postulat wynika z faktu, iż:

a/ kolejne przejmowanie wywołań z rejonów operacyjnych dotychczasowych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego musi mieć wcześniejsze odzwierciedlenie w wojewódzkim planie zabezpieczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (zatwierdzone przez Ministra Zdrowia), więc element opracowania i autoryzacji procedur planistycznych także miałby charakter jednorazowy,

b/ system łączności radiowej PRM dla dyspozytorni scentralizowanej musiałby funkcjonować w oparciu o „wojewódzki zintegrowany plan organizacji łączności radiowej PRM” przygotowany kompleksowo dla całego województwa (podział częstotliwości i kryptonimów dla poszczególnych elementów systemu), a w tej sytuacji pozostawienie lokalnych systemów łączności radiowej pracujących u poszczególnych dysponentów mogłoby zakłócić pracę dyspozytorni scentralizowanej, uruchamianie w trybie etapowym lub wymagałoby wprowadzania dynamicznych korekt w parametrach pracy systemów u dotychczasowych dysponentów, co z uwagi na towarzyszące temu procedury jest czasochłonne i problematyczne,

c/ jednoetapowe uruchomienie scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego spowoduje, że procedury prawne realizowane przez OW NFZ zostaną przeprowadzone w ramach jednego postępowania, obejmującego wygaszenie dotychczasowych kontraktów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, ogłoszenie konkursu ofert na obsługę dyspozytorni scentralizowanej, przeprowadzenie konkursu i wyłonienie dysponenta obsługującego dyspozytornię scentralizowaną ( cały czas przy warunku, że kontrakt na dyspozytornię zostanie oddzielony od kontraktu na zespoły ratownictwa medycznego ! );

2/ Jednoetapowe uruchomienie scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego umożliwi i uprości sposób sfinansowania całości tego procesu, z uwagi na fakt (i pod warunkiem), że:

a/ środki finansowe, w wysokości odpowiadającej kosztom osobowym dysponenta zatrudniającego dyspozytorów do dyspozytorni scentralizowanej powinny być dla niego dostępne odpowiednio wcześniej (lub powinien posiadać promesę) , tak by móc oficjalnie zatrudnić wymaganą liczbę dyspozytorów medycznych przez terminem uruchomienia dyspozytorni scentralizowanej ( dla uproszczenia dalszej części niniejszej analizy przyjęto aplikacyjnie , że uruchomienie dyspozytorni scentralizowanej zaplanowano zgodnie z kontraktem dysponenta z OW NFZ np. na dzień 1 stycznia 2014 r. );

b/ powyższe oznacza, że procedura konkursowa wszczęta przez OW NFZ, mająca na celu wskazanie dysponenta obsługującego dyspozytornię scentralizowaną powinna zostać zakończona najpóźniej w miesiącu październiku, listopadzie 2013 r., tak by wyłoniony dysponent miał czas na zawarcie umów o pracę (lub innych przewidzianych ustawą o PRM form zatrudnienia) z wymaganą liczbą dyspozytorów ratownictwa medycznego. Taki sposób procedowania, tzn. zakładający, że dysponent będzie zatrudniał dyspozytorów po wyłonieniu go w procedurze konkursowej uwzględnia fakt, że nie dysponował on wcześniej środkami finansowymi (brak źródła) na zatrudnienie liczby dyspozytorów przewidzianej do obsługi dyspozytorni scentralizowanej;

c/ rozwiązanie proponowane w punkcie b/ zakłada perspektywicznie , że w nowej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (zgodnie z projektem) nie ma już zapisu wskazującego dysponenta zespołów ratownictwa medycznego właściwego do obsługi dyspozytorni ratownictwa medycznego, właściwego ze względu na lokalizację CPR, tzn. zrealizowany jest postulat z punktu A/ niniejszego opracowania (por. aktualnie art. 26 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym ), w przeciwnym wypadku procedura konkursowa nie ma uzasadnienia, bo dysponent wskazany jest z mocy ustawy, tj. „właściwy ze względu na miejsce lokalizacji CPR”;

d/ zakładając jednak etapowe ( stopniowe, rozłożone w czasie) zwiększanie obszaru działania scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego, OW NFZ musi mieć narzędzia do bieżącego reagowania na wnioski Wojewody o zmianę warunków kontraktów kolejnych dysponentów, tj. „zabieraniem” im kwot z tytułu posiadania dyspozytorni i przesuwania ich do dysponenta scentralizowanej dyspozytorni, , która zwiększałaby etapowo swój rejon odpowiedzialności. Należy odpowiedzieć wg jakiego algorytmu i w oparciu o jaką podstawę prawną (np. wypowiedzenie umowy, zmiana umowy, czy aneks do umowy) miałyby następować „zmniejszanie-zwiększanie” środków finansowych.



