

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa

Rozprawa doktorska pod tytułem:
Ratownictwo medyczne
w polityce Rzeczypospolitej Polskiej
mgr Jacek Wiatr

Promotor: dr hab. inż. Piotr Kwiatkiewicz, prof. UAM

Poznań 2026

Spis treści

Wstęp	4
Rozdział I Aktualny stan systemu ratownictwa medycznego w Polsce. ..	14
1.1. Systemowe ujęcie bezpieczeństwa w polityce publicznej i rola Państwowego Ratownictwa Medycznego	14
1.2. System ratownictwa medycznego w Polsce – definicja, struktura i uwarunkowania prawne funkcjonowania	17
1.3. Aktualny model systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – struktura, zasoby i efektywność działania	21
1.4. Podstawy prawne funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – regulacje, definicje i kluczowe zmiany legislacyjne.....	31
1.5. Ewolucja i wyzwania dotyczące państwowego ratownictwa medycznego – rola legislacji, zmian kadrowych, prezentacja potencjalnych kierunków rozwoju	55
Rozdział II Systemy ratownictwa medycznego w Izraelu, Anglii oraz Republice Federalnej Niemiec – analiza porównawcza	64
2.1. Cel i zakres analizy porównawczej systemów ratownictwa medycznego	64
2.2. System ratownictwa medycznego w Izraelu – organizacja, regulacje i specyfika działania	66
2.3. System ratownictwa medycznego w Anglii – organizacja, regulacje i funkcjonowanie	74
2.4. System ratownictwa medycznego w Niemczech.....	85
2.5. Analiza porównawcza systemów ratownictwa medycznego w Izraelu, Anglii i Niemczech – kluczowe wnioski i rekomendacje dla modernizacji polskiego systemu ratownictwa	97
Rozdział III Uzasadnienie wyboru problematyki badawczej.....	110
3.1. Rola wolontariuszy w systemie ratownictwa medycznego – znaczenie i potencjalne korzyści	110

3.2. Jednoosobowe zespoły ratownicze – koncepcja i możliwości zastosowania w systemie ratownictwa medycznego	114
3.3. Udzielanie pomocy przez ratowników poza godzinami pracy – obowiązki i dylematy etyczne	118
3.4. Stwierdzenie zgonu w karetce pogotowia – wyzwania, regulacje i dylematy etyczne	123
3.5. Obowiązek wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w aktualne schematy dawkowania leków pediatrycznych – element bezpieczeństwa farmakoterapii dzieci	126
Rozdział IV Analiza badania ankietowego dotyczącego systemu ratownictwa medycznego w Polsce	130
4.1. Charakterystyka badania ankietowego	130
4.2. Opis i struktura narzędzia badawczego	131
4.3. Szczegółowy opis narzędzia badawczego wraz z analizą wyników	134
4.4. Systemowa interpretacja wyników badania ankietowego w perspektywie funkcjonowania państw	207
Zakończenie	214
Bibliografia	228
Ankieta badawcza dotycząca funkcjonowania i modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wzór	239
Wykaz załączników	247

Wstęp

Ratownictwo medyczne stanowi jeden z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia oraz szeroko pojmowanego bezpieczeństwa publicznego. Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) odgrywa więc strategiczną rolę w polityce państwa polskiego, funkcjonuje bowiem na styku kilku istotnych obszarów polityk publicznych, w tym przede wszystkim: polityki zdrowotnej, społecznej i bezpieczeństwa wewnętrznego. Skuteczność systemu ratownictwa medycznego zależy nie tylko od organizacji działań stricte medycznych, ale także od decyzji legislacyjnych, dostępności zasobów, regulacji prawnych oraz tempa wdrażania innowacyjnych rozwiązań technologicznych. W ujęciu metodologicznym właściwym dla nauk politycznych państwowe ratownictwo medyczne można poddać analizie jako element szeroko pojętej polityki publicznej, w realizacji której władza państwowa, samorządy, ale też instytucje międzynarodowe współpracują w celu zapewnienia obywatelom odpowiedniego dostępu do usług ratujących życie. Na system PRM wpływ mają także kwestie dotyczące finansowania ochrony zdrowia, podziału kompetencji pomiędzy organami państwowymi oraz jakość funkcjonowania struktur administracyjnych. W związku z powyższym niniejsza dysertacja koncentruje się na szczegółowej diagnozie aktualnej polityki państwa w zakresie funkcjonowania systemu PRM, przedstawiając jednocześnie konkretne propozycje zmian, które potencjalnie mogłyby wpłynąć na zwiększenie efektywności i skuteczności tego systemu.

Państwowe ratownictwo medyczne w Polsce, podobnie jak w innych państwach, podlega ewolucji oraz nieustającemu procesowi adaptacji do zmieniających się warunków społecznych, demograficznych i technologicznych. Wprowadzane są nowe akty prawne, rozporządzenia oraz reformy, mające na celu zwiększenie efektywności konkretnych procesów, skrócenie czasu reakcji systemu na sytuację zagrożenia życia lub zdrowia, lub też zmierzające w kierunku poprawy warunków pracy personelu. Pomimo tego ratownictwo medyczne wciąż mierzy się z wieloma wyzwaniami, takimi jak rosnące obciążenie zespołów wyjazdowych, niejednoznaczność wybranych procedur czy niedostateczne wykorzystanie technologii dostępnych w innych dziedzinach. W tym kontekście kluczowe staje się pytanie o kierunki dalszych reform, a także próba diagnozy, które z wielu potencjalnych zmian organizacyjnych, technologicznych i legislacyjnych, mogą realnie przyczynić się do poprawy skuteczności systemu PRM. Decyzje dotyczące

ich wprowadzenia bądź zaniechania nie mają wyłącznie charakteru technicznego, lecz są rezultatem procesów decyzyjnych o wyraźnym wymiarze politycznym.

Tematyka funkcjonowania państwowego ratownictwa medycznego oraz jego miejsca w polityce państwa, w ocenie autora (w dalszej części rozprawy także jako „Autor”) niniejszej dysertacji, mieści się w zakresie badań właściwych dla dyscypliny nauk o polityce i administracji, pozostając jednocześnie obszarem zainteresowania innych dyscyplin społecznych, medycznych i prawnych. Można jednak odnieść wrażenie, że zagadnienie to nie zostało objęte jeszcze odpowiednio szeroką analizą w poszukiwaniach prowadzonych w ramach wyszczególnionego obszaru wiedzy. W literaturze przedmiotu dostrzegalny jest brak aktualnego, jednolitego opracowania monograficznego na temat polskiego systemu ratownictwa medycznego (należy tutaj zauważyć, że równie mało publikacji na temat polskiego ratownictwa medycznego zrealizowano w ramach nauk humanistycznych – brak monografii badającej historię ratownictwa określić należy jako znaczącą lukę w piśmiennictwie). Istniejące publikacje koncentrują się głównie na stosunkowo wąsko ujętych aspektach prawnych i organizacyjnych funkcjonowania systemu. Znacznie rzadziej podejmowana jest próba interdyscyplinarnej refleksji nad jego efektywnością oraz bezpośrednim wpływem polityki państwa na jego funkcjonowanie. Chociaż uwarunkowania organizacyjne, technologiczne i legislacyjne dotyczące systemu ratownictwa medycznego w Polsce posiadają swoje określone miejsce w literaturze przedmiotu, brak jednolitej wykładni implikuje liczne spory dotyczące efektywności przyjętych rozwiązań oraz konieczności ich modyfikacji.

Debata na temat funkcjonowania PRM obejmuje zarówno środowiska akademickie, jak i eksperckie (związane z medycyną ratunkową, administracją publiczną oraz systemami zarządzania kryzysowego). Co bardzo istotne z punktu widzenia tematyki podjętej w niniejszej pracy, na przestrzeni ostatnich lat w dyskursie publicznym coraz częściej podnoszone są kwestie rosnącego obciążenia zespołów ratownictwa, procesu rozszerzenia kompetencji ratowników medycznych oraz wykorzystania nowych technologii wspomagających działania w sytuacjach nagłych. Choć polityka państwa w tym zakresie ewoluuje, a kolejne akty prawne i rozporządzenia wprowadzają wieloaspektowe zmiany w organizacji systemu PRM, nie wszystkie proponowane czy przyjęte reformy spotykają się z jednoznaczną akceptacją środowiska ratowniczego i ekspertów. Polaryzacja opinii tyczy się między innymi poziomu centralizacji systemu, zasad finansowania, a także roli podmiotów prywatnych w świadczeniu usług

ratowniczych. Niektóre rozwiązania, jak np. wprowadzenie jednoosobowych zespołów ratowniczych czy zwiększenie kompetencji ratowników w zakresie stosowania leków, budzą zarówno nacechowane pozytywnie emocje, jak i wątpliwości co do ich praktycznych konsekwencji ich przyjęcia. W paradygmacie polityki publicznej zagadnienia związane z reformowaniem systemu określić należy jako mające niezwykle szeroki wymiar, ponieważ skuteczność systemu PRM kształtuje nie tylko zdrowie publiczne, ale także określa poziom bezpieczeństwa obywateli oraz efektywność zarządzania kryzysowego w państwie. Dyskusja na temat optymalnego modelu ratownictwa medycznego pozostaje zatem aktualna i wieloaspektowa, a dalsze analizy mogą bezpośrednio przyczynić się do formułowania rekomendacji dla przyszłych reform systemowych.

Celem pracy jest analiza systemu PRM w Polsce w perspektywie polityki publicznej, a także próba oceny możliwych kierunków interwencji państwa oraz rozwiązań instytucjonalnych wpływających na jego funkcjonowanie. W opinii autora określić go należy jako szczególnie istotne zagadnienie badawcze, ponieważ dotychczasową dynamikę w realizacji kluczowych zmian w organizacji i prawodawstwie dotyczącym ratownictwa ocenić można jako co najwyżej reaktywną w stosunku do niezdolności systemu do sprawnej odpowiedzi na bieżące potrzeby. Lub też – co uznać należałoby jako bardziej niepokojące – w stosunku do nagłych kryzysów i zagrożeń. Nowoczesny i skuteczny system ratownictwa powinien być kształtowany i reformowany w ramach długofalowej polityki publicznej, w oparciu o decyzje strategiczne i systemowe, a nie wyłącznie jako reakcja władz na nagłe lub tragiczne wydarzenia.

Podstawowa hipoteza badawcza pracy otrzymała następujące brzmienie: Podstawowa hipoteza badawcza pracy zakłada, że odpowiednio zaprojektowane rozwiązania organizacyjne, technologiczne oraz prawne posiadają potencjał zwiększania systemowej efektywności Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Przyjęcie jej wymagało sformułowania głównego pytania badawczego dotyczącego tego, jakie konkretnie zmiany mogłyby przyczynić się do poprawy skuteczności funkcjonowania PRM. Pytanie badawcze sformułowano następująco: jakie rozwiązania organizacyjne, technologiczne oraz prawne, przyjmowane w ramach polityki publicznej państwa, mogą wpływać na zwiększenie efektywności systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego?

W celu szczegółowej analizy zagadnienia oraz weryfikacji hipotezy podstawowej, sformułowano pięć hipotez pomocniczych.

Hipotezy pomocnicze:

- Wprowadzenie systemu ratowników-wolontariuszy, którzy mogliby reagować na wezwania przez aplikacje mobilne, przyczyniłoby się do zwiększenia przeżywalności pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK).
- Udzielanie przez ratowników medycznych kwalifikowanej pomocy medycznej (np. podaży leków) poza godzinami pracy w placówkach publicznych mogłoby pozytywnie wpłynąć na efektywność systemu PRM.
- Stworzenie jednoosobowych zespołów ratowniczych mogłoby stanowić istotne wsparcie dla systemu PRM.
- Doposażenie ZRM w podręczne rozpiski dotyczące stosowania leków pediatrycznych pozwoliłoby usprawnić działania systemu PRM w zakresie udzielania pomocy dzieciom, niemowlętom i noworodkom.
- Brak jednoznacznych procedur oraz systemowego wsparcia prawnego dla ratowników medycznych w zakresie stwierdzania zgonu pacjenta w karetce stanowi istotny problem polityki publicznej, prowadzący do sytuacji, w których decyzje zespołów ratownictwa medycznego są determinowane obawą przed odpowiedzialnością karną, a nie oceną stanu pacjenta.

Pierwsza z hipotez pomocniczych dotyczy wykorzystania narzędzi technologicznych oraz kapitału społecznego jako instrumentów polityki publicznej w obszarze ratownictwa medycznego. Model ratowników-wolontariuszy, wdrażany decyzją władz publicznych i wspierany przez rozwiązania cyfrowe, który z powodzeniem funkcjonuje m.in. w Izraelu, stanowi istotny punkt odniesienia dla rozważań nad zwiększaniem przeżywalności pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia.

Hipoteza pomocnicza nr 2 odnosi się do problemu zakresu kompetencji ratowników medycznych jako elementu regulacji państwowych w obszarze ratownictwa medycznego. W celu jej weryfikacji przeprowadzono badanie, którego celem była ocena, czy dopuszczenie możliwości udzielania przez ratowników medycznych kwalifikowanej pomocy medycznej, w tym podaży leków, poza godzinami pracy w publicznych strukturach systemu, mogłoby stanowić efektywny instrument polityki publicznej wpływający na funkcjonowanie systemu PRM. Analiza koncentruje się na potencjale tego rozwiązania w zakresie reagowania na stany nagłe oraz zachorowania poza

formalnymi ramami systemu, a także na jego znaczeniu dla skrócenia czasu oczekiwania na pomoc medyczną i częściowego odciążenia instytucjonalnych struktur państwowych.

Efektywność organizacyjna systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego pozostaje w ścisłym związku z przyjętym przez państwo modelem struktury zespołów ratowniczych, co uzasadnia sformułowanie hipotezy pomocniczej nr 3, zgodnie z którą stworzenie jednoosobowych zespołów ratowniczych mogłoby stanowić istotne wsparcie dla systemu PRM. Podjęcie analizy tej hipotezy wynika z założenia badawczego, że w określonych kategoriach zdarzeń decyzje organizacyjne i regulacyjne państwa mogą umożliwić efektywne wykonywanie czynności medycznych przez pojedynczego ratownika, wyposażonego w odpowiednie środki techniczne oraz funkcjonującego w ramach spójnego zaplecza systemowego. Rozwiązanie to postrzegane jest jako potencjalny instrument polityki publicznej, pozwalający na elastyczniejsze wykorzystanie zasobów kadrowych, skrócenie czasu reakcji oraz racjonalizację funkcjonowania systemu ratownictwa w sytuacjach o mniejszym stopniu złożoności.

Kolejnym obszarem analizy jest sposób, w jaki państwo kształtuje warunki instytucjonalne i organizacyjne udzielania świadczeń ratunkowych pacjentom pediatrycznym. W tym kontekście sformułowano hipotezę pomocniczą nr 4, zgodnie z którą doposażenie Zespołów Ratownictwa Medycznego w podręczne, ustandaryzowane wytyczne dotyczące stosowania leków pediatrycznych mogłoby usprawnić funkcjonowanie systemu PRM w zakresie udzielania pomocy dzieciom, niemowlętom i noworodkom. Analiza tej hipotezy opiera się na założeniu, że wysoka dynamika interwencji ratunkowych oraz złożoność farmakoterapii pediatrycznej wymagają systemowych rozwiązań organizacyjnych, minimalizujących ryzyko błędu oraz wspierających proces decyzyjny ratowników. W tym ujęciu dostęp do jednoznacznych i łatwo przyswajalnych narzędzi operacyjnych stanowi element polityki jakości i bezpieczeństwa realizowanej przez państwo w obszarze ratownictwa medycznego.

Ostatnia hipoteza pomocnicza (nr 5) dotyczy instytucjonalno-prawnych uwarunkowań funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego i odnosi się bezpośrednio do jakości regulacji publicznych determinujących proces decyzyjny zespołów ratownictwa medycznego. Jej sformułowanie wynika z założenia, że polityka państwa wobec systemu PRM nie ogranicza się wyłącznie do zapewnienia zasobów kadrowych i sprzętowych, lecz obejmuje także tworzenie stabilnych, jednoznacznych i przewidywalnych ram prawnych dla działań podejmowanych w sytuacjach granicznych. Zakłada ona, że brak precyzyjnych procedur oraz systemowego wsparcia prawnego w

zakresie stwierdzania zgonu pacjenta w karetce generuje stan niepewności normatywnej, który istotnie wpływa na praktykę działania zespołów ratownictwa medycznego. W takich warunkach decyzje podejmowane przez ratowników mogą być determinowane nie tyle oceną stanu klinicznego pacjenta, ile kalkulacją ryzyka odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej. Z perspektywy polityki publicznej oznacza to przeniesienie ciężaru odpowiedzialności za niedookreślone regulacje z poziomu decydentów i ustawodawcy na poziom wykonawczy systemu. Przyjęto przy tym założenie badawcze, że obowiązujący stan prawny w analizowanym obszarze cechuje się niejednoznacznością interpretacyjną, a ocena prawidłowości działań ratowników medycznych może mieć charakter arbitralny i następczy. Taka konstrukcja regulacyjna osłabia zdolność państwa do skutecznego zarządzania systemem PRM, prowadząc do rozbieżności pomiędzy deklarowanymi celami polityki zdrowotnej a realnymi warunkami podejmowania decyzji operacyjnych w sytuacjach zagrożenia życia.

W tym ujęciu problem stwierdzania zgonu w karetce stanowi nie tyle kwestię techniczną lub *stricte* medyczną, ile przejaw szerszego deficytu koordynacji i odpowiedzialności w polityce publicznej wobec ratownictwa medycznego.

Dla weryfikacji wskazanych hipotez sformułowano pytania badawcze. Główne pytanie odnosi się do całościowej analizy systemu PRM: jakie rozwiązania organizacyjne, technologiczne i prawne mogłyby przyczynić się do zwiększenia efektywności systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego? Sformułowano także pięć pomocniczych pytań badawczych:

Pomocnicze pytania badawcze:

- Czy wprowadzenie systemu ratowników-wolontariuszy, reagujących na wezwania za pośrednictwem aplikacji mobilnych, mogłoby stanowić skuteczny instrument polityki publicznej w zakresie zwiększania przeżywalności pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK)?
- W jakim stopniu umożliwienie ratownikom medycznym udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy w placówkach publicznych mogłoby wpłynąć na efektywność funkcjonowania systemu PRM jako elementu polityki zdrowotnej państwa?
- Jakie potencjalne korzyści oraz wyzwania organizacyjne i instytucjonalne wiązałyby się z wprowadzeniem jednoosobowych zespołów ratowniczych w systemie PRM z perspektywy zarządzania publicznego?

- Czy wyposażenie zespołów ratownictwa medycznego w podręczne wytyczne dotyczące stosowania leków pediatrycznych mogłoby zostać uznane za efektywne narzędzie interwencji publicznej usprawniające działania PRM wobec najmłodszych pacjentów?
- Jakie znaczenie dla skuteczności działań ratowników medycznych oraz stabilności systemu PRM miałyby wprowadzenie jednoznacznych procedur i zapewnienie systemowego wsparcia prawnego w zakresie stwierdzania zgonu pacjenta w karetce?

Pomocnicze pytania badawcze w przyjętej metodologii stanowią uszczegółowienie aspektów określonego zagadnienia badawczego poddanego analizie. Pierwsze pytanie pomocnicze dotyczyło roli technologii i zaangażowania społecznego w ratownictwo i miało na celu określenie, czy wprowadzenie systemu ratowników-wolontariuszy, reagujących na wezwania przez aplikacje mobilne, mogłoby zwiększyć przeżywalność pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK). Kolejne pomocnicze pytanie badawcze (nr 2) odnosiło się do potencjalnego rozszerzenia uprawnień ratowników medycznych, a jego celem była weryfikacja tego, w jakim stopniu umożliwienie ratownikom medycznym udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy w placówkach publicznych mogłoby wpłynąć na efektywność systemu PRM.

Sformułowano również pomocnicze pytanie badawcze (nr 3) dotyczące zmian organizacyjnych w strukturze ZRM. Brzmi ono: jakie korzyści i wyzwania wiązałyby się z wprowadzeniem jednoosobowych zespołów ratowniczych w systemie PRM. Istotny aspekt procedury badawczej stanowiły także kwestie związane z opieką pediatryczną w systemie PRM. W celu przeprowadzenia analizy tej kwestii postawiono pytanie badawcze (nr 4) – czy wyposażenie zespołów ratowniczych w podręczne wytyczne dotyczące stosowania leków pediatrycznych mogłoby usprawnić działania PRM w zakresie udzielania pomocy dzieciom, niemowlętom i noworodkom.

W kontekście aspektów prawnych funkcjonowania państwowego ratownictwa opracowane zostało pomocnicze pytanie badawcze nr 5: jakie znaczenie dla skuteczności działań ratowników medycznych miałyby wprowadzenie jasnych procedur oraz zapewnienie im wsparcia prawnego w zakresie stwierdzania zgonu pacjenta w karetce.

Tak sformułowany zestaw hipotez i pytań badawczych wyznaczył strukturę dalszej procedury badawczej, zdeterminował także organizację rozdziałów niniejszej

dysertacji. Przyjęte podejście metodologiczne pozwoliło na kompleksową analizę kluczowych aspektów funkcjonowania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i ocenę możliwości wdrożenia rozwiązań poprawiających jego efektywność.

Struktura niniejszej pracy została zaplanowana w taki sposób, aby logicznie wynikała z przyjętych hipotez i pytań badawczych. Dysertacja składa się ze wstępu, pięciu rozdziałów, wykazu bibliograficznego oraz wykazu załączników. Każdy z pięciu rozdziałów pracy poświęcony został innemu aspektowi problematyki funkcjonowania i modernizacji Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) w Polsce. Struktura pracy miała na celu kompleksowe ujęcie tematu, łącząc analizę teoretyczną, porównawczą oraz badawczą.

Pierwszy rozdział pracy koncentruje się na aktualnym stanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Opisany rozdział rozpoczyna się od omówienia systemowego podejścia do kwestii bezpieczeństwa publicznego oraz jego znaczenia w kontekście funkcjonowania PRM. Przedstawiono w nim podstawowe definicje systemu bezpieczeństwa narodowego i jego składowych, a także dokonano przeglądu ujęć definicyjnych systemu ratownictwa medycznego. Istotny element tej części stanowi analiza modelu funkcjonowania systemu PRM w Polsce, uwzględniająca jego organizację, regulacje prawne oraz kluczowe podmioty odpowiedzialne za realizację działań ratowniczych. Podjęto również próbę określenia mocnych i słabych stron obecnego modelu systemu, wskazując na problemy związane z organizacją pracy zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), dostępnością usług oraz czasem reakcji na wezwania. Rozdział ten stanowi podstawę teoretyczną dla dalszej części pracy, dostarczając niezbędnego kontekstu dla przeprowadzonej w kolejnych rozdziałach analizy porównawczej oraz empirycznej wyników przeprowadzonych badań

Drugi rozdział pracy zawiera analizę porównawczą systemów ratownictwa medycznego w wybranych krajach – Izraelu, Anglii oraz Republice Federalnej Niemiec. Celem tego rozdziału była przede wszystkim identyfikacja różnic i podobieństw w organizacji systemów ratownictwa oraz ocena skuteczności wybranych modeli działania. Omówiono kluczowe aspekty organizacyjne, regulacje prawne oraz sposoby reagowania na sytuacje kryzysowe we wskazanych krajach. Szczególną uwagę poświęcono izraelskiemu modelowi systemu ratownictwa medycznego, który wyróżnia się szerokim zaangażowaniem wolontariuszy w działania systemu oraz wykorzystaniem nowoczesnych technologii, takich jak aplikacje mobilne umożliwiające szybkie reagowanie na wezwania. Zbadano także model angielski, który, będąc częścią

Narodowej Służby Zdrowia (NHS), charakteryzuje się centralizacją i wysokim poziomem integracji z innymi usługami medycznymi. Analizie poddano także system niemiecki, bazujący na zdecentralizowanej strukturze oraz silnym zaangażowaniu dużej liczby lekarzy. Analiza tych systemów umożliwiła wskazanie najistotniejszych praktyk, które mogłyby stanowić inspirację dla ewentualnych reform systemu PRM w Polsce, zarówno w zakresie organizacyjnym, jak i legislacyjnym.

Trzeci rozdział dysertacji poświęcony został szczegółowej analizie wyzwań, przed którymi stoi polski system ratownictwa medycznego. W tej części omówiono również historyczne tło zmian w systemie PRM, wskazując między innymi na istotne wydarzenia, takie jak katastrofa w katowickiej hali MTK, które wpłynęły bezpośrednio na kształtowanie regulacji prawnych w tym obszarze. Przedstawiono również kluczowe zagadnienia badawcze, takie jak rola wolontariuszy w ratownictwie medycznym, znaczenie jednoosobowych zespołów ratowniczych oraz potrzeba doposażenia zespołów w podręczne wytyczne dotyczące stosowania leków pediatrycznych. Szczególną uwagę zwrócono na znaczenie czasu reakcji zespołów ratowniczych oraz możliwości jego skrócenia poprzez wprowadzenie systemów mobilnych angażujących przeszkolonych wolontariuszy, jak również powstanie zespołów jednoosobowych szybkiego reagowania. W tej części pracy podkreślono również konieczność przeprowadzenia badań w zakresie wprowadzenia jasnych procedur prawnych dotyczących stwierdzenia zgonu przez ratowników medycznych, co mogłoby ograniczyć liczbę sytuacji, w których obawy przed odpowiedzialnością karną wpływały na decyzje personelu medycznego.

Czwarty rozdział pracy stanowi podsumowanie wyników przeprowadzonej procedury badawczej, dotyczącej funkcjonowania i modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce. W ankiecie udział wzięli pracownicy systemu PRM – ratownicy medyczni, lekarze oraz pielęgniarki, co pozwoliło na zebranie opinii osób mających bezpośrednie doświadczenie w pracy w strukturach państwowego ratownictwa. Omówiono przyjętą metodologię badawczą, w tym wykorzystanie analizy ilościowej i jakościowej oraz poszczególne struktury zastosowanego kwestionariusza ankietowego. Następnie przedstawiono i omówiono kluczowe wyniki badania, wskazujące na najważniejsze problemy systemu, takie jak przeciążenie zespołów ratownictwa, brak jednoznacznych procedur prawnych czy niewystarczające finansowanie. W tej części przedstawiono również próbę oceny zaproponowanych reform, w tym potencjalnego wprowadzenia jednoosobowych zespołów ratowniczych oraz angażowania wolontariuszy do działań ratowniczych. Analiza wyników ankiety pozwoliła na

sformułowanie rekomendacji dotyczących zmian w systemie PRM, uwzględniających zarówno aspekty prawne, jak i organizacyjne.

Piąty rozdział dysertacji poświęcono przedstawieniu rekomendacji dla zmian w polskim systemie ratownictwa medycznego, opartych na analizie wyników przeprowadzonych badań.

Tak zaplanowana i zrealizowana struktura dysertacji umożliwiła kompleksową analizę problematyki funkcjonowania i modernizacji systemu PRM, łącząc podejście teoretyczne, porównawcze oraz empiryczne. Wnioski płynące z przeprowadzonych badań mogą stanowić podstawę do dalszej dyskusji nad kierunkami reform systemu ratownictwa w Polsce oraz praktyczną formą ich wdrożenia.

Zrealizowane na potrzeby niniejszej dysertacji badanie wpisuje się w obszar analizy polityk publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem polityki zdrowotnej oraz skuteczności mechanizmów zarządzania sytuacjami kryzysowymi. W kontekście badań nad procesami kształtowania polityk publicznych (oraz kierunkami ich reformowania) istotnym aspektem było pozyskanie opinii pracowników sektora ratownictwa medycznego. Zdaniem autora – również ratownika medycznego – zebrane przez tę grupę zawodową doświadczenia nie tylko mogą, ale i powinny stać się najważniejszym elementem w procesie opracowywania strategii reform systemowych. Celem przeprowadzonej w badaniu analizy było nie tylko określenie aktualnego poziomu efektywności funkcjonowania systemu. Zaprezentowane wyniki badania w zamiarze autora stanowić mogą zarówno merytoryczną podstawę do dalszych dociekań naukowych w tym zakresie, jak i przyczynić się do sformułowania rekomendacji mających na celu optymalizację funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Rozdział I

Aktualny stan systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

1.1. Systemowe ujęcie bezpieczeństwa w polityce publicznej i rola Państwowego Ratownictwa Medycznego

Ujęcie systemowe jako metodę postrzegania i opisywania rzeczywistości uznać można za najbardziej powszechną, ale także najskuteczniejszą perspektywę badawczą, wykorzystywaną praktycznie w każdej dyscyplinie naukowej, w tym w naukach o bezpieczeństwie oraz naukach politycznych. W klasycznym ujęciu pojęcie każdego systemu nawiązuje do greckiego źródłosłowu „systema” {rzecz złożona}. Nazwać nim więc należy każdą względnie trwałą, możliwą do wyodrębnienia całość, funkcjonującą według właściwych jej prawidłowości, „będąca zarazem zespołem podsystemów stanowiących jej części składowe oraz podsystemem hierarchicznie szerszych systemów”¹.

„W badaniach naukowych w Polsce nie ma zgody w definiowaniu systemu, co kontrastuje z powszechnością jego wykorzystywania w opracowaniach naukowych zaliczanych do subdyscyplin i dziedzin tworzących współczesną politologię czy nauki o bezpieczeństwie” – zauważają Przemysław Maj i Waldemar Paruch². Również i zakres semantyczny „systemu bezpieczeństwa” nie jest jednoznacznie określony. Istotnie – choć pojęcie to wydaje się być powszechnie przyjęte jako jednoznacznie zrozumiałe i używane we właściwym znaczeniu, można zauważyć pewne niejasności definicyjne, obecne w literaturze przedmiotu³.

W wymiarze politycznym można by go uznać za zbiór wzajemnie koordynujących się działań i procedur, pozwalających na utrzymanie władzy, a w szerszym ujęciu – wysiłków państwa służących obywatelom jako element budowania poczucia

¹ *System polityczny Rzeczypospolitej Polskiej*, [red:] Waniek D., Gulczyński M., Warszawa 2009, s. 8.

² P. Maj, W. Paruch, *Pojęcie systemu w badaniach politologicznych w Polsce – aspekty i kontrowersje definicyjne*, „Polityka i Społeczeństwo” 2008, nr 5, s. 66.

³ *Ibidem*, s. 68.

bezpieczeństwa. Podejście to implementuje cały wspomniany obszar w sferę polityk publicznych. Te stanowią w swej istocie wszelkie starania ośrodka rządzącego, zmierzające do takiego kształtowania warunków społecznych, ekonomicznych i instytucjonalnych, aby utrzymać społeczną akceptację dla sprawowanej władzy oraz ograniczyć skłonność do jej kwestionowania lub zmiany. Mieszczą się w nich zarówno działania o charakterze regulacyjnym i organizacyjnym, jak i interwencje w sferze bezpieczeństwa, zdrowia, redystrybucji zasobów oraz zarządzania ryzykiem, które pozwalają władzy publicznej nie tylko reagować na problemy społeczne, lecz także aktywnie nimi zarządzać w celu stabilizacji porządku politycznego⁴.

W takim ujęciu polityka rozumiana jest nie wyłącznie jako proces rywalizacji o władzę, lecz jako zespół działań ukierunkowanych na jej utrzymanie poprzez zarządzanie kluczowymi obszarami funkcjonowania państwa i społeczeństwa. Polityki sektorowe stanowią w tym sensie instrumentalne rozwinięcie logiki politycznej, ponieważ obejmują te sfery aktywności państwa, które mają bezpośredni wpływ na stabilność porządku społecznego, poziom akceptacji władzy oraz zdolność do neutralizowania zagrożeń systemowych⁵.

Do obszarów tych zalicza się w szczególności politykę zdrowotną, której znaczenie wykracza poza wymiar administracyjny czy techniczny, a dotyka podstawowego wymiaru relacji państwo–obywatel, jakim jest ochrona życia i zdrowia⁶. Z tej perspektywy ratowanie życia nie stanowi jedynie zadania operacyjnego wyspecjalizowanych służb, lecz element strategiczny, nierozdzielnie związany z legitymizacją władzy publicznej. System bezpieczeństwa, w tym Państwowe Ratownictwo Medyczne, należy zatem postrzegać jako strukturę podporządkowaną szerszej logice politycznej, w której skuteczność reagowania kryzysowego oraz zdolność do ochrony obywateli pełnią funkcję stabilizującą porządek polityczny i ograniczającą ryzyko erozji zaufania społecznego.

Dla potrzeb tej pracy Autor przyjmuje, że system bezpieczeństwa państwa to kompleksowy układ instytucji, procedur i mechanizmów, których zasadniczym celem jest ochrona zdrowia i życia obywateli, a także zabezpieczenie mienia oraz zapewnienie porządku publicznego. W skład tej struktury wchodzi różne organy państwowe, z których

⁴ E. Bujwid-Kurek, *Władza polityczna a system polityczny – wokół kategorii politologicznych uwag kilka*, „Horyzonty Polityki” 10/2019, s. 29-30.

⁵ J. Hausner, *Polityka a polityka publiczna*, „Journal of Public Governance” 1/2007, s. 49-50.

⁶ S. Kawalko, *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 11/2014, s.327.

kluczową rolę pełnią służby mundurowe, administracja państwowa oraz system ochrony zdrowia. Integralnym elementem tej struktury, szczególnie w kontekście zarządzania i reagowania kryzysowego, jest Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM).

Według Waldemara Kitlera „system bezpieczeństwa narodowego to całokształt zorganizowanych działań i zasobów, które państwo, jego władze i społeczeństwo podejmują w celu przeciwdziałania zagrożeniom dla niepodległości, integralności terytorialnej oraz suwerenności państwa”⁷. Kitler zdecydowanie podkreśla, że bezpieczeństwo narodowe obejmuje szerokie spektrum działań, od obrony militarnej, przez zarządzanie kryzysowe, po utrzymanie porządku wewnętrznego i zapewnienie stabilności gospodarczej. Z kolei Stanisław Koziej definiuje system bezpieczeństwa narodowego jako „całość organizacji, sił, środków oraz działań realizowanych przez państwo w celu zapewnienia jego trwałości i odporności na różnorodne zagrożenia, zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne”⁸.

System ten obejmuje zarówno struktury wojskowe, jak i cywilne, które razem tworzą spójny mechanizm obrony i zarządzania w sytuacjach kryzysowych. Głównym zadaniem systemu bezpieczeństwa narodowego Polski jest przeciwdziałanie różnorodnym zagrożeniom, a także zarządzanie nimi w sytuacjach kryzysowych. W ramach tego systemu wyodrębnić można podstawowe elementy, czyli: Siły Zbrojne RP, Policję, Państwową Straż Pożarną, Straż Graniczną, a także systemy ratownicze, z których najważniejszą funkcję pełni właśnie PRM. Choć każdy z elementów systemu posiada własne zadania, to jednak współpraca między nimi – zwłaszcza w sytuacjach o charakterze nadzwyczajnym – jest niezbędna do zapewnienia efektywności całego systemu. Siły Zbrojne RP pełnią funkcję obronną, zabezpieczając integralność terytorialną kraju przed zagrożeniami zewnętrznymi oraz wewnętrznymi, w tym przed działalnością terrorystyczną. Policja Państwowa odpowiada za utrzymanie porządku publicznego oraz zapewnienie bezpieczeństwa wewnętrznego, natomiast Państwowa Straż Pożarna skupia się na przeciwdziałaniu zagrożeniom wynikającym z klęsk żywiołowych, pożarów oraz innych katastrof, stała się także dość uniwersalną służbą ratowniczą o coraz szerszym zakresie działania. Straż Graniczna odgrywa kluczową rolę w ochronie granic państwowych oraz zwalczaniu przestępczości transgranicznej, w tym nielegalnego przemytu i nieuregulowanego przepływu ludności. Państwowe

⁷W. Kitler, *System bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej. Podstawy prawne, organizacyjne i funkcjonalne*, Warszawa 2011, s.11.

⁸S. Koziej, *Teoria i praktyka bezpieczeństwa*, Warszawa 2011, s.30.

Ratownictwo Medyczne (PRM) jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia, jednak jego znaczenie daleko wykracza poza standardowe działania medyczne⁹. Głównym zadaniem PRM jest udzielanie natychmiastowej, profesjonalnej pomocy medycznej w sytuacjach nagłych zagrożeń zdrowia i życia, takich jak wypadki komunikacyjne, katastrofy naturalne, nagłe zachorowania czy inne klęski żywiołowe¹⁰.

1.2. System ratownictwa medycznego w Polsce – definicja, struktura i uwarunkowania prawne funkcjonowania

Podjmując próbę zdefiniowania pojęcia systemu ratownictwa medycznego, warto zauważyć, że zjawisko ratowania towarzyszy ludzkości praktycznie od zarania dziejów. Jak zauważa Paweł Gromek, autor monografii *Ratownictwo w ochronie ludności. Istota. System. Kierunki rozwoju*, „na ratownictwo powinny więc składać się działania zmierzające do ochrony ludzi, a także mienia i środowiska w zakresie niezbędnym do ich przeżycia w wymiarach biologicznym i bytowo-kulturowym”¹¹. Przytoczyć można również tożsame, a jednocześnie wychodzące z odmiennego punktu widzenia spostrzeżenie Izabeli Szustkiewicz, że „ratownictwo pojawia się zawsze w stanach nagłego zagrożenia, kiedy nieudzielenie pomocy powoduje pogorszenie się stanu zdrowia bądź utratę życia poszkodowanego”¹². Można więc przyjąć, że już sam fakt pojawienia się zagrożenia dla zdrowia lub życia (w domyśle – powstania potrzeby ratowania), w pewnym sensie determinuje pojawienie się terminu ratownictwa.

Definicje proponowane przez wymienionych badaczy łączy przedstawienie ratownictwa jako ogółu działań mających na celu zniwelowanie zagrożenia dla życia lub zdrowia. Dostępność ratownictwa, czyli dostępność „możliwości bycia uratowanym”, zdaje się wpisywać w hierarchię głównych potrzeb autorstwa Abrahama Masłowa – ratowanie jest formą zadbania o bezpieczeństwo, a więc jedną z podstawowych potrzeb człowieka.

⁹ Ł. Szewczyk, „System powiadamiania ratunkowego, Wiedza Obronna 3-4/2016, s.195..

¹⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2024 poz. 652, art. 1.

¹¹ P. Gromek, *Ratownictwo w ochronie ludności. Istota, system, kierunki rozwoju*, Warszawa 2015, s. 16.

¹² I. Szustkiewicz, *Ratownictwo chemiczno-ekologiczne w strukturach Państwowej Straży Pożarnej*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2012, nr 2 s. 10.

Z perspektywy nauk o polityce i administracji dostępność ratownictwa medycznego nie jest jednak wyłącznie kategorią opisującą poziom realizacji podstawowych potrzeb jednostki, lecz stanowi również istotny element relacji między obywatelem a państwem. W tym ujęciu zapewnienie ochrony życia i zdrowia wpisuje się w klasyczne rozumienie umowy społecznej, w szczególności w jej lockowski wymiar, zgodnie z którym jednostki przekazują część swojej wolności władzy publicznej w zamian za gwarancję bezpieczeństwa oraz ochronę dóbr podstawowych. Skuteczność działań ratowniczych staje się więc praktycznym sprawdzianem zdolności państwa do wywiązywania się z fundamentalnych zobowiązań wobec obywateli. Sprawnie funkcjonujący system ratownictwa medycznego pełni w tym sensie rolę nie tylko ochronną, lecz także legitymizującą władzę, wzmacniając zaufanie społeczne do instytucji publicznych i potwierdzając ich zdolność do reagowania na sytuacje graniczne. Ratownictwo medyczne przestaje tym samym być wyłącznie domeną działań technicznych czy organizacyjnych, a staje się jednym z narzędzi realizacji polityki publicznej, poprzez które państwo materializuje swoją rolę gwaranta bezpieczeństwa, porządku społecznego oraz trwałości ładu politycznego¹³.

Podjmując z kolei próbę zdefiniowania ratownictwa jako elementu mającego bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo państwa, warto przytoczyć informacje zawarte w artykule Jana Ziobry *Uwarunkowania i konteksty organizacji sprawnego ratownictwa*, w którym ratownictwo określone jest jako: „Jedna z istotnych sfer w systemie bezpieczeństwa każdego demokratycznego państwa. W ogólnym ujęciu kojarzona jest z niesieniem pomocy ludziom przez ratowanie ich życia, zdrowia, dóbr materialnych oraz środowiska naturalnego, które są zagrożone różnorodnymi nagłymi niebezpiecznymi zdarzeniami”¹⁴. Jak widać, ratownictwo w swych ramach zawiera niesienie pomocy nie tylko ludziom, lecz dotyczyć może chociażby środowiska naturalnego i dóbr materialnych.

Decydując się z kolei na próbę wypracowania definicji pojęcia systemu ratowniczego, należy uzupełnić ogólne wnioski dotyczące czynności ratowania o bezpośrednią analizę pojęcia określanego mianem systemu ratowniczego. Autorzy pracy *Państwowe ratownictwo medyczne w Polsce* podają, że „System Państwowe

¹³ M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, 2020, s.107

¹⁴ J. Ziobro, *Uwarunkowania i konteksty organizacji sprawnego ratownictwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP”, 2022, nr 81, s. 139.

Ratownictwo Medyczne powstał, by zapewnić pomoc każdej potrzebującej osobie, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹⁵. Wskazana definicja wydaje się trafna, jednak zdaniem autora niniejszej pracy zdecydowanie wymaga ona rozwinięcia i doprecyzowania. *Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej* podają, że „system ratownictwa medycznego jest szczególnym systemem, powołanym w celu ratowania zdrowia i życia ludzi, w którym integracja i koordynacja działań poszczególnych podmiotów ma decydujące znaczenie dla jego efektywności”¹⁶. Warto w tym miejscu podkreślić, że nauka wyróżnia „dwa podstawowe modele ratownictwa medycznego: model francusko-niemiecki i model angielsko-amerykański. Wspólne dla obu systemów jest dążenie do zapewnienia efektywnej i szybkiej pomocy w stanach zagrożenia życia lub zdrowia (wypadki, katastrofy). Różni je za to intensywność wykorzystania na miejscu zdarzenia podstawowych i zaawansowanych zabiegów ratujących życie oraz kwalifikacje członków zespołów ratowniczych”¹⁷.

W ujęciu politologicznym wybór konkretnego modelu ratownictwa medycznego nie ma jednak charakteru wyłącznie technicznego czy organizacyjnego, lecz stanowi efekt decyzji o wyraźnym wymiarze publicznym i władczym. Preferencja dla jednego z rozwiązań odzwierciedla bowiem szerszą filozofię państwa w zakresie roli administracji publicznej, stopnia profesjonalizacji służb oraz zakresu odpowiedzialności, jaką władza bierze na siebie w obszarze ochrony życia i zdrowia obywateli. Model francusko-niemiecki, oparty na silnej obecności lekarza i wysokiej ingerencji medycznej już na miejscu zdarzenia, wpisuje się w tradycję państwa opiekuńczego, w którym kluczowe funkcje bezpieczeństwa zdrowotnego są silnie instytucjonalizowane i scentralizowane. Z kolei model angielsko-amerykański, akcentujący szybki transport pacjenta do wyspecjalizowanych ośrodków, koreluje z podejściem bardziej menedżerskim, nastawionym na efektywność systemową, optymalizację kosztów oraz wykorzystanie procedur standaryzowanych. Tym samym organizacja ratownictwa medycznego staje się elementem polityki publicznej sensu stricto – obszarem, w którym rozstrzygane są napięcia między dostępnością usług, kosztami ich świadczenia, zakresem interwencji

¹⁵ D. Ślęzak, P. Żuratyński, K. Krzyżanowski, A. Kalis, *Państwowe ratownictwo medyczne w Polsce*, „Postępy Nauk Medycznych” 2019, nr 4, s. 158.

¹⁶ J. Karski, A. Nogalski, *Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej*, [w:] *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Zawadzki A. (red.), Warszawa 2007, s. 349.

¹⁷ G. Kunikowski, K. Rostek, *Analiza porównawcza modeli systemów ratownictwa w Polsce i w wybranych krajach*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” 2018, nr 2, s. 30.

państwa oraz społecznymi oczekiwaniami wobec władzy w sytuacjach zagrożenia egzystencjalnego¹⁸.

System ratownictwa medycznego w Polsce nosi nazwę Państwowego Ratownictwa Medycznego. Został on utworzony w celu realizacji zadań państwa, „polegających na zapewnieniu pomocy każdemu, kto znajdzie się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”¹⁹. Prawne ramy funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce określa Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁰. Artykuł 1 tejże ustawy stanowi, że „w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem”. Uzupełnienie przytoczonej definicji stanowi artykuł 32, określający, że jednostkami systemu są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (...). Z systemem współpracują jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (...)”²¹.

W efekcie wprowadzenia do polskiego porządku prawnego wspomnianej ustawy, zdefiniowany został również element składowy opisanego systemu, czyli Zespół Ratownictwa Medycznego – określony jako „jednostka systemu (...), podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie”²². Zakres świadczeń udzielanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego artykuł 3 ustawy definiuje je jako „świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”²³. Warto zauważyć, że sformułowanie to bezpośrednio nawiązuje do przytoczonych na wstępie definicji ratownictwa medycznego, stanowiąc jednocześnie ich potwierdzenie.

¹⁸ T. Terlikowski, Polityczno-prawne aspekty uwarunkowań bezpieczeństwa powszechnego w zakresie ochrony ludności. "Zeszyty Naukowe SGSP/Szkoła Główna Służby Pożarniczej 3/2018 s. 68-72.

¹⁹ M. Romańczuk, *Prawne aspekty ratownictwa medycznego i zarządzania kryzysowego w Polsce*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” 2018, nr 2, s. 30.

²⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U.2024.0.652 (t.j.)

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

1.3. Aktualny model systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – struktura, zasoby i efektywność działania

System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) obecnie tworzą zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM), które funkcjonują w ramach podmiotów leczniczych będących samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, jednostkami budżetowymi lub spółkami kapitałowymi, w których ponad połowa udziałów lub akcji należy do Skarbu Państwa bądź jednostek samorządu terytorialnego. Do systemu PRM należą także szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) świadczące usługi medyczne na podstawie podpisanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo z systemem PRM współpracują centra urazowe oraz wyspecjalizowane jednostki szpitalne, które ujęte zostały w wojewódzkim planie działania systemu PRM. Ponadto system PRM współdziała z innymi służbami, w tym m.in.: strażą pożarną, policją i ochotniczymi pogotowiami ratunkowymi.

W celu sprawnego działania systemu i zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia, każde województwo podzielone zostało przez swoich wojewodów na rejony operacyjne²⁴. Na koniec 2022 r. istniały 23 dyspozytornie medyczne. Każde województwo zostało określone jako obszar działania jednej dyspozytorni. Do roku 2028 planowana jest redukcja liczby dyspozytorni do 16 wojewódzkich (po 1 dyspozytorni na każde województwo) oraz 2 dodatkowych dla Mazowsza i Śląska, co wynika z największej liczby mieszkańców na tych obszarach.

Z punktu widzenia państwa proces centralizacji dyspozytorni medycznych oraz redukcji ich liczby wpisuje się w logikę racjonalizacji kosztów funkcjonowania systemu oraz koncentracji zasobów organizacyjnych i kadrowych. Rozwój nowoczesnych środków telekomunikacji, cyfrowych systemów obsługi zgłoszeń oraz narzędzi informatycznych umożliwia zarządzanie interwencjami ratunkowymi na coraz większych obszarach z jednego ośrodka decyzyjnego, bez konieczności fizycznej bliskości dyspozytorni względem miejsca zdarzenia. Tego rodzaju rozwiązanie pozwala ograniczyć wydatki administracyjne, zoptymalizować obsadę dyżurów oraz zwiększyć kontrolę nad funkcjonowaniem systemu na poziomie centralnym. Jednocześnie

²⁴ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2022-roku,1,13.html> [dostęp: 02.09.2024].

centralizacja ta może rodzić wątpliwości z perspektywy obywatela, dla którego zwiększenie dystansu pomiędzy ośrodkiem dyspozytorskim a miejscem zamieszkania może być postrzegane jako potencjalne oddalenie instytucji publicznej od lokalnych potrzeb. W praktyce jednak, przy sprawnie działających kanałach komunikacji i zachowaniu norm czasowych reakcji, różnica ta może pozostać dla użytkownika systemu niemal niezauważalna, podczas gdy państwo osiąga wymierne korzyści finansowe i organizacyjne²⁵.

Zespoły ratownictwa medycznego i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego zapewniają pozaszpitalną pomoc medyczną osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. W skład podstawowego ZRM wchodzi co najmniej dwie osoby z uprawnieniami do wykonywania medycznych czynności ratunkowych – ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, zaś specjalistyczny ZRM tworzy lekarz systemu wraz z dwiema osobami uprawnionymi do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Skład LZRM tworzą: pilot zawodowy, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu. Zdecydowanie najczęściej w skład zespołów ratownictwa medycznego (w tym LZRM) wchodzi ratownicy medycy – jest ich 11 095, liczba pielęgniarek systemu wynosi 1087, zaś lekarzy systemu 345. *W 2022 r., podobnie jak w latach poprzednich, utrzymywała się tendencja spadkowa dotycząca liczby pielęgniarek i lekarzy systemu PRM. Liczba pielęgniarek systemu PRM zmniejszyła się w porównaniu z 2021 r. o 4,4%, a liczba lekarzy systemu PRM o 22,6%. W stosunku do poprzedniego roku liczba ratowników medycznych zwiększyła się o 0,9%*²⁶.

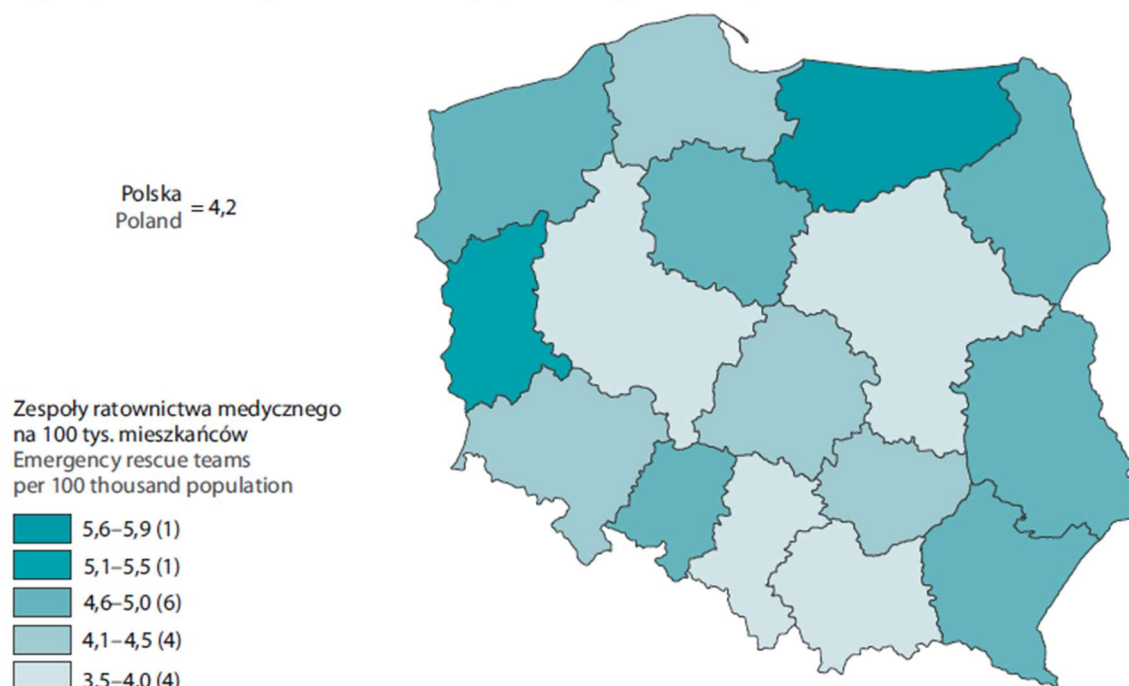
Według danych GUS w 2022 r. system PRM tworzyły 1592 ZRM, w tym 1271 (79,8%) zespołów podstawowych oraz 321 (20,2%) zespołów specjalistycznych. Liczba LZRM wynosiła 21²⁷. Dostępność do świadczeń udzielanych w ramach systemu PRM mierzona jest na podstawie ilości ZRM przypadających na 100 tys. mieszkańców danego województwa. Średnia tego wskaźnika dla Polski wynosi: 4,2, najwyższą wartość dostępności odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (5,9), najniższą zaś w województwie wielkopolskim (3,5). Dane zostały zaprezentowane poniżej na mapie uwzględniającej wskaźnik dostępności dla poszczególnych województw (Rysunek 1.1).

²⁵ M. Krawczyk, Ocena przygotowania systemu ratownictwa do przeciwdziałania epidemiom na przykładzie Covid-19. „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” 10/2020, s.51.

²⁶ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku, op.cit*

²⁷ *Ibidem.*

Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.
Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2022



Rysunek 1.1. Źródło: GUS.

W sumie ZRM i LZRM wykonały w 2022 r. 3,1 mln wyjazdów oraz wylotów do miejsc wezwania. Niezależnie od województwa, najczęściej (78% wszystkich interwencji) pomoc medyczna wzywana była do domów pacjentów, zaś 16% wszystkich wezwań udzielano w miejscach określanych jako „inne”, czyli niezakwalifikowane do żadnej z następujących kategorii: dom, ruch uliczno-drogowy, praca i szkoła.

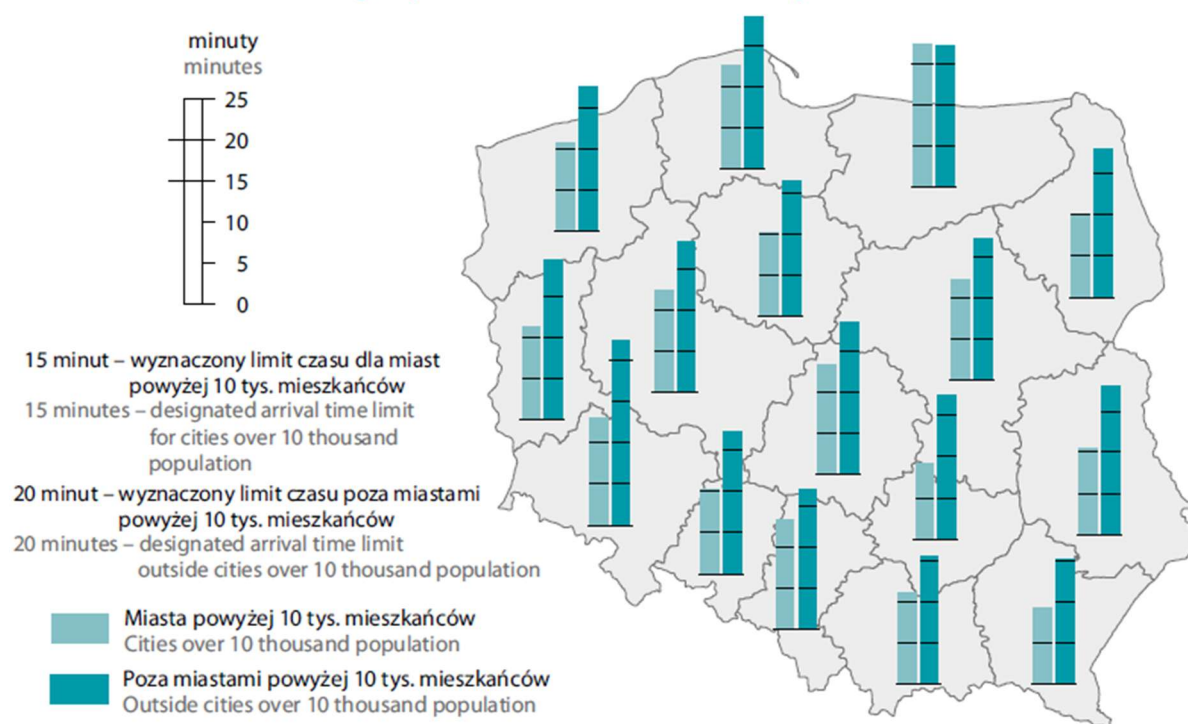
Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym to na wojewodach spoczywa obowiązek raportowania czasów reakcji ZRM na wezwania. Czas ten określany jest od momentu zatwierdzenia wyjazdu przez dyspozytora medycznego do chwili dotarcia zespołu na miejsce zdarzenia. Reakcja ZRM badana jest na podstawie wyliczenia mediany trzeciego kwartyła oraz najdłuższego dopuszczalnego czasu dotarcia dla konkretnych uwarunkowań. Analiza tych danych prowadzona jest w comiesięcznych cyklach z zastrzeżeniem, że mediana czasów dotarcia nie powinna w żadnym miesiącu wynosić więcej niż:

- a) 8 minut w mieście o liczbie mieszkańców przekraczającej 10 tys. (trzeci kwartył wynosi: 12 minut),

- b) 15 minut poza miastem o liczbie mieszkańców przekraczającej 10 tys. (trzeci kwartyl wynosi: 20 minut).

Z danych GUS podsumowujących 2022 r. w sposób jednoznaczny wynika, że mediana określająca dopuszczalny czas dotarcia ZRM na miejsce wezwania, wyliczana dla miast o liczbie mieszkańców przekraczającej 10 tys. została przekroczone we wszystkich województwach. Podobnie sytuacja prezentuje się w przypadku mediany określonej dla terenów powyżej 10 tys. mieszkańców – również we wszystkich województwach została przekroczone jej dopuszczalna wartość. Szczegółowe dane prezentuje poniższa mapa (Rysunek 1.2). Warto jednocześnie zwrócić uwagę na fakt, że większość wezwań ZRM (aż 59,7% wszystkich interwencji) nie była efektem bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.

Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2022 r.
Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place in 2022



Rysunek 1.2. Źródło: GUS.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR) posiada 21 całorocznych baz Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) oraz 1 bazę sezonową, uruchamianą w okresie wakacyjnym w Koszalinie. Każde województwo posiada po 1 bazie HEMS, wyjątek stanowią:

- województwo mazowieckie (3 bazy HEMS oraz 1 lotniczy zespół transportu medycznego)
- województwo podlaskie (2 bazy HEMS)
- województwo lubuskie (2 bazy HEMS)
- województwo wielkopolskie (2 bazy HEMS)

Całodobowe dyżury LPR prowadzi jedynie w 4 bazach (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław), pozostałe bazy funkcjonują w godzinach od 7 do 20. Określono konkretne wartości oznaczające czas reakcji LPR na wezwanie, zgodnie z którymi w ciągu dnia gotowość do startu powinna wynosić:

a) w dzień:

- do 3 minut, gdy promień działania wynosi max. 60 km (z wyjątkiem baz objętych wydłużeniem czasu gotowości z powodu lokalnych ograniczeń)
- do 6 minut, gdy promień działania wynosi max. 60 km, lecz wezwanie nastąpiło dłużej niż 30 minut przed wschodem słońca do godziny 6:30 (dotyczy baz pełniących dyżury całodobowe)
- do 6 minut, gdy promień działania zawiera się w granicach 60 km – 130 km (z wyjątkiem baz objętych wydłużeniem czasu gotowości z powodu lokalnych ograniczeń)
- do 15 minut, gdy promień działania przekracza 130 km

b) w nocy (dotyczy jedynie baz całodobowych):

- do 15 minut dla wezwań w promieniu max. 60 km
- do 30 minut dla wezwań w promieniu powyżej 60 km

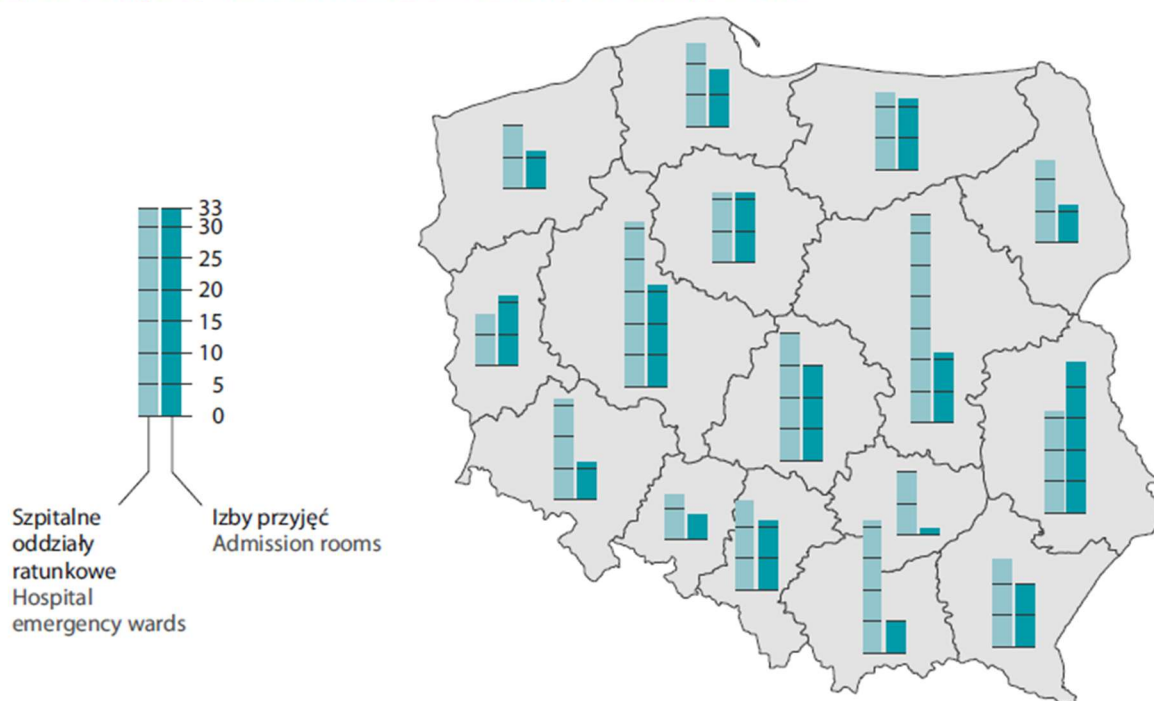
Wyżej wymienione czasy reakcji nie znajdują zastosowania w przypadku prowadzenia działań na terenach górskich, w lotach we współpracy z innymi służbami (Policją, Państwową Strażą Pożarną, Strażą Graniczną itd.) oraz gdy lot wymaga zastosowania inkubatora dla noworodków i niemowląt.

Liczba lotów wykonanych przez LPR w 2022 r. wyniosła 7 784. Najczęściej wezwania dotyczyły miejsc określanych jako „zdarzenia w ruchu uliczno-drogowym” oraz „inne” – 83,7% wszystkich lotów. Podstawowe rodzaje wezwań pogotowia lotniczego stanowią: wypadki komunikacyjne, udary mózgu, nagłe zatrzymania krążenia, urazy różnego pochodzenia. Nierzadko zdarzają się również interwencje w efekcie

między innymi utraty przytomności, duszności, bólu w klatce piersiowej, drgawek, zasląbnień i urazów różnego pochodzenia.

W skład systemu PRM wchodzi również Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR), które z założenia udzielają świadczeń zdrowotnych mających na celu prowadzenie wstępnych czynności diagnostycznych oraz zapewniają leczenie konieczne dla podtrzymania funkcji życiowych wobec pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia ich stanu zdrowia. W roku 2022 w Polsce istniały 244 SOR zapewniające pomoc ambulatoryjną i stacjonarną oraz 157 izb przyjęć (IP), w których udzielano pomocy jedynie w charakterze ambulatoryjnym (Rysunek 1.3).

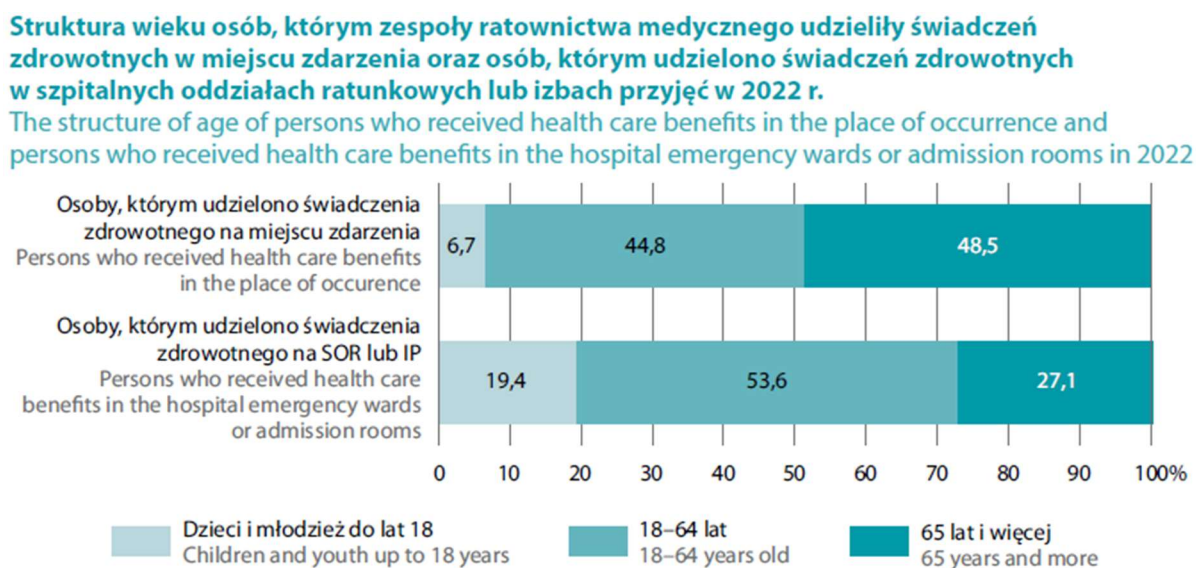
Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2022 r.
Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2022



Rysunek 1.3. Źródło: GUS.

W 2022 r. z pomocy w trybie ambulatoryjnym na SOR i IP przyjęć skorzystało 3,8 mln osób, zaś liczba osób leczonych w trybie stacjonarnym na SOR przekroczyła 1,8 mln. Statystycznie na 1 tys. osób z pomocy SOR lub IP skorzystało 130 osób. Analizując strukturę wieku pacjentów korzystających ze stacjonarnych form pomocy, warto zauważyć, że dzieci i młodzież do lat 18 stanowiły 19,4% wszystkich pacjentów. Jednocześnie ta sama grupa pacjentów stanowiła zaledwie 6,7% przyczyn wezwań ZRM/LZRM. Co ciekawe, odmienna sytuacja dotyczy pacjentów w wieku powyżej 65

lat – procent udzielanych im świadczeń stacjonarnych wynosił 27,1, zaś świadczeń na miejscu zdarzenia – 48,5. Pełne dane obrazuje poniższy diagram (Rysunek 1.4).



Rysunek 1.4. Źródło: GUS.

Obecnie system PRM tworzą również centra urazowe (CU) i centra urazowe dla dzieci (CUD). Zarówno CU, jak i CUD (przeznaczone dla poszkodowanych poniżej 18 roku życia) stanowią rozwinięcie SOR w stopniu umożliwiającym szybką diagnostykę i podjęcie natychmiastowego leczenia pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia w efekcie obrażeń ciała o charakterze ciężkim lub mnogim. W skład CU wchodzi:

- oddział anestezjologii i intensywnej terapii z gotowością co najmniej dwóch stanowisk
- blok operacyjny ze stałą gotowością co najmniej jednej sali operacyjnej
- całodobowa pracownia endoskopii zabiegowej i diagnostycznej
- inne oddziały, jak np. chirurgia ogólna, ortopedia i traumatologia, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa

Z kolei CUD zapewnia:

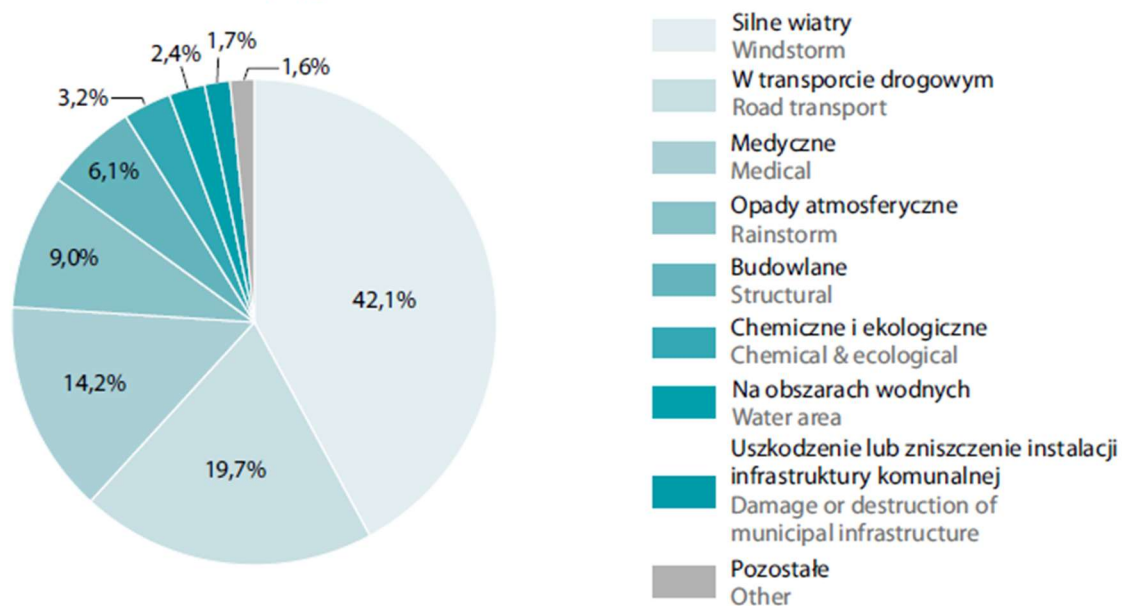
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii z gotowością co najmniej dwóch stanowisk

- blok operacyjny ze stałą gotowością co najmniej jednej sali operacyjnej
- oddział chirurgii dziecięcej i oddziały lub specjalistów neurochirurgii, lub neurotraumatologii oraz ortopedii i traumatologii

W 2022 r. funkcjonowało 17 CU oraz 11 CUD, w których leczeniu poddano 2,8 tys. pacjentów. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym zakłada, że CU i CUD stanowią zabezpieczenie dla populacji nie mniejszej niż 1 mln mieszkańców, których czas dotarcia do centrum urazowego nie powinien przekraczać 1,5 godziny. Zarówno CU, jak i CUD musi posiadać lądowisko mogące przyjąć śmigłowiec LPR i zlokalizowane w takiej odległości, by transport pacjenta ze śmigłowca do centrum urazowego nie wymagał wykorzystania specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Warto dodać, że z systemem PRM stale współpracują również inne służby przeznaczone do ratowania ludzkiego życia i zdrowia: PSP, jednostki OSP należące do systemu KRSG, jednostki MON i MSW. W sumie, jednostki straży pożarnej interweniowały w 2022 r. 608,8 tys. razy, najczęściej w celu niwelowania skutków silnych wiatrów (125,4 tys. zgłoszeń) i pożarów (136 tys.) oraz w efekcie fałszywych wezwań (47,9 tys.). Strukturę wszystkich interwencji przedstawia poniższy diagram (Rysunek 1.5)

Struktura miejscowych zagrożeń wg ich rodzaju w 2022 r.
Structure of local threats by type in 2022



Rysunek 1.5. Źródło: Dane GUS.

Dostępne są również dane dotyczące współpracy z systemem PRM organizacji społecznych: Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które udzielają pomocy szczególnie osobom znajdującym się w trudnych warunkach terenowych i pogodowych. Statystyki dla tych organizacji za rok 2022 są następujące:

- ratownicy GOPR interweniowali 2550 razy, udzielając pomocy 2699 poszkodowanym,
- ratownicy TOPR interweniowali 939 razy, udzielając pomocy 1089 poszkodowanym,
- ratownicy WOPR interweniowali 1813 razy wobec osób tonących.

Istnieje również szereg innych organizacji i jednostek społecznych podejmujących regularną lub okazjonalną współpracę z systemem PRM wynikającą z zadań ustawowych lub w efekcie celów statutowych.

W ujęciu politologicznym przedstawiony model PRM ujawnia system o wysokim stopniu instytucjonalizacji, rozbudowanej strukturze organizacyjnej oraz znacznym zaangażowaniu zasobów publicznych, którego zasadniczą funkcją jest nie tylko

reagowanie na nagłe zagrożenia zdrowia i życia, lecz także stabilizowanie relacji państwo–obywatel w sytuacjach kryzysowych²⁸. Pełni rolę jednej z najbardziej widocznych i bezpośrednio doświadczanych przez obywateli polityk sektorowych, w której skuteczność działania przekłada się wprost na poziom zaufania do instytucji publicznych oraz ocenę sprawności państwa jako organizatora bezpieczeństwa²⁹.

Z perspektywy systemowej model PRM opiera się na silnej koordynacji centralnej, przy jednoczesnym zachowaniu wykonawczej roli struktur regionalnych i lokalnych. Centralizacja dyspozytorni medycznych, standaryzacja procedur operacyjnych oraz precyzyjne normowanie czasów reakcji wpisują się w logikę zarządzania państwem opartą na kontroli, mierzalności i formalnej odpowiedzialności administracyjnej. Tego rodzaju rozwiązania zwiększają przejrzystość systemu z punktu widzenia decydenta publicznego, lecz jednocześnie uwidaczniają napięcie pomiędzy efektywnością organizacyjną a społecznym postrzeganiem dostępności i „bliskości” instytucji ratunkowych³⁰.

Analiza danych dotyczących zasobów kadrowych, rozmieszczenia zespołów oraz czasów dotarcia ujawnia istotną sprzeczność pomiędzy normatywnymi założeniami systemu a jego realną wydolnością operacyjną. Powszechne przekraczanie dopuszczalnych median czasów reakcji, nierównomierna dostępność zespołów ratownictwa medycznego w układzie regionalnym oraz narastające braki kadrowe wśród lekarzy i pielęgniarek systemu wskazują, że efektywność PRM w coraz większym stopniu opiera się na adaptacyjnych zdolnościach personelu oraz elastyczności operacyjnej, a nie wyłącznie na formalnie zaprojektowanych mechanizmach organizacyjnych. W tym sensie system funkcjonuje na granicy swoich zdolności strukturalnych, kompensując niedostatki instytucjonalne wysiłkiem jednostek wykonawczych.

Istotnym elementem modelu PRM jest również jego silne powiązanie z innymi segmentami systemu bezpieczeństwa państwa, w szczególności z Państwową Strażą Pożarną, Policją oraz wyspecjalizowanymi formacjami ratownictwa ochotniczego. Współdziałanie to nadaje PRM charakter węzła koordynacyjnego w obszarze reagowania

²⁸ I. Denysiuk, Zarządzanie kryzysowe w Polsce jako specyficzne zadanie administracji publicznej realizowane na rzecz ochrony ludności. „De Securitate et Defensione. O bezpieczeństwie i obronności”. 2/2020 s.172.

²⁹ Ł. Szewczyk, B. Tworowski, Międzynarodowy wymiar polskiego ratownictwa." Ochrona ludności i dziedzictwa kulturowego 3/2023, s. 30-31.

³⁰ E. Kubas, System kontroli administracji publicznej w Polsce. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego-Seria Prawnicza” 15/2014, s.74.

kryzysowego, lecz jednocześnie rozmywa granice odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi podmiotami. Z punktu widzenia polityki publicznej oznacza to przesunięcie ciężaru zarządzania ryzykiem z poziomu jasno zdefiniowanych kompetencji na poziom praktyki operacyjnej i współpracy międzyinstytucjonalnej, co zwiększa odporność systemu w sytuacjach nadzwyczajnych, lecz utrudnia jednoznaczną ocenę jego skuteczności³¹.

W tym kontekście Państwowe Ratownictwo Medyczne należy postrzegać nie tylko jako segment systemu ochrony zdrowia, lecz jako element infrastruktury władzy publicznej, odpowiedzialny za utrzymanie ciągłości funkcjonowania państwa w warunkach zagrożenia. Skuteczność PRM ma znaczenie wykraczające poza wymiar medyczny, ponieważ w sytuacjach krytycznych staje się bezpośrednim nośnikiem legitymizacji państwa, potwierdzającym jego zdolność do ochrony życia obywateli. Ewentualne niedomogi systemu nie pozostają neutralne politycznie, lecz mogą prowadzić do erozji zaufania społecznego, wzrostu poczucia niepewności oraz delegitymizacji działań władzy publicznej.

Z tej perspektywy aktualny model PRM ujawnia fundamentalny paradoks nowoczesnych państw: rozbudowa struktur, procedur i norm formalnych nie zawsze prowadzi do proporcjonalnego wzrostu realnej efektywności działania. System ratownictwa medycznego funkcjonuje jako obszar szczególnie wrażliwy na napięcia między racjonalnością administracyjną, ograniczeniami zasobowymi a społecznymi oczekiwaniami bezpieczeństwa. Analiza tego modelu stanowi zatem istotny punkt wyjścia do dalszych rozważań nad relacją między polityką publiczną, zdolnością państwa do reagowania kryzysowego oraz trwałością jego legitymizacji w warunkach rosnącej presji systemowej.

1.4. Podstawy prawne funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – regulacje, definicje i kluczowe zmiany legislacyjne

Prawne ramy funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) stanowią nieodłączny fundament, na którym opiera się cała struktura, organizacja

³¹ P. Romaniuk, Skuteczność zarządzania publicznego w kontekście idei zarządzania humanistycznego w podmiotach administracji publicznej. „Studia Prawnoustrojowe” 45/2019, s. s.242-245.

oraz efektywność działań tego systemu. Zapisy ustawowe określają zakres kompetencji, obowiązków i odpowiedzialności wszystkich podmiotów uczestniczących w systemie PRM. W kontekście analizy systemowej ratownictwa medycznego w Polsce, systematyzacja podstaw prawnych jest niezbędna dla właściwej oceny efektywności oraz funkcjonowania systemu ratownictwa w praktyce, co pozwala na dogłębną analizę wpływu prawa na rzeczywiste działania operacyjne. Ramy prawne regulują współpracę PRM z innymi służbami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo, takimi jak Policja, Państwowa Straż Pożarna, Siły Zbrojne RP czy organizacje pozarządowe – PRM jest częścią szerszej struktury zarządzania kryzysowego i bezpieczeństwa publicznego, co wymaga ścisłej współpracy międzysektorowej. Analiza prawnych aspektów funkcjonowania PRM pozwala także na poddanie ocenie obowiązujących regulacji.

W perspektywie systemowej regulacje dotyczące Państwowego Ratownictwa Medycznego należy interpretować jako element szerszej architektury bezpieczeństwa państwa, w której rozwiązania prawne porządkują nie tylko działania operacyjne, lecz także relacje kompetencyjne pomiędzy poszczególnymi segmentami administracji publicznej. PRM funkcjonuje na styku polityki zdrowotnej, zarządzania kryzysowego oraz bezpieczeństwa wewnętrznego, a jego organizacja odzwierciedla logikę centralnego koordynowania zasobów w sytuacjach nagłych. Tym samym ramy prawne systemu ratownictwa medycznego pełnią funkcję integrującą, podporządkowując działania różnych podmiotów jednolitemu mechanizmowi decyzyjnemu, którego nadrzędnym celem jest zapewnienie ciągłości i skuteczności reakcji państwa na zagrożenia życia i zdrowia obywateli.

1.4.1. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w Polsce jest Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410)³² zwana w dalszej części pracy „Ustawą o PRM”. Ustawa ta określa organizację, zadania oraz sposób funkcjonowania

³² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410.

systemu ratownictwa medycznego, a także prawa i obowiązki osób korzystających z pomocy ratowniczej. Ustawa o PRM była projektem rządowym, opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia. W trakcie jej tworzenia miały miejsce liczne konsultacje z ekspertami z dziedziny medycyny ratunkowej oraz przedstawicielami organizacji związanych z ochroną zdrowia³³. Projekt ustawy przeszedł ponadto przez szereg szczegółowych konsultacji międzyresortowych i społecznych, z uwzględnieniem uwag i opinii różnych zainteresowanych stron (w tym środowisk medycznych oraz organów administracji publicznej)³⁴. Ustawa o PRM wprowadziła wiele istotnych zmian w polskim systemie prawnym, stanowiąc odpowiedź na realną potrzebę stworzenia jednolitego systemu ratownictwa medycznego, funkcjonującego nieprzerwanie na terenie całego kraju.

Artykuł 1 Ustawy o PRM określa, że *w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem”*³⁵. Jest to kluczowy zapis, pozwalający określić faktyczny początek funkcjonowania w Rzeczpospolitej Polskiej normatywnego systemu ratownictwa medycznego.

Ustawa o PRM w treści artykułu 3 definiuje poszczególne pojęcia, mające dystynktywne znaczenie dla funkcjonowania ratownictwa, w szczególności:

1) dysponent jednostki – podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;

2) kwalifikowana pierwsza pomoc – czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1;

3) lekarz systemu:

a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii

albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub

³³ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/wgdruku/853>

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ *Ibidem.*

b) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub

c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty (...)

4) medyczne czynności ratunkowe – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

5) miejsce zdarzenia – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki;

6) pielęgniarka systemu – pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;

7) pierwsza pomoc – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych (...);

8) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;

9) szpitalny oddział ratunkowy – komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

10) zespół ratownictwa medycznego – jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie;

11) centrum urazowe – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

11a) centrum urazowe dla dzieci – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego dziecięcego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

12) pacjent urazowy – osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;

12a) pacjent urazowy dziecięcy – osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;

13) obszar działania – obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, o których mowa w art. 24, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności;

14) rejon operacyjny – rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu;

14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2023 r. poz. 748), przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych;

14b) segregacja medyczna – proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa

medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób;

15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego – system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego³⁶.

Zdefiniowanie tych pojęć oraz osadzenie ich w ramach obowiązujących regulacji prawnych umożliwiło powstanie jednolitego systemu państwowego ratownictwa, mającego precyzyjnie określone zadania oraz struktury. We wcześniejszym okresie, rzecz jasna funkcjonowały już w Polsce stacje pogotowia ratunkowego, których karetki i załogi docierały do osób poszkodowanych w celu udzielenia im pomocy, a szpitale zajmowały się między innymi przyjmowaniem pacjentów znajdujących się w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Przyjąć jednak należy, że dopiero wejście w życie Ustawy o PRM oznaczało faktyczne zaistnienie prawnie uwarunkowanego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ponadto Ustawa o PRM w pewnym sensie umożliwiła faktyczne funkcjonowanie zawodu ratownika medycznego. Wcześniej zawód ten wprawdzie istniał, nie był jednak formalnie uregulowany na poziomie ustawowym. Ratownicy medyczni wykonywali swoje obowiązki jedynie na podstawie ogólnych przepisów dotyczących pracowników służby zdrowia oraz wewnętrznych regulacji jednostek medycznych, w których byli zatrudnieni. Taki stan rzeczy wymagał jednak znaczących, systemowych zmian, które dotyczyć miały m.in.:

- braku formalnych i jednolitych regulacji dotyczących wykonywanego zawodu,
- niejasnego zakresu obowiązków, określonego jedynie przy pomocy wewnętrznych regulacji zakładów pracy,
- braku jednolitego programu szkoleń i certyfikacji,
- niezagwarantowanej ochrony prawnej.

³⁶ *Ibidem*.

Dopiero opracowanie artykułów 13 i 14 Ustawy o PRM pozwoliło na precyzyjne określenie wymagań dla ratowników medycznych, sprecyzowało ich kwalifikacje oraz określiło zakres wykonywanych przez nich obowiązków:

- 1) *resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;*
- 2) *tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;*
- 3) *unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;*
- 4) *ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;*
- 5) *prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;*
- 6) *stosowanie tlenoterapii biernej;*
- 7) *ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;*
- 8) *wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego*³⁷.

Zdaniem autora tej pracy klarowne określenie czynności, które ratownik medyczny może legalnie wykonywać, pozwoliło prawdziwie zaistnieć tej grupie zawodowej w świadomości społecznej. Pacjenci i ich rodziny wciąż przejawiali pewnego rodzaju opór przed zawierzeniem swojego życia lub zdrowia osobie „niebędącej lekarzem”, lecz zaufanie do ratowników medycznych stopniowo zaczynało wzrastać do poziomu pozwalającego na sprawne i godne funkcjonowanie w ramach systemu państwowego ratownictwa.

Również osoby zawodowo niezwiązane z ratownictwem medycznym zostały objęte zapisami Ustawy o PRM, której artykuł 4 określa, że: każda osoba, która zauważy innego człowieka w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jest zobowiązana do podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia odpowiednich służb³⁸. Jednocześnie należy podkreślić bardzo istotny fakt zaistnienia prawnej ochrony dla wszystkich osób udzielających pierwszej pomocy, uregulowany w artykule 5 Ustawy o PRM, który stanowi, że: *Osoby udzielające pierwszej pomocy, ratownicy medyczni oraz inne osoby zaangażowane w system ratownictwa medycznego korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych*³⁹. Zapis ten miał na celu zapewne

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ *Ibidem.*

przeciwdziałanie powszechnemu lękowi przed podejmowaniem niefachowych czynności ratowniczych, szczególnie wobec osób nieznanym, nierzadko znajdujących się w zatłoczonych miejscach publicznych lub biorących udział w ruchu uliczno-drogowym.

Istotna nowelizacja Ustawy o PRM została opublikowana 10 maja 2018 r. i miała na celu poprawę nadzoru oraz lepszą koordynację działań wewnątrz systemu ratownictwa w Polsce, ze szczególnym naciskiem na centralizację dyspozytorni medycznych, które docelowo miały swym rejonem działania odpowiadać poszczególnym województwom. Zmianę tę określa Artykuł 25 a. 1. który stwierdza, że: *Wojewoda tworzy i prowadzi jedną dyspozytornię medyczną w województwie*⁴⁰, z jednoczesnym zastrzeżeniem w punkcie 2, że *w województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć i prowadzić dwie dyspozytornie medyczne*⁴¹. Wspomniany wyjątek miał na celu uwzględnienie najwyższej gęstości zaludnienia w tych konkretnych województwach.

Wprowadzenie dyspozytorni o wojewódzkim zakresie działania pozwoliło na ujednoczenie standardów i wdrożenie spójnych procedur. Projekt zmian zakładał również poprawę komunikacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami oraz możliwość lepszego nadzoru, a co za tym idzie – szerszą analizę działań ratowniczych prowadzonych na konkretnym obszarze.

Scentralizowanie na szczeblu wojewódzkim zadań związanych z przyjmowaniem zgłoszeń alarmowych należy uznać za bardzo istotną zmianę. Wprowadzenie dyspozytorni wojewódzkich miało na celu przede wszystkim poprawę reakcji na sytuacje kryzysowe oraz bardziej wydajne zarządzanie zasobami systemu ratownictwa. Uznać należy, że w pewnym sensie proces ten faktycznie pozwolił na wykorzystanie zespołów ratownictwa medycznego tam, gdzie faktycznie są one potrzebne, a nie (jak miało to miejsce wcześniej) zgodnie z ich terenową przynależnością. Zdaniem autora niniejszej pracy fundamentalne znaczenie dla wprowadzenia tych zmian miało upowszechnienie nawigacji satelitarnej GPS i profesjonalna jego implementacja do systemu ratownictwa. Czasy, w których kierowca karetki po otrzymaniu wezwania sterczał przed wiszącą na ścianie mapą miasta lub powiatu, minęły bezpowrotnie.

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wprowadziła ponadto obowiązek utworzenia stanowiska Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego (WKRМ), którego głównymi zadaniami są:

⁴⁰ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2018 poz. 1115.

⁴¹ *Ibidem*.

- współpraca z głównym dyspozytorem medycznym oraz jego zastępcą,
- rozstrzygnięcie sytuacji spornych, dotyczących przyjęcia przez szpitale osób w stanie zagrożenia życia lub zdrowia,
- koordynowanie współpracy pomiędzy dyspozytorami w zakresie przekraczającym jeden region operacyjny,
- uczestniczenie w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego,
- współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) i innymi WKRM w celu koordynacji działań i wymiany doświadczeń,
- utrzymywanie stałego kontaktu z Centrami Zarządzania Kryzysowego.

Celem przyjętej nowelizacji było również udoskonalenie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), o czym świadczy artykuł 24g:

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) minimalne funkcjonalności SWD PRM,

2) sposób utrzymania SWD PRM,

3) sposób zarządzania SWD PRM,

4) sposób działania systemu w sytuacji awarii SWD PRM,

5) minimalne wyposażenie stanowisk pracy SWD PRM w dyspozytorni medycznej, w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego i na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

– mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego działania SWD PRM, realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych, zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz współpracy SWD PRM z systemem teleinformatycznym w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego⁴².

Z punktu widzenia nauk o polityce i administracji proces centralizacji dyspozytorni medycznych oraz wzmocnienia roli wojewodów jako kluczowych koordynatorów systemu PRM może być interpretowany jako przesunięcie ciężaru

⁴² *Ibidem.*

decyzyjnego z poziomu lokalnego na szczebel administracji rządowej w terenie. Rozwiązanie to sprzyja zwiększeniu spójności operacyjnej i jednolitości standardów, lecz jednocześnie rodzi pytania o zakres faktycznego ograniczenia wpływu władz lokalnych oraz innych przedstawicieli rządu w województwach objętych zasięgiem jednego ośrodka decyzyjnego. W sytuacji, w której dyspozytornia zlokalizowana w jednym mieście obsługuje kilka regionów, dochodzi do de facto „rozszerzenia” tradycyjnych granic kompetencyjnych, co może osłabiać pozycję lokalnych struktur administracyjnych, nawet jeśli formalnie zachowują one swoje ustawowe prerogatywy. Zjawisko to warto postrzegać nie jako jednoznacznie negatywne lub pozytywne, lecz jako przejaw szerszego trendu centralizacyjnego, charakterystycznego dla polityk publicznych realizowanych w warunkach presji na efektywność i szybkość reakcji państwa.

W ramach rozwiązań przyjętych dla poprawy działania SWD PRM nowelizacja zakładała przede wszystkim:

- wzmocnienie nadzoru nad systemem – Minister Zdrowia został wyznaczony do sprawowania bezpośredniego nadzorowania, rozwoju oraz administracji SWD PRM,
- zapewnienie bezpieczeństwa danych – w zakresie ich przetwarzania, kontroli dostępu oraz dokumentowania zmian,
- rozwój funkcjonalności – określono minimalne wymagania dotyczące tego zakresu oraz wskazano na konieczność opracowania procedur wdrażanych na wypadek awarii,
- obowiązek rejestracji i przechowywania nagrań rozmów telefonicznych – zarówno dyspozytorów, jak i WKRM⁴³.