3/ Brak wskazania źródła finansowania i wysokości środków finansowych na przygotowanie przez dysponenta mającego docelowo obsługiwać scentralizowaną dyspozytornię odpowiedniej liczby dyspozytorów ratownictwa medycznego oraz łączności radiowej PRM (ten ostatni element, jest aktualnie poza zakresem finansowania MAiC, MZ, Wojewody)

a/ aktualnie dysponenti zespołów ratownictwa medycznego finansują bieżące koszty usług zespołów ratownictwa medycznego (ambulansów) i swoich lokalnych dyspozytorni ze środków finansowych pochodzących z kontraktu podpisanego z OW NFZ, jako płatnikiem. Z tych środków finansowane może też być zwiększenie liczby lub wymiana taboru, sprzętu medycznego, utrzymanie, modernizacja obiektów własnych, itp. W sytuacji, kiedy zespoły ratownictwa medycznego „schowane” są w strukturę szpitala, tzn. nie mamy do czynienia z wyspecjalizowanym podmiotem w postaci np. Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, środki finansowe pochodzące z kontraktu na zespoły ratownictwa medycznego typu „P” i „S” ( dobowa stawka ryczałtowa „za gotowość” np. w kujawsko-pomorskim wynosi 3057 zł za zespół „P” i 4075 zł za zespół „S” ) dysponent, a więc dyrektor szpitala może zgodnie z prawem wydatkować te środki finansowe na potrzeby inne, niż bezpośrednio związane z funkcjonującymi w strukturze jego szpitala zespołami ratownictwa medycznego (pod warunkiem, że zachowany jest wymagany przepisami ich standard obsługi i wyposażenia) ;

b/ dysponent zespołów ratownictwa medycznego nie ma aktualnie obowiązku ani też podstawy prawnej do wydatkowania środków finansowych na zatrudnianie dodatkowych dyspozytorów ratownictwa medycznego oraz zakup wyposażenia i systemów technicznych (np. systemu łączności radiowej o zasięgu wojewódzkim) wymaganych docelowo do obsługi scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego. Pomijając fakt, że nie ma on gwarancji wygrania konkursu ofert na dyspozytornię scentralizowaną, to dysponent odpowiada przed organem założycielskim za racjonalną, uzasadnioną potrzebami politykę finansową;

c/ przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia w latach ubiegłych na zgłaszane wątpliwości i problemy związane ze wskazaniem źródła i sposobu sfinansowania potrzeb wynikających z zakładanego przejęcia przez „lokalnego” dysponenta zespołów ratownictwa medycznego scentralizowanej dyspozytorni ratownictwa medycznego wskazywało m.in. na takie opcjonalne rozwiązania:

- zmniejszenie wartości ryczałtowych stawek dobowych na zespoły typu „P” i „S” i przekazanie powstałych oszczędności dysponentowi, który przygotowywał się do przejęcia dyspozytorni scentralizowanej. Powyższe rozwiązanie okazało się nie do przyjęcia przez OW NFZ, który zobowiązany jest finansować usługi zespołów ratownictwa medycznego wg planu finansowego przekazanego mu przez centralę NFZ w Warszawie. Centrala NFZ opracowywała roczny plan finansowy i rozdział środków z dotacji celowej Ministra Zdrowia na zespoły ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach na podstawie ... danych otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia, które uwzględniały planowaną liczbę zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach ( „uwzględnienie” następowało poprzez zatwierdzenie przez Ministra Zdrowia Wojewódzkiego planu zabezpieczenia systemu PRM, który zawierał liczbę zespołów typu „P” i „S”, **a nie wysokość stawek na nie** ). Planu finansowego, który spływał z Centrali NFZ do OW NFZ nie mógł już zmieniać Wojewoda;

- wykorzystanie zapisów art. 50 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który wskazuje m.in. organy założycielskie, Wojewodę i jednostki samorządu terytorialnego, jako podmioty uprawnione do finansowania lub współfinansowania inwestycji związanych z zespołami ratownictwa medycznego, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi i centrami urazowymi oraz stanowiskami pracy dyspozytorów ratownictwa medycznego. W praktyce zapis art. 50 w postaci słowa „uprawnione” nie oznacza „zobowiązane” ( dalszy komentarz wydaje się być w tej sytuacji niepotrzebny, szczególnie, że problemy o charakterze „ustrojowym” PRM i perspektywa ich wystąpienia w trakcie uruchamiania dyspozytorni scentralizowanych, była i jest doskonale znana także Marszałkom Województw, którzy w tych warunkach nie chcą angażować środków, tym bardziej unijnych). W przypadku Wojewody rozważane mogłoby być wydatkowanie w trybie tegoż artykułu środków pochodzących z oszczędności po zakończeniu procesu kontraktowania usług na zespoły ratownictwa medycznego przez OW NFZ ale zgodnie z przepisami finansowymi NFZ, każda taka nadwyżka powstała po zbilansowaniu końcowym procesu kontraktacji ( czyli nie „wymuszona” posunięciem administracyjnym, opisanym w poprzednim podpunkcie ) musiała trafić z powrotem do wszystkich dysponentów w postaci zwiększenia wysokości stawki dobowej na zespoły ( w praktyce wyglądało to tak, że oszczędność powstała po zakończeniu procedury konkursowej i wyłonieniu wszystkich dysponentów systemu, np. w wysokości 1000 zł, była odpowiednio powtórnie dzielona na tych dysponentów, z uwzględnieniem liczby zakontraktowanych u nich zespołów ratownictwa medycznego).

Opracował:

Lech Kubera

zastępca dyrektora WBZK

Kujawsko-Pomorskiego UW w Bydgoszczy

tel. 52-3497386, 608396951, lkubera@bydgoszcz.uw.gov.pl