W ujęciu politologicznym ramy prawne funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego nie pełnią wyłącznie funkcji porządkującej działania operacyjne, lecz stanowią instrument organizowania i kontroli jednego z kluczowych segmentów systemu bezpieczeństwa państwa. Ustawowe ujednolicenie struktur, kompetencji oraz procedur PRM wpisuje się w szerszą logikę centralizacji odpowiedzialności za reagowanie kryzysowe, w której państwo przejmuje rolę głównego koordynatora działań związanych z ochroną życia i zdrowia obywateli. Z perspektywy systemowej PRM funkcjonuje jako ogniwo łączące sferę zdrowia publicznego, administracji rządowej oraz aparatu bezpieczeństwa wewnętrznego, a jego sprawność operacyjna ma bezpośrednie znaczenie

⁴³ *Ibidem*.

dla społecznej oceny zdolności państwa do wypełniania podstawowych funkcji ochronnych. Tym samym prawo regulujące PRM nie tylko umożliwi działanie systemu, lecz także kształtuje relacje między władzą publiczną a obywatelami, wzmacniając lub osłabiając legitymizację państwa w sytuacjach nagłych i kryzysowych.

Również w zakresie finansowania ratownictwa medycznego w Polsce wprowadzono istotne modyfikacje. Z chwilą wejścia w życie Ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 poz. 1138)⁴⁴ doszło do przeniesienia finansowania systemu ratownictwa medycznego z budżetu państwa na Narodowy Fundusz Zdrowia. Do tej pory środki na funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego pochodziły z wygospodarowanej dla Ministerstwa Zdrowia części budżetu państwa oraz ze środków jednostek samorządu terytorialnego. Nowelizacja pozwoliła więc na scentralizowanie finansowania, a także miała na celu poprawę jakości planowania budżetowego oraz lepszą kontrolę wydatków na ratownictwo medyczne.

Kolejnym aktem prawnym regulującym w sposób kluczowy działanie systemu ratownictwa w Polsce jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁴⁵. Określiło ono przede wszystkim zakres czynności, które powinny wykonywać szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), czyli: wstępna diagnostyka i podjęcie leczenia w celu stabilizacji funkcji życiowych pacjentów z uwzględnieniem zarówno pacjentów przetransportowanych przez zespoły ratownictwa, jak i tych zgłaszających się samodzielnie⁴⁶. Jednocześnie podkreślono, że w oddziale nie powinny odbywać się planowe przyjęcia osób skierowanych na leczenie w szpitalu.

Rozporządzenie reguluje również kwestie lokalizacji i warunków technicznych, jakie SOR musi spełnić. Oddział ten powinien być zlokalizowany na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu dla transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla obu tych grup. Podjazd musi być zadaszony, automatycznie otwierany i zamykany oraz wyraźnie oznakowany. Ważne jest zapewnienie bezkolizyjnego dojazdu pojazdów sanitarnych i przystosowanie wejść do potrzeb osób niepełnosprawnych. SOR powinien mieć bezpośredni dostęp do kluczowych oddziałów medycznych, jak intensywne terapię czy diagnostykę obrazową oraz posiadać niezależne trasy komunikacyjne. Ponadto musi być

⁴⁴ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2014 poz. 1138.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz.U. 2019 poz. 1213.

⁴⁶ *Ibidem*.

wyposażony w całodobowe lotnisko lub lądowisko dla transportu lotniczego pacjentów, a jeśli nie jest to możliwe, alternatywne rozwiązania transportu muszą zapewniać dotarcie pacjentów na oddział w ciągu 5 minut⁴⁷.

Istotę rozporządzenia podkreśla fakt, że wraz z regulacjami dotyczącymi SOR, w sposób pośredni dostarcza ono wymagań koniecznych do spełnienia przez cały szpital, w którym mieści się oddział ratunkowy. Reguluje to § 4, którego brzmienie jest następujące:

1. Oddział organizuje się w szpitalu, w którym w lokalizacji oddziału znajdują się co najmniej:

1) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, a w przypadku szpitala, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959), udziela świadczeń zdrowotnych wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń – oddział chirurgii dziecięcej;

2) oddział chorób wewnętrznych, a w przypadku szpitala, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, udziela świadczeń zdrowotnych wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń – oddział pediatrii;

3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku szpitala, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, udziela świadczeń zdrowotnych wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń – oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci;

4) pracownia diagnostyki obrazowej;

5) miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Oddział ma powierzchnię wystarczającą do prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów wymienionych w § 5.

⁴⁷ Ibidem.

3. Na minimalne wyposażenie oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań składa się:

1) analizator parametrów krytycznych;

2) przyłóżkowy zestaw RTG;

3) przewoźny ultrasonograf.

4. Szpital, w którym funkcjonuje oddział, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do:

1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;

2) badania USG;

3) komputerowego badania tomograficznego;

4) badań endoskopowych, w tym: gastroskopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii⁴⁸.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego określa również wymagania kadrowe pracowników SOR, jak minimalną liczbę personelu, obowiązkowe stanowisko ordynatora będącego lekarzem z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz szczegółowe wymagania dotyczące liczby lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i personelu pomocniczego⁴⁹.

Zdaniem autora pracy, rozporządzenie zawiera szereg istotnych zmian i regulacji, będących efektem analizy wieloletnich działań i doświadczeń zarówno personelu, jak i placówek ochrony zdrowia, następujących od momentu wejścia w życie Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

1.4.2. Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych

Wejście w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych⁵⁰ zapoczątkowało szereg istotnych zmian w zakresie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz.U. 2022 poz. 2705.

Przede wszystkim w sposób szczegółowy określono zasady i warunki wykonywania pracy przez ratowników medycznych, czego w sposób bezpośredni dotyczy treść artykułu 1:

Ustawa określa:

- 1) zasady i warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego;*
- 2) zasady i organizację kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego ratowników medycznych;*
- 3) organizację i zakres działania samorządu ratowników medycznych;*
- 4) zasady odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych⁵¹.*

Zakres powyższych regulacji znacząco wpłynął na ugruntowanie pozycji ratowników medycznych w systemie państwowego ratownictwa. W sposób jednoznaczny określono również wymagania, konieczne do spełnienia przez osoby wykonujące ten zawód:

- pełna zdolność do czynności prawnych,
- odpowiedni stan zdrowia,
- znajomość języka polskiego (punkt szczególnie istotny dla osób zdobywających wykształcenie poza granicami kraju),
- odpowiedni poziom zdobytego wykształcenia,
- nienaganna postawa etyczna,
- posiadanie prawa wykonywania zawodu⁵².

Ostatni punkt w czasie powstawania niniejszej pracy nie został jeszcze w pełni zrealizowany, gdyż nie powołano jak dotąd Krajowej Rady Ratowników Medycznych (KRRM), o której mowa (i tutaj stosowny zapis z ustawy) Należy jednak zaznaczyć, że 15 sierpnia 2024 r. zakończono ogólnopolski Spis Ratowników Medycznych, zrealizowany przez Komitet Organizacyjny Samorządu Ratowników Medycznych⁵³. Spis ten należy oceniać jako pierwszy krok w kierunku organizacji Krajowego Zjazdu Ratowników Medycznych, podczas którego zaplanowano wybór delegatów oraz

⁵¹ *Ibidem.*

⁵² *Ibidem.*

⁵³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/spis-ratownikow-medycznych>

utworzenie KRRM. Zgodnie z zapisami ustawy⁵⁴, KRRM powinna zostać powołana i funkcjonować jako część nowego systemu, regulującego zawód ratownika medycznego. Samorząd ratowników medycznych, z Krajową Radą na czele, ma odgrywać kluczową rolę w zarządzaniu tym zawodem, podobnie jak w przypadku innych profesji medycznych, które mają swoje samorządy (np. lekarze czy pielęgniarki).

Analizowana ustawa w znaczący sposób zwiększa również zakres uprawnień osób wykonujących ten zawód. Zgodnie z artykułem 33, wykonywanie zawodu ratownika medycznego polegać ma na:

1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1541 i 1560) udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;

2) zabezpieczaniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu się liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;

5) stwierdzaniu zgonu, do którego doszło podczas akcji medycznej, o której mowa w art. 41 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

2. Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również:

1) nauczanie zawodu ratownika medycznego oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych;

2) organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy, medycznych czynności ratunkowych oraz pierwszej pomocy w rozumieniu odpowiednio art. 3 pkt 2, 4 i 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

3) prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych w zakresie ratownictwa medycznego;

4) kierowanie:

a) ratownikami medycznymi,

⁵⁴ Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz.U. 2022 poz. 2705.

b) dyspozytorami medycznymi;

5) zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem i organizowaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego lub nadzorem nad ich udzielaniem;

6) zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowisku perfuzjonisty po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w zakresie perfuzji organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, o którym mowa w ustawie z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (Dz.U. z 2021 r. poz. 77), zwane dalej „CMKP”, lub Polskie Stowarzyszenie Perfuzjonistów;

7) sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu ratowników medycznych lub wykonywanie pracy na rzecz tego samorządu w zakresie realizacji jego zadań⁵⁵.

Nowe uprawnienia ratowników medycznych znacząco rozszerzają ich autonomię w wykonywaniu zawodu, co może w intencji ustawodawcy winno przyczynić się do szybszej i bardziej efektywnej reakcji w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. Uprawnienia te przynoszą znaczące i formalne uznanie roli ratowników w systemie opieki zdrowotnej – co podnosi prestiż tego zawodu, lecz jednocześnie zwiększa odpowiedzialność osób go wykonujących. Warto zauważyć, że ratownicy medyczni mogą teraz podejmować więcej decyzji i działań medycznych bez konieczności konsultacji z lekarzem – dotyczy to m.in. wykonywania medycznych czynności ratunkowych oraz innych świadczeń zdrowotnych w określonych sytuacjach. W sytuacjach związanych z akcjami ratunkowymi ratownicy medyczni zyskali także uprawnienia do stwierdzania zgonu, co wcześniej było zarezerwowane jedynie dla lekarzy. Nowe przepisy uznają ponadto rolę ratowników medycznych w udzielaniu wsparcia psychologicznego osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Warto podkreślić, że przy okazji znacznego poszerzenia zakresu uprawnień, szczegółowo uregulowano również odpowiedzialność zawodową osób wykonujących zawód ratownika medycznego, wprowadzając formalne mechanizmy nadzoru nad tym zawodem. Artykuł 35 Ustawy stanowi, że: *Ratownik medyczny ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej*

⁵⁵ *Ibidem.*

oraz z należytą starannością⁵⁶. Choć zapis ten uznać należy za niezwykle istotny, to jednak jego charakter jest dość ogólny, uzupełniają go zatem przepisy zawarte w art. 151–154, które otrzymały następujące brzmienie:

art. 151:

1. Ratownicy medyczni podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.

2. Odpowiedzialności zawodowej, o której mowa w ust. 1, podlegają także ratownicy medyczni wykonujący tymczasowo i okazjonalnie zawód ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 18 ust. 1.

Art. 152.

1. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczących tego samego czynu.

2. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych może być zawieszona do czasu ukończenia postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Art. 153.

1. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych obejmuje:

- 1) czynności sprawdzające;*
- 2) postępowanie wyjaśniające;*
- 3) postępowanie przed sądem ratowników medycznych;*
- 4) postępowanie wykonawcze.*

Art. 154.

1. Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych są pokrzywdzony oraz ratownik medyczny, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony.

2. W postępowaniu przed sądem ratowników medycznych stroną jest również Rzecznik Dyscyplinarny.

⁵⁶ *Ibidem.*

3. *W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych zastępca Rzecznika Dyscyplinarnego wykonuje prawa i obowiązki Rzecznika Dyscyplinarnego*⁵⁷.

Powyższe artykuły ocenić należy jako precyzyjnie i szczegółowo regulujące proces odpowiedzialności zawodowej i dyscyplinarnej ratowników medycznych, a także jako zapewniające prawne procedury mające na celu egzekwowanie zapisów Ustawy. I choć już Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁵⁸ przewidywała szczególną ochronę prawną dla wszystkich osób udzielających pomocy medycznej, to jej zapisy uznać należy za wysoce niejednoznaczne i nie obejmujące wszystkich aspektów pracy ratowników medycznych. Dopiero Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych zawiera jednoznaczne zapisy potwierdzające, że ratownicy medyczni w trakcie wykonywania swoich obowiązków są chronieni w sposób analogiczny do funkcjonariuszy publicznych⁵⁹. Zmiana ta została zawarta w artykule 37 Ustawy, którego treść jest następująca:

Art. 37. Ratownik medyczny podczas wykonywania czynności, o których mowa w art. 33 ust. 1 oraz ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 5, oraz w związku z ich wykonywaniem korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.4)⁶⁰.

Wejście w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych należy interpretować nie tylko jako akt porządkujący status prawny jednej z profesji medycznych, lecz także jako element szerszego procesu przekształcania państwowej polityki zdrowotnej i administracyjnej. Z perspektywy politologicznej ustawa ta stanowi przykład świadomego wykorzystania instrumentów prawa publicznego do redefinicji relacji między państwem a wyspecjalizowaną grupą zawodową, której rola w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa uległa istotnemu wzmocnieniu.

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410

⁵⁹ Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz.U. 2022 poz. 2705.

⁶⁰ *Ibidem*.

Utworzenie samorządu ratowników medycznych oraz przyznanie mu kompetencji regulacyjnych wpisuje się w model pośredniego sprawowania władzy publicznej, charakterystyczny dla nowoczesnych systemów zarządzania publicznego. Państwo zachowuje nadrzędną rolę normotwórczą i kontrolną, jednocześnie delegując część funkcji nadzorczych i dyscyplinarnych na korporację zawodową. Mechanizm ten należy postrzegać jako próbę zwiększenia efektywności regulacyjnej poprzez wykorzystanie wiedzy eksperckiej środowiska zawodowego, przy jednoczesnym ograniczeniu bezpośredniej ingerencji administracji centralnej w codzienne funkcjonowanie zawodu.

Rozszerzenie zakresu uprawnień ratowników medycznych, w tym zwiększenie ich autonomii decyzyjnej oraz formalne zrównanie ochrony prawnej z funkcjonariuszami publicznymi, świadczy o przesunięciu akcentów w polityce zdrowotnej państwa – od modelu silnie hierarchicznego ku rozwiązaniom opartym na odpowiedzialności zawodowej i profesjonalizacji. Jednocześnie proces ten prowadzi do wyraźnego zwiększenia oczekiwań wobec ratowników medycznych, zarówno w wymiarze kompetencyjnym, jak i etycznym, co znajduje odzwierciedlenie w rozbudowanych mechanizmach odpowiedzialności zawodowej.

Zwraca uwagę fakt, iż w momencie powstawania niniejszej pracy kluczowy element nowego ładu instytucjonalnego – Krajowa Rada Ratowników Medycznych – nie został jeszcze powołany. Sytuacja ta ilustruje typowy problem implementacyjny polityk publicznych, polegający na czasowym rozminięciu się intencji ustawodawcy z realnymi możliwościami organizacyjnymi systemu. Przeprowadzenie ogólnopolskiego Spisu Ratowników Medycznych należy jednak traktować jako etap przejściowy, zmierzający do pełnego uruchomienia samorządu zawodowego i domknięcia projektowanego modelu instytucjonalnego.

W ujęciu politologicznym analizowana ustawa stanowi zatem przykład regulacji, która jednocześnie wzmacnia pozycję zawodową ratowników medycznych oraz rozszerza zdolność państwa do sterowania systemem ratownictwa medycznego poprzez narzędzia prawne i instytucjonalne. Pokazuje ona, w jaki sposób państwo wykorzystuje profesjonalizację i samorządność zawodową jako element szerszej strategii stabilizacji i racjonalizacji kluczowych sektorów usług publicznych, istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Faktem legislacyjnym nieco mniejszej rangi, lecz posiadającym zdecydowanie pozytywny wydźwięk, jest też ustanowienie 8 września Dniem Ratownika

Medycznego⁶¹. Pierwsze uroczystości z tej okazji odbyły się w 2023 r. i towarzyszyło im uroczyste odznaczenie szczególnie zasłużonych ratowników medycznych nowym odznaczeniem o nazwie: *Krzyż Zasługi Bonum Pro Aliis*, ustanowionym przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych⁶².

1.4.3. Inne akty prawne mające wpływ na funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

Kolejnym aktem prawnym mającym duże znaczenie dla sprawnego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce jest Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego⁶³, stanowiąca w zasadzie kompleksowy plan utworzenia jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego, którego podstawowym założeniem jest poprawa bezpieczeństwa obywateli i efektywności współdziałania służb ratunkowych. (czego założeniem – planu czy systemu? Ustawa umożliwiła powstanie na terenie całego kraju Centrów Powiadamiania Ratunkowego (CPR), które obsługują zgłoszenia kierowane na numer alarmowy 112, przyjmując również zgłoszenia z pozostałych numerów alarmowych, jak chociażby 999 – czyli dotychczasowego numeru służącego do wzywania pogotowia ratunkowego. Kluczowe założenia ustawy objęły:

- unifikację systemu – wprowadzenie jednolitych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych w całym kraju, z możliwością wzajemnej zastępowalności centrów w razie awarii,
- optymalizację infrastruktury – dążenie do zmniejszenia liczby CPR, zwiększenia ich wydajności oraz pełnej obsługi zgłoszeń z wykorzystaniem wcześniej niedostępnych technologii, jak np. wiadomości SMS, czy eCall stanowiący wyposażenie coraz większej liczby samochodów i odpowiedzialny za automatyczne wzywanie pomocy nawet dla nieprzytomnych pasażerów pojazdu,
- określenie wymagań technicznych i organizacyjnych dla operatorów systemu powiadamiania ratunkowego,

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² „Rynek Zdrowia”, *Ratownicy medyczni po raz pierwszy obchodzili swoje święto. Wręczono nowe odznaczenia*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Ratownicy-medyczni-po-raz-pierwszy-obchodzili-swoje-swieto-Wręczono-nowe-odznaczenia,249666,14.html> [dostęp: 10.03.2024].

⁶³ Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, Dz.U. 2013 poz. 1635.

- dostosowanie polskiego systemu wzywania pomocy do standardów Unii Europejskiej – realizacja zobowiązań związanych z numerem 112 w kontekście standardów europejskich⁶⁴.

Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego szczegółowo określa także wymagania, które powinien spełniać operator CPR:

Art. 16. 1. Operatorem numerów alarmowych może być osoba, która:

- 1) posiada co najmniej wykształcenie średnie lub średnie branżowe;*
- 2) posługuje się co najmniej jednym językiem obcym w stopniu komunikatywnym;*
- 3) ukończyła szkolenie podstawowe dla operatorów numerów alarmowych i zdała egzamin;*
- 4) posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie w stopniu umożliwiającym obsługę zgłoszeń alarmowych;*
- 5) korzysta z pełni praw publicznych;*
- 6) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.*

2. Starszym operatorem numerów alarmowych może być osoba, która:

- 1) spełnia warunki określone w ust. 1;*
- 2) posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w obsłudze zgłoszeń alarmowych na stanowisku operatora numerów alarmowych;*
- 3) odbyła 4 obowiązkowe szkolenia w ramach doskonalenia zawodowego w okresie ostatnich 2 lat;*
- 4) uzyskała wynik co najmniej 80% z każdej z 2 rocznych ocen pracy sporządzonych przez kierownika centrum lub jego zastępcę;*
- 5) uzyskała pozytywną opinię kierownika centrum lub jego zastępcy⁶⁵.*

Ostatecznie efektem ustawy stało się więc utworzenie państwowego systemu powiadamiania ratunkowego – zintegrowanego, nowoczesnego i umożliwiającego efektywniejsze, niż dotychczas reagowanie na zgłoszenia alarmowe z wykorzystaniem szeregu służb.

⁶⁴ *Ibidem.*

⁶⁵ *Ibidem.*

Ważną rolę z punktu widzenia systemu ratownictwa medycznego w Polsce odgrywa również Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, której artykuł 15 wskazuje, że żaden podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia⁶⁶. Zdaniem autora pracy istnieje społeczne oczekiwanie wobec każdego członka personelu medycznego, by był on przeszkolony i doświadczony w zakresie udzielania pilnej pomocy medycznej – dlatego też zapis ten należy uznać za bardzo istotny. Ponadto zapisy ustawy precyzyjnie regulują formę (chyba inne słowo niż formę, ale nie wiem jakie) dyżurowania pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz członków zespołów ratownictwa medycznego⁶⁷. Artykuł 96 ustawy stanowi między innymi o tym, że pracownicy wykonujący zawód medyczny w jednostkach systemu ratownictwa medycznego mogą być zobowiązani do pełnienia dyżurów medycznych, a wykonywanie takiego dyżuru może obejmować pracę w nocy, w weekendy, czy święta⁶⁸. Pełna treść artykułu ma następujące brzmienie:

Art. 96. 1. Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1 i 1a, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepisu art. 151 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy nie stosuje się.

2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, nie może być dłuższy niż 4 miesiące.

3. Pracodawca jest obowiązany prowadzić i przechowywać ewidencję czasu pracy pracowników, o których mowa w ust. 1, oraz udostępniać ją organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy, które mogą, z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, zakazać albo ograniczyć możliwość wydłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy.

4. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec pracowników, którzy nie wyrazili zgody, o której mowa w ust. 1.

5. Pracodawca jest obowiązany dostarczać organom, o których mowa w ust. 3, na ich wnioski, informacje o przypadkach, w których pracownicy wyrazili zgodę w celu

⁶⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Ibidem.

wykonywania pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, o którym mowa w ust. 2.

6. Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

7. Do wynagrodzenia za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym stosuje się odpowiednio art. 1511 § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.⁶⁹

Jednocześnie artykuł 99 ustawy określa, że pracownicy ratownictwa medycznego, którzy pracują w porze nocnej, niedzielę lub święta, są uprawnieni do dodatku w wysokości odpowiednio 65% stawki godzinowej za pracę w nocy i 45% stawki za pracę w dni świąteczne⁷⁰. Zapis ten wprowadza więc precyzyjne regulacje dotyczące zarówno zobowiązań personelu medycznego do pełnienia dyżurów, jak i przysługujących im dodatków za pracę w określonych warunkach.

Istotne w kontekście funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce zapisy zawiera również Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁷¹, która określa wymóg współpracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), pielęgniarki POZ i pozostałego personelu POZ w zakresie przekazywania informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów innym świadczeniodawcom oraz organom administracji publicznej. Proces ten polega w efekcie na podejmowaniu wspólnych działań na rzecz zdrowia pacjenta, w tym w zakresie zapobiegania nagłym zagrożeniom zdrowotnym. W myśl ustawy, lekarze i pielęgniarki POZ są również zobowiązane do współpracy z przedstawicielami instytucji działających na rzecz zdrowia oraz innymi podmiotami, w tym z systemem ratownictwa medycznego w ramach podejmowania wspólnych działań na rzecz zdrowia pacjenta oraz zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym⁷². Warto jednak zaznaczyć, iż zgodnie z artykułem 2 ustawy *podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn.*

⁶⁹ *Ibidem.*

⁷⁰ *Ibidem.*

⁷¹ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. 2017 poz. 2217.

⁷² *Ibidem.*

zm.1), zwanego dalej świadczeniobiorcą”, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1720 i 1733)⁷³ – zapis ten w sposób jednoznaczny wyjaśnia, że w trakcie prowadzenia swej zasadniczej działalności placówki POZ nie stanowią bezpośrednio elementu systemu ratownictwa medycznego, a jedynie z nim współpracują.

Współpraca z systemem państwowego ratownictwa medycznego została dodatkowo uregulowana w Ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, której artykuł 1 stanowi, że Państwowa Straż Pożarna ma za zadanie ochronę życia, zdrowia, mienia i środowiska oraz współdziałanie z innymi służbami w ramach zadań ratowniczych⁷⁴. Ustawa zawiera ponadto następujący zapis:

Art. 7. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

1) akcjach ratowniczych – rozumie się przez to działania organizowane i kierowane przez Państwową Straż Pożarną;

2) pomocniczych specjalistycznych czynnościach ratowniczych – rozumie się przez to działania Państwowej Straży Pożarnej w ramach udzielanej pomocy innym służbom ratowniczym, z wyłączeniem działań porządkowo-ochronnych, zastrzeżonych dla innych jednostek podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych⁷⁵.

Również policja, realizując swoje ustawowe czynności, regularnie podejmuje współpracę z systemem państwowego ratownictwa medycznego. W myśl Ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, jej funkcjonariusze zobowiązani są do ochrony życia i zdrowia obywateli⁷⁶. Istnieje również szereg kwestii bardziej szczegółowo regulowanych w przepisach wykonawczych i wewnętrznych instrukcjach (nie zaś bezpośrednio w ustawie o Policji), jak chociażby obowiązek zabezpieczenia miejsca zdarzenia, w którym wystąpiło zagrożenie zdrowia lub życia ludzkiego⁷⁷ – działania te mają na celu przede wszystkim wezwanie służb ratowniczych i opiekę nad poszkodowanymi do czasu przybycia zespołów ratownictwa medycznego. Policja pełni również funkcję wspierającą w akcjach ratowniczych i odgrywa kluczową rolę w szybkim dotarciu służb na miejsce.

⁷³ *Ibidem.*

⁷⁴ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, Dz.U. 1991 nr 88 poz. 400.

⁷⁵ *Ibidem.*

⁷⁶ Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz.U. 1990 nr 30 poz. 179.

⁷⁷ Zarządzenie nr 36 Komendanta Głównego Policji z dnia 14 listopada 2017 r. w sprawie zadań realizowanych przez Policję w sytuacjach kryzysowych, Dz.Ur. KGP.2017.73.

Policjanci, podobnie jak strażacy, biorą również udział w szkoleniach z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

1.5. Ewolucja i wyzwania dotyczące państwowego ratownictwa medycznego – rola legislacji, zmian kadrowych, prezentacja potencjalnych kierunków rozwoju

W opinii autora niniejszej pracy przyjęcie Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410) stanowiło kluczowy moment dla uregulowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, kończąc okres charakteryzujący się brakiem jednolitego, normatywnego podejścia oraz strukturalnym chaosem. Choć zmiany wprowadzone przez ustawę nie rozwiązały wszystkich problemów, z jakimi zmagał się system, to jednak zainicjowały proces jego logicznej i konsekwentnej reorganizacji. W szczególności należy zauważyć, że Ustawodawca dostrzegł istotną rolę ratowników medycznych w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania systemu ratownictwa, co przełożyło się na konieczność ustanowienia odpowiednich ram prawnych regulujących ich działalność zawodową. Warto także podkreślić, że na początku XXI wieku liczba dostępnych lekarzy była znacznie ograniczona, dlatego też wiele stacji pogotowia ratunkowego borykało się z trudnościami w zapewnieniu wystarczającej liczby lekarzy do zespołów ratowniczych, które były dedykowane do najtrudniejszych interwencji.

Niezależnie od faktu, że wykształcenie i kwalifikacje ratownika medycznego (często będącego absolwentem dwuletniej szkoły pomaturalnej) w żadnym stopniu nie mogły równać się z wiedzą i umiejętnościami lekarza medycyny, w praktyce wyjazdowej zespołów ratownictwa kluczowe znaczenie miał raczej czas dotarcia do pacjenta oraz udzielenie mu pomocy w przewidywalnym i ograniczonym zakresie. Szybka reakcja w terenie, gdzie czas interwencji jest decydujący dla rokowania pacjenta, stawiała na pierwszym miejscu efektywność działań ratownika medycznego, zwłaszcza w sytuacjach zagrożenia życia.

Statystyki Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wyraźnie wskazują na zmianę proporcji w strukturze personelu zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Dane te pokazują systematyczne zmniejszanie się udziału lekarzy i pielęgniarek w

składzie zespołów ratowniczych, na rzecz ratowników medycznych. Jest to trend, który w sposób jednoznaczny potwierdza rosnącą rolę ratowników w systemie opieki przedszpitalnej⁷⁸. Obserwowane zmiany można postrzegać jako odpowiedź na rosnące zapotrzebowanie na efektywność systemu ratownictwa oraz ograniczoną liczbę dostępnych lekarzy, co wymuszało przekazywanie części obowiązków ratownikom medycznym. Wprowadzenie ram prawnych umożliwiło także rozszerzenie kompetencji ratowników, co dodatkowo przyczyniło się do odciążenia lekarzy i zwiększenia elastyczności systemu w odpowiedzi na potrzeby pacjentów w sytuacjach nagłych.

Okres bezpośrednio poprzedzający wprowadzenie Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym charakteryzował się znaczną niepewnością oraz poszukiwaniem odpowiednich rozwiązań systemowych. W tamtym czasie do pacjentów wysyłano różne rodzaje karettek, oznaczonych według schematu, który nie miał jednolitych podstaw prawnych, a ich klasyfikacja była w dużej mierze uznaniowa. Przykładowo, używano ambulansów „W” (wypadkowych), „R” (reanimacyjnych), „T” (transportowych), „N” (neonatologicznych), a także specjalistycznych jednostek, jak „R-k”, popularnie nazywanych „kardiologicznymi”. Zarówno te oznaczenia, jak i skład personalny zespołów pracujących w tych karetkach był w dużej mierze zależny od wewnętrznych regulacji poszczególnych placówek ratowniczych, co prowadziło do braku spójności i konsekwencji w funkcjonowaniu systemu ratownictwa.

W tym okresie w pogotowiach ratunkowych zatrudniani byli także sanitariusze, którzy najczęściej nie posiadali formalnego wykształcenia medycznego. Ich zadania ograniczały się zazwyczaj do wykonywania prostych czynności fizycznych, takich jak obsługa noszy czy transport pacjentów⁷⁹. Niemniej jednak, w niektórych przypadkach, pod nadzorem lekarzy, sanitariusze angażowali się w bardziej skomplikowane procedury, takie jak masaż serca czy pomoc w obsłudze sprzętu medycznego. Brak precyzyjnych regulacji oraz niedookreślenie ich roli w zespole medycznym bardzo często prowadziły do niejasności co do zakresu obowiązków.

Jednym z problemów tamtego okresu było również nieokreślone miejsce ratowników medycznych w hierarchii zawodów medycznych. Wówczas zawód ratownika medycznego znajdował się w fazie formowania i nie był jeszcze prawnie

⁷⁸ Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2023 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2023-roku,11,18.html> [dostęp: 25.11.2025]

⁷⁹ M. Dudziński, *Historia polskiego ratownictwa medycznego*, Warszawa 2012, s. 84.

uregulowany. Pozycję ratownika medycznego w zespołach pogotowia można było określić jako pośrednią między sanitariuszem a lekarzem, co prowadziło do licznych nieporozumień dotyczących ich kompetencji oraz uprawnień. Należy również zwrócić uwagę na istotną rolę, jaką odgrywały pielęgniarki w zespołach reanimacyjnych. Pielęgniarki miały solidnie ugruntowaną pozycję, będąc bezpośrednimi asystentkami lekarzy w wykonywaniu procedur medycznych, co nierzadko prowadziło do napięć na tle kompetencyjnym pomiędzy pielęgniarkami a nowo wykształconymi ratownikami medycznymi. Te napięcia dotyczyły głównie hierarchii w zespołach ratunkowych oraz podziału odpowiedzialności.



Fotografia 1.1. Współczesny ambulans typu „P” – podstawowy, znajdujący się na podjeździe Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Źródło: własne).

W pierwszych latach XXI wieku zespoły wyjazdowe pogotowia ratunkowego były obsadzone, współtworzone przez różnorodny personel, który obejmował lekarzy (różnych specjalizacji), pielęgniarki, ratowników medycznych, sanitariuszy oraz

kierowców⁸⁰. W niektórych przypadkach spotykano jeszcze felczerów, choć już wówczas ich rola była marginalna. Obecność lekarzy w karetkach wypadkowych nie była uregulowana przepisami nadrzędnymi i zależała de facto od wielu czynników, w tym dostępności personelu, wewnętrznych regulacji placówki oraz ustaleń operacyjnych, takich jak pora dnia – w niektórych jednostkach lekarze dołączali do zespołów wyjazdowych dopiero po określonej godzinie. W sytuacjach, gdy lekarz nie był dostępny, zespół wyjazdowy najczęściej składał się z dwóch ratowników medycznych oraz kierowcy, który nie posiadał formalnego wykształcenia medycznego (alternatywnie zespołem mogło kierować dwóch ratowników medycznych, z których jeden pełnił funkcję kierownika zespołu, a drugi – „ratownika-kierowcy”).

Późniejsze nowelizacje ustaw (oraz inne akty prawne odnoszące się do ratownictwa medycznego, które omówiono powyżej) pełniły przede wszystkim funkcję uzupełnienia lub modernizacji postanowień zawartych w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku. System Państwowego Ratownictwa Medycznego od momentu jego ustanowienia wymagał ciągłej regulacji oraz odpowiednich aktualizacji. Niemniej jednak, nie budzi wątpliwości, że stanowi on fundament organizacyjny krajowego systemu ratownictwa, umożliwiając implementację międzynarodowych standardów oraz adaptację najlepszych praktyk. W tym właśnie ujęciu należy zwrócić szczególną uwagę na fundamentalną rolę, jaką odgrywa Europejska Rada Resuscytacji (ERC – European Resuscitation Council), której celem jest poprawa skuteczności leczenia stanów nagłych zagrażających życiu, poprzez rozwój i popularyzację metod resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). ERC, założona w 1989 roku, opracowuje spójne i oparte na badaniach naukowych wytyczne dotyczące postępowania w przypadkach nagłego zatrzymania krążenia. Krajowym odpowiednikiem ERC jest Polska Rada Resuscytacji (PRR), która od 2001 roku odpowiada za adaptację oraz wdrażanie wytycznych w Polsce⁸¹. Publikowane regularnie przez ERC wytyczne stanowią podstawowe źródło wiedzy dla profesjonalistów zajmujących się ratownictwem medycznym. Eksperci obu tych organizacji zgodnie podkreślają, że mózg zaczyna ulegać nieodwracalnym uszkodzeniom wskutek niedotlenienia już po 3–5 minutach od momentu zatrzymania krążenia. Z tego powodu niezmiernie istotne jest jak najszybsze rozpoczęcie RKO u pacjenta, u którego doszło do nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Pierwsze

⁸⁰ J. Cieciewicz, *Zarys dziejów ratownictwa medycznego w Polsce*, Warszawa 2005, s. 128

⁸¹ Polska Rada Resuscytacji, *Misja i historia PRR*, <http://www.prr.org.pl>, [dostęp: 29.01.25 r.]

minuty od NZK stanowią kluczowy okres, w którym interwencja może uratować życie bez trwałych uszkodzeń mózgu. Po upływie 10 minut ryzyko nieodwracalnych zmian neurologicznych gwałtownie wzrasta. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2022 roku wynika, że mediana czasu dotarcia Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców przekraczała 10 minut w większości województw⁸². Taki stan rzeczy bezpośrednio wskazuje na niedoskonałości obecnego systemu PRM.

Z punktu widzenia autora niniejszej pracy, kluczowym czynnikiem zwiększającym wskaźnik przeżywalności po nagłym zatrzymaniu krążenia jest wczesne rozpoczęcie RKO, najlepiej w ciągu pierwszych 3–5 minut od wystąpienia NZK, przez osoby postronne. Choć to założenie jest powszechnie znane i propagowane podczas szkoleń i kampanii informacyjnych, w Polsce mobilizacja do udzielania pomocy ogranicza się głównie do przypadkowych świadków zdarzeń, a nie do przeszkolonych w pierwszej pomocy wolontariuszy. Zwłaszcza przykład Izraela ukazuje skuteczność wdrożenia systemu zaangażowania przeszkolonych wolontariuszy w system ratownictwa medycznego, co możliwe jest dzięki aplikacji mobilnej używanej przez organizację United Hatzalah. System ten umożliwia natychmiastową reakcję wolontariuszy w przypadku zagrożenia życia, co znacząco skraca czas dotarcia do poszkodowanych i zwiększa szanse przeżycia pacjentów z NZK. Należy więc po raz kolejny podkreślić, że polskie przepisy prawne i obecna organizacja systemu ratownictwa medycznego nie wykorzystują w pełni potencjału przeszkolonych ochotników, co w obliczu długiego czasu dotarcia zespołów ratownictwa na miejsce zdarzenia może stanowić poważną barierę dla skuteczności działań ratunkowych.

Innym istotnym problemem, który wymaga dalszej analizy, jest ograniczona możliwość podawania leków przez ratowników medycznych poza godzinami ich pracy w ramach jednostek ochrony zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2019 roku dotyczące medycznych czynności ratunkowych precyzyjnie określa listę leków, które mogą być podawane przez ratowników medycznych (47 pozycji), jednakże możliwość ta jest ograniczona wyłącznie do ich działalności w ramach formalnych struktur medycznych. W praktyce oznacza to, że ratownicy medyczni nie mogą podać leków nawet w nagłych przypadkach, jeśli nie są na służbie. W sytuacjach zagrożenia życia,

⁸² Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2023 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2023-roku,11,18.html> [dostęp: 04.12.2025]

ratownik, mimo posiadanych kwalifikacji, jest zmuszony do wezwania ZRM, co prowadzi do opóźnienia interwencji. W opinii autora, rozwiązaniem tego problemu mogłoby być umożliwienie ratownikom medycznym podawania określonych leków, takich jak np. adrenalina, w przypadkach nagłego zatrzymania krążenia, nawet poza godzinami pracy. Adrenalina, zgodnie z wytycznymi ERC i PRR, powinna być podana jak najszybciej po rozpoznaniu NZK, a jej opóźnione podanie – zgodnie z danymi – prowadzi do znacznie gorszych wyników neurologicznych. Przyznanie ratownikom medycznym takiej możliwości mogłoby przyczynić się do poprawy wskaźników przeżywalności pacjentów z NZK.

Autor rozprawy stawia tezę, że współczesne regulacje prawne dotyczące systemu ratownictwa medycznego w Polsce przyniosły znaczący postęp w organizacji i funkcjonowaniu służb ratunkowych, jednak nadal istnieje wiele obszarów, w których możliwe jest wprowadzenie usprawnień. Szczególnie istotne wydaje się pełne wykorzystanie potencjału przeszkolonych wolontariuszy oraz wprowadzenie zmian w zakresie uprawnień ratowników medycznych, co mogłoby istotnie poprawić skuteczność udzielania pierwszej pomocy w przypadkach nagłych.

Badania empiryczne w ramach niniejszej pracy doktorskiej koncentrują się na zbadaniu opinii i doświadczeń ratowników medycznych oraz innych specjalistów z zakresu systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Celem badań jest ocena potencjalnych usprawnień systemu, w tym roli wolontariuszy w ratownictwie, efektywności istniejących procedur oraz możliwych zmian legislacyjnych, które mogłyby przyczynić się do poprawy wskaźników przeżywalności pacjentów w nagłych przypadkach. Badania przeprowadzane są za pomocą ankiety badawczej, skierowanej do ratowników medycznych, osób pracujących w strukturach służb ratowniczych oraz ekspertów związanych z organizacją systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Kluczowe pytania badawcze dotyczą m.in. roli ratowników-wolontariuszy w zwiększeniu przeżywalności pacjentów, możliwości wprowadzenia aplikacji mobilnych do wezwania przeszkolonych osób postronnych, efektywności jednoosobowych zespołów ratowniczych oraz potencjalnych zmian w zakresie kompetencji i hierarchii zawodowej ratowników medycznych. Szczególny nacisk zostanie położony na tematykę zwiększenia dostępności do podstawowych zabiegów ratunkowych oraz oceny przepisów prawnych dotyczących udzielania pomocy medycznej przez ratowników poza godzinami pracy w instytucjach publicznych.

Badanie zostanie przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety, który zawiera zestaw pytań zamkniętych, półotwartych oraz otwartych, aby umożliwić respondentom swobodę w dzieleniu się własnymi opiniami i doświadczeniami. Pytania zostały tak skonstruowane, aby umożliwić zarówno ilościową, jak i jakościową analizę odpowiedzi.

Kluczowe pytania ankiety dotyczyć będą m.in.:

- **Roli wolontariuszy w systemie ratownictwa medycznego** – pytania mają na celu ocenę, czy zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy mogłoby wpłynąć na poprawę wskaźników przeżywalności pacjentów, a także czy stworzenie aplikacji mobilnej pozwalającej na szybkie wezwanie najbliższej znajdujących się wolontariuszy byłoby pożądane w polskich realiach.
- **Struktury i efektywności zespołów ratownictwa** – badanie dotyczyć będzie m.in. oceny jednoosobowych zespołów ratowniczych oraz możliwości ich wykorzystania jako formy wsparcia w zaawansowanych zabiegach reanimacyjnych, jak również w celu realizacji zleceń wymagających zarówno pilnego dotarcia, jak i tych o najniższym priorytecie – bez konieczności ewentualnego transportu na SOR. Pytania te pozwolą ustalić, czy takie rozwiązania mogłyby poprawić efektywność i organizację systemu.
- **Obawy i wyzwania zawodowe ratowników medycznych** – pytania skupią się na zidentyfikowaniu głównych obaw i wyzwań związanych z pracą ratowników, zwłaszcza w sytuacjach, gdy konieczne jest stwierdzenie zgonu pacjenta w karetce. Celem jest zrozumienie, jakie działania mogłyby zmniejszyć te obawy, a tym samym poprawić komfort pracy ratowników medycznych.
- **Udzielanie pomocy przez ratowników poza godzinami pracy** – ważnym aspektem badania będzie ocena, czy ratownicy medyczni powinni mieć prawo do udzielania pomocy medycznej, w tym podawania leków w sytuacjach zagrożenia życia poza miejscem pracy w placówkach ochrony zdrowia. Badanie ma na celu ocenę, jak tego typu rozwiązania mogłyby wpłynąć na efektywność systemu ratownictwa.
- **Obowiązku wyposażenia ZRM w aktualne schematy podawania leków pediatrycznych** – prawidłowe dawkowanie oraz wybór odpowiedniej drogi podania leków dla dzieci i niemowląt wymagają rozległej i niezwykle

szczegółowej wiedzy. Jednocześnie wezwania do pacjentów pediatrycznych wymagających wdrożenia farmakoterapii stanowią niewielki fragment ogółu, co dodatkowo ogranicza możliwość nabrania przez członków ZRM odpowiedniej praktyki w tym zakresie.

Celem niniejszego badania jest dostarczenie empirycznych dowodów, które umożliwią ocenę i identyfikację potencjalnych ulepszeń w funkcjonowaniu systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Kluczowym elementem badania będzie analiza opinii i doświadczeń specjalistów związanych z tym systemem, w szczególności ratowników medycznych, którzy bezpośrednio uczestniczą w udzielaniu pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przeprowadzenie ankiety ma na celu zbadanie, jak oceniają oni obecny stan prawny oraz organizacyjny systemu ratownictwa, z jednoczesnym zbadaniem możliwości wprowadzenia zmian, które mogą przynieść realne i wymierne korzyści. Wyniki badania pozwolą na identyfikację głównych obszarów wymagających poprawy, szczególnie w kontekście zwiększenia efektywności działań ratowniczych oraz poprawy wskaźników przeżywalności pacjentów. Istotnym elementem badania będzie również zrozumienie, jakie zmiany mogłyby wpłynąć na warunki pracy ratowników medycznych, zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i prawnym. Poprawa tych warunków może mieć kluczowe znaczenie dla dalszego rozwoju systemu ratownictwa medycznego i jego skuteczności.

Zamierzeniem autora jest, aby przeprowadzone badanie dostarczyło wiarygodnych i obiektywnych danych, które pozwolą na głębsze zrozumienie kluczowych wyzwań stojących przed polskim systemem ratownictwa medycznego. Analiza uzyskanych wyników wskaże potencjalne kierunki zmian i innowacji, które mogą przyczynić się do zwiększenia efektywności tego systemu, a także lepszego dostosowania go do międzynarodowych standardów oraz wymagań współczesnej medycyny ratunkowej.

Z perspektywy nauk o polityce i administracji przedstawione regulacje prawne oraz ewolucja organizacyjna Państwowego Ratownictwa Medycznego ukazują ten system nie tylko jako strukturę ochrony zdrowia, lecz jako istotny komponent państwowej polityki bezpieczeństwa wewnętrznego. PRM funkcjonuje na styku administracji rządowej, systemu ochrony zdrowia oraz mechanizmów zarządzania kryzysowego, a jego sprawność operacyjna ma bezpośrednie przełożenie na społeczną ocenę zdolności państwa do realizacji podstawowej funkcji ochrony życia obywateli.

Centralizacja kompetencji, ujednoczenie procedur oraz stopniowe wzmocnienie roli administracji rządowej w terenie – w szczególności wojewodów – wpisują się w szerszy trend polityk publicznych, w których priorytetem staje się efektywność decyzyjna i skrócenie czasu reakcji w sytuacjach nagłych. Proces ten, choć uzasadniony z punktu widzenia bezpieczeństwa, rodzi jednocześnie pytania o równowagę pomiędzy szczeblem centralnym a lokalnym oraz o zakres realnego wpływu samorządu terytorialnego na funkcjonowanie systemu ratownictwa.

W tym ujęciu prawo regulujące PRM pełni funkcję nie tylko normatywną, lecz także polityczno-systemową: porządkuje relacje między instytucjami, redystrybuuje kompetencje w obrębie aparatu państwowego oraz wzmocnia legitymizację władzy publicznej poprzez zdolność do skutecznego reagowania na zagrożenia życia i zdrowia obywateli.

Rozdział II

Systemy ratownictwa medycznego w Izraelu, Anglii oraz Republice Federalnej Niemiec – analiza porównawcza

2.1. Cel i zakres analizy porównawczej systemów ratownictwa medycznego

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie i analiza funkcjonowania systemów ratownictwa medycznego w wybranych krajach, takich jak Izrael, Anglia oraz Niemcy, w celu wskazania kluczowych różnic oraz elementów wspólnych tych systemów. Autor analizuje regulacje prawne, struktury organizacyjne, efektywność operacyjną oraz wykorzystanie nowych technologii w poszczególnych państwach. Wnikliwa analiza międzynarodowych przykładów ma na celu zidentyfikowanie rozwiązań, które mogą stanowić inspirację dla dalszego rozwoju polskiego systemu ratownictwa medycznego. Analiza ma na celu nie tylko klasyfikację rozwiązań stosowanych w tych krajach, ale także ocenę ich skuteczności w kontekście specyficznych wyzwań, takich jak reagowanie na masowe incydenty, przeciążenie systemu czy wykorzystanie nowoczesnych technologii. Dzięki porównaniu tych systemów możliwe jest wskazanie kluczowych elementów, które mogą być przydatne w modernizacji polskiego systemu ratownictwa medycznego, zarówno w aspekcie prawnym, jak i organizacyjnym.

Rozdział rozpoczyna się omówieniem izraelskiego modelu ratownictwa medycznego, który wyróżnia się szczególną rolą wolontariuszy w systemie ratowniczym oraz innowacyjnymi technologiami, takimi jak aplikacje mobilne umożliwiające szybkie reagowanie na wezwania. Izraelskie organizacje, takie jak Magen David Adom (MDA) oraz United Hatzalah, stanowią unikalne przykłady skutecznej integracji ochotników z profesjonalnym systemem ratownictwa, co umożliwia osiągnięcie jednych z najlepszych czasów reakcji na świecie. W tej części rozdziału podjęto również analizę ram prawnych, w tym kluczowej dla tego zagadnienia Ustawy o Magen David Adom z 1950 roku oraz

nietypowych dla polskich warunków wyzwań operacyjnych, takich jak reagowanie na kryzysy wojenne czy zamachy terrorystyczne.

Kolejny podrozdział koncentruje się na systemie ratownictwa medycznego w Anglii, który jest integralną częścią Narodowej Służby Zdrowia (NHS). Analiza uwzględnia takie aspekty jak organizacja NHS Ambulance Services, hierarchia zawodowa oraz rola jednoosobowych zespołów szybkiego reagowania (Rapid Response Vehicles – RRV). Angielski model charakteryzuje się wysoce zcentralizowanym systemem zarządzania oraz rozbudowaną infrastrukturą technologiczną, umożliwiającą szybką diagnozę i transport pacjentów. Rozdział omawia również znaczenie ustaw, takich jak National Health Service Act z 2006 roku, które definiują ramy prawne funkcjonowania ratownictwa medycznego w Anglii.

W podrozdziale trzecim przeanalizowano system ratownictwa medycznego w Republice Federalnej Niemiec, który wyróżnia się wyraźną decentralizacją i szeroką autonomią poszczególnych landów w organizacji swoich służb ratowniczych. Niemiecki model opiera się na połączeniu dwuetapowego systemu ratownictwa (Rendezvous System) oraz zaangażowaniu lekarzy ratunkowych (Notarzt) w działania przedszpitalne, co odróżnia go od wielu innych systemów na świecie. Omówiono tu kluczowe akty prawne, takie jak Ustawa o Ratownictwie (Rettungsdienstgesetz) oraz Ustawa o Ratownikach Medycznych (Notfallsanitättergesetz), które regulują organizację i zakres działań niemieckiego systemu ratownictwa.

Rozdział ten ma na celu wprowadzenie do szerszej analizy porównawczej, która ma na celu zidentyfikowanie najlepszych praktyk w ratownictwie medycznym w innych krajach, co w intencji Autora powinno pozwolić na zbadanie oraz określenie kierunków potencjalnych reform systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Uzasadnienie wyboru tych państw wynika z celowego zestawienia odmiennych modeli organizacyjnych ratownictwa medycznego, które znacząco różnią się od rozwiązań funkcjonujących w Polsce. Izrael, Anglia oraz Niemcy reprezentują trzy różne podejścia do organizacji systemu: model silnie wspierany przez wolontariat i nowe technologie, model scentralizowany osadzony w strukturach publicznej ochrony zdrowia oraz model zdecentralizowany, oparty na autonomii regionalnej i szerokim udziale lekarzy w działaniach przedszpitalnych. Dobór tych krajów pozwala na analizę rozwiązań alternatywnych wobec polskiego systemu ratownictwa medycznego oraz identyfikację mechanizmów, które w odmiennych uwarunkowaniach prawnych i organizacyjnych przyczyniają się do zwiększenia efektywności działań ratowniczych. Dzięki temu

możliwe jest wskazanie elementów potencjalnie adaptowalnych do polskich realiów, przy jednoczesnym uwzględnieniu ograniczeń systemowych i instytucjonalnych.

2.2. System ratownictwa medycznego w Izraelu – organizacja, regulacje i specyfika działania

2.2.1. Podstawy prawne funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Izraelu

Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie państwowego ratownictwa medycznego w Izraelu jest Ustawa o Magen David Adom z 1950 r.⁸³, która powołała Magen David Adom (MDA) jako narodową organizację ratownictwa medycznego. MDA odpowiada od tamtego czasu przede wszystkim za realizację funkcji przypisanych krajowym stowarzyszeniom Czerwonego Krzyża na mocy Konwencji Genewskich. Organizacja do dziś pełni również rolę wsparcia wobec Sił Obronnych Izraela – zarówno w czasie wojny, jak i podczas pokoju – prowadząc między innymi banki krwi. MDA jest jedyną instytucją w Izraelu uprawnioną do realizacji zadań ratowniczych, a za jej działania odpowiada zarząd organizacji, na czele którego stoi przewodniczący, mianowany na trzyletnią kadencję bezpośrednio przez Prezydenta Izraela. Statut organizacji, uchwalany przez jej radę, określa szczegóły funkcjonowania poszczególnych organów, procedury wyborów oraz warunki członkostwa, a każda jego zmiana wymaga zgody Ministerstwa Zdrowia i publikacji w oficjalnym dzienniku prawnym.

Istotną rolę dla systemu ratownictwa medycznego w Izraelu odegrała również Nowelizacja z 1976 Ustawy o Magen David Adom⁸⁴, która wyraźnie wskazała na centralną rolę MDA w systemie ratownictwa medycznego państwa, określając ją jako jedyną organizację odpowiedzialną za realizację działań ratunkowych i niesienie szeroko rozumianej pierwszej pomocy. Wyposażenie MDA w przywileje organizacyjne i finansowe umożliwiło jej prowadzenie skutecznych działań, również w trakcie kryzysów i licznych zagrożeń o charakterze ogólnokrajowym. Nowelizacja dodatkowo dostosowała

⁸³ *Magen David Adom Law*, 1950, dostępna na: <https://www.mdais.org/en/about/mda-constitution>, [dostęp: 25.11.2024].

⁸⁴ *Magen David Adom Law (Amendment)*, 1976, dostępna na: <https://www.mdais.org/en/about/mda-constitution>, [dostęp: 25.11.2024].

ramy prawne do nowych wyzwań operacyjnych, zapewniając MDA odpowiednie zasoby i wsparcie logistyczne. Ustawa ta do chwili obecnej pozostaje fundamentem prawnym systemu ratownictwa medycznego w Izraelu, pozwalając MDA funkcjonować w sposób efektywny i zgodny z międzynarodowymi standardami⁸⁵.

Warto również podkreślić rolę Ustawy o Prawach Pacjenta z 1996 r.⁸⁶, jako jednego z kluczowych aktów prawnych regulujących prawa osób korzystających z systemu opieki zdrowotnej w Izraelu. Ustawa ta określa podstawowe prawa pacjentów, takie jak prawo do godności, prywatności oraz równego traktowania, niezależnie od statusu społecznego, religijnego czy narodowościowego. W perspektywie niniejszej pracy niezwykle istotnym elementem tego dokumentu jest gwarancja prawa obywatela do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w sytuacjach nagłych, niezależnie od zdolności pacjenta do pokrycia kosztów tych działań. Ustawa zobowiązuje ponadto placówki medyczne oraz ich personel do udzielania takiej pomocy w sposób niezwłoczny i wolny od dyskryminacji. Opisywany akt stworzył również ramy dla ochrony praw pacjentów, kładąc nacisk na humanistyczne podejście do opieki zdrowotnej i odpowiedzialność instytucji medycznych za przestrzeganie tych standardów.

⁸⁵ Szerzej o Magen David Adom między innymi w następujących publikacjach: D.Y. Ellis, E. Sorene, *Magen David Adom – the EMS in Israel*, „Resuscitation” 2008, nr 1(76), s. 5–10, [https://www.resuscitationjournal.com/issue/S0300-9572\(07\)X0240-5](https://www.resuscitationjournal.com/issue/S0300-9572(07)X0240-5) [dostęp: 21.11.2024], oraz P. Halpern, Y. Waisman, I. Steiner, *Development of the specialty of emergency medicine in Israel: comparison with the UK and US models*, „Emergency Medicine Journal” 2004, nr 5(21), s. 533–536, <https://emj.bmj.com/content/21/5/533> [dostęp: 21.11.2024]. Istotny wydaje się zwłaszcza drugi z analizowanych artykułów – omówiono w nim bowiem rozwój medycyny ratunkowej w Izraelu oraz porównano go z modelami brytyjskim i amerykańskim, analizując specyficzne wyzwania i rozwiązania zastosowane w izraelskim systemie opieki ratunkowej. Dużo istotnych informacji można znaleźć także w: Ch. Rafalowski, K. Peleg, E. Bin, *Lessons learned from Magen David Adom's activities during the 2nd Lebanon War*, „Harefuah” 2010, nr 7 (149), s. 440–444. Artykuł ten analizuje działania Magen David Adom (MDA) podczas II wojny libańskiej, podkreślając aktualizację koncepcji operacyjnych organizacji, w tym reorganizację zasobów i procedur zarządzania kryzysowego. Opisuje również doświadczenia wyniesione z reagowania na potrzeby członków zespołów oraz wymagania związane z zasobami. Co istotne, dla potrzeb tej pracy, w artykule zwrócono uwagę na potrzebę integracji technologii wspierającej operacje i podejmowanie działań redukujących stres u ratowników. W tej samej perspektywie badawczej działania MDA opisują B. Adini, K. Peleg, *On constant alert: lessons to be learned from Israel's emergency response to mass-casualty terrorism incidents*, „Health Affairs” 2013, nr 12(32), s. 2179–2185, <https://cris.tau.ac.il/en/publications/on-constant-alert-lessons-to-be-learned-from-israels-emergency-re> [dostęp: 21.11.2024]. W artykule tym omówiono izraelskie podejście do reagowania na incydenty masowych ofiar spowodowane terroryzmem, podkreślając znaczenie skoordynowanego systemu zarządzania kryzysowego, który obejmuje planowanie, dowodzenie, kontrolę, współpracę oraz budowanie zdolności reagowania. Autorzy sugerują, że wiele z tych doświadczeń może być zastosowanych w przygotowaniach do incydentów masowych ofiar w innych krajach.

⁸⁶ *Patient's Rights Act*, 1996, dostępne na: https://hamoked.org/files/2013/155880_eng.pdf, [dostęp: 25.11.2024].

Istotną rolę w systemie ratownictwa medycznego w Izraelu odgrywa również Ustawa o Obronie Cywilnej z 1951 r.⁸⁷, regulująca działania służb państwowych w sytuacjach kryzysowych, takich jak: wojny, klęski żywiołowe czy ataki terrorystyczne. Na mocy tego aktu prawnego MDA została wskazana jako kluczowa jednostka realizująca zadania medyczne w ramach obrony cywilnej, w tym organizację i udzielanie pomocy poszkodowanym oraz ewakuację rannych.

Regulacje Ustawy o Obronie Cywilnej z 1951 r. obejmują ponadto koordynację działań MDA z innymi służbami, takimi jak straż pożarna i wojsko, tworząc wspólny system reagowania na zagrożenia. Działania te obejmują zarządzanie transportem medycznym, organizację szpitali polowych oraz przygotowanie personelu medycznego do pracy w ekstremalnych warunkach. W czasie pokoju MDA prowadzi działania przygotowawcze, takie jak szkolenia i symulacje, aby zapewnić gotowość systemu ratownictwa medycznego na wypadek sytuacji kryzysowych. Akt ten podkreśla również, że działania medyczne w ramach obrony cywilnej muszą być realizowane zgodnie z międzynarodowymi standardami humanitarnymi, co zwiększa efektywność i spójność izraelskiego systemu ratownictwa.

Również Ustawa o Zwalczaniu Pożarów z 1959 r.⁸⁸ (mimo że jej głównym celem jest regulacja działalności straży pożarnej), odgrywa ważną rolę w integracji systemu ratownictwa medycznego, przede wszystkim pod kątem działań podejmowanych podczas akcji ratowniczych. Przepisy tej ustawy podkreślają konieczność współpracy pomiędzy strażą pożarną a innymi służbami ratunkowymi, w tym jednostkami medycznymi, co zapewnia skoordynowaną reakcję na sytuacje awaryjne. Akt ten wprowadza mechanizmy, które umożliwiają natychmiastową wymianę informacji i współdziałanie podczas zdarzeń takich jak: pożary, katastrofy budowlane, wypadki przemysłowe czy ataki terrorystyczne. W przypadku działań ratowniczych strażacy nierzadko pracują na pierwszej linii, umożliwiając dostęp ratownikom medycznym do poszkodowanych w miejscach i sytuacjach, w których zagrożenie życia wynika z ognia, dymu lub zawalenia konstrukcji. W kontekście systemu ratownictwa medycznego kluczowe znaczenie ma przepis wymagający od straży pożarnej koordynacji z jednostkami MDA i innymi medycznymi służbami ratunkowymi. Ustawa zapewnia wspólne planowanie i

⁸⁷ *Civil Defense Law*, 1951, dostępne na: https://www.nevo.co.il/law_html/law01/051_001.htm, [dostęp: 21.11.2024].

⁸⁸ *Firefighting Services Law*, 1959, dostępne na: https://www.nevo.co.il/law_html/law01/051_001.htm, [dostęp: 23.11.2024].

przeprowadzanie ćwiczeń symulacyjnych, które przygotowują służby do efektywnej współpracy w sytuacjach kryzysowych. Regulacje te obejmują także obowiązek dostosowania wyposażenia i technik działania straży pożarnej w sposób, który wspiera ewakuację i zabezpieczenie medyczne poszkodowanych. Ponadto przepisy dotyczące transportu ratowniczego gwarantują priorytet dla karet w rejonach objętych akcją gaśniczą, co ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia ciągłości opieki medycznej. Ustawa uwzględnia również możliwość udzielenia podstawowej pomocy medycznej przez strażaków, co jest szczególnie istotne w pierwszych minutach po zdarzeniu, zanim na miejsce dotrą wykwalifikowane zespoły medyczne.

W kontekście podjętej w pracy problematyki badawczej bardzo istotną cechą systemu ratownictwa medycznego w Izraelu jest to, że opiera się on w bardzo dużej mierze na roli przeszkolonych wolontariuszy. Organizacje takie jak MDA czy United Hatzalah integrują tysiące przeszkolonych ochotników, którzy dzięki aplikacjom mobilnym mogą szybko reagować na wezwania i udzielać pierwszej pomocy przed przybyciem profesjonalnych służb medycznych. Wskazane w tym rozdziale akty prawne zawierają zapisy dotyczące tych organizacji oraz podejmowanych przez nie działań:

- Ustawa o Magen David Adom z 1950 roku wskazuje MDA jako organizację integrującą wolontariuszy wewnątrz swoich struktur operacyjnych, umożliwiając im aktywny udział w akcjach ratunkowych.
- Ustawa o Obronie Cywilnej z 1951 roku wskazuje istotną rolę przeszkolonych wolontariuszy, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych, definiując jednocześnie obowiązki i uprawnienia wolontariuszy w zakresie udzielania pomocy medycznej.
- Ustawa o Prawach Pacjenta z 1996 roku określa standardy opieki medycznej, które muszą być przestrzegane przez wszystkich udzielających pomocy, w tym wolontariuszy.

2.2.2. Magen David Adom – struktura, działalność i operacje ratownicze

Jak już wspomniano, Magen David Adom (MDA) jest narodową organizacją ratownictwa medycznego w Izraelu, ustanowioną na mocy Ustawy o Magen David Adom z 1950 roku. MDA jest odpowiedzialne za zarządzanie systemem karet, świadczenie usług pierwszej pomocy oraz prowadzenie banku krwi. Pełni również rolę pomocniczej służby medycznej

Sił Obronnych Izraela podczas działań wojennych i kryzysów. MDA obsługuje również system powiadamiania alarmowego (numer telefonu 101) i działa jako główny koordynator medycznych działań ratunkowych w kraju.

Organizacja dysponuje flotą ponad 1500 pojazdów ratunkowych, w tym trzema helikopterami, co umożliwia jej szybkie i skuteczne działania na terenie całego kraju⁸⁹. MDA posiada ponad 200 stacji ratunkowych wspierających dynamiczną reakcję na nagłe zdarzenia, a działalność operacyjna organizacji opiera się na współpracy 30 000 wykwalifikowanych wolontariuszy oraz pracowników etatowych.

Od momentu powstania państwa Izrael MDA została prawnie uznana za narodową organizację ratownictwa. Organizacja aktywnie uczestniczy w międzynarodowych akcjach humanitarnych, wspierając społeczności dotknięte klęskami żywiołowymi, takimi jak trzęsienia ziemi czy tsunami, co czyni ją w pewnym sensie organizacją o zasięgu globalnym. W kraju MDA prowadzi szeroko zakrojone działania humanitarne i społeczne, w tym organizację masowych zbiórek krwi, przetwarzanie i przechowywanie jej w specjalistycznych laboratoriach oraz dostarczanie produktów krwiopochodnych. W swojej działalności medycznej organizacja korzysta z najnowszych technologii i systemów, wdrażając międzynarodowe protokoły leczenia, co zapewnia najwyższą jakość świadczeń medycznych. Stałe szkolenia i ćwiczenia umożliwiają zespołom MDA utrzymanie najwyższej gotowości operacyjnej w każdej sytuacji kryzysowej, od wypadków drogowych po zdarzenia masowe. Organizacja współpracuje z innymi krajowymi i międzynarodowymi podmiotami w celu wymiany doświadczeń i doskonalenia swoich działań.

MDA dzięki swojej zaawansowanej infrastrukturze logistycznej oraz technologicznej jest w stanie błyskawicznie niwelować skutki występujących na terenie Izraela zamachów terrorystycznych, zapewniając wykwalifikowaną i specjalistyczną pomoc ofiarom. Izraelskie zespoły ratunkowe są szkolone do działania w trudnych warunkach, takich jak obecność licznych niewybuchów, ryzyko kolejnych ataków czy ograniczony dostęp do miejsca zdarzenia. Organizacja ma doświadczenie w udzielaniu pomocy zarówno fizycznej, jak i psychologicznej poszkodowanym w wyniku eksplozji, strzelanin czy ataków przy użyciu pojazdów. Jej personel (w tym także wolontariusze) jest przeszkolony w zakresie medycyny katastrof oraz w zarządzaniu dużą liczbą poszkodowanych. MDA prowadzi również regularne ćwiczenia symulacyjne, które

⁸⁹ <https://www.mdais.org/en/about> [dostęp: 25.11.2024].

obejmują scenariusze zamachów terrorystycznych. Szkolenia te pomagają ratownikom w opanowaniu procedur działania, takich jak segregacja (*triage*) poszkodowanych, koordynacja transportu medycznego oraz współpraca z innymi służbami, w tym ze strażą pożarną, policją i wojskiem. Warto podkreślić, że MDA wielokrotnie reagowała na zamachy bombowe, ataki nożowników, ostrzały raketowe oraz inne formy terroryzmu, co czyni ją jedną z najbardziej doświadczonych organizacji ratowniczych na świecie w zakresie niwelowania tego typu zagrożeń.

Wśród najgłośniejszych akcji ratowniczych MDA warto wskazać:

- 1973 r. – Wojna Jom Kipur: MDA odegrało kluczową rolę w transporcie rannych żołnierzy z pola walki. Organizacja utworzyła mobilne punkty medyczne w pobliżu linii frontu, zapewniając nieprzerwaną opiekę ratowniczą w ekstremalnych warunkach wojennych.
- 1996 r. – Atak bombowy w Jerozolimie: podczas zamachu na autobus w centrum Jerozolimy, zespoły MDA były jednymi z pierwszych na miejscu. Ratownicy szybko ewakuowali rannych do szpitali, minimalizując w ten sposób liczbę ofiar.
- lata 2001–2004 – Druga Intifada: MDA intensywnie działało w odpowiedzi na liczne zamachy bombowe i ataki terrorystyczne. Organizacja zbudowała system natychmiastowego reagowania, który umożliwiał szybkie dotarcie ekip ratowniczych na miejsce zdarzenia, w tym do miejsc o ograniczonym dostępie z powodu zagrożeń bezpieczeństwa.
- 2006 r. – Druga Wojna Libańska: podczas konfliktu MDA transportowało rannych cywilów i żołnierzy z obszarów ostrzeliwanych przez rakiety. Zorganizowano również dodatkowe punkty medyczne w północnym Izraelu.
- 2010 r. – Trzęsienie ziemi na Haiti: MDA uczestniczyło w międzynarodowej misji humanitarnej, wysyłając zespoły ratunkowe i medyczne do pomocy ofiarom katastrofy. Była to jedna z największych operacji międzynarodowych w historii organizacji.
- 2014 r. – Operacja Ochronny Brzeg (Gaza): w trakcie konfliktu MDA wspierało cywilów i żołnierzy, zapewniając transport medyczny oraz organizując schroniska dla osób ewakuowanych z terenów zagrożonych ostrzałem raketowym.

- 2020 r. – Pandemia COVID-19: MDA zareagowało natychmiastowo, tworząc punkty testowe na COVID-19, w tym stacje mobilne. Organizacja odegrała istotną rolę w masowych szczepieniach oraz wsparciu systemu opieki zdrowotnej⁹⁰.

Również obecnie MDA prowadzi niestandardowe działania, wymagające szczególnych zdolności operacyjnych i organizacyjnych. 7 października 2023 r., podczas ataku Hamasu na Izrael, MDA natychmiast zmobilizował 10 000 ratowników, którzy udzielali pierwszej pomocy i transportowali poszkodowanych do szpitali, ratując wiele istnień ludzkich⁹¹. Ratownicy MDA mimo ostrzału ewakuowali rannych z obszarów objętych atakami, wykazując się niezwykłą odwagą i poświęceniem⁹². Zorganizowano również liczne improwizowane punkty medyczne w miejscach takich jak Moshav Neve, gdzie ratownicy udzielali pomocy poszkodowanym, mimo ciągłego zagrożenia bezpieczeństwa⁹³.

2.2.3. United Hatzalah – innowacyjny model wolontariatu w ratownictwie medycznym

United Hatzalah to niezależna organizacja ratownictwa medycznego w Izraelu, opierająca swoją działalność na sieci ponad 8000 przeszkolonych wolontariuszy, w tym ratowników

⁹⁰Informacje o najważniejszych akcjach Magen David Adom podają za: T.F. Chan, G. Braitberg, D. Elbaum, D. Taylor, Hatzolah emergency medical responder service: to save a life „Medical Journal of Australia” 2007, nr 10(186), s. 507–539, <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/87-prehospital-use-of-the-hemcon-bandage-by-paramedics-of-magen-david-adom-the-israeli-national-emergency-medical-services-system/FBB65D5FCAEAFB6468762A215C07000D> [dostęp: 23.11.2024]. Choć artykuł ten opisuje działalność organizacji ratunkowej Hatzolah, skupiającej się na udzielaniu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Jej model jest często porównywany do izraelskich systemów ratowniczych, przede wszystkim United Hatzalah. Wskazuje na sukcesy w szybkim reagowaniu na wezwania oraz współpracy z lokalnymi służbami ratowniczymi. Ponadto wykorzystano następujące pozycje: R. Herbst, E. Jaffe, *Seven First Minutes – Community Emergency Response Training*, „Prehospital and Disaster Medicine” 2019, nr 34, s. 18, <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/seven-first-minutes-community-emergency-response-training/63B3BE872C370A7B9BC0F346E190D3FF>, [dostęp: 23.11.2024]; Ch. Rafalowski, K. Peleg, E. Bin, *op.cit.*, s. 442 oraz: E. Jaffe, Y. Skornik, J. Offenbacher, E.A. Alper, *The Role of Emergency Medical Services in Earthquake Response: Integrating the ABC Approach of Israel’s Magen David Adom*, „Prehospital and Disaster Medicine” 2020, nr 5 (34), s. 487–491, DOI: 10.1017/S1049023X2000101X.

⁹¹ <https://www.redcross.org.uk/stories/disasters-and-emergencies/world/remembering-7-october-in-israel> [dostęp: 18.11.2024].

⁹²<https://www.ifmda.org.il/en/news/item/649-the-heroism-of-magen-david-adom-under-fire-%E2%80%93-stories-of-rescue-%2C-pain-%2C-and-hope> [dostęp: 21.11.2024].

⁹³ <https://afmda.org/october-7-anniversary/> [dostęp: 23.11.2024].

medycznych i lekarzy. Organizacja ta jest znana z niezwykle innowacyjnego podejścia do ratownictwa, które obejmuje m. in. szerokie wykorzystanie specjalnie wyposażonych motocykli ambulansowych, zwanych *ambucycles*, co zapewnia średni czas reakcji na wezwanie wynoszący zaledwie 3 minuty – obejmując swym działaniem teren niemal całego kraju. Za wspomniany czas reakcji uznawane jest przyjęcie zgłoszenia, zadysponowanie zespołu i dotarcie pomocy do poszkodowanego. Zdaniem autora niniejszej pracy jest to przykład złotego standardu dla państwowych systemów ratownictwa medycznego, zapewniający udzielenie pomocy medycznej przed powstaniem nieodwracalnych skutków NZK, czyli niedotlenienia mózgu, prowadzącego do trwałego uszkodzenia komórek nerwowych.

Założona w 2006 r. przez Eli Beera – izraelskiego działacza społecznego i przedsiębiorcę, United Hatzalah powstała z potrzeby szybszej reakcji na nagłe przypadki medyczne w zatłoczonych miastach. W roku założenia, bezpośrednio po Drugiej Wojnie Libańskiej, organizacja zjednoczyła ponad 50 niezależnych grup ratowniczych (Hatzalah), tworząc ogólnokrajową sieć ratowniczą. W 2008 roku wdrożono zaś technologię *LifeCompass* GPS, umożliwiającą śledzenie lokalizacji wolontariuszy w czasie rzeczywistym i efektywne kierowanie ich do miejsc konkretnych zdarzeń. United Hatzalah działa na zasadzie pełnej neutralności, oferując bezpłatną pomoc medyczną wszystkim potrzebującym, niezależnie od ich pochodzenia, religii czy przekonań politycznych. Organizacja jest finansowana głównie z darowizn i nie pobiera żadnych opłat za swoje usługi⁹⁴.

W odpowiedzi na ataki terrorystyczne Hamasu 7 października 2023 roku, United Hatzalah natychmiast zmobilizowała swoje zasoby, ustanawiając kliniki medyczne w południowym Izraelu i współpracując z Siłami Obronnymi Izraela w celu leczenia rannych cywilów i personelu wojskowego. Organizacja działała nieprzerwalnie zapewniając niezbędną pomoc medyczną i dostarczając zaopatrzenie medyczne osobom dotkniętym atakami. United Hatzalah angażuje się również w międzynarodowe misje humanitarne, oferując pomoc medyczną i wsparcie psychologiczne w miejscach dotkniętych klęskami żywiołowymi i konfliktami zbrojnymi. Organizacja wysyłała swoje zespoły m.in. do Nepalu po trzęsieniu ziemi w 2015 roku oraz do Stanów Zjednoczonych po huraganach Irma i Harvey w 2017 roku.

⁹⁴ <https://israelrescue.org/mission/>, [dostęp: 04.11.2024].

Dzięki połączeniu nowoczesnych technologii, zaangażowania wolontariuszy i innowacyjnych rozwiązań logistycznych, United Hatzalah stanowi kluczowy element izraelskiego systemu ratownictwa medycznego, oferując szybkie i skuteczne wsparcie w sytuacjach kryzysowych. Organizacja stanowi również międzynarodowy fenomen – grupy o nazwie Hatzalah działają w społecznościach żydowskich na całym świecie, m.in. w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie, służąc jako inspiracja dla lokalnych systemów ratownictwa medycznego⁹⁵.

2.3. System ratownictwa medycznego w Anglii – organizacja, regulacje i funkcjonowanie

2.3.1. Podstawy prawne systemu ratownictwa medycznego w Anglii

System ratownictwa medycznego w Anglii jest regulowany przez szereg aktów prawnych, które określają zasady działania publicznej służby zdrowia (National Health Service – NHS) oraz państwowego pogotowia ratunkowego i systemu opieki przedszpitalnej. Ustawa National Health Service Act z 2006 r.⁹⁶ jest podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Anglii, w tym świadczenie usług ratownictwa medycznego przez NHS Ambulance Services. Ustawa ta definiuje organizację, finansowanie i zakres odpowiedzialności publicznej oraz zobowiązuje organy publiczne do zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, w tym również w sytuacjach nagłych, takich jak: zatrzymanie krążenia, urazy, nagłe zachorowania i porody. Pogotowie ratunkowe stanowi więc integralną część NHS, z jasno określonym zakresem odpowiedzialności w ramach systemu opieki przedszpitalnej. W myśl ustawy NHS ma obowiązek zorganizowania usług ratowniczych w sposób efektywny, z uwzględnieniem specyfiki lokalnych potrzeb. Ustawa podkreśla potrzebę zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej, co obejmuje zarówno usługi ambulatoryjne, jak i pomoc w nagłych wypadkach. Usługi ratownicze muszą być

⁹⁵ Na podstawie: G. Braitberg, D. Elbaum, D. Taylor, *op.cit.*, s.507–509.

⁹⁶ *National Health Service Act*, 2006, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents>, [dostęp: 07.10.2024].

świadczone zgodnie z określonymi standardami, zapewniającymi bezpieczeństwo i skuteczność.

National Health Service Act 2006 tworzy więc ramy prawne, które wspierają organizację usług ratownictwa medycznego w Anglii, zapewniając ich efektywność, dostępność i zgodność z wysokimi standardami jakości. Ustawa promuje również współpracę między NHS Ambulance Services a innymi służbami, takimi jak policja, straż pożarna czy szpitale, w celu skoordynowania działań w nagłych przypadkach. Choć szczegóły planowania kryzysowego (np. katastrofy naturalne czy ataki terrorystyczne) wynikają głównie z Civil Contingencies Act 2004 r.⁹⁷, NHS Ambulance Services odgrywają również kluczową rolę w takich sytuacjach. Ustawa nie precyzuje szczegółowych obowiązków ratowników medycznych i paramedyków (*paramedic* – ang. ratownik medyczny o wyższych kwalifikacjach, termin niestosowany w Polsce, lecz będzie wykorzystywany w niniejszej pracy) zobowiązując ogólnie NHS do świadczenia usług zgodnych z przyjętymi standardami i protokołami opracowywanymi przez odpowiednie organy nadzorcze.

Kolejnym aktem prawnym regulującym w sposób kluczowy działanie państwowego systemu ratownictwa w Anglii jest Ustawa Health and Social Care Act 2012 r.⁹⁸, będąca jednym z najważniejszych dokumentów reformujących system opieki zdrowotnej w Anglii. Akt ten wprowadza istotne zmiany w organizacji i zarządzaniu NHS, w tym znaczące reformy dotyczące systemu ratownictwa medycznego. Jego głównym celem było zwiększenie efektywności, jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, również w zakresie opieki przedszpitalnej. Ustawa wprowadziła m.in. Grupy Komisji Klinicznych (Clinical Commissioning Groups – CCGs), które zastąpiły wcześniejsze struktury strategiczne. CCGs odpowiedzialne są za lokalne planowanie i finansowanie usług zdrowotnych, w tym również ratownictwa medycznego. Decentralizacja miała na celu dostosowanie usług do specyficznych potrzeb poszczególnych społeczności, co objęło dostosowanie liczby i rozmieszczenia zespołów ratownictwa oraz optymalizację tras karetek. Niezwykle istotne okazało się również zmodernizowanie NHS Ambulance Trusts, czyli organizacji odpowiedzialnych za świadczenie usług pogotowia ratunkowego i transportu medycznego.

⁹⁷ *Civil Contingencies Act*, 2004, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>, [dostęp: 07.10.2024].

⁹⁸ *Health and Social Care Act*, 2012, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>, [dostęp: 14.10.2024].

NHS Ambulance Trusts zostały powołane jako kluczowy element systemu opieki zdrowotnej, zapewniający szybką pomoc medyczną w sytuacjach nagłych oraz transport pacjentów między placówkami medycznymi. Do głównych zadań NHS Ambulance Trusts należą:

- Usługi ratunkowe:
 - Obsługa numeru alarmowego 999 oraz telefonów na infolinię NHS 111 w celu reagowania na nagłe przypadki medyczne.
 - Dysponowanie karetek, helikopterów ratunkowych oraz innych specjalistycznych środków transportu w celu udzielenia pomocy w miejscu zdarzenia.
 - Diagnozowanie pacjentów na miejscu i zapewnianie leczenia w nagłych przypadkach.
- Transport pacjentów:
 - Organizacja transportu dla pacjentów, którzy muszą dotrzeć do szpitala, ale nie mogą podróżować na własną rękę (np. z powodu choroby, niepełnosprawności lub leczenia).
 - Transport między szpitalami dla pacjentów wymagających specjalistycznej opieki.
- Organizacja zespołów specjalistycznych:
- Zatrudnianie wysoko wykwalifikowanych ratowników medycznych, techników medycznych i dyspozytorów, którzy odpowiadają za ocenę sytuacji, koordynację działań i opiekę nad pacjentami. Wsparcie w sytuacjach kryzysowych, takich jak masowe wypadki, pożary czy powodzie.
- Edukacja i prewencja:
 - Promowanie zdrowia i bezpieczeństwa wśród społeczeństwa, np. poprzez kampanie edukacyjne dotyczące pierwszej pomocy.
 - Organizacja szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (CPR) i korzystania z defibrylatorów.

Jednostki NHS Ambulance Trusts powstały już w latach wcześniejszych – na mocy Ustaw National Health Service and Community Care Act 1990 r.⁹⁹ oraz Health

⁹⁹National Health Service and Community Care Act, 1990, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents> [dostęp: 17.10.2024].

Authorities Act 1995 r.¹⁰⁰, lecz dopiero omawiana uprzednio Ustawa Health and Social Care Act z 2012 r. w sposób istotny wpłynęła na NHS Ambulance Trusts, determinując dostosowanie się zarówno do lokalnych potrzeb, jak i do standardów krajowych. Rola tych jednostek w systemie opieki zdrowotnej została bardziej zintegrowana i zharmonizowana z innymi elementami NHS.¹⁰¹

Przyjęta w 2010 r. Equality Act¹⁰² również wywarła istotny wpływ na funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w Anglii, zapewniając równość i egalitaryzm w dostępie do usług medycznych. Ustawa ta konsoliduje wcześniejsze przepisy antydyskryminacyjne oraz wprowadza jednolite ramy prawne, które obowiązują również służby ratownicze. Akt ten gwarantuje, że wszystkie osoby, niezależnie od rasy, płci, wieku, niepełnosprawności, religii, orientacji seksualnej czy statusu ekonomicznego, mają równy dostęp do usług ratunkowych. Oznacza to, że państwowe ratownictwo medyczne musi działać w sposób w pełni inkluzywny i respektujący różnorodność pacjentów. Equality Act 2010 zobowiązuje służby ratownicze do zapewnienia odpowiednich udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, takich jak dostępność pojazdów ratunkowych czy sprzętu medycznego, czego przykładem może być wyposażenie karetek w sprzęt ułatwiający transport pacjentów z ograniczeniami ruchowymi. Ustawa wymaga, aby personel ratowniczy był odpowiednio przeszkolony w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji oraz udzielania pomocy w sposób zgodny z różnorodnymi potrzebami pacjentów. Szkolenia te obejmują świadomość kulturową, etyczne podejście do różnorodności oraz umiejętność komunikacji z pacjentami o różnych potrzebach, w tym osobami starszymi, dziećmi czy osobami w kryzysach psychicznych. Dokument ten chroni również pracowników służb ratowniczych przed dyskryminacją w miejscu pracy, co wspiera tworzenie zróżnicowanych i inkluzywnych zespołów. Dzięki temu zespoły ratownicze lepiej odzwierciedlają różnorodność społeczeństwa i są bardziej wrażliwe na potrzeby pacjentów. Equality Act 2010

¹⁰⁰ *Health Authorities Act*, 1995, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/17/contents> [dostęp: 19.10.2024].

¹⁰¹ Ogólne zasady funkcjonowania służb ratowniczych w Anglii podają między innymi za: J. Black, G. Davies, *International EMS systems: United Kingdom*, „Resuscitation” 2005, nr 1(64), s. 21–29, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001> [dostęp: 27.10.2024] oraz: N. Baier, A. Geissler, M. Bech, D. Bernstein, T.E. Cowling, T. Jackson, J. van Manen, A. Rudkjøbing, W. Quentin, *Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands: Analyzing organization, payment and reforms*, „Health Policy” 2019, nr 1(123), s. 1–10, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001> [dostęp: 27.10.2024]. Wykorzystano także: G. Kenward, N. Castle, T. Hodgetts, L. Shaikh, *Evaluation of a medical emergency team one year after implementation*, „Resuscitation” 2004, nr 3(61) s. 257–263, <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation> [dostęp: 27.10.2024].

¹⁰² *Equality Act*, 2010, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents> [dostęp: 27.10.2024].

zwiększyła dostępność i jakość usług ratownictwa medycznego, tworząc bardziej sprawiedliwy i inkluzywny system. Dzięki tej ustawie pacjenci w różnym wieku, pochodzący z różnych środowisk czy z różnymi potrzebami mają zapewnioną równą pomoc w sytuacjach nagłych. Poprawiono także świadomość i odpowiedzialność personelu medycznego w zakresie przeciwdziałania wszelkim formom dyskryminacji.

2.3.2. NHS Ambulance Services – organizacja, funkcjonowanie i wyzwania operacyjne

NHS Ambulance Services to jedna z najbardziej zaawansowanych struktur ratownictwa medycznego na świecie. Dzięki ciągłym reformom, wysokim standardom operacyjnym i wdrażaniu innowacji system ten nieustannie się rozwija, dostosowując się do zmieniających się potrzeb społeczeństwa. NHS Ambulance Services to integralna część systemu opieki zdrowotnej w Anglii, odpowiedzialna za świadczenie usług ratownictwa medycznego oraz transportu pacjentów w sytuacjach nagłych i wymagających zaawansowanej opieki medycznej.

NHS Ambulance Services zostały włączone do struktury NHS w 1974 roku na mocy Ustawy zatytułowanej *National Health Service Reorganisation Act* z 1973 r.¹⁰³ Reforma ta miała na celu centralizację usług ratownictwa, które wcześniej zarządzane były lokalnie przez władze miejskie. Od tego momentu ratownictwo medyczne stało się częścią publicznego systemu opieki zdrowotnej, co zapewniło jednolite standardy jakości oraz finansowanie z budżetu państwa. Obecnie w Anglii działa 11 regionalnych NHS Ambulance Trusts, które zarządzają operacjami ratownictwa medycznego na swoim obszarze. Rocznie organizacje te obsługują od 12 do 14 milionów zgłoszeń. Ich działania wspierane są przez:

- flotę pojazdów, która obejmuje karetki podstawowe i zaawansowane, motocykle medyczne oraz specjalistyczne pojazdy przystosowane do transportu pacjentów w sytuacjach kryzysowych,
- technologie – systemy GPS, zaawansowane oprogramowanie do triage'u pacjentów oraz telemedycynę, która umożliwia złożone konsultacje prowadzone w czasie rzeczywistym,

¹⁰³*National Health Service Reorganisation Act*, 1973, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1973/32/enacted> [dostęp: 03.11.2024].

- zespoły ratownicze, składające się z paramedyków, techników ratownictwa medycznego i specjalistów medycznych, którzy działają w różnych konfiguracjach zespołów, adekwatnie do wymagań sytuacji.

NHS Ambulance Services operują kilkoma rodzajami zespołów ratowniczych:

- Zespoły Podstawowe (Emergency Ambulance Crews) – złożone z techników medycznych i paramedyków, odpowiedzialne za większość interwencji w terenie.
- Zespoły Zaawansowane (Advanced Paramedic Practitioners) – specjaliści z wyższymi kwalifikacjami, zdolni do diagnozowania i podejmowania bardziej skomplikowanych decyzji klinicznych na miejscu zdarzenia.
- Zespoły Szybkiego Reagowania (Rapid Response Vehicles – RRV) – małe pojazdy przeznaczone do szybkiego dotarcia do pacjentów w trudnych warunkach, wyposażone w sprzęt medyczny niezbędny dla udzielenia podstawowej pomocy medycznej.
- Zespoły Intensywnej Opieki Medycznej (Critical Care Teams) – wyspecjalizowane zespoły ratunkowe dla pacjentów w stanie krytycznym, nierzadko z lekarzami w składzie.

Wewnątrz struktur NHS Ambulance Services istnieje jasno określona hierarchia ratowników, oparta na kwalifikacjach, doświadczeniu i odpowiedzialności. Oto główne szczeble w tej hierarchii:

- Emergency Care Assistant (ECA) – podstawowy szczebel w hierarchii, obejmujący personel wspierający w karetkach. Do jego zadań należy pomoc w opiece nad pacjentami, prowadzenie ambulansu, wsparcie techniczne dla bardziej wykwalifikowanych ratowników. Wymagane kwalifikacje – podstawowe szkolenie w zakresie pierwszej pomocy i obsługi sprzętu medycznego.
- Paramedic (Ratownik medyczny) – najbardziej rozpoznawalny zawód w NHS Ambulance Services, stanowiący trzon zespołów ratownictwa medycznego. Jego zadania obejmują diagnozę i leczenie pacjentów na miejscu zdarzenia, podawanie leków, wykonywanie zaawansowanych procedur medycznych. Wymagane kwalifikacje – dyplom lub stopień naukowy w ratownictwie medycznym i rejestracja w Radzie ds. Zawodów Zdrowotnych i Opiekuńczych (Health and Care Professions Council).

- Specialist Paramedic / Advanced Paramedic Practitioner (Specjalista / Zaawansowany Ratownik Medyczny) – ratownik medyczny z dodatkowymi kwalifikacjami i specjalizacjami w konkretnych dziedzinach, takich jak pediatria, geriatryka czy opieka krytyczna. Odpowiada za podejmowanie decyzji klinicznych na miejscu zdarzenia, konsultacje z zespołami szpitalnymi, wsparcie dla innych ratowników. Wymagane kwalifikacje – zaawansowane szkolenia kliniczne i specjalistyczne certyfikaty.
- Critical Care Paramedic (CCP) – wysoce wykwalifikowany ratownik medyczny, specjalizujący się w opiece krytycznej. Do jego zadań należy opieka nad pacjentami w stanach zagrożenia życia, takich jak zatrzymanie krążenia czy ciężkie urazy, często wykonują swoje obowiązki w śmigłowcach ratowniczych. Wymagane kwalifikacje – rozszerzone szkolenie w zakresie medycyny krytycznej, często z doświadczeniem w lotniczym pogotowiu ratunkowym.
- Operational Team Leader / Clinical Supervisor (Kierownik Zespołu Operacyjnego) – odpowiada za zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego w danej zmianie, do jego zadań należy koordynacja działań w terenie, wsparcie dla zespołów, nadzór nad jakością świadczonej opieki. Wymagane kwalifikacje – doświadczenie w pracy ratownika i szkolenia w zarządzaniu zespołem.
- Senior Leadership Roles (dot. funkcji zarządzających) – wyższe stanowiska zarządzające w strukturze NHS Ambulance Services, zajmujące je osoby odpowiadają za planowanie strategiczne, zarządzanie operacjami, wdrażanie wytycznych i procedur klinicznych. Przykładowe stanowiska to Dyrektor Kliniczny (Clinical Director) czy Kierownik Operacji (Head of Operations)¹⁰⁴.

Wśród kluczowych inicjatyw i reform NHS Ambulance Services wskazać należy wdrożenie w 2017 roku nowego programu reagowania na zlecenia (*Ambulance Response Programme – ARP*), który zreorganizował sposób reagowania systemu ratownictwa na wezwania. Pierwotnie system reagowania karettek w Anglii dzielił wezwania na trzy główne poziomy: „Czerwony 1” dla najbardziej nagłych przypadków zagrażających

¹⁰⁴ Strukturę NHS Services opisano za: P. Wankhade, *Performance measurement and the UK emergency ambulance service: Unintended consequences of the ambulance response time targets*, „International Journal of Public Sector Management” 2011, nr 5 (24), s. 382–402, DOI: 10.1108/09513551111147132. Artykuł bada ponadto (całkowicie niezamierzone) konsekwencje i wnioski z przeprowadzenia systemu oceny wydajności brytyjskiego pogotowia ratunkowego, który opiera się na celach związanych z czasem reakcji. Autor analizuje, w jaki sposób te cele mogą wpływać na funkcjonowanie usług oraz sugeruje potrzebę reformy w podejściu do oceny wydajności.

życiu (zakładający średni czas reakcji nieprzekraczający 8 minut), „Czerwony 2” dla mniej bezpośrednich zagrożeń (również zakładający średnio 8 minut na reakcję) oraz „Zdarzenia zielone” dla mniej pilnych przypadków, gdzie czas oczekiwanej reakcji ulegał znacznemu wydłużeniu. System ten opierał się na opisach zdarzeń w chwili zgłoszenia, co często skutkowało błędnym przydziałem zasobów. Podział wdrożony przez program ARP uwzględniał szczegółowe kategorie priorytetów, lepiej dopasowując zasoby do potrzeb pacjentów i poprawiając efektywność działania. Powstały następujące priorytety wezwań:

- kategoria 1: zatrzymanie akcji serca lub sytuacje wymagające natychmiastowej interwencji (czas reakcji: 7 minut);
- kategoria 2: poważne schorzenia, takie jak udar lub ból w klatce piersiowej (czas reakcji: 18 minut);
- kategoria 3: mniej poważne przypadki, ale wymagające interwencji (czas reakcji: do 2 godzin);
- kategoria 4: transport do szpitala dla stabilnych pacjentów.

Warto zwrócić również uwagę na wdrażanie przez NHS Ambulance Services systemów analizy danych w czasie rzeczywistym, co umożliwi optymalizację zasobów i poprawę czasów reakcji. Pracownicy systemu ratownictwa w Anglii mają również dostęp do specjalistycznych aplikacji mobilnych, które wspierają ich w podejmowaniu decyzji klinicznych, w tym w obliczaniu dawek leków i udzielaniu wskazówek do działania w nagłych przypadkach. Aplikacje takie jak JRCALC Plus zawierają między innymi szczegółowe protokoły dotyczące dawkowania leków dla pediatrycznych, uwzględniające wagę i wiek pacjenta. Dane te zostały opracowane przez Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee (JRCALC) – brytyjską organizację tworzącą wytyczne i rekomendacje kliniczne dla personelu medycznego. W sytuacjach nagłych ratownicy mogą więc szybko wprowadzić do systemu podstawowe dane dotyczące pacjenta, a aplikacja automatycznie obliczy odpowiednią dawkę leku. Aplikacja zawiera również ujednolicone algorytmy postępowania dla różnych sytuacji medycznych, takich jak zatrzymanie krążenia, astma, reakcje alergiczne czy urazy wielonarządowe. Nowoczesne technologie stosowane w NHS dostarczają natychmiastowych wskazówek, umożliwiając ratownikom szybkie podejmowanie decyzji zgodnych z aktualnymi standardami. Tego typu narzędzia znacząco zwiększają efektywność działań zespołów, minimalizują też ryzyko błędów w sytuacjach stresowych, zwłaszcza w przypadku

pacjentów pediatrycznych, w przypadku których precyzyjne dawkowanie leków jest szczególnie istotne.

Najważniejsze wyzwania, z jakimi w ostatnich latach mierzyły się NHS Ambulance Services, obejmują: wzrost liczby zgłoszeń ratunkowych, braki kadrowe, opóźnienia w przekazywaniu pacjentów (zatory w szpitalach), ograniczenia budżetowe, problemy ze zdrowiem psychicznym personelu, a także pandemia COVID-19. Angielski system państwowego ratownictwa medycznego w ostatnich latach stawiał również czoła wielu konkretnym wydarzeniom, które wywarły znaczny wpływ na jego funkcjonowanie. Wśród nich warto wymienić:

- zamach w Manchester Arena (22 maja 2017 r.) – atak terrorystyczny podczas koncertu w Manchester Arena, który skutkował śmiercią 22 osób i setkami rannych. Ambulance Services bardzo szybko zmobilizowało swoje siły, aby udzielić pomocy w miejscu zdarzenia i przetransportować rannych do szpitali. Wydarzenie to podkreśliło znaczenie odpowiedniego przygotowania służb ratowniczych na incydenty o charakterze masowym;
- pożar Grenfell Tower (14 czerwca 2017 r.) – pożar 24-piętrowego budynku mieszkalnego w Londynie spowodował śmierć 72 osób, wiele osób odniosło poważne obrażenia. Angielskie pogotowie ratunkowe odegrało kluczową rolę w ewakuacji i udzielaniu pomocy ofiarom, co stanowiło jedno z największych wyzwań logistycznych i emocjonalnych w historii NHS Ambulance Services;
- ataki terrorystyczne na Westminster Bridge i London Bridge (2017 r.) – seria zamachów terrorystycznych, w tym na Westminster Bridge (22 marca) i London Bridge (3 czerwca), wymagała szybkiej i skoordynowanej reakcji pogotowia. W obu przypadkach NHS Ambulance Services musiały zarządzać dużą liczbą rannych w trudnych warunkach;
- falę upałów w Wielkiej Brytanii (lato 2018 r.) – ekstremalne temperatury spowodowały wzrost liczby zgłoszeń związanych z odwodnieniem, udarami cieplnymi i chorobami sercowo-naczyniowymi. Systemy ratownictwa medycznego zostały przeciążone, a średni czas reakcji znacznie się wydłużył;
- burze Ciara i Dennis (luty 2020 r.) – obie burze przyniosły silne wiatry i powodzie w całej Wielkiej Brytanii, co doprowadziło do znacznego wzrostu liczby zgłoszeń. Pogotowie musiało reagować na sytuacje kryzysowe związane z powodzią, wypadkami komunikacyjnymi i urazami;

- śmierć królowej Elżbiety II (8 września 2022 r.) – wydarzenie to, choć nie było ono kryzysem w sensie medycznym, wymagało od NHS Ambulance Services zwiększonej gotowości w czasie żałoby narodowej i związanych z tym zgromadzeń publicznych, aby zapewnić bezpieczeństwo ich uczestnikom;
- zamach w Reading (20 czerwca 2020 r.) – atak nożownika w parku w Reading spowodował śmierć trzech osób i obrażenia u kilku innych poszkodowanych. NHS Ambulance Services musiały szybko zareagować i udzielić pomocy w niebezpiecznym środowisku.

Wskazane wydarzenia wymagały od NHS Ambulance Services zdolności do natychmiastowego reagowania na masowe incydenty, z uwzględnieniem reakcji na codzienne wyzwania operacyjne. Tego typu sytuacje miały jednak bezpośredni wpływ na rozwój procedur zarządzania kryzysowego i aktualizację wytycznych dla personelu medycznego¹⁰⁵.

2.3.3. Jednoosobowe zespoły szybkiego reagowania (Rapid Response Vehicles – RRV¹⁰⁶) w angielskim systemie ratownictwa medycznego

Zespoły Szybkiego Reagowania (RRV) są kluczowym elementem angielskiego systemu ratownictwa medycznego, powołanym w celu skrócenia czasu reakcji na sytuacje nagłe oraz poprawy ogólnej efektywności działania NHS Ambulance Services. Koncepcja tych zespołów powstała jako odpowiedź na rosnące potrzeby społeczne i konieczność szybszej interwencji medycznej w przypadkach nagłych. RRV to mniejsze pojazdy ratownicze, które mogą docierać na miejsce zdarzenia znacznie szybciej, niż tradycyjne karetki. Pojazdy te wyposażone są w zaawansowany sprzęt medyczny, umożliwiający udzielanie

¹⁰⁵ Przykłady reakcji NHS na wydarzenia podają między innymi za: J. Scott, H. Burtrand, T. Churchill, R. Cole, T. Collins, N. Daxner, G. Fidler, J. Hammond-Williams, B. Marlow, A. McNally, J. O’Keefe, R. Petterson, D. Powell, S. Scott, J. Scaife, J. Smylie, A. Strickland, *Frequent callers to UK ambulance services in the COVID-19 pandemic: managing mental health, social isolation and loneliness*, „British Paramedic Journal” 2021, nr 2(6), s. 56–75. DOI: 10.29045/14784726.2021.09.6.2.66. oraz J. Barrett, J. Williams, K. Bennett-Eastley, P. Owen, S. Naeem, A. Herbland, J. King, C. Mortimer, *The COVID-19 ambulance response assessment (CARA): measuring the psychological stress and preparedness of ambulance staff to deliver care during the first wave of the SARS-COV-2 pandemic in the UK in 2020*, „Emergency Medicine Journal” 2022, nr 5(39), DOI: 10.1136/emered-2022-999.9.

¹⁰⁶ Informację o Rapid Response Vehicles (RRV) opracowano na podstawie: M. Rehn, G. Davies, P.K. Smith, D. Lockey, *Emergency versus standard response: time efficacy of London’s Air Ambulance rapid response vehicle*, „Emergency Medicine Journal” 2017, nr 11(34), DOI: 10.1136/emered-2017-206663, <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206663> [dostęp: 03.11.2024].

podstawowej i zaawansowanej pomocy medycznej. W zależności od regionu i potrzeb, flota RRV obejmuje samochody osobowe, SUV-y, motocykle, a w zatłoczonych miastach także rowery ratunkowe. Załogi RRV tworzy wykwalifikowany personel medyczny, najczęściej ratownicy medyczni.

Statystyki NHS pokazują, że pojazdy RRV docierają na miejsce zdarzenia średnio w czasie 2–5 minut, podczas gdy tradycyjne karetki mogą potrzebować od 7 do 15 minut w zależności od lokalizacji i warunków drogowych. Szybkość działania RRV wynika z mniejszych gabarytów pojazdów, umożliwiających łatwiejsze poruszanie się w zatłoczonych obszarach miejskich, jak również większej elastyczności operacyjnej, zapewnionej chociażby dzięki możliwości wykorzystania motocykli i rowerów w miejscach trudno dostępnych.

Zespoły RRV są najczęściej wykorzystywane w przypadkach wymagających natychmiastowej reakcji, takich jak: zatrzymanie akcji serca – szybka defibrylacja może zwiększyć nawet o 70% szanse na pacjenta na przeżycie, ciężkie urazy – wówczas ma miejsce kluczowa stabilizacja pacjenta przed przybyciem pełnego zespołu ratowniczego, ostre reakcje alergiczne – podanie leków w nagłych przypadkach anafilaksji oraz innych stanach zagrażającym życiu, takich jak udary czy zawały mięśnia sercowego, gdzie personel Zespołów Szybkiego Reagowania przeprowadza wczesną ocenę i stabilizację stanu chorego. W sytuacji przeciążenia systemu zespoły RRV mogą również realizować wyjazdy do mniej poważnych przypadków, samodzielnie rozwiązując wybrane sytuacje i odciążając w ten sposób karetki i ZRM.

Zdaniem autora tej pracy jednoosobowe zespoły szybkiego reagowania mają jeszcze jedną istotną zaletę – umożliwiają postawienie wczesnej diagnozy „przedlekarskiej”, a co za tym idzie, pozwalają na wdrożenia odpowiednio szybko skutecznego specjalistycznego leczenia w konkretnej placówce. Wywiad telefoniczny prowadzony przez dyspozytora, zbierany na podstawie deklaracji osób znajdujących się w stanie wysokiego stresu, nieposiadających wiedzy i doświadczenia medycznego, nigdy nie będzie w stanie konkurować z oceną stanu pacjenta prowadzoną bezpośrednio przez personel ZRM. Fakt ten może okazać się niesłychanie istotny dla osób z objawami świeżego udaru mózgu, gdzie „czas to mózg”, lub też z objawami zawału mięśnia sercowego – w przypadku obydwu tych stanów decyzja o transporcie do odpowiedniego szpitala jest kluczowa.

Nie ulega również wątpliwości fakt, że zespoły typu RRV są znacznie tańsze w utrzymaniu niż pełnowymiarowe, kilkusobowe karetki, co ma również istotne znaczenie w kontekście optymalizacji wydatków publicznych.

2.4. System ratownictwa medycznego w Niemczech

2.4.1. Podstawy prawne funkcjonowania ratownictwa medycznego w Niemczech

System prawny regulujący ratownictwo medyczne w Niemczech jest w znacznym stopniu zdecentralizowany, a odpowiedzialność za jego organizację i funkcjonowanie spoczywa głównie na poszczególnych landach (krajach związkowych). Każdy z 16 landów posiada więc własne przepisy prawne dotyczące ratownictwa medycznego, które określają: organizację, finansowanie oraz standardy działania służb ratowniczych. Przykładem takich regulacji jest najnowsza z przyjętych w Republice Federalnej Niemiec ustawa o ratownictwie medycznym Badenii-Wirtembergii (*Rettungsdienstgesetz – RDG*)¹⁰⁷, która kompleksowo reguluje działalność ratownictwa w tym regionie.

System ratownictwa w Niemczech charakteryzuje się więc regionalną różnorodnością, wynikającą z dużej autonomii landów. Każdy land może dostosowywać swoje przepisy do lokalnych potrzeb, na przykład różnic w infrastrukturze czy uwarunkowań geograficznych. Jednocześnie współpraca między landami oraz wytyczne dotyczące czasu reakcji i jakości świadczonych usług zapewniają pewien poziom spójności w całym kraju. W związku z powyższym na poziomie federalnym nie istnieje jednolita, ogólnokrajowa ustawa o ratownictwie medycznym. Należy jednak wskazać Kodeks Socjalny, Księga V (*Sozialgesetzbuch V*)¹⁰⁸ oraz inne przepisy ogólne, takie jak Ustawa o przewozie osób (*Personenbeförderungsgesetz*)¹⁰⁹, jako dokumenty federalne określające pewne ramy prawne dotyczące finansowania i organizacji ratownictwa

¹⁰⁷ *Ustawa o ratownictwie medycznym Badenii-Wirtembergii (Rettungsdienstgesetz – RDG)*, 2010, <https://www.landesrechtbw.de/jportal/?quelle=jlink&query=RettdG+BW&psml=bsbauueprod.psml&max=true&aiz=true> [dostęp: 13.11.2024].

¹⁰⁸ *Kodeks Socjalny, Księga V (Sozialgesetzbuch V)*, 1988, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ [dostęp: 12.11.2024].

¹⁰⁹ *Ustawa o przewozie osób (Personenbeförderungsgesetz)*, 1961, <https://www.gesetze-im-internet.de/pbefg/> [dostęp: 14.11.2024].

medycznego. Również Ustawa o ochronie ludności (*Zivilschutzgesetz*)¹¹⁰ obejmuje kwestie związane z zarządzaniem kryzysowym i ochroną zdrowia publicznego.

Regulacje federalne i landowe uzupełniają się ponadto poprzez mechanizmy współpracy, na przykład w zakresie lotniczego ratownictwa medycznego czy ujednolicania standardów kwalifikacji personelu ratowniczego. Wspólnym celem systemu jest zapewnienie skutecznej i dostępnej pomocy medycznej, z uwzględnieniem specyficznych potrzeb regionalnych oraz lokalnych zasobów. Taki federalny model organizacji ratownictwa medycznego pozwala na elastyczność i dostosowanie systemu do lokalnych wyzwań, ale jednocześnie może prowadzić do różnic w standardach i dostępności usług między regionami. Model ten zasadniczo odzwierciedla ogólną zasadę decentralizacji w niemieckim systemie politycznym i administracyjnym.

2.4.2. Ustawy o ratownictwie medycznym w Niemczech (*Rettungsdienstgesetz – RDG*)¹¹¹

Ustawa o Ratownictwie (RDG) jest terminem stosowanym w Niemczech na określenie ustaw regionalnych regulujących system ratownictwa medycznego w poszczególnych krajach związkowych¹¹². Pierwsze tego typu akty zaczęły pojawiać się w latach 70. XX wieku, w odpowiedzi na rozwój zorganizowanych struktur ratownictwa medycznego i konieczność dostosowania systemu do rosnących potrzeb społeczeństwa w zakresie nagłych interwencji medycznych. RDG stanowią kluczowe ramy prawne dla organizacji, finansowania i nadzoru nad systemami ratownictwa w poszczególnych landach, które z racji federalnej struktury Niemiec posiadają pewną autonomię w kształtowaniu szczegółowych przepisów. W praktyce ogólne przepisy mające fundamentalny charakter

¹¹⁰ Ustawa o ochronie ludności (*Zivilschutzgesetz*), 1997, <https://www.gesetze-im-internet.de/zsg/>, [dostęp: 14.11.2024].

¹¹¹ Ustawa o ratownictwie medycznym Badenii-Wirtembergii (*Rettungsdienstgesetz – RDG*), 2010, <https://www.landesrechtbw.de/jportal/?quelle=jlink&query=RettdG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true> [dostęp: 13.11.2024].

¹¹² Opisano na podstawie: P. Sefrin, E. Thiemens, M. Schorr, B. Gorgas, F. Ahnefeld, *Ausrüstung von Notarzteinsatzfahrzeugen*, „Unfallchirurgie” 1979, nr 5, s. 185–190, DOI: 10.1007/BF02589377, oraz: L. Bach, *Locational Optimization for Health Facilities – A Case Study for Emergency Dispatch Centers in Dortmund*, 1984, s.1036–1039, DOI: 10.1007/978-3-642-69939-9_239. Skorzystano także z: E. Platz, T. Bey, F. Walter, *International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country*, „The Journal of Emergency Medicine” 2003, nr 2(23), s. 203–210. DOI: 10.1016/S0736-4679(03)00173-2.

krajowy, uzupełniane są o regulacje lokalne dostosowane do wymagań i doświadczeń konkretnych krajów związkowych.

RDG Badenii-Wirtembergii z 25 lipca 2024 r.¹¹³ to – jak wspomniano – najnowsza ustawa o tym charakterze, i w pewnym sensie kontynuuje ona tradycję kompleksowej regulacji systemu ratownictwa medycznego w tym konkretnym regionie. Ustawa definiuje najważniejsze aspekty funkcjonowania ratownictwa, w tym: organizację, finansowanie, obowiązki podmiotów zaangażowanych oraz standardy jakości świadczonych usług. Dokument podkreśla konieczność zapewnienia szybkiej i skutecznej pomocy w nagłych przypadkach medycznych, określając szczegółowo zakres zadań ratownictwa, który obejmuje zarówno działania ratownicze, jak i transport medyczny.

Jednym z podstawowych filarów ustawy jest ustanowienie podziału odpowiedzialności między konkretne instytucje, w tym lokalne i regionalne władze, organizacje humanitarne oraz prywatnych dostawców usług ratowniczych. Akt ten określa zasady współpracy między podmiotami realizującymi zadania ratownicze, a także wprowadza szczegółowe regulacje dotyczące zintegrowanych centrów ratownictwa, które koordynują działania w sytuacjach nagłych. RDG Badenii-Wirtembergii precyzuje także wymagania w zakresie wyposażenia i personelu, w tym kwalifikacji zawodowych ratowników medycznych, lekarzy oraz pilotów medycznych.

Istotnym elementem ustawy jest wprowadzenie zasad nadzoru i kontroli jakości, które mają zapewnić jednolite standardy działania w całym regionie. Na potrzeby monitorowania wydajności powołano centralną jednostkę odpowiedzialną za analizę i publikację danych dotyczących funkcjonowania systemu ratownictwa. Ustalono też wymogi dotyczące czasu reakcji zespołów ratowniczych, zazwyczaj wynoszącego od 8 do 15 minut. Ustawa wprowadza także mechanizmy umożliwiające zastosowanie środków wyjątkowych w sytuacjach kryzysowych, takich jak: epidemie (w reakcji na pandemię COVID-19) czy katastrofy masowe, które mogą zagrażać efektywności całego systemu ratownictwa.

Regulacje zawarte w RDG obejmują również aspekty finansowania ratownictwa, w tym ustalanie opłat za usługi ratownicze oraz mechanizmy współfinansowania infrastruktury przez podmioty publiczne i prywatne. W ustawie uwzględniono ponadto potrzeby cyfryzacji, określając ramy dla funkcjonowania platform elektronicznych,

¹¹³ *Ibidem.*

takich jak na przykład cyfrowy system przekazywania informacji o pacjentach pomiędzy szpitalami a służbami ratowniczymi.

Ustawa RDG Badenii-Wirtembergii z 2024 roku stanowi modelowy przykład nowoczesnego podejścia do organizacji ratownictwa medycznego, łącząc precyzyjne regulacje z elastycznością w dostosowywaniu systemu do zmieniających się potrzeb społeczeństwa oraz wyzwań, jakie niesie rozwój technologii i zmieniające się warunki zdrowotne.

2.4.3. Inne podstawy prawne systemu ratownictwa medycznego w Niemczech

Niemiecka ustawa o systemie ubezpieczeń zdrowotnych (Sozialgesetzbuch V – SGB V)¹¹⁴ jest częścią większego zbioru aktów prawnych zawartych w Kodeksie Społecznym (Sozialgesetzbuch) i obowiązuje od 1 stycznia 1989 roku. Jej głównym celem jest regulacja obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech, w tym finansowania i organizacji systemu ochrony zdrowia. SGB V określa prawa i obowiązki ubezpieczycieli, świadczeniodawców i pacjentów, obejmując szeroki zakres usług zdrowotnych, w tym ratownictwo medyczne. Ustawa zobowiązuje kasy chorych (*gesetzliche Krankenkassen*) do finansowania usług ratownictwa medycznego, w tym transportu medycznego i opieki przedszpitalnej. Gwarantuje ponadto dostępność usług ratownictwa eliminując bariery finansowe w myśl zasady solidarności, dzięki której usługi ratownictwa medycznego są dostępne dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od ich dochodów czy sytuacji materialnej.

SGB V definiuje, że ratownictwo medyczne jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia i musi być dostępne dla każdego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, a dostępność ta obejmuje zarówno transport do szpitala, jak i działania ratujące życie w warunkach przedszpitalnych. Akt ten wymaga, aby usługi ratownictwa były świadczone zgodnie z najwyższymi standardami jakości, co obejmuje odpowiednie kwalifikacje personelu, wyposażenie karetek i dostępność usług. Ustawa wspiera również integrację ratownictwa medycznego z innymi elementami systemu ochrony zdrowia, takimi jak szpitale i lekarze specjaliści, co pozwala na płynne przekazywanie pacjentów między różnymi poziomami opieki.

¹¹⁴ Kodeks Socjalny, Księga V (Sozialgesetzbuch V), *op.cit.*

Warto zaznaczyć, że SGB V ma – co należy określić jako dość nietypowe dla niemieckiego systemu prawnego – zasięg krajowy. Dotyczy zatem wszystkich landów w Niemczech i obowiązuje każdą osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Można w związku z tym stwierdzić, że dokument ten stanowi fundament prawny, zapewniający powszechny dostęp do usług ratownictwa medycznego w Niemczech. Poszczególne kraje związkowe mogą jednak wprowadzać dodatkowe przepisy (jak opisana w podrozdziale 3.1.1. Ustawa RDG Badenii-Wirtembergii z 2024 r.) w celu szczegółowego określenia organizacji systemu ratownictwa w danym regionie.

Istotnym aktem prawnym regulującym działanie systemu ratownictwa w Niemczech jest ponadto Ustawa o Ratownikach Medycznych (Notfallsanitätengesetz – NotSanG)¹¹⁵ posiadająca również charakter ogólnokrajowy. Została uchwalona przez niemiecki parlament federalny (Bundestag) i dotyczy jednolitych zasad kształcenia, kwalifikacji oraz kompetencji ratowników medycznych (Notfallsanitäter) we wszystkich landach. NotSanG to ustawa w pewnym sensie przełomowa, znacznie unowocześniła bowiem niemiecki system kształcenia i pracy ratowników medycznych. Obowiązuje od 2014 roku i określa standardy edukacji, zakres obowiązków i współpracy, a także przyczynia się do zwiększenia skuteczności i bezpieczeństwa działań ratownictwa medycznego w Niemczech. Można zdefiniować ją jako podstawę profesjonalizacji zawodu ratownika medycznego w kontekście nowoczesnej medycyny przedszpitalnej. Akt ten wprowadza m.in. nowe ramy prawne dla kształcenia i uprawnień ratowników medycznych, uwzględniając rozwój nowoczesnej medycyny ratunkowej. Ustawa wydłużyła okres kształcenia ratowników medycznych z dwóch do trzech lat, co pozwoliło na bardziej wszechstronne i zaawansowane szkolenie. Dokument określa również szczegółowy zakres obowiązków i kompetencji Notfallsanitäter, umożliwiając im podejmowanie bardziej samodzielnych decyzji w sytuacjach nagłych, takich jak podawanie leków czy wykonywanie zaawansowanych procedur medycznych. Wprowadza ponadto obowiązek regularnych szkoleń i recertyfikacji, co zapewnia utrzymanie wysokich standardów kwalifikacji zawodowych.

NotSanG definiuje zakres działań, które mogą być podejmowane samodzielnie przez ratowników medycznych w sytuacjach nagłych, gdy lekarz nie jest obecny. Umożliwia ratownikom medycznym podejmowanie decyzji o podjęciu działań ratujących

¹¹⁵ Ustawa o Ratownikach Medycznych (Notfallsanitätengesetz – NotSanG), 2013, <https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/> [dostęp: 16.11.2024].

życie na podstawie ich wiedzy i doświadczenia. Ustawa określa zasady współpracy między *Notfallsanitäter* a lekarzami ratunkowymi (*Notarzt*), zapewniając płynne i skuteczne działanie zespołów ratowniczych.

Zdaniem autora pracy warto wymienić również inne istotne akty prawne regulujące – w sposób pośredni – ratownictwo medyczne w Niemczech, jak chociażby:

- Ustawa o Lekach z dn. 24 sierpnia 1976 r. (*Arzneimittelgesetz – AMG*)¹¹⁶ regulująca przepisy dotyczące stosowania leków w medycynie, w tym w ratownictwie przedszpitalnym, obejmując: przechowywanie, transport i stosowanie leków przez personel ratowniczy oraz lekarzy w ramach interwencji medycznych.
- Ustawa o Ruchu Drogowym z dn. 13 listopada 1937 r. (*Straßenverkehrsordnung – StVO*)¹¹⁷ nadająca priorytet dla karetek w ruchu drogowym, co pozwala na szybkie dotarcie do miejsca zdarzenia.
- Ustawa o Ochronie przed Zakażeniami z dn. 20 lipca 2000 r. (*Infektionsschutzgesetz – IfSG*)¹¹⁸ regulująca działania służb ratowniczych w przypadku epidemii i chorób zakaźnych oraz wprowadzająca zasady ochrony personelu ratowniczego oraz pacjentów, a także zasady dotyczące transportu chorych na choroby zakaźne.

2.4.4. Struktura i funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego w Niemczech

Rettungsdienst, czyli niemiecki system ratownictwa medycznego, wywodzi się z tradycji pomocy humanitarnej i pierwszych form zorganizowanej służby ratowniczej, które miały swój początek w XIX wieku, głównie za sprawą organizacji takich jak Niemiecki Czerwony Krzyż (*Deutsches Rotes Kreuz*). Nowoczesny *Rettungsdienst* w obecnej formie został jednak ukształtowany w latach 70. XX wieku, kiedy zaczęły obowiązywać pierwsze ustawy regulujące jego organizację. Pionierskim dokumentem była ustawa przyjęta w 1969 roku w Bawarii, która wprowadziła obowiązek świadczenia

¹¹⁶ Ustawa o Lekach z dnia 24 sierpnia 1976 r. (*Arzneimittelgesetz – AMG*), https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/ [dostęp: 21.11.2024].

¹¹⁷ Ustawa o Ruchu Drogowym z dnia 13 listopada 1937 r. (*Straßenverkehrsordnung – StVO*), https://www.gesetze-im-internet.de/stvo_2013/ [dostęp: 23.11.2024].

¹¹⁸ Ustawa o ochronie przed zakażeniami z dnia 20 lipca 2000 r. (*Infektionsschutzgesetz – IfSG*), <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> [dostęp: 14.11.2024].

zorganizowanej pomocy medycznej w nagłych wypadkach na poziomie regionalnym. W latach 70. i 80. podobne regulacje zostały wdrożone w pozostałych landach.

Ponadto System Ratownictwa Medycznego w Niemczech (obejmujący: ratownictwo medyczne – *Rettungsdienst*; ratownictwo w nagłych wypadkach – *Notfallrettung* oraz transport medyczny – *Krankentransport*), wspierany jest przez instytucje państwowe i liczne organizacje charytatywne. Każda z tych jednostek odgrywa istotną rolę w systemie ratownictwa medycznego w Niemczech i wspiera szybkie oraz skuteczne reagowanie na sytuacje kryzysowe. Do najważniejszych tego typu organizacji należą:

- Niemiecki Czerwony Krzyż (*Deutsches Rotes Kreuz – DRK*) – jedna z największych organizacji humanitarnych w Niemczech, świadcząca usługi ratownictwa medycznego, pomocy humanitarnej i transportu medycznego.
- Straż Pożarna (*Feuerwehr – FW*) – publiczna instytucja zapewniająca ratownictwo techniczne, medyczne oraz reagowanie w sytuacjach kryzysowych, np. pożarach.
- Pomoc Wypadkowa Joannitów (*Johanniter-Unfall-Hilfe – JUH*) – organizacja non-profit świadcząca usługi ratunkowe, transportowe oraz szkolenia z zakresu pierwszej pomocy.
- Pomoc Maltańska (*Malteser Hilfsdienst – MHD*) – katolicka organizacja oferująca usługi w zakresie ratownictwa medycznego, transportu pacjentów i opieki paliatywnej.
- Związek Samarytański Pracowników (*Arbeiter-Samariter-Bund – ASB*) – organizacja charytatywna zajmująca się ratownictwem, transportem medycznym i pomocą społeczną.
- Powietrzna Pomoc Ratunkowa (*Deutsche Luftrettung – DRF*) – organizacja obsługująca śmigłowce ratunkowe i transport pacjentów w ciężkim stanie na duże odległości.
- Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (*ADAC Luftrettung – ADAC*) – jednostka Niemieckiego Automobilklubu specjalizująca się w transportach lotniczych pacjentów w nagłych wypadkach.

- Organizacja Ratunkowa Rettungskette (*Rettungskette Deutschland* – RKD) – sieć współpracujących ze sobą organizacji zajmujących się ratownictwem medycznym i pomocą w nagłych wypadkach¹¹⁹.

Obecnie *Rettungsdienst* funkcjonuje na podstawie przepisów prawa krajów związkowych (landów), gdzie każda jednostka administracyjna posiada własne przepisy i zapewnia stosowne regulacje. System niemieckiego ratownictwa medycznego dysponuje szeroką gamą środków technicznych, infrastrukturalnych i ludzkich, które pozwalają mu działać wyjątkowo efektywnie. W jego skład wchodzi:

- ambulanse (ratunkowe – *Rettungswagen* i transportowe – *Krankenwagen*), z których pierwsze przeznaczone są do nagłych zachorowań i wypadków, a drugie do transportu pacjentów niewymagających zaawansowanej opieki medycznej;
- specjalistyczne pojazdy ratownictwa (*Notarzteinsetzfahrzeuge*), służące do szybkiego transportu lekarzy na miejsce zdarzenia;
- śmigłowce ratownicze (*Rettungshubschrauber*), używane w przypadkach, gdy transport drogowy jest zbyt wolny lub niedostępny;
- centra koordynacji (*Integrierte Leitstellen*), które odbierają zgłoszenia na numer alarmowy 112 i kierują odpowiednie zespoły ratownicze.

System opiera się na zaawansowanych technologiach komunikacyjnych i platformach cyfrowych, takich jak systemy telemedycyny, które umożliwiają lekarzom monitorowanie pacjentów i wspieranie zespołów na miejscu wypadku.

Warto również podkreślić, że *Rettungsdienst* organizuje swoje działania w oparciu o różne typy zespołów ratowniczych:

- *Notfallrettung* – zespoły ratownictwa medycznego dysponowane do nagłych wypadków, złożone z ratownika medycznego i (gdy sytuacja tego wymaga)

¹¹⁹ Do opisu struktury organizacyjnej *Rettungsdienst* wykorzystano: A. Pitz, *Die Regelkompetenz im Rettungsassistentengesetz*, „Notfall & Rettungsmedizin” 2005, nr 8, s. 129–132, DOI: 10.1007/s10049-005-0716-8. Artykuł ten analizuje dyskusję na temat zmian w niemieckiej ustawie o ratownikach medycznych (*Rettungsassistentengesetz*), koncentrując się na propozycji wprowadzenia „regulowanej kompetencji” ratowników. Autor omawia konstytucyjne i prawne wyzwania związane z regulacją zawodu ratownika medycznego na poziomie federalnym, wskazując, że przepisy te tradycyjnie należą do kompetencji landów. Autor podkreśla też konieczność współpracy między zawodowymi stowarzyszeniami i rządem w celu poprawy sytuacji prawnej ratowników. Dodatkowo skorzystano z: U. Pohl Meuthen, B. Koch, B. Kuschinsky, *Rettungsdienst in der Europäischen Union*, „Notfall & Rettungsmedizin” 1999, nr 2, s. 442–450, DOI: 10.1007/s100490050175. Artykuł stanowi przegląd systemów ratownictwa medycznego w krajach Unii Europejskiej, analizując ich podobieństwa i różnice. Autorzy zwracają uwagę na różnorodność systemów prawnych, organizacyjnych i infrastrukturalnych, które wpływają na sposób świadczenia usług ratowniczych. Porównują także organizację, czas reakcji oraz zaangażowanie lekarzy w ratownictwo przedszpitalne, wskazując na różnice między państwami w podejściu do ratownictwa medycznego.

lekarza, wykorzystywane w przypadkach wymagających zaawansowanej interwencji.

- *Krankentransport* – zespoły do transportu medycznego, przeznaczone do przewozu pacjentów, którzy nie wymagają natychmiastowej pomocy.
- *Luftrettung* – zespoły lotnicze, obsługujące transport śmigłowcami ratowniczymi.
- *Sonderrettungsdienste* – specjalistyczne zespoły, takie jak ratownictwo wodne (DLRG) czy górskie.

Niemiecki system ratownictwa medycznego dysponuje niezwykle rozbudowaną flotą pojazdów ratunkowych, w tym karettek pogotowia i śmigłowców ratunkowych. Według danych z 2019 roku w Niemczech funkcjonowało około 22 000 karettek pogotowia, które były wykorzystywane do świadczenia usług ratownictwa medycznego oraz transportu pacjentów, jak również około 90 śmigłowców ratunkowych, rozmieszczonych w bazach na terenie całego kraju. Główne organizacje obsługujące te śmigłowce to: ADAC Luftrettung – operuje flotą ponad 50 śmigłowców, rozmieszczonych w 37 bazach na terenie Niemiec oraz DRF Luftrettung – posiada około 35 śmigłowców ratunkowych, które są wykorzystywane do misji ratunkowych i transportu medycznego. Śmigłowce te odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu szybkiej pomocy medycznej w trudno dostępnych miejscach oraz w sytuacjach wymagających natychmiastowego transportu pacjentów do specjalistycznych placówek medycznych.

System *Rettungsdienst* wyróżnia się ponadto zaawansowaną integracją służb ratowniczych z technologiami cyfrowymi i telemedycyną. Kluczowy element niemieckiego ratownictwa stanowi również szeroko rozwinięta współpraca między różnymi podmiotami, w tym organizacjami humanitarnymi, sektorem publicznym i prywatnymi dostawcami usług. Model ten pozwala na elastyczne dostosowanie do lokalnych potrzeb oraz skuteczne reagowanie na wyzwania, takie jak starzejące się społeczeństwo czy zmiany klimatyczne wpływające na częstotliwość katastrof naturalnych.

Rettungsdienst stanowi obecnie jeden z najbardziej zaawansowanych systemów ratownictwa na świecie, charakteryzujący się decentralizacją, wysokim poziomem profesjonalizmu personelu oraz wykorzystaniem zaawansowanej technologii. Jego struktura umożliwia zarówno dostosowanie działań do poszczególnych landów, jak i efektywne zarządzanie kryzysami na dużą skalę o charakterze ogólnokrajowym. System ten jest stale rozwijany w celu sprostania zmieniającym się wyzwaniom społecznym i technologicznym, co czyni go wzorem dla innych państw w Europie i na całym świecie.

Niemiecki system ratownictwa medycznego jest wyjątkowy w skali międzynarodowej, ponieważ integruje lekarzy ratunkowych (*Notarzt*) w działaniach przedszpitalnych, co znacząco różni go od systemów stosowanych w wielu innych krajach. To rozwiązanie wynika z niemieckiego podejścia do zapewnienia wysokich standardów opieki medycznej oraz dążenia do minimalizowania ryzyka powikłań zdrowotnych w sytuacjach nagłych.

Niemcy, jako kraj o rozwiniętej infrastrukturze zdrowotnej, od lat kładą nacisk na obecność wykwalifikowanych lekarzy na każdym etapie interwencji medycznej, w tym w ratownictwie przedszpitalnym. Włączenie lekarzy ratunkowych do systemu było odpowiedzią na potrzebę zapewnienia zaawansowanych procedur już w pierwszych minutach od zdarzenia, szczególnie w sytuacjach krytycznych, takich jak zatrzymanie krążenia, wstrząs czy wielonarządowe urazy. Mimo że ustawy dotyczące ratownictwa medycznego w Niemczech konsekwentnie zwiększają kompetencje ratowników medycznych, to jednak lekarze nadal pełnią kluczową rolę w przypadkach wymagających decyzji medycznych wykraczających poza standardowe protokoły. Warto w tym miejscu podkreślić fakt, iż Niemcy są jednym z najbogatszych krajów świata, co umożliwia finansowanie tak zaawansowanego systemu ratownictwa medycznego. Utrzymanie lekarzy w zespołach przedszpitalnych wiąże się ze znacznie wyższymi kosztami niż ma to miejsce w przypadku systemów opartych głównie na ratownikach medycznych, ale rozwiązanie to umożliwia zapewnienie niezwykle skutecznej i zaawansowanej opieki medycznej.

Niemieckie służby ratownicze stosują Dwuetapowy System Ratownictwa (*Rendezvous System*), w którym podstawowy zespół tworzony przez ratowników współpracuje z zespołem z udziałem lekarza, docierającym na miejsce niezależnym pojazdem. To efektywne rozwiązanie umożliwia szybki dostęp do podstawowej pomocy, jednocześnie angażując lekarza tylko w najcięższych sytuacjach. W większości przypadków na miejsce zdarzenia jako pierwsze docierają więc zespoły ratownicze, które mają za zadanie stabilizację stanu pacjenta i ocenę, czy wymagana jest obecność lekarza. Jeśli stan pacjenta wymaga zaawansowanych procedur medycznych, takich jak utrudniona intubacja, zaawansowana terapia farmakologiczna czy interwencje chirurgiczne, ratownicy medyczni natychmiast wzywają lekarza ratunkowego. Lekarze systemu ratunkowego poruszają się specjalistycznymi pojazdami, które zazwyczaj są odpowiednio przystosowanymi w tym celu samochodami osobowymi lub typu *SUV*, odpowiednio wyposażonymi w specjalistyczny sprzęt medyczny. Po przybyciu lekarza

zespoły ratownicze łączą swoje działania, co umożliwia szybkie wdrożenie zaawansowanego leczenia. Pacjent po otrzymaniu odpowiedniej pomocy medycznej jest transportowany karetką do szpitala, a lekarz może natychmiast powrócić do dyspozycji systemu. System dwuetapowy z oddzielnym i niezależnym transportem lekarza systemu umożliwia bardziej elastyczne zarządzanie zasobami, ponieważ lekarz może szybko przejść do kolejnych interwencji, bez konieczności brania udziału w transportowaniu pacjenta.

Niemiecki system ratownictwa medycznego odegrał kluczową rolę w wielu kryzysach i katastrofach, warto w tym miejscu przytoczyć chociażby:

- katastrofę na *Love Parade 2010* w Duisburgu, gdzie służby ratownicze musiały zmierzyć się z ogromnym wyzwaniem, polegającym na udzieleniu pomocy dużej liczbie rannych, którzy ucierpieli w wyniku paniki uczestników imprezy. Służby ratownicze koordynowały działania na miejscu zdarzenia, zapewniając natychmiastową opiekę medyczną i organizując transport poszkodowanych do odpowiednich placówek medycznych, mimo chaosu i trudnych warunków operacyjnych;
- atak na jarmark bożonarodzeniowy w Berlinie w grudniu 2016 roku, kiedy ciężarówka kierowana przez zamachowca wjechała w tłum, powodując śmierć 12 osób i rany u kilkudziesięciu innych. System ratownictwa medycznego zareagował błyskawicznie, wysyłając na miejsce liczne zespoły ratownicze, które zajęły się segregacją pacjentów, udzielaniem pomocy na miejscu zdarzenia oraz transportem poszkodowanych do szpitali. Działania *Rettungsdienst* były wspierane przez służby policji oraz organizacje humanitarne, co pozwoliło na szybkie zabezpieczenie miejsca zdarzenia i zapewnienie profesjonalnej opieki wszystkim rannym. Incydent ten pokazał, jak ważna jest zdolność niemieckiego systemu ratownictwa do współpracy z innymi służbami w sytuacjach zagrożenia masowego¹²⁰;
- pandemię COVID-19, podczas której *Rettungsdienst* dostosował swoje działania do nowych okoliczności, zapewniając transport pacjentów, wsparcie testowania oraz reagowanie na nowe wyzwania związane z epidemiologią;

¹²⁰ C. Nägel, M. Lutter, *The Christmas Market Attack in Berlin and Attitudes Toward Refugees: A Natural Experiment with Data from the European Social Survey*, „European Journal for Security Research” 2019, nr 5, s. 199–221, DOI: 10.1007/s41125-020-00066-w.

- katastrofę powodziową w Nadrenii-Palatynacie i Nadrenii Północnej-Westfalii w 2021 roku, gdzie *Rettungsdienst* współpracował z organizacjami ochrony ludności w zakresie ewakuacji, opieki medycznej oraz wsparcia logistycznego¹²¹.

Należy zaznaczyć, że niemiecki system ratownictwa medycznego, mimo swojej niezwykle zaawansowanej organizacji i bardzo wysokich standardów działania, mierzy się z narastającymi wyzwaniami. Jednym z nich jest niedobór wykwalifikowanego personelu medycznego, w tym ratowników i lekarzy ratunkowych, co wynika z trudności w ich rekrutacji, dużej rotacji kadry oraz presji związanej z intensywnymi warunkami pracy. Starzenie się niemieckiego społeczeństwa dodatkowo zwiększa zapotrzebowanie na usługi ratownicze, ponieważ osoby w podeszłym wieku, cierpiące na schorzenia przewlekłe, często wymagają bardziej skomplikowanej opieki. Na rozległych obszarach wiejskich pojawiają się ponadto trudności związane ze zbyt długimi czasami reakcji, co wynika bezpośrednio z konieczności pokonywania większych odległości i ograniczonych zasobów. Z kolei w dużych miastach system zmagają się z nieustannym przeciążeniem zgłoszeniami. Rosnąca liczba wezwań, często spowodowana nieuzasadnionym korzystaniem z numerów alarmowych w przypadkach niewymagających pilnych interwencji medycznych, dodatkowo obciąża system. Niemiecki model ratownictwa jest również jednym z najdroższych w Europie, głównie z powodu bezpośredniego angażowania lekarzy w działania przedszpitalne oraz konieczności utrzymania niezwykle zaawansowanego wyposażenia i infrastruktury. Wysokie koszty utrzymania tego systemu mogą okazać się trudne do zrównoważenia w dłuższej perspektywie, szczególnie w kontekście rosnących potrzeb finansowych w wielu innych obszarach ochrony zdrowia. Chociaż niemiecki system *Rettungsdienst* korzysta z nowoczesnych technologii, takich jak systemy GPS czy telemedycyna, wciąż brakuje pełnej integracji cyfrowej z innymi elementami opieki zdrowotnej, co utrudnia płynną wymianę danych między służbami ratunkowymi a szpitalami. Nierównomierna dystrybucja zasobów między regionami miejskimi i wiejskimi prowadzi ponadto do powstawania różnic w jakości i dostępności usług ratowniczych. Zmiany klimatyczne, takie jak wzrost liczby ekstremalnych zjawisk pogodowych, również stanowią wyzwanie, wymagając lepszego przygotowania na sytuacje kryzysowe, w tym powodzie czy fale upałów. Pomimo tych wyzwań niemiecki

¹²¹ Opisano na podstawie: A. Lechleuthner, *Architecture of emergency medical services in Germany*, „Notfall & Rettungsmedizin” 2019, DOI: 10.1007/s10049-019-0597-x. oraz: M. Örgel, M. Gogol, T. Graulich, M. Omar, A. Ranker, C. Böttcher, E. Lioukakis, C. Krettek, C. Macke, *A Retrospective Analysis of the Initial Effect of COVID-19 on German Prehospital Care During Lockdown in Germany*, „Open Access Emergency Medicine” 2022, nr 13, s. 97–105, DOI: 10.2147/OAEM.S289070.

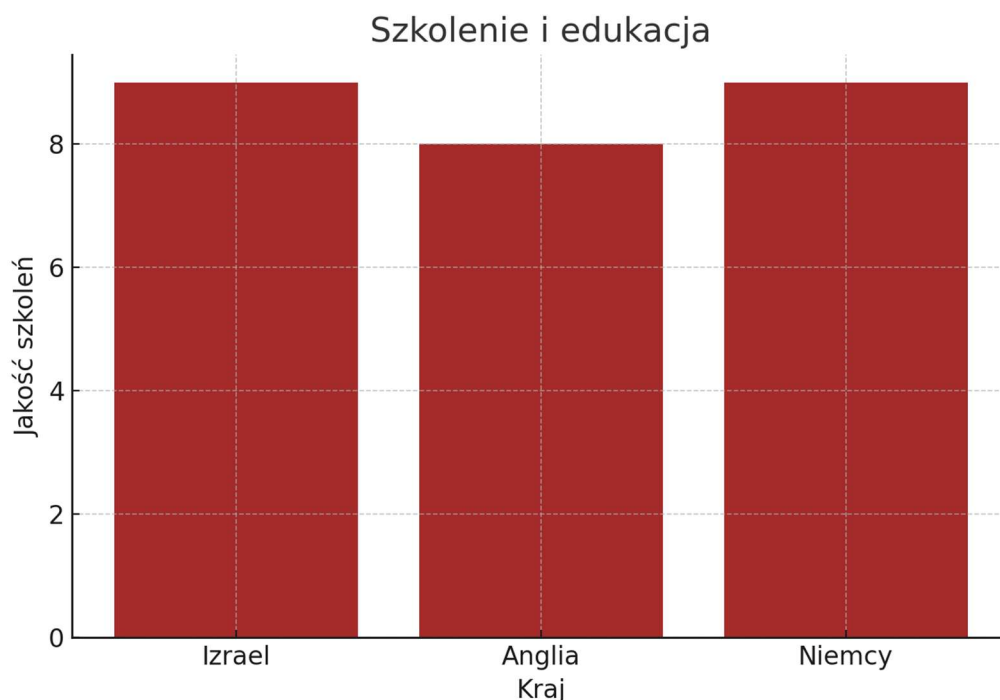
system ratownictwa medycznego ma potencjał do ich przewyższenia dzięki wysokiemu poziomowi finansowania, dalszym inwestycjom w technologie oraz reformom strukturalnym. Ostateczne rozwiązania będą jednak wymagały większej efektywności zarządzania zasobami i zaangażowania społecznego w bardziej odpowiedzialne korzystanie z systemu ratownictwa, które nie powinno zastępować podstawowej opieki zdrowotnej.



Fotografia 2.1. Niemiecki ambulans prywatnej firmy transportu medycznego w trakcie przejazdu przez Berlin (Źródło: własne).

2.5. Analiza porównawcza systemów ratownictwa medycznego w Izraelu, Anglii i Niemczech – kluczowe wnioski i rekomendacje dla modernizacji polskiego systemu ratownictwa

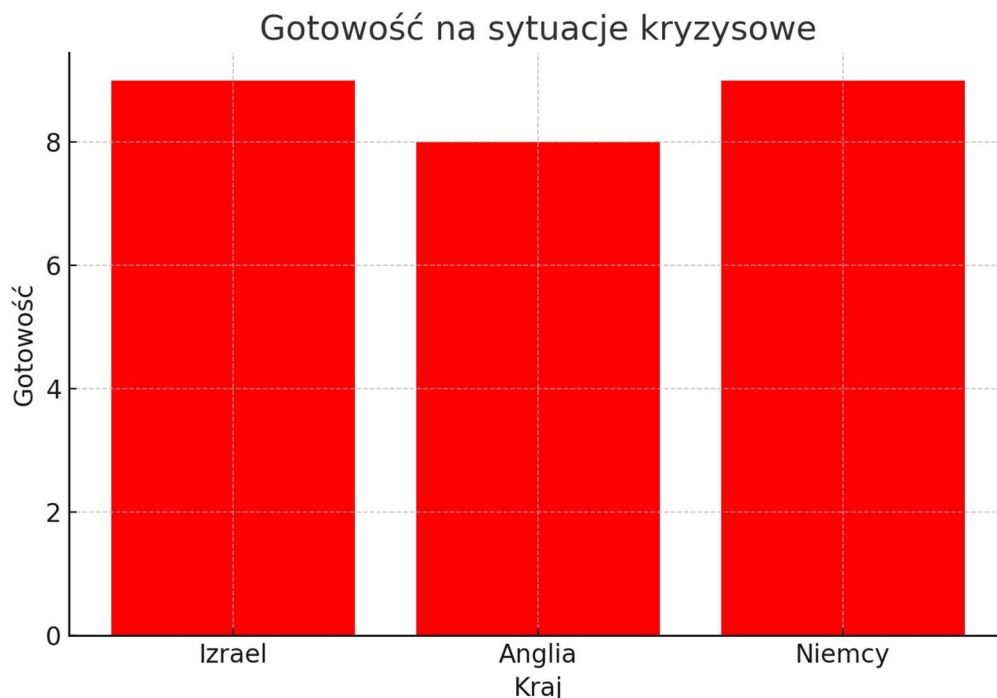
Analiza porównawcza systemów ratownictwa medycznego w Izraelu, Anglii oraz Niemczech dostarcza cennych wniosków, które mogą posłużyć jako inspiracja dla modernizacji polskiego systemu ratownictwa medycznego. Różnorodność tych systemów, wynikająca z odmiennych uwarunkowań prawnych, organizacyjnych i kulturowych, implikuje szereg rozwiązań, które w ocenie autora mogłyby zostać skutecznie zaadaptowane w Polsce.



Rysunek 2.1. Szkolenie i edukacja.

System izraelski wyróżnia się zaangażowaniem przeszkolonych wolontariuszy, takich jak ci zrzeszeni w organizacjach Magen David Adom (MDA) czy United Hatzalah. Dzięki temu modelowi Izrael osiąga jedno z najlepszych czasów reakcji na świecie – nawet 3 minuty (w przypadku United Hatzalah). Wolontariusze, wspierani przez nowoczesne technologie, są w stanie dotrzeć do poszkodowanych przed przybyciem karetek, udzielając pierwszej pomocy i zwiększając szanse na przeżycie. Włączenie wolontariuszy do polskiego systemu mogłoby znacząco poprawić dostępność usług ratownictwa w obszarach wiejskich i małych miejscowościach, gdzie dostęp do profesjonalnych zespołów bywa ograniczony. Tereny intensywnie zurbanizowane również cechują liczne przeszkody infrastrukturalne w pilnym dotarciu ZRM do

pacjentów. Kluczowe byłoby jednocześnie stworzenie systemu szkoleń, nadzoru oraz integracji wolontariatu z profesjonalnym ratownictwem.



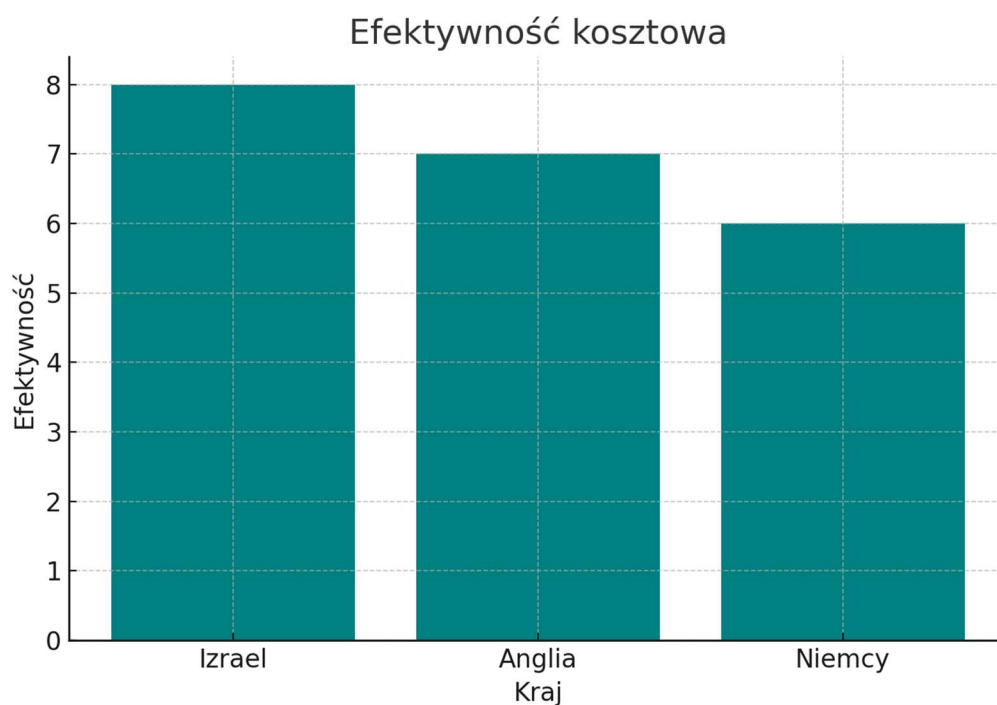
Rysunek 2.2. Gotowość na sytuacje kryzysowe.

Angielski system ratownictwa, będący częścią NHS Ambulance Services, opiera się na hierarchicznej strukturze zespołów i nowoczesnych technologiach. Jednoosobowe zespoły szybkiego reagowania (RRV) wyposażone w zaawansowany sprzęt umożliwiają skrócenie czasu dotarcia do pacjenta i odciążenie standardowych karettek. Polska mogłaby rozważyć wdrożenie takiego rozwiązania, szczególnie w miastach, gdzie korki i duża liczba wezwań utrudniają szybkie dotarcie do poszkodowanych. Anglia wyróżnia się również szerokim zastosowaniem telemedycyny, która pozwala na konsultacje w czasie rzeczywistym oraz szybkie podejmowanie decyzji diagnostycznych. W Polsce wprowadzenie zaawansowanych aplikacji wspomagających pracę ratowników, takich jak brytyjska JRCALC Plus, mogłoby znacząco poprawić jakość świadczonych usług, szczególnie w trudnych przypadkach wymagających precyzyjnego dawkowania leków czy zaawansowanej diagnozy.

Niemiecki system Rettungsdienst, oparty na regionalnej autonomii landów, pozwala dostosowywać zasoby i organizację ratownictwa do lokalnych potrzeb. Polski system, scentralizowany i regulowany na poziomie krajowym, mógłby skorzystać z

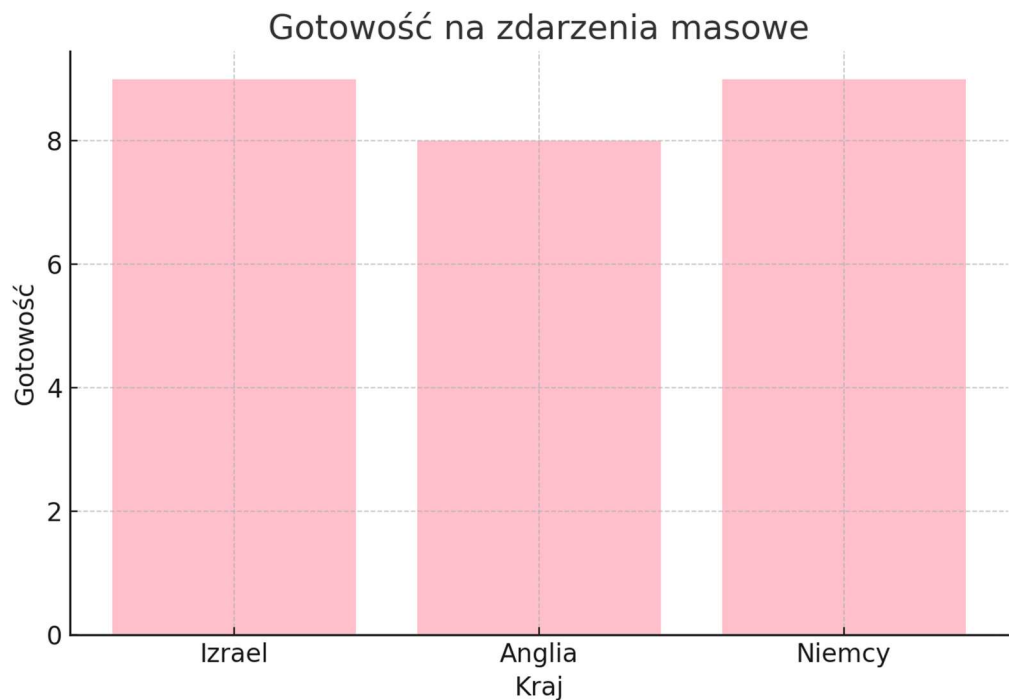
częściowej decentralizacji, szczególnie w zakresie zarządzania i finansowania ratownictwa. Regionalizacja pozwoliłaby lepiej reagować na specyficzne wyzwania demograficzne i geograficzne.

Unikalną cechą niemieckiego systemu jest też obecność lekarzy ratunkowych w zespołach przedszpitalnych oraz dwuetapowy model reakcji (Rendezvous System). Obecność lekarza w najbardziej skomplikowanych przypadkach umożliwia wdrażanie zaawansowanych procedur na miejscu zdarzenia, co znacząco podnosi jakość opieki. Choć model ten jest kosztowny, Polska mogłaby rozważyć wprowadzenie lekarzy w najbardziej krytycznych przypadkach, np. za pomocą systemu dyżurów w regionach o dużym obciążeniu zgłoszeniami.



Rysunek 2.3. Efektywność kosztowa.

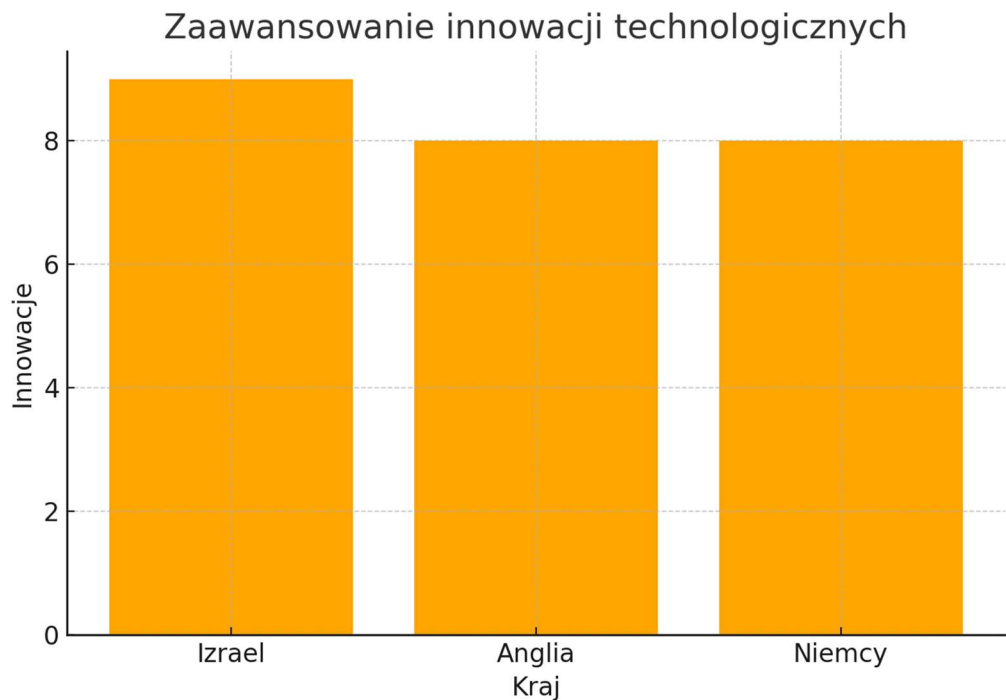
Izrael i Niemcy wykazują szczególną gotowość do reagowania na masowe incydenty, takie jak zamachy terrorystyczne czy klęski żywiołowe. Polska, mająca mniejsze doświadczenie w tego typu zdarzeniach, mogłaby skorzystać z rozwiązań, takich jak regularne ćwiczenia symulacyjne z udziałem różnych służb ratowniczych, straży pożarnej i policji. Ważnym elementem byłoby również zapewnienie odpowiedniej liczby ambulansów, środków transportu i sprzętu medycznego, który sprawdził się w Niemczech w trakcie powodzi w 2021 roku.



Rysunek 2.4. Gotowość na zdarzenia masowe.

Cechy wspólne analizowanych systemów ratowniczych:

- **Priorytet reakcji na sytuacje nagłe:** wszystkie trzy systemy mają na celu minimalizację czasu reakcji, przy czym stosują różne strategie, takie jak wolontariusze w Izraelu, jednoosobowe zespoły szybkiego reagowania (RRV) w Anglii czy dwuetapowy system ratownictwa w Niemczech.
- **Integracja z innymi służbami** – we wszystkich trzech krajach służby ratownicze współpracują z policją, strażą pożarną i innymi organizacjami, co zapewnia skoordynowaną reakcję w sytuacjach kryzysowych.
- **Zaawansowana infrastruktura technologiczna:** Izrael, Anglia i Niemcy inwestują w nowoczesne technologie, takie jak telemedycyna czy systemy GPS, które wspierają logistykę i podejmowanie decyzji.



Rysunek 2.5. Zaawansowanie innowacji technologicznych.

- **Przystosowanie do sytuacji kryzysowych** – systemy ratownicze są przystosowane do reagowania na masowe incydenty, takie jak zamachy terrorystyczne (Izrael, Niemcy) czy klęski żywiołowe (Niemcy, Anglia).

Tabela 2.1. Najważniejsze cechy systemów ratowniczych w Izrael, Anglii oraz Niemczech.

Element	Izrael	Anglia	Niemcy
Organizacja systemu	Centralizacja z udziałem MDA jako głównego koordynatora; znacząca rola wolontariuszy	Centralizacja w ramach NHS; regionalne NHS Ambulance Trusts	Decentralizacja – autonomiczne regulacje w każdym landzie
Kadra medyczna	Dominacja przeszkolonych wolontariuszy wspierających profesjonalne zespoły	Hierarchia zawodowa: od techników do zaawansowanych ratowników	Obecność lekarzy ratunkowych w zespołach przedszpitalnych

Element	Izrael	Anglia	Niemcy
Model reakcji	System wolontariuszy zapewnia błyskawiczną reakcję	Jednoosobowe zespoły RRV poprawiają czas reakcji	Dwuetapowy system rendezvous łączący ratowników i lekarzy
Regulacje prawne	Ustawa o MDA z 1950 roku i Ustawa o Obronie Cywilnej z 1951 roku	NHS Act 2006 oraz Civil Contingencies Act 2004	Lokalnie różne wersje Rettungsdienstgesetz i federalne Sozialgesetzbuch V
Wyjątkowe wyzwania	Zamachy terrorystyczne i zagrożenia wojenne	Przeciążenie systemu, szczególnie w sytuacjach kryzysowych, takich jak pożar Grenfell Tower	Starzenie się społeczeństwa, niedobory personelu i różnorodność regionalna

Najważniejsze elementy wyróżniające analizowane systemy ratownicze:

- **Izrael:** system oparty na wolontariuszach, którzy dzięki innowacjom technologicznym (ambucykle, aplikacje mobilne) gwarantują błyskawiczną reakcję. MDA integruje wolontariuszy z profesjonalnymi zespołami i współpracuje z Siłami Obronnymi Izraela.
- **Anglia:** NHS Ambulance Services działa w wysoce zcentralizowanym systemie. Jednoosobowe zespoły szybkiego reagowania (RRV) oraz zaawansowana telemedycyna wspierają skuteczność operacyjną.
- **Niemcy:** wyraźna decentralizacja systemu i dwuetapowy model z lekarzami ratunkowymi są unikalnymi cechami. Silne zaangażowanie organizacji charytatywnych (np. Niemiecki Czerwony Krzyż) oraz rozwinięta sieć śmigłowców ratunkowych wyróżniają niemiecki model.

Tabela 2.2. Organizacja systemów ratownictwa.

Kraj	Organizacja	Cechy szczególne
Izrael	Centralizacja (MDA, United Hatzalah), znacząca rola wolontariuszy	System oparty na wolontariuszach i nowoczesnych technologiach

Kraj	Organizacja	Cechy szczególne
Anglia	Centralizacja w ramach NHS, regionalne NHS Ambulance Trusts	Zespoły jednoosobowe (RRV), szerokie zastosowanie telemedycyny
Niemcy	Decentralizacja (autonomia landów), współpraca z organizacjami charytatywnymi	Dwuetapowy model rendezvous, lekarze w zespołach
Polska	Centralizacja z podziałem na wojewódzkie stacje pogotowia	Brak roli wolontariuszy, system scentralizowany

Tabela 2.3. Kadra medyczna i struktura zespołów.

Kraj	Rodzaje zespołów	Kadra medyczna
Izrael	Zespoły wolontariuszy (United Hatzalah), zespoły MDA	Profesjonaliści wspierani wolontariuszami
Anglia	Emergency Ambulance Crews, Rapid Response Vehicles (RRV), Advanced Paramedic Practitioners	Paramedycy, technicy, jednoosobowe zespoły
Niemcy	Notfallrettung, Krankentransport, Luftrettung	Ratownicy medyczni, lekarze ratunkowi
Polska	Podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)	Ratownicy medyczni, pielęgniarki, lekarze (w specjalistycznych zespołach)

Tabela 2.4. Technologie i infrastruktura.

Kraj	Technologie	Infrastruktura
Izrael	Aplikacje mobilne, ambucykle, telemedycyna	Sieć ponad 1500 pojazdów ratowniczych, stacje MDA i United Hatzalah
Anglia	Telemedycyna, systemy GPS, aplikacje kliniczne	NHS Ambulance Trusts, rozwinięta infrastruktura technologiczna
Niemcy	Telemedycyna, śmigłowce ratunkowe	Zróżnicowane zespoły, silna współpraca z organizacjami charytatywnymi

Kraj	Technologie	Infrastruktura
Polska	Podstawowe systemy GPS	Mniej zaawansowana infrastruktura technologiczna

Tabela 2.5. Czas reakcji i dostępność usług.

Kraj	Średni czas reakcji	Dostępność w regionach wiejskich
Izrael	3–7 minut	Wysoka, dzięki wolontariuszom i ambucyklom
Anglia	7–15 minut	Różnicowana w zależności od obszaru
Niemcy	8–15 minut	Zróżnicowana, zdecydowanie lepsza w miastach
Polska	8–15 minut	Czasami ograniczona, szczególnie w terenach wiejskich

Tabela 2.6. Reakcja na sytuacje kryzysowe i masowe incydenty.

Kraj	Sytuacje kryzysowe	Najważniejsze elementy odpowiedzi
Izrael	Zamachy terrorystyczne, wojny	Integracja z wojskiem, szybka mobilizacja wolontariuszy
Anglia	Zamach w Manchester Arena, pożar Grenfell Tower	Jednoosobowe zespoły RRV, skoordynowana reakcja
Niemcy	Powódzie 2021, atak w Berlinie	Dwuetapowy model rendezvous, współpraca organizacji charytatywnych
Polska	Pandemia COVID-19, klęski żywiołowe (powódzie, wichury)	Skupienie na centralnej koordynacji, mniejsza rola technologii

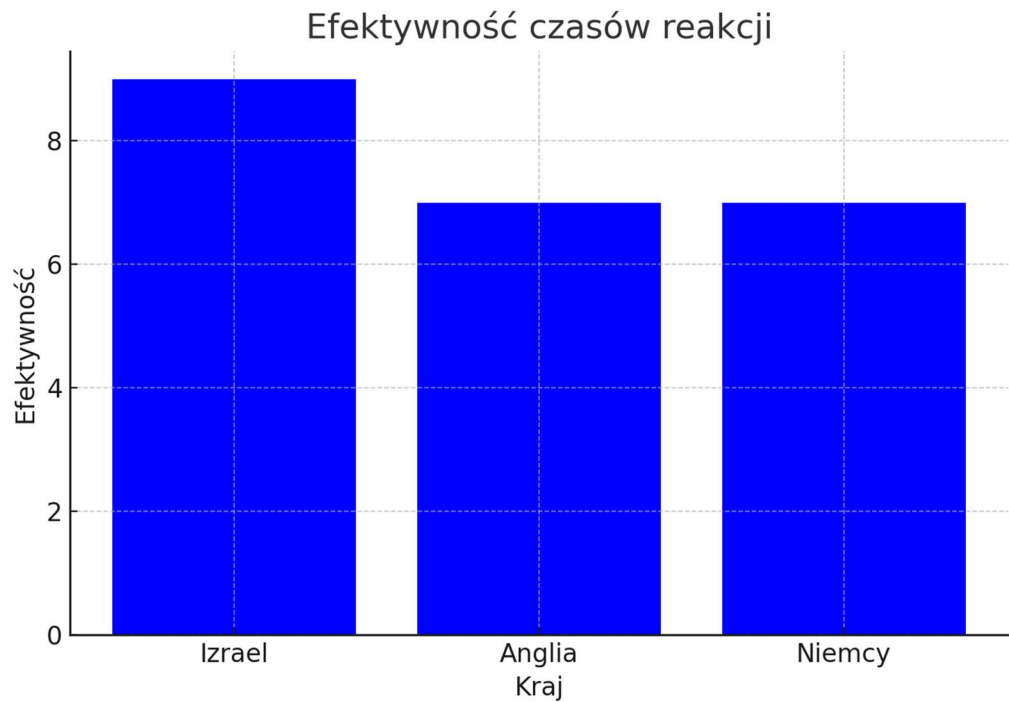
Tabela 2.7. Efektywność działań ratowniczych.

Kraj	Czas reakcji	Organizacja działań	Wykorzystanie zasobów	Innowacje technologiczne
Izrael	3–7 minut	Centralizacja w MDA, silna rola wolontariuszy	Szerokie wsparcie ochotników, ambucykle	Aplikacje mobilne, system GPS, telemedycyna
Anglia	7–15 minut	Centralizacja w NHS, wyspecjalizowane zespoły RRV	Jednoosobowe zespoły, telemedycyna	System ARP, aplikacje dla ratowników
Niemcy	8–15 minut	Decentralizacja, autonomiczne landy, dwuetapowy system rendezvous	Dobre wykorzystanie lekarzy i ratowników	Śmigłowce ratunkowe, telemedycyna
Polska	8–15 minut	Centralizacja z mniejszym udziałem innowacji	Ograniczone zasoby w regionach wiejskich	Mniej zaawansowane systemy GPS, znikomy udział telemedycyny

Wnioski z porównania efektywności systemów ratowniczych:

Czas reakcji:

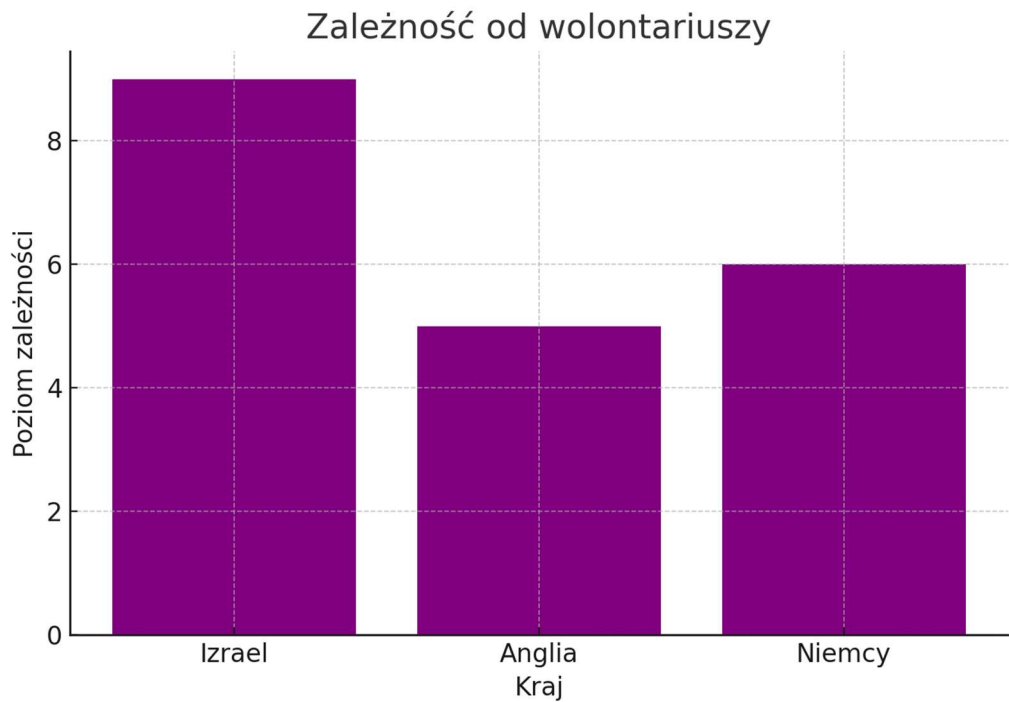
- **Najkrótszy czas reakcji** osiąga system izraelski dzięki sieci wolontariuszy i ambulansów motocyklowych, które docierają do pacjentów szybciej niż tradycyjne karetki.
- **Niemcy i Anglia** mają porównywalny czas reakcji (8–15 minut), jednak w Anglii wykorzystanie RRV pozwala na szybsze dotarcie do przypadków krytycznych.



Rysunek 2.6. Efektywność czasów reakcji.

Organizacja działań:

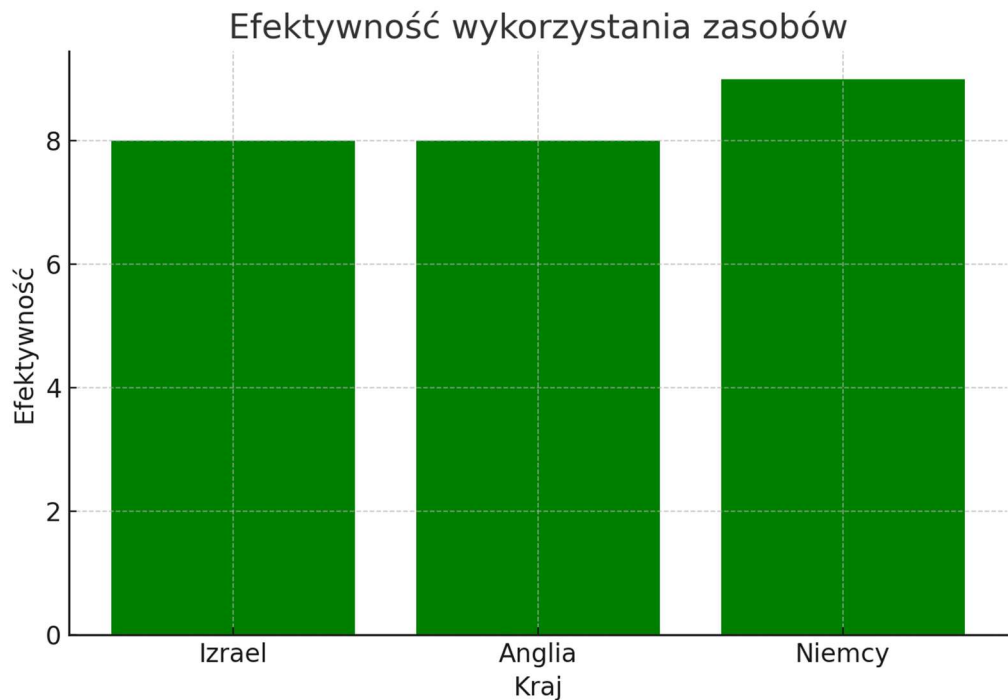
- **Izrael** wyróżnia się integracją wolontariuszy z profesjonalnymi zespołami oraz skuteczną mobilizacją w kryzysach.
- **Anglia** ma dobrze zorganizowaną hierarchię zespołów i rozbudowaną infrastrukturę NHS Ambulance Services.
- **Niemcy** stawiają na decentralizację, co pozwala na dostosowanie działań do potrzeb lokalnych, ale czasem prowadzi do różnic w standardach.



Rysunek 2.7. Zależność od wolontariuszy.

Wykorzystanie zasobów:

- **Anglia i Niemcy** wyróżniają się efektywnym podziałem ról w zespołach i wdrożeniem jednoosobowych lub dwuetapowych systemów (rendezvous).
- **Izrael** wykorzystuje wolontariuszy, co znacznie obniża koszty operacyjne.



Rysunek 2.8. Efektywność wykorzystania zasobów.

Innowacje technologiczne:

- **Izrael i Anglia** prowadzą w zastosowaniu technologii, w tym aplikacji mobilnych i telemedycyny.
- **Niemcy** efektywnie korzystają ze śmigłowców ratunkowych i telemedycyny, szczególnie w regionach górskich.

System izraelski wyróżnia się wyjątkową efektywnością dzięki integracji wolontariuszy i innowacyjnym technologiom, co skraca czas reakcji i optymalizuje koszty. Systemy angielski i niemiecki są zaawansowane technologicznie i dobrze zorganizowane, choć ich efektywność może być ograniczana przez przeciążenie lub regionalne różnice w zasobach. Polski system, choć osiąga podobny czas reakcji, wymaga modernizacji technologicznej i bardziej elastycznej organizacji, co mogłoby zwiększyć jego efektywność.

Rozdział III

Uzasadnienie wyboru problematyki badawczej.

Zdaniem autora niniejszej pracy system ratownictwa medycznego w Polsce mierzy się z szeregiem istotnych zagrożeń wymagających gruntownej analizy. Jako symptomatyczne określić należy identyfikowanie przez przedstawicieli polskiego środowiska ratowniczego przyjęcia w dniu 8 września 2006 roku kluczowej Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z katastrofą w katowickiej hali MTK, która wydarzyła się kilka miesięcy wcześniej (28.01.2006 r.)¹²². W wyniku zawalenia się pod naporem śniegu stalowej konstrukcji budynku śmierć poniosło 65 osób, a 170 zostało rannych. Choć prace nad wskazaną ustawą trwały już od 2004 r., to właśnie tragedię w Katowicach uznaje się za bezpośrednią przyczynę ich intensyfikacji. To tragiczne wydarzenie ujawniło istotne braki w polskim systemie ratownictwa medycznego, szczególnie w zakresie koordynacji działań ratunkowych podczas zdarzeń masowych. Można przyjąć, że silne reakcje medialne i społeczne niejako wymusiły na ówczesnie rządzących odpowiednie działania legislacyjne, które ostatecznie zaskutkowały przyjęciem omawianej ustawy. Lecz droga ta zdaje się być nieodpowiednia dla nowoczesnego, sprawnie funkcjonującego państwa. Celem badań, przeprowadzonych w niniejszej pracy, powinna być zarówno identyfikacja aktualnych, istotnych czynników wpływających w sposób negatywny na funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego, jak i wskazanie możliwych kierunków zmian.

3.1. Rola wolontariuszy w systemie ratownictwa medycznego – znaczenie i potencjalne korzyści

Dla organizmu ludzkiego, który doświadcza nagłego zatrzymania krążenia, najistotniejsze znaczenie ma czas. Jeżeli zabiegi resuscytacyjne (nawet te prowadzone w sposób całkowicie bezprzyrzadowy) nie zostaną wdrożone odpowiednio szybko, walka o powrót pacjenta do świadomości staje się z góry przegrana. Jak wskazano wcześniej, nieodwracalne zmiany w obrębie układu nerwowego człowieka następują już po 4–6

¹²² <https://www.radiokrakow.pl/audycje/bryg-jacek-nitecki-kluczem-do-uratowania-czlowiekowi-zycia-nie-jest-wypasiona-karetka-ale-potega-medycznego-wolontariatu> [dostęp: 09.12.2024].

minutach od zatrzymania krążenia krwi. Zgodnie z danymi GUS dotyczącymi ostatnich lat, które jasno wskazują, że średni czas dotarcia ZRM przekracza 8 minut, szerokie grono pacjentów w Polsce obecnie statystycznie pozbawionych jest szans na ratunek. Podczas licznych szkoleń dla pracowników służby zdrowia wielokrotnie przytaczane są łatwo zapadające w pamięć sformułowania, że „czas to mózg” – w przypadku rozpoznania udaru tego narządu i „czas to serce” – gdy do czynienia mamy z ostrym zespołem wieńcowym. Warto jednak zauważyć, że bez wsparcia ze strony społeczeństwa państwowy system ratownictwa tak naprawdę bardzo rzadko ma możliwość zapewnienia odpowiednio szybko fachowej pomocy obywatelom. W tym miejscu należy raz jeszcze przypomnieć, że jest to problem, z którym borykają się nawet najbardziej rozwinięte kraje świata.

Zdaniem bryg. Jacka Niteckiego, asystenta akademickiego CM UJ, lekarza i zawodowego strażaka – „Kluczem do uratowania człowiekowi życia nie jest *wypasiona karetka*, ale potęga medycznego wolontariatu”¹²³. Nitecki, wykorzystując swoje wieloletnie doświadczenie w ratowaniu ludzkiego zdrowia i życia, stara się przekonać i zachęcić do udzielania pomocy nie tylko i wyłącznie w trakcie pracy czy służby, lecz również prywatnie, gdy zaistnieje taka nagła potrzeba.

W 2023 r. Polska posiadała 16 046 jednostki Ochotniczej Straży Pożarnej (4992 w KSRG, 11 054 poza KSRG), w których zarejestrowanych zostało łącznie 462 455 strażaków¹²⁴. OSP stanowią część systemu ochrony przeciwpożarowej w kraju i zapewniają niezwykle cenne wsparcie dla Państwowej Straży Pożarnej¹²⁵. Każdy polski powiat posiada na swoim terenie co najmniej jedną jednostkę OSP, a ich konkretna ilość zależy w dużej mierze od liczby mieszkańców, wielkości obsługiwanego terenu, poziomu zagrożeń oraz specyfiki lokalnych potrzeb. Zadania OSP obejmują między innymi: gaszenie pożarów, prowadzenie działań ratowniczych czy reagowanie na sytuacje kryzysowe, takie jak powodzie, wypadki drogowe czy wichury¹²⁶. Strażacy – ochotnicy współpracują z Państwową Strażą Pożarną w zakresie wskazanych działań, jak również organizacji szkoleń i czynności prewencyjnych dotyczących bezpieczeństwa, udzielania pierwszej pomocy oraz wspierania lokalnej społeczności w zakresie edukacji

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ <https://strazacki.pl/ciekawostki-pozarnicze/ochotnicze-straze-pozarne-w-liczbach-najnowsze-dane-30-06-2023/> [dostęp: 09.12.2024].

¹²⁵ J. Filaber, *Działania ratownicze ochotniczych straży pożarnych podczas akcji ratowniczych organizowanych i prowadzonych przez Państwową Straż Pożarną*, Wrocław 2018, s. 103–116.

¹²⁶ H. Nowicki, *Ochotnicza straż pożarna jednostką ochrony przeciwpożarowej*, Wrocław 2018, s. 43–52.

przeciwpożarowej i ochrony przed zagrożeniami¹²⁷. Powstaje więc pytanie – skoro Państwowa Straż Pożarna systemowo wspierana jest nieomal pół miliona przeszkolonych w tym celu ochotników, dlaczego Państwowy System Ratownictwa Medycznego nie miałby otrzymać analogicznego wzmocnienia?

W tym miejscu problem ten przestaje mieć wyłącznie wymiar organizacyjno-operacyjny, a nabiera charakteru systemowego, związanego z kształtem polityki publicznej w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego. Różnice pomiędzy modelem funkcjonowania ochrony przeciwpożarowej a Państwowym Systemem Ratownictwa Medycznego nie wynikają bowiem z odmiennych uwarunkowań klinicznych, lecz z decyzji instytucjonalnych i legislacyjnych determinujących sposób wykorzystania zasobów społecznych przez państwo. O ile w przypadku ochrony przeciwpożarowej wolontariat został trwale włączony w strukturę systemu bezpieczeństwa i objęty ramami organizacyjnymi, szkoleniowymi oraz operacyjnymi, o tyle w ratownictwie medycznym potencjał społeczny pozostaje w dużej mierze poza formalnym porządkiem systemowym. Powoduje to sytuację, w której państwo, mimo świadomości ograniczeń czasowych i logistycznych własnych służb, nie wykorzystuje w pełni dostępnych mechanizmów wzmocnienia zdolności reagowania w stanach nagłego zagrożenia życia. Z perspektywy polityki publicznej rodzi to pytania o spójność podejścia do bezpieczeństwa obywateli, hierarchię priorytetów instytucjonalnych oraz gotowość administracji publicznej do systemowego włączania aktorów pozapaństwowych w realizację zadań o fundamentalnym znaczeniu dla ochrony zdrowia i życia. Oznacza to, że potencjał społeczny, w tym przeszkoleni wolontariusze, może pełnić funkcję krytycznego ogniwa systemu ratownictwa medycznego, zapewniając ciągłość działań od momentu zdarzenia do przyjazdu ZRM. Z perspektywy państwa nie jest to zatem kwestia zastępowania profesjonalnych służb, lecz stworzenia ram umożliwiających skuteczne wdrożenie wczesnej interwencji opartej na podstawowych zabiegach resuscytacyjnych, których znaczenie dla przeżywalności pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia zostało jednoznacznie potwierdzone w aktualnych standardach medycznych.

Wytyczne resuscytacji 2010¹²⁸ opracowane przez Europejską Radę Resuscytacji w rozdziale zatytułowanym „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych” identyfikują wczesne rozpoczęcie prawidłowych uciśnień klatki piersiowej jako

¹²⁷ R. Dąbrowa, P. Dąbrowa, *Szkolenie w ochotniczej straży pożarnej w ciągu lat*, Wrocław 2018, s. 53–64.

¹²⁸ *Wytyczne Resuscytacji 2010*, Kraków 2010, s. 108.

najważniejszy element poprawiający przeżywalność pacjentów z NZK. Oznacza to, że podczas akcji ratowania ludzkiego życia najistotniejsza jest obecność osoby przeszkolonej w zakresie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych – BLS (np. przeszkolonego wolontariusza). Osoba taka, podejmując czynności resuscytacyjne, zapewnia czas niezbędny dla dotarcia ZRM na miejsce. Prawidłowo prowadzona resuscytacja krążeniowo-oddechowa wymaga jednak odpowiedniej wiedzy i praktyki, którą należy ponadto w sposób regularny utrzymywać. Jednocześnie dla wielu osób masaż serca i oddechy ratownicze to czynności znajdujące się poza granicami wykonalności, z uwagi na chociażby wewnętrzne opory i zahamowania. Warto również zaznaczyć, że mowa w tym wypadku o pozaszpitalnych NZK, czyli takich, które bardzo często mają miejsce w obecności świadków stanowiących najbliższe otoczenie pacjenta, co w oczywisty sposób generuje panikę i chaos. Zdaniem autora pracy niezwłoczne pojawienie się w takich okolicznościach wolontariusza wdrażającego odpowiednie działania pozwoliłoby nie tylko w sposób diametralny wpłynąć na potencjalną przeżywalność poszkodowanego ale również nadałoby całej sytuacji znamiona fachowości poprzez: zabezpieczenie miejsca zdarzenia, rozpoznanie dokładnej lokalizacji wezwania (udzielenie dyspozytorowi dodatkowych wskazówek dotyczących trudnych lokalizacji), potwierdzenie zgłaszanego stanu (faktyczne rozpoznanie NZK lub jego wykluczenie) oraz zapewnienie wsparcia dla świadków zdarzenia.

Jak wskazano we wcześniejszych rozdziałach pracy, izraelski system ratownictwa medycznego oparty jest w dużej mierze na przeszkolonych wolontariuszach, co zapewnia czas na dotarcie pomocy do poszkodowanych w granicach pozostawiających szanse na uniknięcie trwałych ubytków w mózgu. Ratownicy wolontariusze nie muszą dysponować zaawansowanym sprzętem medycznym, jaki wymaga transportu pojazdem ciężarowym typowym dla współczesnych ambulansów, ale ich rola wydaje się być niesłychanie istotna. Masaż serca jest kluczowym elementem RKO i zapewnia krytyczną perfuzję – choć przepływ utlenowanej krwi jest wówczas niższy niż w normalnie funkcjonującym organizmie, podczas kompresji klatki piersiowej generowane są minimalne wartości ciśnienia tętniczego, które umożliwiają przepływ krwi przez mózg i inne kluczowe organy. Poziom tej perfuzji nie jest rzecz jasna optymalny, lecz wystarczająco spowalnia proces niedotlenienia mózgu, co może opóźnić wystąpienie nieodwracalnych uszkodzeń i zwiększa szanse na pełne wyzdrowienie, jeśli spontaniczne krążenie zostanie przywrócone. Właściwa technika masażu serca (odpowiednia głębokość i tempo ucisków) ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia jak najlepszego efektu tych działań.

Warto również podkreślić następującą zależność – prawidłowe RKO chroni mózg i zapewnia szansę na powrót świadomości, jeśli krążenie zostanie przywrócone w efekcie defibrylacji, co z kolei w znacznym stopniu zależy od czasu wdrożenia RKO i jej efektywności.

Również wiele innych stanów i zachorowań wymagających pilnej interwencji potencjalnie udałoby się w znaczącym stopniu zniwelować lub opanować poprzez błyskawiczne dotarcie na miejsce przeszkolonego wolontariusza, lecz to właśnie stan NZK wydaje się najbardziej kluczowy. Jednocześnie najwyraźniej prezentuje jeden z głównych problemów, z jakim zmagają się system ratownictwa medycznego w Polsce, czyli zbyt długi czas dotarcia pomocy do poszkodowanego w stanie krytycznym.

3.2. Jednoosobowe zespoły ratownicze – koncepcja i możliwości zastosowania w systemie ratownictwa medycznego

Prowadzenie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS) przez jedną osobę nie jest możliwe. Co prawda aktualnie obowiązujące wytyczne w sposób klarowny i niewymagający ponadprzeciętnych zdolności manualnych przedstawiają zależne od okoliczności warianty efektywnego prowadzenia podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS), lecz w przypadku udzielania pomocy zaawansowanej algorytmy przewidują udział co najmniej dwóch ratowników¹²⁹. Określenie „co najmniej” dwóch zdaje się być kluczowe dla niedawnych zmian w systemie prawnym, które umożliwiają tworzenie dwuosobowych ZRM w Polsce. Rozwiązanie to od samego początku spotykało się i nadal spotyka z pewną krytyką w środowisku medycznym. W tym kontekście zasadnicze znaczenie ma rozróżnienie pomiędzy odpowiedzialnością operacyjną personelu medycznego a odpowiedzialnością państwa jako projektanta i regulatora systemu ratownictwa medycznego. To bowiem na poziomie decyzji legislacyjnych i organizacyjnych określany jest dopuszczalny zakres kompromisów kadrowych i strukturalnych, w ramach których następnie funkcjonują zespoły ratownicze. Krytyka formułowana przez środowisko medyczne nie dotyczy zatem wyłącznie jakości pojedynczych interwencji, lecz szerszego problemu dostosowania architektury systemu do rzeczywistych wymogów prowadzenia zaawansowanych działań ratujących życie w

¹²⁹ *Ibidem*.

warunkach presji czasowej i ograniczonych zasobów, gdyż zdaniem wielu jego przedstawicieli, prowadzenie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych przez dwie osoby, niezależnie od ich kwalifikacji i umiejętności, zawsze obarczone jest ryzykiem braku należytej staranności. Sam proces wydobywania sprzętu z ambulansu, dostarczenia go do poszkodowanego oraz uruchomienia zajmuje w perspektywie nagłego stanu zagrożenia życia zbyt dużo czasu, by można sobie pozwolić na kompromisy finansowo-kadrowe, gdy pacjent nie oddycha, a jego krążenie ustało. Zdaniem przeciwników tworzenia zespołów wyłącznie dwuosobowych, jeden ratownik zajmuje się bowiem wówczas ratowaniem, podczas gdy drugi zapewnia ku temu warunki, zamiast uczestniczyć w medycznych czynnościach od samego początku.

Jednocześnie zespoły dwuosobowe są po prostu łatwiejsze do utworzenia, znacznie tańsze – oraz, co najważniejsze – w przypadku zdecydowanej większości wezwań w pełni efektywne. Tego typu rozwiązanie stanowi fundament anglo-amerykańskiego systemu ratowniczego, określanego mianem: „ładuj i jedź” (ang. *scoop and run*), co w sposób jednoznaczny zdaje się określać założenia jego twórców. Zespoły dwuosobowe z powodzeniem stosowane są chociażby w Anglii, USA, Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii, Irlandii i części krajów skandynawskich¹³⁰.

Skoro nawet dwuosobowe zespoły nierzadko stanowią przedmiot krytyki środowiska medycznego, to czy warto rozważać wprowadzenie zespołów jednoosobowych? Zdaniem autora tej pracy – zdecydowanie tak. Mowa w tym wypadku o wdrożeniu rozwiązania wzorującego się na przytoczonym we wcześniejszym rozdziale angielskich jednoosobowych zespołach ratowniczych (Rapid Response Vehicles – RRV). Polski system ratowniczy jest przeciążony wezwaniami o charakterze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zgłoszenia „typu POZ” stanowią zdecydowaną większość wszystkich wezwań, do których delegowane są ZRM i jest to problem, na który bardzo trudno znaleźć skuteczne rozwiązania. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z zatorami w przychodniach, poradniach specjalistycznych i mocno ograniczoną wydolnością tychże, z drugiej zaś system ratowniczy, który choć opracowany został jako współistniejący z działającą równolegle POZ, w znacznym stopniu stale przyjmuje na siebie jej ciężar. Na ten stan rzeczy nakłada się ponadto stale narastająca liczba zgłoszeń oraz przekonanie, że karetka stanowi szybszą i nierzadko wygodniejszą alternatywę dla

¹³⁰ L. Szpakowski, S. Pilip, *Organization of the State Medical Rescue System in Poland on the Example of SPZOZ "RM-MEDITRANS Emergency Services and Sanitary Transport Station in Siedlce"*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego”, t. 6, nr. 10, Warszawa 2016.

wizyty w przychodni. W efekcie dyspozytorzy medyczni, którzy mają jedynie teoretyczną możliwość odmowy przyjęcia zgłoszenia, nieustannie angażują ZRM w wyjazdy niezgodne z ich przeznaczeniem, zaś Szpitalne Oddziały Ratunkowe paraliżowane są przez korytarze pełne pacjentów ocenionych przez system segregacji jako wymagających pomocy w stopniu najmniej pilnym (kolor niebieski). Opisany stan nie ulega praktycznie żadnej znaczącej poprawie od dekad. Dlatego też w opinii autora wdrożenie Jednoosobowych Zespołów Ratowniczych (JZR) ma szansę zadziałać skutecznie i dwupłaszczyznowo. Po pierwsze – w sposób odczuwalny odciążyc system ratownictwa medycznego od wezwań najniższego priorytetu, po drugie – zapewnić poprawę średniego czasu reakcji na wezwania najbardziej pilne, kiedy każda minuta ma znaczenie kluczowe dla ludzkiego życia. Warto wskazać również na możliwość zapewnienia pomocy w miejscach, które stale znajdują się poza bezpośrednim zasięgiem standardowego ZRM, jak chociażby miejscowości turystyczne poza sezonem lub tereny trudnodostępne o niedużej gęstości zaludnienia.

Istnieje szereg wezwań ZRM, które realizowane są bez konieczności przewozu pacjenta na SOR. Dotyczy to przede wszystkim zachorowań niezagrażających życiu i stanów przewlekłych, dla których potencjalna wizyta w szpitalu (nierzadko kolejna w stosunkowo krótkim okresie) nie przyniosłaby znaczącej korzyści zdrowotnej. Rola ZRM ogranicza się wówczas w dużej mierze do przybycia na miejsce, zebrania wywiadu, zapoznania się z dokumentacją medyczną (jeśli takowa istnieje), przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego oraz ewentualnej podaży leków, jeśli sytuacja tego wymaga. Żadna ze wskazanych czynności nie wymaga udziału i angażowania zarówno dwóch ratowników, jak i pełnowymiarowego ambulansu – te środki pozostałyby do bezpośredniej dyspozycji systemu i w razie potrzeby mogłyby zostać wykorzystane w bardziej uzasadniony sposób.

Jednocześnie, analogicznie do rozwiązania opartego na udziale przeszkolonych wolontariuszy, JZR poruszający się pojazdem o znacznie mniejszych gabarytach (lub dostosowanym do konkretnych uwarunkowań terenowych) mógłby dotrzeć na miejsce wezwania znacznie wcześniej, niż standardowy ambulans, stanowiący zabudowę samochodu ciężarowego, którego masa własna w ostatnich latach zazwyczaj przekracza już 3,5 tony. Warto w tym miejscu podkreślić, że JZR mógłby z powodzeniem realizować swoje zadania w znacznej większości przypadków, w których liczy się przede wszystkim czas dotarcia i odpowiednia reakcja medyczna w początkowej fazie, poprzedzającej leczenie szpitalne. Specyfika sytuacji, w których obecnie ZRM decyduje się na transport

pacjenta do szpitala, nierzadko określana bywa mianem „zwożenia na SOR”, a sam ZRM stale porównuje się do „taksówki medycznej”. Dochodzi w tym wypadku nie tylko do propagowania niewłaściwego wykorzystywania niezwykle drogiego (kosztującego nawet 3,5 mld zł rocznie¹³¹) i wysoce wykwalifikowanego systemu, lecz również ciągłego angażowania jego jedynych środków, zabezpieczonych w domyśle do niesienia pomocy obywatelom znajdującym się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Modelowa w tym wypadku byłaby możliwość wykorzystania JZR, który miałby możliwość (w przypadku istotnych ograniczeń mobilności chorego) wystawienia zlecenia na transport sanitarny – świadczenie realizowane w najniższym priorytecie, finansowane ze środków POZ konkretnego pacjenta. Podstawowe zalety takiego rozwiązania to: nieangażowanie systemu PRM w proces przewozu chorego niewymagającego podczas jego realizacji stałej opieki medycznej, nieangażowanie ZRM w przekazywanie pacjenta na SOR (po pandemii Covid-2019 czynność ta może trwać nawet ponad godzinę), segregację pacjentów na poziomie realizacji wezwania (część pacjentów po bezpośredniej diagnostyce i udzieleniu pomocy przez JZR pozostanie w domu), odwrócenie niebezpiecznego trendu wykorzystywania ambulansów ratowniczych, jako darmowej i pewnej formy dotarcia do lekarza specjalisty. To nie oznacza, że pacjent nie otrzyma pomocy – udzielona zostanie mu ona w sposób adekwatny do stanu zdrowia, w tak zwanym trybie planowym, a nie pilnym.

Zarówno Szpitalne Oddziały Ratunkowe organizacyjnie nie są w stanie przyjąć na siebie obowiązków przychodni oraz poradni specjalistycznych, jak i zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego w obecnej formie nie powinny zastępować wizyty u lekarza rodzinnego. Na tę sytuację nakłada się brak w obowiązujących przepisach definicji określającej nieuzasadnione wezwanie pogotowia ratunkowego, (co w praktyce oznacza wyjazdy pogotowia ratunkowego do bólów zęba, kilkudniowych wysypek alergicznych, przewlekłego zmęczenia i złego ogólnego samopoczucia, nietypowego zabarwienia moczu oraz innych tego typu stanów, z założenia niewymagających udziału systemu ratownictwa medycznego.) Tymczasem sytuacja, zgodnie z danymi GUS dotyczącymi liczby wezwań pogotowia ratunkowego i świadczeń realizowanych przez SOR/CU ulega z roku na rok pogorszeniu, niewłaściwe wydaje się więc założenie, że problem ten samoistnie ulegnie rozwiązaniu. Autor niniejszej pracy wskazuje w związku

¹³¹ https://politykazdrowotna.com/artykul/ponad-36-mld-zl-zostanie/981719?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 10.12.2024].

z tym JZR jako stosowaną z powodzeniem w innych krajach metodę częściowej naprawy sytuacji, poprzez bezpośrednie odciążenie zarówno standardowych ZRM, jak i SOR.

3.3. Udzielanie pomocy przez ratowników poza godzinami pracy – obowiązki i dylematy etyczne

Rafał Czulak, ratownik medyczny, współpracujący z Krakowską Akademią im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, w artykule „Problemy etyczne i moralne w zawodzie ratownika medycznego” szczegółowo omawia zagadnienia dotyczące zasad postępowania i wartości moralnych w pracy ratownika¹³². Autor wyraźnie wskazuje, że obowiązek udzielenia pomocy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia dotyczy wszystkich członków społeczeństwa, lecz w przypadku ratowników medycznych nakłada się on niejako podwójnie. Zjawisko to wynika zarówno z ich obowiązku obywatelskiego, jak i z odpowiedzialności zawodowej. Ratownicy medyczni są prawnie zobowiązani do tego, aby wykorzystywać swoje umiejętności i kompetencje w sytuacjach zagrożenia ludzkiego zdrowia i życia, nawet jeżeli zdarzenie ma miejsce poza ich czasem pracy¹³³. Autor artykułu podkreśla jednak, że wspomniany obowiązek nie jest absolutny, bowiem w przypadkach, w których istnieje bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ratownika, może on odstąpić od udzielania pomocy. Przykładem jest sytuacja, gdy na miejscu zdarzenia istnieje ryzyko wybuchu, pożaru, czy chociażby pobicia – wówczas ratownik nie jest zobowiązany do podejmowania działań, które mogłyby narazić jego własne życie. Tego rodzaju dylematy są złożone i budzą wiele kontrowersji, ponieważ ratownicy często odczuwają silną presję moralną i społeczną, aby pomagać w każdych okolicznościach, niezależnie od zagrożenia. Czulak zauważa, że „ratownik medyczny często musi podejmować trudne decyzje, zgodne z przepisami prawnymi oraz własnym sumieniem” – dlatego jednoznacznie sygnalizuje konieczność stworzenia wyraźnych ram etycznych i prawnych, które mogą być oparciem w podejmowaniu decyzji, szczególnie gdy każda z możliwych opcji niesie za sobą trudne konsekwencje moralne.

Wskazana potrzeba jednoznacznych ram etycznych i prawnych nie dotyczy wyłącznie komfortu decyzyjnego pojedynczych ratowników, lecz ujawnia szerszy

¹³² Opisano na podstawie: R. Czulak, *Problemy etyczne i moralne w zawodzie ratownika medycznego*, Kraków 2018, s. 1–14.

¹³³ *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny*, Dz.U. z 1997 r. nr 88, poz. 553, art. 162.

problem systemowy, związany z rolą państwa jako regulatora i organizatora bezpieczeństwa zdrowotnego. W sytuacji braku precyzyjnych regulacji ciężar rozstrzygnięcia konfliktów między obowiązkiem pomocy, bezpieczeństwem własnym a odpowiedzialnością prawną zostaje de facto przeniesiony na poziom jednostkowy, co prowadzi do niejednorodności praktyki oraz wzrostu ryzyka zarówno dla ratowników, jak i pacjentów. Z perspektywy polityki publicznej oznacza to nie tylko niedostateczne wykorzystanie dostępnego potencjału kompetencyjnego, lecz również unikanie systemowego rozstrzygnięcia granic odpowiedzialności w obszarze, który ma fundamentalne znaczenie dla ochrony życia i zdrowia obywateli.

Przeciwnicy rozszerzenia obowiązków ratowników medycznych poza standardowe godziny pracy najczęściej wskazują na następujące argumenty:

- Brak jednoznacznych ram prawnych – ratownicy medyczni poza godzinami pracy nie są formalnie zobowiązani do udzielania „zaawansowanej pomocy medycznej”, co może prowadzić do niepewności prawnej. Zdaniem badaczy takie działania opierają się bardziej na normach moralnych niż obowiązkach zawodowych, co może skutkować brakiem ochrony prawnej dla ratowników w razie powikłań lub sporów prawnych¹³⁴.
- Ryzyko nadmiernego obciążenia psychicznego i wypalenia zawodowego – rozszerzenie obowiązków poza godziny pracy może prowadzić do przeciążenia ratowników, pogłębiając zjawisko wypalenia zawodowego, które już teraz jest wyraźne w tej grupie pracowników. Brak wyraźnych granic pomiędzy pracą a odpoczynkiem może negatywnie wpłynąć na zdrowie fizyczne i psychiczne ratowników¹³⁵.
- Możliwość obniżenia jakości świadczonych usług – praca poza standardowymi godzinami, szczególnie w sytuacjach dużego zmęczenia, może prowadzić do wzrostu liczby błędów medycznych, co stanowi ryzyko zarówno dla pacjentów,

¹³⁴ I. Kudeikina, M. Losevich, A. Laizans, N.O. Gutorova, *Providing healthcare outside working hours: moral and legal aspects*, „Socrates” 2023, nr 2(26) s. 18–27.

¹³⁵ A. Richter, P. Kostova, X. Baur, R. Wegner, *Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU Working Time Directive*, „International Archives of Occupational and Environmental Health” 2014, s. 205–215.

jak i dla samych ratowników. Badania wskazują, że zmęczenie znacznie obniża efektywność działań pracowników medycznych¹³⁶.

- Naruszenie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym – rozszerzenie obowiązków może ograniczyć czas wolny ratowników, co wpłynie na ich życie rodzinne i społeczne. Z kolei brak odpowiedniej regeneracji może przyczynić się do dalszego pogorszenia ich kondycji zdrowotnej i relacji interpersonalnych¹³⁷.
- Etyczne dylematy związane z obowiązkiem pomocy – rozszerzenie odpowiedzialności na czas poza pracę budzi pytania o granice etyczne i praktyczne. Istnieje obawa, że ratownicy będą zmuszani do działań, które mogą kolidować z ich potrzebami regeneracyjnymi lub bezpieczeństwem osobistym¹³⁸.

Potwierdzeniem realności analizowanego problemu może być artykuł opublikowany 11 września 2024 roku w serwisie „Menedżer Zdrowia”, który analizuje kompetencje ratowników medycznych w zakresie samodzielnego podawania leków na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) oraz innych oddziałach szpitalnych¹³⁹. Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych (PTRM) zwróciło się w nim do Ministra Zdrowia o wyjaśnienie tej kwestii, argumentując, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 7 marca 2024 roku, ratownicy medyczni są uprawnieni do samodzielnego podawania określonych leków wymienionych w załączniku nr 3 do tego rozporządzenia. PTRM podkreśla, że w sytuacjach, gdy na SOR lub innym oddziale szpitalnym nie ma lekarza, a pacjent wymaga pilnego podania leku, ratownik medyczny powinien mieć możliwość samodzielnego działania. Zgodnie z art. 52 ust. 2 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, wykonywanie zleceń medycznych musi być powiązane z właściwą organizacją udzielania świadczeń w danym podmiocie leczniczym, za co odpowiada kierownik tego podmiotu na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich, Valeri Vachev, zwrócił się w tej sprawie do podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia,

¹³⁶ S. Lockley, L. Barger, N. Ayas, J. Rothschild, C. Czeisler, C. Landrigan, *Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance*, „Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety” 2007, nr 11(33), s. 7–18.

¹³⁷ A. Kamath, K. Baldwin, L.K. Meade, A. Powell, S. Mehta, *The increased financial burden of further proposed orthopaedic resident work-hour reductions*, „The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume” 2011, nr 7(93), s. 31.

¹³⁸ M. Green, *What (If Anything) Is Wrong with Residency Overwork?*, „Annals of Internal Medicine” 1995, s. 512–517.

¹³⁹ <https://www.termedia.pl/mz/Czy-ratownik-medyczny-moze-samodzielnie-podac-leki-%2C57937.html> [dostęp: 10.12.2024].

Marka Kosa. W odpowiedzi wiceminister Kos stwierdził, że w zespołach medycznych, w których obecny jest lekarz, to on decyduje o postępowaniu diagnostyczno-leczniczym wobec pacjenta. Podkreślił, że decyzje dotyczące rodzaju, dawki i drogi podania leku powinny być wpisywane przez lekarza w karcie zleceń lekarskich, zgodnie z § 18 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 roku w sprawie dokumentacji medycznej. Wiceminister zaznaczył również, że samodzielne podjęcie przez ratownika medycznego czynności ratujących życie, takich jak w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, jest uzasadnione, gdy w pobliżu nie ma lekarza. Jednak podawanie leków pacjentom na etapie *triage* lub przed pierwszym kontaktem z lekarzem na SOR powinno odbywać się na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie pacjenta na danym oddziale. Artykuł podkreśla ponadto potrzebę jasnego określenia kompetencji ratowników medycznych w zakresie samodzielnego podawania leków w szpitalach, zwłaszcza w kontekście organizacji pracy na SOR oraz w sytuacjach nagłych, gdy dostępność lekarza jest ograniczona.

Skoro samodzielne wdrażanie przez ratowników medycznych farmakoterapii na oddziale szpitalnym, ze stosunkowo licznym personelem dodatkowym i wyposażonym w specjalistyczny sprzęt do diagnostyki i monitoringu parametrów życiowych, budzi wskazane powyżej wątpliwości i kontrowersje, to jak należy zapatrywać się na możliwość udzielania zaawansowanej pomocy przez ratowników po godzinach pracy, wobec pacjentów znajdujących się w domach, zakładach pracy czy po prostu na ulicy? Zdaniem autora niniejszej pracy, to właśnie tego typu „pozaszpitalne okoliczności” są głównym powodem do udzielenia przez ustawodawcę zgody na ich wykonywanie. Członkowie systemu ratownictwa medycznego – niezależnie od tego, czy mówimy w tym wypadku o pielęgniarkach, ratownikach medycznych czy lekarzach, w momencie zakończenia dyżuru nie tracą nagle zdolności do udzielania pomocy medycznej w znaczeniu realnym, lecz (z wyłączeniem lekarzy) pozbawiani są oni takiej możliwości jedynie w obliczu prawa. Prawdą jest, że każdy obywatel zobligowany jest do niesienia pomocy drugiemu człowiekowi, rzecz jasna w ramach swojej wiedzy i możliwości, lecz gdy świadkiem zdarzenia jest osoba zawodowo trudniąca się ratownictwem, niewykorzystanie tego potencjału określić można nawet mianem marnotrawstwa.

Na potrzeby niniejszej pracy opracowano czysto hipotetyczne sytuacje (zachorowania), które mogłyby z powodzeniem zostać zniwelowane przez „medyka” poza godzinami pracy:

- Bóle menstruacyjne: ich źródło jest wiadome, stan ten pojawia się cyklicznie, nie występuje zagrożenie życia. W takiej sytuacji zbadanie podstawowych funkcji życiowych (HR, RR, temperatura ciała) stanowi wystarczającą podstawę do podania leków rozkurczowych i przeciwbólowych. Pacjent zostałby więc odpowiednio zaopatrzony, a system PRM nie byłby angażowany.
- Atak padaczki: napad drgawek zwykle trwa do kilku minut, czyli dłużej, niż wynosi w Polsce przeciętny czas dotarcia ZRM na miejsce. Ratownik, będący świadkiem zdarzenia, zabezpiecza poszkodowanego przed doznaniem urazów podczas ataku, uzyskuje dostęp dożylny i podaje lek przeciwdrgawkowy (np. diazepam). Napad zostaje przerwany, pacjent powoli odzyskuje świadomość, przybyły na miejsce ZRM wdraża dalsze czynności.
- Atak astmy: pacjent leczony z powodu astmy oskrzelowej, który zapomniał zażyć swoich własnych leków przeciwastmatycznych, dostał napadu astmy w wyniku kontaktu z bodźcem alergicznym. Ratownik przeprowadziłby monitoring funkcji życiowych (HR, RR, saturację krwi), po czym wdobyłby inhalację z wykorzystaniem Salbutamolu (powodując rozkurcz mięśni gładkich), a następnie zastosował czasową tlenoterapię i zabezpieczył dostęp donaczyniowy. Pacjent zostałby odpowiednio zdiagnozowany i medycznie zaopatrzony. Decyzja o zaangażowaniu systemu PRM zapadałaby w zależności od dalszego rozwoju sytuacji.
- Zatrzymanie krążenia: pacjent nieprzytomny, nie oddycha (zgodnie z obecnym stanem prawnym ratownik medyczny prowadzi BLS, choć posiada wiedzę i umiejętności do wdrożenia chociażby wybranych elementów ALS). Ratownik rozpoznając NZK rozpoczyna RKO, angażuje świadków zdarzenia do uciśnięć klatki piersiowej – nadzorując ten proces, prowadzi wentylację oddechową, wdraża farmakoterapię (podaż adrenaliny, tlenu), podłącza kardiomonitor-defibrylator (jeśli jest dostępny) i wykonuje defibrylację oraz w razie rozpoznania migotania komór/częstoskurczu komorowego podaje amiodaron. Prowadzone zabiegi (defibrylacja, farmakoterapia) dają realną szansę na powrót spontanicznego krążenia i uratowanie ludzkiego życia. W przeciwieństwie do BLS, gdzie walka toczy się w zasadzie wyłącznie o cenny czas, niezbędny do przybycia ZRM, nie zaś o odwrócenie stanu poszkodowanego.

Powyższe sytuacje w sposób bardzo uproszczony wskazują działania możliwe do wdrożenia przez ratownika medycznego poza godzinami pracy i nie stanowią w żadnym wypadku podstawy do opracowania konkretnych schematów postępowania. Wszystkie czynności medyczne niosą z sobą ryzyko niewłaściwego rozpoznania, powikłań i nawarstwiających się komplikacji. Pacjenci znajdujący się w stanie zagrożenia życia wymagają profesjonalnej opieki, pełnowartościowej diagnostyki, odpowiedniego monitorowania funkcji życiowych oraz stosownej obserwacji. Z drugiej strony – kiedy pełnowartościowa specjalistyczna pomoc nie jest dostępna, zdaniem autora tej pracy warto możliwie najpełniej wykorzystać tę pomoc, która jest dostępna. Mowa w tym wypadku o niezwłocznym działaniu (w momencie wystąpienia objawów), potencjalnym odciążeniu i wsparciu systemu PRM oraz zalegalizowaniu pomocy najbliższymi (rodzinie, sąsiadom, przyjaciołom), jak również obcym ludziom (gdy ratownik staje się bezpośrednim świadkiem zdarzenia). Ryzykownym byłoby zrównanie uprawnień pracownika systemu ratownictwa medycznego z osobą wykonującą swoje czynności prywatnie (poza godzinami dyżurów), istnieje jednak wyraźna potrzeba unormowania obecnego stanu prawnego, co pozwoliłoby na wykorzystanie potencjału ludzi doświadczonych, kompetentnych i chętnych do angażowania się w niesienie bezinteresownej pomocy.

3.4. Stwierdzenie zgonu w karetce pogotowia – wyzwania, regulacje i dylematy etyczne

Praca ratownika medycznego wiąże się z dużą odpowiedzialnością i presją, szczególnie w sytuacjach granicznych, takich jak stwierdzanie zgonu pacjenta. Decyzja ta wymaga nie tylko wiedzy medycznej i doświadczenia, ale również radzenia sobie z emocjonalnymi i etycznymi aspektami tej czynności¹⁴⁰. Obawy ratowników medycznych mogą wynikać z kilku kluczowych czynników. Najważniejszym z nich wydaje się być brak jednoznacznych procedur – nie istnieją klarowne i jednoznaczne wytyczne, które określałyby sposób postępowania w takich sytuacjach, co może prowadzić do narastającej niepewności decyzyjnej. Ratownicy często muszą działać pod presją czasu,

¹⁴⁰ Paszkowska M., *Śmierć pacjenta – wybrane aspekty prawne*, „Na Ratunek”, 6/2022, Katowice 2023, s. 79–83.

co dodatkowo zwiększa ryzyko popełnienia błędu lub nieprawidłowej oceny sytuacji. Warto wskazać również na stres emocjonalny i społeczny, który może wywołać silne napięcia psychiczne, zarówno wśród członków zespołu ratowniczego, jak i rodziny pacjenta. Kluczowa zdaje się w tym aspekcie również odpowiedzialność prawna. Przepisy prawa w Polsce, związane z orzekaniem zgonu w warunkach przedszpitalnych mogą być interpretowane różnie, co budzi wątpliwości i obawy przed ewentualnymi konsekwencjami dla ratownika – szczególnie w sytuacjach, gdy decyzja o uznaniu zgonu zostaje podważona przez inne organy. Brakuje obecnie również wsparcia instytucjonalnego, w tym dostępu do szkoleń czy konsultacji specjalistycznych.

Opisane trudności nie mają charakteru wyłącznie indywidualnego ani środowiskowego, lecz stanowią konsekwencję określonych rozwiązań instytucjonalnych przyjętych na poziomie państwa. W praktyce oznacza to, że odpowiedzialność za rozstrzygnięcie sytuacji granicznych, obarczonych wysokim ryzykiem prawnym i emocjonalnym, zostaje przesunięta na ratownika medycznego, bez jednoczesnego zapewnienia mu adekwatnych narzędzi proceduralnych i organizacyjnych. Z perspektywy polityki publicznej jest to przykład asymetrii pomiędzy zakresem nadawanych kompetencji a poziomem systemowego wsparcia, co sprzyja niejednolitości praktyki oraz wzmacnia poczucie niepewności decyzyjnej wśród osób realizujących zadania ratownicze.

Obecne przepisy przewidują, że w określonych sytuacjach kierownik zespołu ratownictwa medycznego, który może być ratownikiem medycznym, jest uprawniony do stwierdzania zgonu pacjenta. Przepisy te obejmują przypadki, w których śmierć nastąpiła w trakcie akcji medycznej prowadzonej przez zespół ratownictwa medycznego, co zmienia wcześniejsze restrykcyjne regulacje. Uprawnienie to ma zastosowanie zwłaszcza w sytuacjach, gdzie dostęp do lekarza jest utrudniony, a okoliczności zgonu są oczywiste, jak na przykład w przypadku dekapitacji czy innych ewidentnych oznak śmierci. Regulacje te wynikają z wejścia w życie Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych¹⁴¹, jak również dostosowania Ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych¹⁴² oraz innych powiązanych przepisów, w do rzeczywistości pracy zespołów ratownictwa medycznego. Przyjęcie takich rozwiązań ma na celu usprawnienie działań w sytuacjach nagłych, redukcję

¹⁴¹ Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz.U. 2022 r. poz. 2705.

¹⁴² Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz.U. 2020 r., poz. 1947.

formalności oraz zwiększenie efektywności systemu ratownictwa. W momencie śmierci pacjenta, wystawiana jest karta zgonu – formalny dokument potwierdzający ten fakt, stanowiący podstawę do dalszych działań administracyjnych, takich jak zgłoszenie zgonu w urzędzie stanu cywilnego czy organizacja pochówku. Karta zgonu zawiera dane identyfikacyjne zmarłego, datę, godzinę i miejsce śmierci oraz jej przyczynę. Dokument ten jest kluczowy, ponieważ umożliwia zarejestrowanie zgonu w rejestrze stanu cywilnego, co jest wymagane do prawnego uznania śmierci¹⁴³. Zgodnie z aktualnymi przepisami karta zgonu musi być sporządzona na podstawie osobistego badania zwłok przez uprawnioną osobę. W obecnym systemie prawnym karty zgonu mogą wystawiać lekarze, ale również ratownicy medyczni w określonych sytuacjach, gdy śmierć pacjenta następuje w obecności ZRM. Wprowadzenie tych uprawnień dla kierowników zespołów ratownictwa medycznego ma na celu przyspieszenie formalności i odciążenie lekarzy, przy jednoczesnym zachowaniu wysokich standardów medycznych i administracyjnych.

Obawy dotyczące stwierdzenia zgonu w karetce biorą się również z nieoficjalnie panującego w środowisku medycznym przekonania, że czynność ta powoduje niepotrzebną eskalację odpowiedzialności. Dzieje się tak dlatego, że gdy pacjent zmarł i pozostawiony został w domu, otrzymał z założenia odpowiednią pomoc, ale jego stan nie kwalifikował go do transportu, co w większości przypadków zagrażających życiu jest jak najbardziej zrozumiałe. Trudno jest bowiem prowadzić skuteczne zabiegi reanimacyjne na klatce schodowej lub podczas przenoszenia poszkodowanego z domu do ambulansu. Z kolei osoby przetransportowane do szpitala, gdzie następnie zmarły, znalazły się pod możliwie najlepszą dostępną opieką, gdyż w polskim systemie ratownictwa medycznego nie istnieje element przewyższający kompetencjami SOR/CU. Problem stanowi jednak sytuacja, gdy ludzkie życie dobiegnie końca w przedziale medycznym karetki. Dochodzi bowiem do sytuacji, w której powstaje szereg pytań i wątpliwości, czy nie stało się to w wyniku ewentualnych zaniedbań lub nieprawidłowości. Stan ten wzmagany jest przez brak jasnych procedur, które pozwoliłyby na odstąpienie od dalszych czynności ratunkowych wyłącznie na podstawie oceny rokowań pacjenta przez kierownika zespołu. W przeciwnym wypadku może dojść do sytuacji z pogranicza znieważania ciała zmarłego, gdy obawa przed konsekwencjami zaprzestania medycznych czynności ratunkowych jest silniejsza od racjonalnej oceny rzeczywistego stanu pacjenta.

¹⁴³https://czytaj.medicusonline.pl/medicus-11-2024/stwierdzenie-zgonu-aktualne-regulacje-prawne/?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 10.12.2024].

3.5. Obowiązek wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w aktualne schematy dawkowania leków pediatrycznych – element bezpieczeństwa farmakoterapii dzieci

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) za 2022 rok, zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) udzieliły świadczeń zdrowotnych blisko 3,1 mln osób. Wśród nich zaledwie 6,7% stanowili pacjenci pediatryczni, czyli dzieci i młodzież do 18. roku życia. W związku z tym liczba wezwań dotyczących noworodków, niemowląt i małych dzieci stanowi jedynie niewielki procent ogólnej liczby odbiorców pomocy, szczególnie gdy ze wspomnianych 6,7% wyłączymy grupę część dojrzałych fizycznie nastolatków¹⁴⁴. Jednocześnie pacjenci pediatryczni stanowią grupę wymagającą zdecydowanie największej troski, a co za tym idzie – wdrażania procedur w sposób możliwie najbliższy ideałowi. Zespół podstawowy („P”) posiada na wyposażeniu 47 leków, zaś Zespół Specjalistyczny („S”) dysponuje wszystkimi lekami z zespołu podstawowego oraz dodatkowymi, jak np. leki trombolityczne, silniejsze opioidy, leki anestetyczne i inne specjalistyczne leki stosowane w stanach nagłych. Dokładna liczba i rodzaj leków w ZRM „S” zależy od standardów obowiązujących w danym regionie oraz od wyposażenia konkretnego zespołu. Dawkowanie leków dla dzieci i niemowląt to proces skomplikowany i wymagający niezwykle szczegółowej wiedzy. Podstawowe obliczenia, takie jak dawka epinefryny (0,01 mg/kg m.c.) w stanach nagłych czy midazolamu (0,1–0,2 mg/kg m.c.) w przypadku napadu drgawek, wydają się na pozór proste, ale w rzeczywistości obarczone są szeregiem trudności¹⁴⁵. Waga pacjenta, będąca podstawą kalkulacji, jest często jedynie szacowana w warunkach przedszpitalnych. Błąd w oszacowaniu masy ciała o 10–15% może prowadzić do niedostatecznej skuteczności leku lub przeciwnie, do wystąpienia działań niepożądanych, takich jak depresja oddechowa czy hipotonia. Przykładowo – podanie fentanylu w dawce 1–2 µg/kg m.c. wymaga nie tylko obliczeń, ale i precyzyjnego rozcieńczenia leku w odpowiedni sposób, aby umożliwić powolne podanie odpowiedniej dawki. Warto również podkreślić, że nawet drobne błędy, takie jak użycie niewłaściwego rozcieńczenia, mogą prowadzić do

¹⁴⁴ Dane GUS nie pozwalają określić precyzyjnie, o jakim procencie mowa.

¹⁴⁵ Kleszczyński J., Zawadzki M., *Leki w ratownictwie medycznym*, Warszawa 2024, s. 224.

toksyczności lub braku efektu terapeutycznego. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku innych leków, jak np. glukagonu, stosowanego w dawkach 0,5 mg dla dzieci ważących mniej niż 25 kg i 1 mg dla cięższych, różnica wynika nie tylko z masy ciała, ale i z metabolizmu leku w organizmie dziecka. Inne leki, jak chociażby salbutamol, stosowany w nebulizacji, mogą doprowadzić do wystąpienia tachykardii, szczególnie u dzieci z wrodzonymi wadami serca¹⁴⁶.

Ponadto niektóre drogi podaży leków są niemożliwe lub niezalecane w pediatrii. Na przykład domięśniowe podanie morfiny jest trudne do wykonania i może prowadzić do znacznych powikłań bólowych. W takich sytuacjach konieczne jest wykorzystanie alternatyw, takich jak podanie dożylne, które jednak wymaga dostępu naczyniowego, co w warunkach ratownictwa bywa niezwykle trudne u małych dzieci.

Wreszcie skala i różnorodność farmakoterapii w pediatrii sprawiają, że niemożliwe jest zapamiętanie wszystkich zasad dawkowania i potencjalnych interakcji. Leki takie jak tiopental, stosowane w dawce 2–5 mg/kg w stanach krytycznych, mogą wymagać dostosowania dawki w nie tylko w zależności od wieku dziecka, ale również od funkcji wątroby i kondycji jego nerek¹⁴⁷. Co więcej, różne formy leku – tabletki, zawiesiny, ampułki – mogą wymagać innego przelicznika lub techniki podania.

Konieczność uwzględnienia wszystkich tych aspektów sprawia, że farmakoterapia pediatryczna jest dziedziną wyjątkowo wymagającą. Podawanie leków dzieciom i niemowlętom wymaga zapamiętania precyzyjnych dawek, które zależą od masy ciała lub powierzchni ciała dziecka, z uwzględnieniem maksymalnych dawek dobowych i jednorazowych, aby uniknąć ich kumulacji i efektu toksyczności. Niezbędne jest także zapamiętanie minimalnych dawek terapeutycznych, by uniknąć nieskuteczności leczenia. Kluczowe jest przede wszystkim dostosowanie dawek w przypadku wcześniaków, noworodków i dzieci z niewydolnością wątroby lub nerek, które mogą wpływać na metabolizm i wydalanie leku. Ważnym aspektem pediatrycznej farmakoterapii jest ponadto znajomość odpowiednich form podania, takich jak tabletki, syropy, czopki, aerozole czy zawiesiny, dostosowanych do wieku i możliwości organizmu dziecka. Trzeba również pamiętać o preferowanej drodze podania – doustnej, dożylnej, domięśniowej, doodbytniczej lub wziewnej oraz starać się unikać niektórych

¹⁴⁶ *Ibidem*.

¹⁴⁷ Tiopental Panpharma – ulotka dołączona do opakowania: informacja dla pacjenta, <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/37426/leaflet> [dostęp: 10.12.2024].

dróg, które mogą być wyjątkowo bolesne lub trudne w aplikacji, na przykład domięśniowych iniekcji u niemowląt.

Istotne jest również uwzględnienie potencjalnych interakcji lekowych, które mogą zmieniać farmakokinetykę albo farmakodynamikę pozostałych preparatów, które pacjent przyjmuje lub są mu podawane. Trzeba znać liczne przeciwwskazania i unikać jednoczesnego stosowania leków, które mogą nasilać działania niepożądane, takie jak depresja oddechowa czy hepatotoksyczność. Nie można rzecz jasna pominąć działań niepożądanych (specyficznych dla każdego z podawanych leków), które w przypadku dzieci mogą być bardziej intensywne z uwagi na niedojrzałość ich układów narządowych. Konieczna jest również znajomość specyficznych zaleceń dotyczących form rozcieńczenia i przygotowywania leków przed podaniem, co jest szczególnie ważne w przypadku preparatów podawanych dożylnie, takich jak midazolam czy tiopental. Każdy błąd w stężeniu lub objętości może prowadzić do poważnych konsekwencji klinicznych. Pamiętanie ograniczeń czasowych w podawaniu niektórych leków (np. czas działania po rozcieńczeniu lub otwarciu ampułki) jest równie ważne. Należy także zawsze mieć na uwadze dokładny wiek dziecka i starać się dostosowywać leczenie do jego etapu rozwojowego, biorąc pod uwagę różnice w farmakokinetyce między niemowlętami, dziećmi a młodzieżą.

Wszystko to podkreśla, jak rozległa jest wiedza niezbędna do bezpiecznego stosowania farmakoterapii pediatrycznej. Jeśli dołączymy do tego czynnik silnego stresu, jaki powoduje wyjazd do małego dziecka wymagającego natychmiastowej pomocy, presję otoczenia (wywieraną np. przez spanikowanych i przerażonych rodziców lub opiekunów), nierzadko znaczne zmęczenie i trudne nocne warunki działania, to ryzyko popełnienia błędu nawet przez najlepszego fachowca narasta do niebezpiecznych wartości. Dlatego wprowadzenie obowiązku wyposażenia każdego ambulansu w aktualne i przejrzyste schematy farmakoterapii pediatrycznej wydaje się kluczowe, konieczne i pilne.

W tym miejscu problem bezpieczeństwa farmakoterapii pediatrycznej wykracza poza poziom indywidualnych kompetencji ratowników medycznych i ujawnia swój wyraźnie instytucjonalny charakter. Obowiązek zapewnienia jednolitych, aktualnych i łatwo dostępnych schematów dawkowania leków nie może być traktowany jako element dobrej praktyki lub inicjatywy oddolnej poszczególnych zespołów, lecz jako zadanie państwa wynikające z jego odpowiedzialności za organizację systemu ratownictwa medycznego. Brak standaryzacji w tym zakresie prowadzi do sytuacji, w której

bezpieczeństwo najmłodszych pacjentów zależy od indywidualnej pamięci, doświadczenia lub aktualnej dyspozycji psychofizycznej ratownika, a nie od systemowo zaprojektowanych mechanizmów minimalizujących ryzyko błędu. Z perspektywy polityki publicznej w ochronie zdrowia wyposażenie zespołów ratownictwa medycznego w obowiązkowe narzędzia wspomagające decyzje terapeutyczne stanowi jeden z podstawowych instrumentów zarządzania ryzykiem, pozwalający na wyrównanie poziomu bezpieczeństwa świadczeń niezależnie od regionu, składu zespołu czy okoliczności zdarzenia.

Autor niniejszej pracy wielokrotnie brał udział w szkoleniach doskonalących i uzupełniających dla ratowników medycznych. Prawidłowe obliczanie dawek i wybór odpowiednich leków w przypadku symulacji stanów nagłych u pacjentów pediatrycznych stanowiło bardzo często problem nawet dla najbardziej doświadczonych i najlepiej wyszkolonych członków ZRM, którzy na co dzień muszą tego typu wiedzę dysponować. Pojawienie się dyskretnej, ale przede wszystkim użytecznej tabeli zawierającej tak skomplikowaną i rozległą wiedzę, jaką stanowi farmakoterapia pediatryczna, stanowić mogłoby nieocenione wsparcie w codziennej pracy zawodowej dla każdego, kto pragnie w sposób skuteczny wykonywać swoje ratownicze obowiązki – mowa w tym wypadku zarówno o prawidłowym wdrożeniu leczenia, jak i zmniejszeniu obaw wynikających z ryzyka jego błędnego zastosowania.

Rozdział IV Analiza badania ankietowego dotyczącego systemu ratownictwa medycznego w Polsce

4.1. Charakterystyka badania ankietowego

Przeprowadzone badanie ankietowe dotyczące funkcjonowania i modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce zostało zrealizowane z wykorzystaniem metodologii właściwej dla nauk o polityce, z uwzględnieniem standardów badawczych właściwych dla analizy polityk publicznych. Głównym celem badania było zidentyfikowanie kluczowych problemów oraz wyzwań stojących przed polskim systemem ratownictwa medycznego, a także sformułowanie rekomendacji dotyczących możliwych kierunków jego rozwoju w perspektywie strategicznej i operacyjnej.

Badanie miało charakter zarówno ilościowy, jak i jakościowy, co umożliwiło zastosowanie triangulacji metod badawczych, polegającej na połączeniu analizy ilościowej (statystycznej) z pogłębioną analizą jakościową (treściową). Takie podejście pozwala na wieloaspektowe zrozumienie badanej problematyki, co w tym przypadku jest szczególnie istotne – analiza polityk publicznych wymaga uwzględnienia zarówno danych liczbowych, kontekstu społecznego, jak i opinii interesariuszy.

Procedura badawcza obejmowała wykorzystanie ankiety składającej się z czterech części, z których każda poświęcona była odrębnemu obszarowi funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego. Taka struktura badania umożliwiała zastosowanie podejścia holistycznego oraz integrację wyników w spójną całość analityczną. Badaniem objęto wyłącznie pracowników systemu PRM (przede wszystkim ratowników medycznych, lekarzy oraz pielęgniarki), co wynikało z założenia badawczego, że osoby wykonujące te właśnie zawody posiadają najbardziej aktualną wiedzę praktyczną oraz doświadczenie zawodowe w kontekście operacyjnego funkcjonowania systemu.

W ramach metodologii badawczej wykorzystano zarówno pytania zamknięte, oparte na skali Likerta, pytania wielokrotnego wyboru, jak i pytania otwarte. Pytania zamknięte umożliwiły zebranie danych ilościowych, które mogły być poddane analizie statystycznej, w tym analizie częstości oraz współzależności zmiennych. Pytania otwarte natomiast pozwoliły na uzyskanie opinii jakościowych, które są kluczowe dla pogłębienia analizy badawczej i uchwycenia szerszego kontekstu badanych zjawisk. Wykorzystanie

obu rodzajów pytań pozwoliło na uzyskanie danych o charakterze eksploracyjnym i diagnostycznym, co jest zgodne z podejściem badawczym charakterystycznym i właściwym dla nauk o polityce.

Badanie przeprowadzono w okresie od 7 października 2024 do 24 lutego 2025 roku, co zapewniło wystarczający czas na zgromadzenie reprezentatywnej próby respondentów. W badaniu udział wzięło 310 osób, co stanowi istotną wartość z perspektywy analizy systemu ratownictwa medycznego w Polsce. W celu zwiększenia rzetelności i szczerości uzyskanych odpowiedzi zastosowano metodę anonimowej ankiety, co pozwoliło na zminimalizowanie ryzyka zniekształcenia wyników przez czynniki zewnętrzne, takie jak np. obawy przed ujawnieniem prezentowanych w badaniu opinii przełożonym odpowiadających pracowników SRM.

Z perspektywy nauk politycznych badanie to stanowi wkład w nurt badań nad politykami publicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem polityki zdrowotnej, a także efektywności funkcjonowania systemów zarządzania kryzysowego. W kontekście analizy polityk publicznych, kluczowe znaczenie miało zebranie opinii pracowników systemu ratownictwa medycznego, których doświadczenia i perspektywa mogą być fundamentalne przy formułowaniu strategii reform systemowych. Analiza ta miała na celu nie tylko ocenę bieżącej efektywności systemu, ale także identyfikację obszarów wymagających reform prawnych, organizacyjnych oraz finansowych. Otrzymane wyniki badania mogą stanowić merytoryczną podstawę do dalszej analizy oraz przyczynić się do formułowania rekomendacji mających na celu poprawę efektywności systemu PRM w Polsce. Mogą one również wspierać (na poziomie legislacyjnym) proces identyfikacji konkretnych obszarów wymagających interwencji oraz – docelowo – wdrażania bardziej efektywnych mechanizmów wsparcia systemowego. Wnioski płynące z badania mogą znaleźć zastosowanie zarówno na poziomie przede wszystkim krajowym, wspierając rozwój polityk publicznych w zakresie ratownictwa medycznego i szerzej pojętego bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

4.2. Opis i struktura narzędzia badawczego

Ankieta badawcza dotycząca funkcjonowania i modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce, wykorzystana w procedurze badawczej, opracowana dla pracowników systemu ratownictwa medycznego, przeprowadzona została w okresie od

7 października 2024 do 24 lutego 2025 r. Procesem badawczym objęto przede wszystkim ratowników medycznych, lekarzy oraz pielęgniarki systemu, ponieważ – zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym – osoby praktykujące te zawody są najważniejszymi elementami systemu PRM. Badanie zostało zaprojektowane w sposób umożliwiający uzyskanie kompleksowych danych zarówno ilościowych, jak i jakościowych, co pozwala na całościowe podejście do analizy problematyki badawczej. Cel nadrzędny opisywanego procesu stanowi identyfikacja najważniejszych problemów oraz wyzwań dla polskiego systemu ratownictwa medycznego, co w dalszej perspektywie pozwoli na opracowanie rekomendacji dotyczących kierunków rozwoju systemu ratownictwa w Polsce, uwzględniających zarówno perspektywę strategiczną, jak i operacyjną.

Ankieta składa się z czterech części, z których każda poświęcona została odrębnemu obszarowi funkcjonowania systemu, przy jednoczesnym dążeniu do zachowania struktury umożliwiającej integrację wyników w spójną całość analityczną:

- Pierwsza część ankiety obejmowała pytania dotyczące danych demograficznych oraz zawodowych respondentów, co pozwoliło na uzyskanie kontekstu społeczno-zawodowego. Sekcja ta uwzględniała zmienne, takie jak: wiek, płeć, staż pracy w jednostkach ratownictwa medycznego, rodzaj placówki, w której zatrudnieni są respondenci oraz region realizacji świadczeń przez badane osoby.
- Druga część ankiety koncentrowała się na ocenie funkcjonowania obecnego systemu ratownictwa medycznego w Polsce, uwzględniając zarówno standardowe interwencje medyczne, jak i reakcje na zdarzenia masowe czy kryzysowe. Respondenci poproszeni zostali o ocenę skuteczności systemu w reagowaniu na stany zagrożenia życia oraz w obliczu realizacji jego kluczowych zadań operacyjnych. Pytania w tej sekcji posłużyły identyfikacji obszarów, które w ocenie pracowników systemu ratownictwa medycznego wymagają szczególnej uwagi, jak np. przeciążenie systemu zgłoszeniami, brak odpowiedniego sprzętu, niewystarczające finansowanie czy problemy z koordynacją działań. Otrzymane odpowiedzi pozwalają na zgromadzenie danych na temat systemowych błędów oraz luk prawnych i administracyjnych oraz innych czynników wpływających na efektywność operacyjną. W kontekście zdarzeń masowych sekcja ta pozwoli także na ocenę gotowości analizowanych struktur do działania w sytuacjach wymagających skoordynowanej odpowiedzi wielu podmiotów, co ma kluczowe znaczenie w kontekście zarządzania kryzysowego.

- Trzecia część ankiety poświęcona była potencjalnym kierunkom reform systemu ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem implementacji nowoczesnych technologii a także wdrożonych w innych krajach rozwiązań prawnych i organizacyjnych. W szczególności analizowane były oczekiwania ankietowanych pracowników systemu ratownictwa medycznego dotyczące możliwości wprowadzenia aplikacji mobilnych zreszających i wykorzystujących przeszkolonych wolontariuszy oraz zastosowania rozwiązań mogących przyczynić się do poprawy efektywności zarządzania zgłoszeniami, co prowadzi do bardziej efektywnego dysponowania zasobami. Ankieta umożliwiała respondentom ocenę zarówno zalet, jak i potencjalnych barier dla wdrożenia proponowanych rozwiązań, w tym wyrażenia własnej oceny w perspektywie prawnej, społecznej i organizacyjnej.
- Czwarta, ostatnia część ankiety opierała się na doświadczeniach zawodowych respondentów, stanowiąc jednocześnie próbę uzyskania propozycji dotyczących poprawy funkcjonowania systemu bezpośrednio od jego pracowników. Sekcja ta obejmowała szerokie spektrum zagadnień, od farmakoterapii pediatrycznej, po wyzwania związane z jednoosobowymi zespołami ratowniczymi. W kontekście farmakoterapii pediatrycznej poddane badaniu zostały zarówno potrzeby edukacyjne, jak i organizacyjne, takie jak m.in. dostępność aktualnych schematów dawkowania leków oraz potrzeba dodatkowych szkoleń w tym zakresie. Poruszono również zagadnienia związane z wyzwaniami emocjonalnymi i organizacyjnymi, takimi jak stwierdzenie zgonu pacjenta w ambulansie – zadanie stanowiące jedno z najbardziej obciążających wyzwań w pracy ratownika medycznego. Ważnym elementem tej części ankiety była także ocena możliwości wdrożenia jednoosobowych zespołów ratowniczych jako rozwiązania wspierającego działania systemowe w sytuacjach, gdzie czas reakcji był kluczowy lub gdy system staje się krytycznie przeciążony.

Ankieta badawcza liczyła trzydzieści jeden pytań, z czego dwadzieścia cztery były pytaniami zamkniętymi, co umożliwia standaryzację zebranych danych i ich odpowiednią analizę statystyczną. Pozostałe siedem pytań stanowiły pytania otwarte, będące istotnym źródłem informacji jakościowych, w intencji autora mogące umożliwić uzupełnienie wyników o indywidualne opinie i doświadczenia respondentów, nieprzewidziane w katalogu preselekcjonowanych odpowiedzi na pytania zamknięte.

Uwzględnienie obydwu rodzajów pytań miało na celu przeprowadzenia pogłębionej, ale i wielowymiarowej analizy badanych zagadnień. Narzędzie badawcze zostało przygotowane w sposób gwarantujący respondentom zachowanie anonimowości, przede wszystkim w celu zwiększenia wiarygodności uzyskanych wyników oraz dla zapewnienia swobody wyrażania opinii.

4.3. Szczegółowy opis narzędzia badawczego wraz z analizą wyników

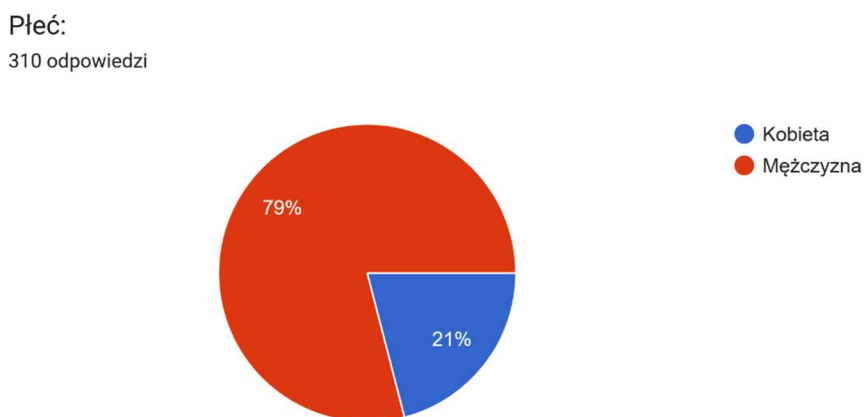
Część pierwsza ankiety została zaprojektowana w celu zgromadzenia podstawowych danych demograficznych i zawodowych na temat respondentów. Informacje te pozwalają na analizę zróżnicowania społeczno-zawodowego w systemie ratownictwa medycznego, co stanowi istotny kontekst do interpretacji pozostałych odpowiedzi. Pytania tej sekcji dotyczą takich aspektów, jak: wiek, płeć, rodzaj wykonywanego zawodu, staż pracy oraz region działania, co umożliwiło identyfikację różnic w postrzeganiu funkcjonowania systemu w zależności od specyfiki demograficzno-zawodowej.

Pytanie 1 (w części I) miało na celu określenie płci respondenta. Było to pytanie zamknięte, w którym udostępniono dwie możliwe odpowiedzi: „kobieta” i „mężczyzna”.

Odpowiedzi udzielone na to pytanie wyglądały następująco:

- Mężczyzna – 245 osób
- Kobieta – 65 osób

Wspomniane dane obrazuje wykres nr 4.1.1:



Wykres 4.1. 1. Dane demograficzne respondentów z podziałem na płeć.

Respondenci płci męskiej stanowili 79%, zaś płci żeńskiej 21%.

Większość uczestników badania stanowili mężczyźni, którzy byli autorami 79% wszystkich udzielonych odpowiedzi, kobiety zaś stanowiły 21% grupy badawczej. Taki podział płci wśród respondentów odzwierciedla faktyczną strukturę zatrudnienia w systemie ratownictwa medycznego, gdzie dominującą grupę wciąż stanowią mężczyźni. Jest to zgodne z obserwowanymi trendami w sektorze ratownictwa.

Udział kobiet na poziomie 21% wskazuje jednak, że ich obecność w tej grupie zawodowej nie jest już marginalna, a ratownictwo medyczne staje się coraz bardziej otwarte na przedstawicielki tej płci, które z powodzeniem realizują zadania związane zarówno z działaniami ratunkowymi, jak i koordynacyjnymi. Rosnąca liczba kobiet może wiązać się m.in. z procesem profesjonalizacji zawodu, poprawą standardów ergonomicznych w karetkach, a także zmianami społecznymi, które zmniejszają podział zawodów według tradycyjnych ról płciowych.

Struktura płciowa respondentów odzwierciedla więc realny obraz systemu ratownictwa medycznego w Polsce, w którym wciąż przeważają mężczyźni, choć kobiety stanowią istotną i stale rosnącą grupę.

Pytanie 2 (w części I) dotyczyło wieku respondentów, którzy mieli do wyboru jeden z pięciu przedziałów wiekowych:

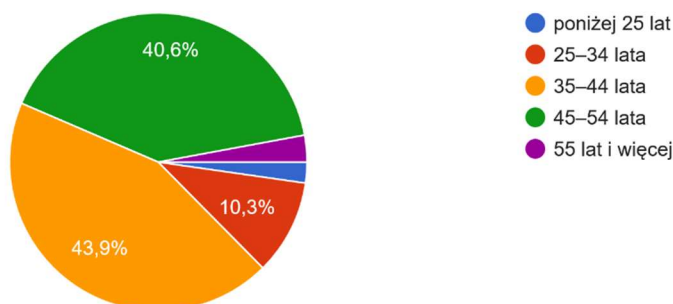
- „poniżej 25 lat”
- „25–34 lata”
- „35–44 lata”
- „45–54 lata”
- „55 lat i więcej”

Wśród respondentów 136 osób określiło swój wiek jako mieszczący się w zakresie od 35 do 44 lat, a 126 osób zaznaczyło opcję od 45 do 54 lat. W grupie wiekowej od 25 do 34 lat znalazło się 32 badanych. Wiek 55 lat i więcej wybrało 9 osób, a poniżej 25 lat 7 respondentów.

Strukturę wieku badanych prezentuje wykres 4.1.2

Wiek:

310 odpowiedzi



Wykres 4.1. 2. Struktura wieku badanych.

Wśród respondentów 43,9% osób określiło swój przedział wiekowy jako 35 do 44 lat, a 40,6% jako 45 do 54 lat. W grupie wiekowej od 25 do 34 lat znalazło się 10,3% respondentów. Odpowiedź: 55 lat i więcej wybrało 2,9% osób, a poniżej 25 lat – 2,3% respondentów.

Tak wyraźna przewaga osób ze średnich (od 35 do 44 lat) i starszych (45 do 54 lat) grup wiekowych świadczy o tym, że wyniki ankiety w dużej mierze odzwierciedlają opinie i doświadczenia osób z wieloletnim stażem pracy w systemie ratownictwa medycznego. Są to respondenci, którzy mieli możliwość obserwowania funkcjonowania systemu w różnych okresach jego rozwoju, a także doświadczali w sposób bezpośredni skutków zmian systemowych, organizacyjnych i legislacyjnych.

Mniejszy udział w badaniu miały osoby młodsze (poniżej 35 roku życia). Wynik ten może wynikać zarówno z mniejszej liczby osób młodych zatrudnionych w systemie ratownictwa medycznego – najczęściej nabierają one doświadczenia w strukturach transportu medycznego, jak i potencjalnie niższego zaangażowania tej grupy wiekowej w inicjatywy badawcze i ankietyzację dotyczącą warunków pracy.

Najmniej liczną grupę stanowili respondenci w wieku przekraczającym 55 lat. Wskazuje to na relatywnie niską reprezentację osób w wieku przedemerytalnym, co może być bezpośrednio związane z dużymi obciążeniami fizycznymi i psychicznymi, jakie niesie z sobą praca w ratownictwie medycznym. Zatrudnienie w systemie ratownictwa medycznego wiąże się z wysoką intensywnością dyżurów, częstym narażeniem na stres oraz koniecznością podejmowania interwencji w trudnych warunkach środowiskowych, co może skłaniać osoby z analizowanej grupy wiekowej do wcześniej rezygnacji z tego

zawodu poprzez przejście w stan spoczynku, lub zmiany charakteru pracy na mniej obciążającą pod wskazanymi aspektami funkcję administracyjną lub szkoleniową.

Uzyskana struktura wieku wskazuje, że opinie wyrażone w badaniu w dużej mierze pochodzą od osób z wieloletnim doświadczeniem zawodowym, które posiadają szeroką perspektywę funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego i jego ewolucji na przestrzeni ostatnich dekad.

Pytanie 3 (w części I) odnosiło się do zajmowanego stanowiska, a zatem wykonywanego zawodu w systemie ratownictwa medycznego. Pytanie to miało na celu określenie głównych grup zawodowych wśród respondentów, co będzie niezbędne w kontekście analizy różnic zawodowych. Możliwe odpowiedzi brzmiały:

- „ratownik medyczny”
- „lekarz”
- „pielęgniarka/pielęgniarz”

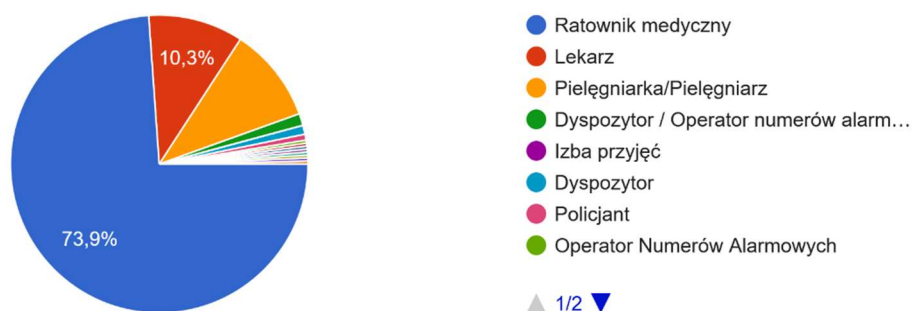
Udostępniona została również opcja „inne” z możliwością doprecyzowania.

Najwięcej respondentów – 229 osób, zadeklarowało, że pracuje jako ratownik medyczny. Jako lekarze określili się 32 osoby. Wynik ten jest tożsamy z wyborem odpowiedzi pielęgniarka i pielęgniarz – również 32 osoby. Jako dyspozytorzy lub operatorzy numerów alarmowych pracuje łącznie 10 osób. Pozostałe obecne w wynikach zawody (podane przez respondentów korzystających z opcji „inne”, takie jak policjant, wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego, emeryt czy laborantka) nie stanowią istotnego badawczo zbioru wyników. Z możliwości skorzystało 11 osób. Odpowiedzi te wykraczały poza zestaw predefiniowanych odpowiedzi. Uznać należy, że odpowiedzi o tym charakterze udzielone zostały przez byłych pracowników systemu ratownictwa medycznego i odnoszą się do aktualnie wykonywanego zawodu lub przejścia w stan spoczynku – anonimowy charakter ankiety nie pozwala badaczowi na weryfikację tej tezy w sposób całkowicie jednoznaczny.

Wyniki prezentuje wykres 4.1.3:

Zajmowane stanowisko/wykonywany zawód:

310 odpowiedzi



Wykres 4.1. 3. Stanowisko zajmowane przez badanych.

Zgodnie z powyższym wykresem ratownicy medyczni stanowili 73,9% wszystkich respondentów. Lekarze oraz pielęgniarki i pielęgniarze stanowili po 10,3% uczestników badania. Pozostałe grupy zawodowe, w tym dyspozytorzy, operatorzy numerów alarmowych oraz inne zawody związane z ratownictwem medycznym, miały znacznie mniejszy udział procentowy.

Struktura zawodowa respondentów biorących udział w badaniu wskazuje, że zdecydowaną większość ankietowanych stanowili ratownicy medyczni. Wynik ten odzwierciedla faktyczną strukturę zatrudnienia w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, gdzie przedstawiciele tego zawodu stanowią kluczową oraz najliczniejszą grupę, odpowiedzialną za większość działań realizowanych w ramach interwencji ZRM.

Zdecydowanie mniejszy udział w badaniu miały dwie pozostałe główne grupy zawodowe tworzące system PRM: lekarze oraz pielęgniarki ratunkowe, z których każda stanowiła po 10,3% respondentów. Ograniczony udział lekarzy wynika w dużej mierze z malejącej obecności lekarzy w ZRM, zwłaszcza w zespołach podstawowych (ZRM typu P), które obsługiwane są wyłącznie przez ratowników medycznych. Lekarze pozostają aktywni przede wszystkim w specjalistycznych zespołach ratownictwa (ZRM typu S), których liczba sukcesywnie zmniejsza się w ostatnich latach, co jest efektem zarówno reform organizacyjnych, jak i niedoboru lekarzy chętnych do pracy w systemie PRM.

Pielęgniarki systemu, stanowiące również 10,3% respondentów, reprezentują grupę zawodową, która tradycyjnie pełni istotną rolę w zespołach specjalistycznych, a także w dyspozytorniach medycznych, gdzie osoby z tym wykształceniem znajdują zatrudnienie jako dyspozytorzy medyczni. Ich udział w systemie ratownictwa medycznego jest bardzo istotny ze względu na posiadane kwalifikacje i szerokie

kompetencje w zakresie wykonywania medycznych czynności ratunkowych, choć liczba pielęgniarek jest znacząco mniejsza niż ratowników medycznych.

Pozostałe grupy zawodowe, takie jak dyspozytorzy i operatorzy numerów alarmowych, stanowiły bardzo mały odsetek respondentów, obejmujący łącznie 3,2% badanych. Odpowiedzi udzielone w ramach kategorii „inne” były zróżnicowane i obejmowały zarówno osoby aktualnie zatrudnione w innych sektorach (np. w policji), jak i byłych pracowników systemu PRM, którzy przeszli na emeryturę lub zmienili miejsce pracy. Ponieważ ankieta miała charakter anonimowy, nie można jednoznacznie stwierdzić, czy odpowiedzi te odnosiły się do aktualnego czy wcześniejszego zatrudnienia. Ich udział w próbie badawczej określić należy jako nieznaczący i niemający wpływu na wynik analizy.

Uzyskany obraz struktury zawodowej respondentów wskazuje, że wyniki i wnioski płynące z badania w największym stopniu odzwierciedlają perspektywę ratowników medycznych, będących najważniejszą i najliczniej reprezentowaną grupą zawodową w systemie PRM w Polsce. Opinie lekarzy i pielęgniarek również zostały uwzględnione, jednak ich wpływ na końcowe wyniki jest proporcjonalnie mniejszy. Z kolei głos pozostałych grup zawodowych, takich jak dyspozytorzy czy operatorzy numerów alarmowych, jest w tym badaniu mocno ograniczony i nie pozwala na formułowanie szerokich wniosków dotyczących ich specyficznych doświadczeń oraz potrzeb zawodowych.

Pytanie 4 (w części I) dotyczyło rodzaju jednostki, w której pracują respondenci. Było to pytanie zamknięte, w którym podane zostały cztery opcje odpowiedzi:

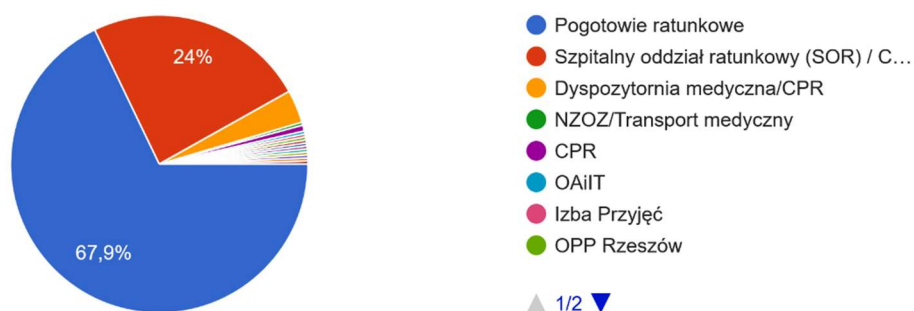
- „pogotowie ratunkowe”
- „szpitalny oddział ratunkowy (SOR)/centrum urazowe (CU)”
- „dyspozytornia medyczna/CPR”
- „NZOZ/transport medyczny”

Respondenci mieli również możliwość wskazania innego typu jednostki.

Najwięcej respondentów zadeklarowało pracę w pogotowiu ratunkowym, co dotyczyło 209 osób. Na szpitalnym oddziale ratunkowym lub w centrum urazowym pracowało 74 respondentów. W dyspozytorni medycznej lub CPR pracowało łącznie 13 osób. Pozostałe jednostki, takie jak urząd wojewódzki, centrum zdrowia psychicznego, oddziały szpitalne, policja czy transport medyczny, były wskazywane pojedynczo.

Rodzaj jednostki, w której pracujesz:

308 odpowiedzi



Wykres 4.1. 4. Rodzaj jednostki zatrudniającej respondenta.

Zgodnie z powyższym wykresem w pogotowiu ratunkowym pracowało 67,9% respondentów. W szpitalnym oddziale ratunkowym lub centrum urazowym zatrudnionych było 24% badanych pracowników SRM. W dyspozytorni medycznej lub CPR pracowało 3,6% respondentów. Pozostałe jednostki systemu ratowniczego, takie jak transport medyczny, izba przyjęć czy oddział anestezjologii i intensywnej terapii, miały łączny udział procentowy 4,5%.

Zdecydowana większość respondentów – 67,9%, zadeklarowała zatrudnienie w strukturach pogotowia ratunkowego, co potwierdza, że głównym miejscem pracy osób zatrudnionych w systemie PRM pozostaje sektor ratownictwa przedszpitalnego. Wynik ten jest zgodny z funkcjonalną strukturą systemu PRM w Polsce, w której pogotowie ratunkowe pełni kluczową rolę, jako element zapewniający natychmiastową pomoc w stanach zagrożenia życia i zdrowia. Wysoki odsetek odpowiedzi w tej kategorii wskazuje, że opinie prezentowane w badaniu będą więc przede wszystkim odzwierciedleniem doświadczeń ratowników pracujących w warunkach przedszpitalnych, co należy uwzględnić przy dalszej analizie wyników.

Istotny udział w badanej grupie (24%) mają osoby zatrudnione w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) i centrach urazowych (CU). Ta w placówkach ochrony zdrowia, gdzie pomoc udzielana jest pacjentom już po ich transporcie przez ZRM lub po bezpośrednim (samodzielnym) zgłoszeniu się pacjentów. Opinie tej grupy zawodowej nadały istotną perspektywę dotyczącą ciągłości opieki medycznej, czyli jakości współpracy na styku systemu przedszpitalnego i szpitalnego.

Relatywnie niewielka część respondentów (3,6%) zadeklarowała zatrudnienie w dyspozytorni medycznej lub w Centrach Powiadamiania Ratunkowego (CPR). Jest to

wynik potwierdzający fakt, że dyspozytorzy medyczni stanowią specyficzną i liczbowo ograniczoną grupę zawodową, której rola (choć kluczowa dla koordynacji działań systemu) nie jest porównywalna z liczbą ratowników medycznych czy personelu SOR. Odpowiedzi udzielone przez dyspozytorów pozwalają jednak na uzyskanie ważnych informacji dotyczących organizacyjnych aspektów pracy systemu, takich jak przyjmowanie zgłoszeń, dysponowanie zespołów czy ocena priorytetów wyjazdowych.

Pozostałe wskazania, obejmujące takie miejsca pracy jak transport medyczny, oddziały szpitalne spoza systemu ratownictwa, izby przyjęć, centra zdrowia psychicznego, a także jednostki administracji publicznej czy służby mundurowe, mają nieznaczny udział w analizie. Choć te jednostkowe odpowiedzi mają ograniczone znaczenie statystyczne, świadczą o pewnej mobilności zawodowej osób z doświadczeniem w systemie PRM, które z różnych powodów decydują się na zmianę miejsca zatrudnienia, często pozostając jednak w szeroko rozumianym sektorze ochrony zdrowia.

Uzyskany rozkład rodzajów jednostek zatrudnienia wskazuje więc, że dominująca część wyników ankiety odnosi się do pracy w ZRM oraz SOR, czyli do dwóch kluczowych ogniw systemu PRM. Taka struktura respondentów pozwala na komplementarną analizę przedszpitalnego i szpitalnego segmentu ratownictwa.

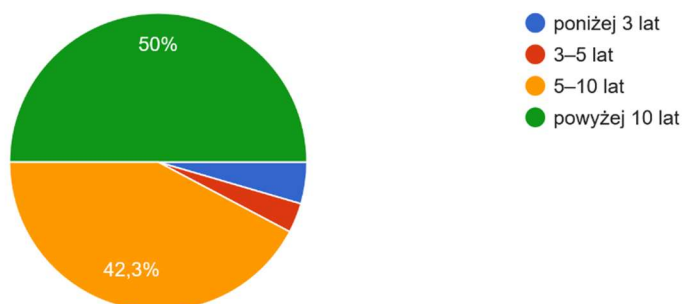
Pytanie 5 (w części I) miało na celu uzyskanie informacji o stażu pracy w systemie ratownictwa medycznego. Możliwe odpowiedzi podzielono na cztery przedziały:

- „poniżej 3 lat”
- „3–5 lat”
- „5–10 lat”
- „powyżej 10 lat”

Wśród respondentów 155 osób określiło swój staż pracy w systemie ratownictwa medycznego powyżej 10 lat. Staż od 5 do 10 lat zadeklarowało 131 respondentów. W przedziale od 3 do 5 lat znalazło się 10 osób, a poniżej 3 lat pracowało 14 respondentów.

Staż pracy w systemie ratownictwa medycznego:

310 odpowiedzi



Wykres 4.1. 5. Staż pracy w systemie PRM.

W systemie ratownictwa medycznego 50% respondentów zadeklarowało staż pracy powyżej 10 lat. Staż od 5 do 10 lat wskazało 42,3% uczestników badania. W grupie osób pracujących od 3 do 5 lat znalazło się 3,2% respondentów, a poniżej 3 lat pracowało 4,5% badanych.

Analiza struktury stażu pracy respondentów wskazuje, że wśród osób biorących udział w badaniu dominują pracownicy z wieloletnim doświadczeniem zawodowym. Największą grupę stanowili respondenci o stażu pracy przekraczającym dekadę, choć znaczący udział miały również osoby pracujące w systemie ratownictwa medycznego od pięciu do dziesięciu lat. Tak wyraźna reprezentacja pracowników z długim stażem świadczy o tym, że uzyskane wyniki w dużej mierze odzwierciedlają perspektywę osób posiadających szerokie doświadczenie zawodowe.

Jednocześnie, choć liczba respondentów z najkrótszym stażem pracy jest niewielka, to zauważyć należy, że to właśnie ta grupa wiekowa, mając świeże spojrzenie i nierzadko inne oczekiwania wobec zawodu, może dostarczać istotnych z badawczego punktu widzenia informacji dotyczących nowych wyzwań, jakie stoją przed systemem PRM.

Pytanie 6 (w części I) – wielokrotnego wyboru, miało na celu ustalenie regionu pracy respondentów. Mogli oni wybrać jedno lub więcej województw spośród wszystkich szesnastu regionów w Polsce:

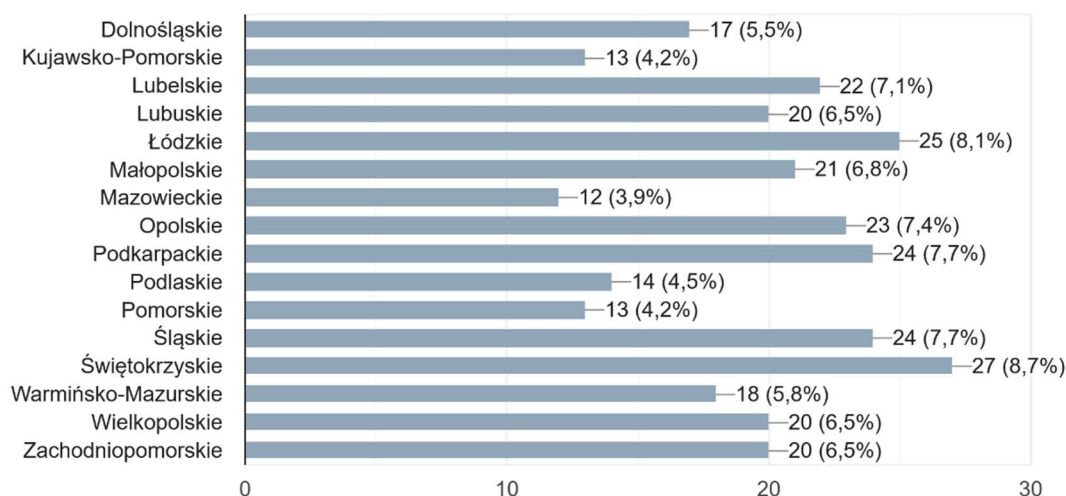
- „województwa dolnośląskiego”
- „województwa kujawsko-pomorskiego”
- „województwa lubelskiego”
- „województwa lubuskiego”

- „województwa łódzkiego”
- „województwa małopolskiego”
- „województwa mazowieckiego”
- „województwa opolskiego”
- „województwa podkarpackiego”
- „województwa podlaskiego”
- „województwa pomorskiego”
- „województwa śląskiego”
- „województwa świętokrzyskiego”
- „województwa warmińsko-mazurskiego”
- „województwa wielkopolskiego”
- „województwa zachodniopomorskiego”

Najwięcej respondentów zadeklarowało pracę w województwie świętokrzyskim – 27 osób. W województwie łódzkim pracowało 25 osób, a w podkarpackim 24. W opolskim i śląskim zatrudnionych było po 23 respondentów, natomiast w lubelskim 22. W województwie małopolskim pracowało 21 osób, a w zachodniopomorskim i lubuskim po 20. W województwie wielkopolskim zatrudnionych było 19 osób, a w warmińsko-mazurskim 18. W dolnośląskim pracowało 16 respondentów, w podlaskim 14, a w kujawsko-pomorskim i pomorskim po 13 osób. W mazowieckim województwie pracowało 11 respondentów. Jedna z odpowiadających osób zadeklarowała pracę w kilku województwach jednocześnie (dolnośląskim, mazowieckim, śląskim i wielkopolskim) – co jest teoretycznie możliwe, w praktyce jednak bardzo mało prawdopodobne.

Region pracy (województwo):

310 odpowiedzi



Wykres 4.1. 6. Region pracy respondentów.

W województwie świętokrzyskim pracowało 8,7% respondentów. W łódzkim zatrudnionych było 8,1%, a w podkarpackim i śląskim po 7,7% osób. W województwie opolskim pracowało 7,4% respondentów, a w lubelskim 7,1%. W małopolskim zatrudnionych było 6,8% osób, a w zachodniopomorskim, lubuskim i wielkopolskim po 6,5%. W warmińsko-mazurskim pracowało 5,8% badanych, a w dolnośląskim 5,5%. W podlaskim zatrudnionych było 4,5% respondentów, a w kujawsko-pomorskim i pomorskim po 4,2%. W województwie mazowieckim pracowało 3,9% uczestników badania.

Analiza danych dotyczących regionu pracy respondentów wskazuje, że badaniem objęte zostały wszystkie województwa w Polsce, co zapewnia jego szeroki zasięg geograficzny i zwiększa reprezentatywność uzyskanych wyników, co pozwala przyjąć, że zebrane opinie i doświadczenia odzwierciedlają realia pracy w systemie ratownictwa medycznego w skali całego kraju, uwzględniając specyfikę zarówno regionów zurbanizowanych, jak i obszarów wiejskich czy mniej zaludnionych.

Taki rozkład wskazuje też na zachowanie kryterium różnorodności geograficznej grupy badawczej i zdaje się uwzględniać zróżnicowane uwarunkowania funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w różnych regionach Polski. Praca ratowników medycznych w dużych aglomeracjach miejskich, takich jak Śląsk czy Łódź, może znacząco różnić się od realiów pracy w województwach o mniejszej gęstości zaludnienia

i bardziej rozproszonej infrastrukturze medycznej, jak np. województwo warmińsko-mazurskie czy podlaskie.

Tak skonstruowany wynik badawczy pozwala na kompleksową analizę, uwzględniającą regionalne różnice organizacyjne, infrastrukturalne i kadrowe, które mogą mieć istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu PRM.

Część druga ankiety została poświęcona ocenie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Pytania zawarte w tej części dotyczyły kluczowych aspektów operacyjnych i organizacyjnych, umożliwiając respondentom wyrażenie opinii na temat skuteczności działań ratowniczych, jakości świadczonych usług, a także najważniejszych wyzwań, z jakimi mierzy się system. Celem tej sekcji było wykorzystanie dla celów badawczych praktycznych doświadczeń respondentów i zebranie ich opinii dotyczących efektywności aktualnie obowiązujących procedur oraz potencjalnych obszarów wymagających poprawy. Pytania zostały zaprojektowane w taki sposób, aby umożliwić zarówno analizę ilościową, jak i jakościową zebranych opinii, co pozwoli na wyciągnięcie konkretnych wniosków dotyczących bieżącego stanu systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

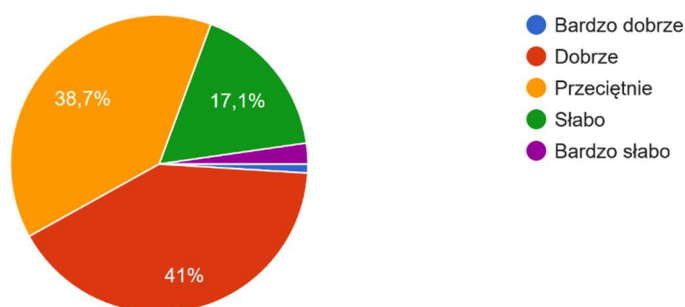
Pytanie 1 (w części II) miało na celu ocenę, jak respondenci postrzegają skuteczność systemu ratownictwa medycznego w zakresie reagowania na stany nagłego zagrożenia życia. Respondenci mieli możliwość oceny skuteczności w skali od „bardzo nieskuteczny” do „bardzo skuteczny”, co umożliwiło zidentyfikowanie opinii na temat ogólnego funkcjonowania systemu w sytuacjach krytycznych. Dostępne odpowiedzi to:

- „Bardzo dobrze”
- „Dobrze”
- „Przeciętnie”
- „Słabo”
- „Bardzo słabo”

Odpowiadając na pytanie dotyczące oceny funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce pod kątem reagowania na stany zagrożenia życia, 127 respondentów wybrało odpowiedź „dobrze”. Odpowiedź „przeciętnie” wybrało 120 osób. System został oceniony jako funkcjonujący „słabo” przez 53 respondentów, a jako „bardzo słabo” przez 7 osób. Najmniej osób (3) uznało, że system funkcjonuje „bardzo dobrze”.

1. Jak oceniasz obecny system ratownictwa medycznego w Polsce pod kątem reagowania na stany zagrożenia życia?

310 odpowiedzi



Wykres 4.2. 1. Ocena obecnego systemu PRM pod kątem reagowania na stany zagrożenia życia.

Obecny system ratownictwa medycznego w Polsce pod kątem reagowania na stany zagrożenia życia został oceniony jako dobry przez 41% respondentów. Odpowiedź „przeciętnie” wybrało 38,7% osób. System został oceniony jako słaby przez 17,1% badanych, a jako bardzo słaby przez 2,3%. Odpowiedź „bardzo dobrze” wskazał 1% respondentów.

Największa grupa respondentów (41%) oceniła system PRM jako „dobry”. Taki wynik może być rezultatem pozytywnej oceny kluczowych aspektów funkcjonowania systemu, takich jak efektywność procedur ratunkowych, profesjonalizm personelu czy sprawność organizacyjna działań w sytuacjach kryzysowych. Pracownicy systemu PRM, posiadając bezpośrednie doświadczenie zawodowe, mogą także doceniać skuteczność wypracowanych procedur operacyjnych oraz względną elastyczność systemu w kontekście adaptacji do dynamicznie zmieniających się okoliczności. Niemniej jednak fakt, że system nie został szerzej oceniony jako „bardzo dobry”, może sugerować istnienie określonych barier operacyjnych lub ograniczeń zasobowych, które uniemożliwiają pełne wykorzystanie jego potencjału.

Kwalifikowanie systemu poprzez wybór odpowiedzi „dobrze” oznacza, że w opinii 41% respondentów funkcjonuje on na zadowalającym poziomie, ale nie jest wolny od problemów. Jako możliwe czynniki wpływające na taką ocenę podać można:

- stabilne podstawy działania systemu – ratownictwo medyczne istnieje i funkcjonuje jako profesjonalna struktura, która w większości przypadków zagrożenia zdrowia i życia zapewnia skuteczną reakcję,
- dostateczną liczbę ZRM w dużych miastach i aglomeracjach,

- względną skuteczność procedur – w większości przypadków interwencje przebiegają zgodnie z obowiązującymi standardami.

Znaczący odsetek respondentów (38,7%) wskazał ocenę „przeciętnie”. Wynik ten może odzwierciedlać doświadczenia respondentów związane z wyzwaniami, z jakimi na co dzień mierzą się ratownicy medyczni oraz inni pracownicy systemu ratownictwa medycznego. Ocena „przeciętnie” może również wynikać z braku dostatecznego wsparcia organizacyjnego lub systemowego, jak również z niejasności procedur obowiązujących w niestandardowych sytuacjach. W związku z tym taka ocena zdecydowanie może wskazywać na potrzebę wprowadzenia usprawnień organizacyjnych oraz inwestycji w rozwój infrastruktury ratownictwa medycznego. Należy przyjąć założenie, że respondenci wybierający tę odpowiedź, uznawali, że pomimo trudności i barier system PRM działa i zapewnia pomoc w większości przypadków, co nie pozwala ocenić go jako „słaby”.

Opinie negatywne o systemie PRM wyraziło łącznie 19,4% respondentów, z czego 17,1% oceniło system jako „słaby”, a 2,3% jako „bardzo słaby”. Tak wysoki odsetek ocen krytycznych wśród pracowników służb ratunkowych może sygnalizować, że dostrzegają oni poważne deficyty strukturalne i organizacyjne systemu. Respondenci, którzy wyrazili negatywne opinie, mogą dostrzegać między innymi problemy proceduralne, opóźnienia w reakcjach systemowych lub niedobór szkoleń podnoszących kompetencje zawodowe.

Jedynie 1% respondentów (3 osoby) oceniło system jako „bardzo dobry”. Tak niski odsetek najwyższych ocen wskazuje, że system, mimo posiadania określonych pozytywnych cech, rzadko osiąga poziom pełnej satysfakcji pracowników. Możliwe, że osoby te miały wyjątkowo pozytywne doświadczenia związane z wysokim poziomem organizacji działań ratunkowych lub pracowały w zespołach charakteryzujących się efektywną współpracą i szybkim podejmowaniem decyzji. Alternatywnie, może to również wynikać z subiektywnie bardziej pozytywnego nastawienia respondentów do wykonywanych obowiązków zawodowych.

- Niewielka liczba respondentów uznała system za „bardzo dobry”, co sugeruje, że większość pracowników SRM dostrzega istotne problemy w funkcjonowaniu systemu.
- Należy założyć, że osoby wybierające tę opcję pracują w miejscach o dobrze rozwiniętej infrastrukturze ratowniczej i efektywnej organizacji pracy, zatem

wybór tej odpowiedzi może wynikać z pozytywnych, jednostkowych doświadczeń.

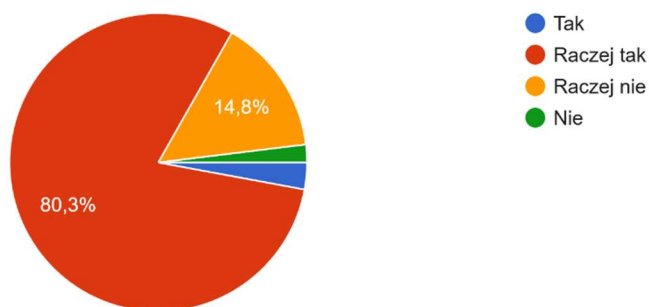
Pytanie 2 (w części II) dotyczyło oceny systemu ratownictwa medycznego w Polsce pod kątem realizacji zadań w zakresie standardowych interwencji medycznych. Odpowiedzi dostępne do wyboru brzmiały:

- „Tak”
- „Raczej tak”
- „Raczej nie”
- „Nie”

Na pytanie dotyczące spełniania przez system ratownictwa medycznego swoich zadań w zakresie standardowych interwencji medycznych 249 respondentów odpowiedziało „raczej tak”. Odpowiedź „raczej nie” wybrało 46 osób. System został oceniony jako spełniający swoje zadania przez 9 respondentów, którzy wybrali odpowiedź „tak”, natomiast 6 osób uznało, że system ich nie spełnia, wybierając odpowiedź „nie”.

2. Czy system ratownictwa medycznego w Polsce spełnia Twoim zdaniem swoje zadania w zakresie standardowych interwencji medycznych?

310 odpowiedzi



Wykres 4.2. 2. Ocena obecnego systemu PRM pod kątem realizacji zadań w zakresie standardowych interwencji.

Zgodnie z wykresem nr 4.2.2 odpowiedź „raczej tak” wybrało 80,3% respondentów. Odpowiedź „raczej nie” wskazało 14,8% osób. System został oceniony jako spełniający swoje zadania przez 2,9% badanych, którzy wybrali odpowiedź „tak”. Odpowiedź „nie” wskazało 1,9% respondentów.

Najliczniejsza grupa badanych (80,3%) wskazała odpowiedź „raczej tak”, co sugeruje, że system ratownictwa medycznego jest postrzegany jako realizujący swoje

zadania w zakresie standardowych interwencji medycznych, choć nie w sposób w pełni satysfakcjonujący. Wyraźna przewaga tej odpowiedzi wskazuje na przekonanie, że realizowane procedury są skuteczne, lecz mogą występować pewne ograniczenia, które uniemożliwiają jednoznacznie pozytywną ocenę. Może to wynikać ze specyficznych czynników wpływających na czas reakcji w sytuacjach wymagających interwencji, różnic w personelu i dostępności zespołów ratowniczych w różnych regionach kraju czy zmiennych warunków organizacyjnych.

Niski odsetek respondentów (2,9%), którzy ocenili system zdecydowanie pozytywnie, wybierając odpowiedź „tak”, wskazuje na niewielkie prawdopodobieństwo pełnej satysfakcji z funkcjonowania PRM. Możliwe, że osoby te miały bezpośrednie doświadczenia z szybką i sprawną reakcją zespołów medycznych (lub są za taką reakcją odpowiedzialne), dobrą organizacją pracy lub skutecznym leczeniem na miejscu zdarzenia. Wysoko oceniane mogą być także obszary z najlepszą infrastrukturą medyczną i dostateczną liczbą zespołów ratownictwa, co pozwala na efektywniejsze reagowanie w obliczu wezwań.

Istotnym aspektem analizy jest stosunkowo wysoki odsetek respondentów (14,8%), którzy wybrali odpowiedź „raczej nie”. Taki wynik sugeruje, że istnieją konkretne problemy w realizacji standardowych interwencji medycznych, które to problemy są zauważane i sygnalizowane przez część uczestników badania. Może to oznaczać między innymi: trudności związane z dostępem do odpowiednio wyposażonych karettek, niedomaganiem personelu, długimi czasami oczekiwania (na dotarcie do pacjenta oraz jego przekazanie do SOR) lub niepełnym przestrzeganiem standardowych procedur ratowniczych. W grupie tej mogą znajdować się również osoby, które same doświadczyły niedostatecznej jakości udzielonej pomocy lub napotkały trudności wynikające z ograniczeń systemowych, takich jak przeciążenie służb medycznych lub niewystarczające finansowanie sektora ratownictwa.

Najmniejsza grupa badanych (1,9%) oceniła system zdecydowanie negatywnie, wybierając odpowiedź „nie”. Choć odsetek ten jest niewielki (niższy o 1 punkt procentowy niż liczba ocen jednoznacznie pozytywnych), wskazuje jednak na występowanie pewnych przypadków, w których system całkowicie nie spełnił swoich podstawowych funkcji. Założyć należy, że tego rodzaju oceny mogą wynikać przede wszystkim z osobistych negatywnych doświadczeń.

Dane wskazują na zdecydowaną przewagę pozytywnych opinii, lecz jednocześnie dostrzegalna jest grupa respondentów wskazujących na trudności w realizacji

standardowych interwencji medycznych. System ratownictwa medycznego spełnia swoje podstawowe zadania w większości przypadków, lecz część badanych dostrzega istotne problemy wpływające na jego funkcjonowanie. Ostateczny obraz wyłaniający się z wyników wskazuje na system, który jest zasadniczo funkcjonalny, ale niepozbawiony wyzwań wpływających na ocenę jego skuteczności.

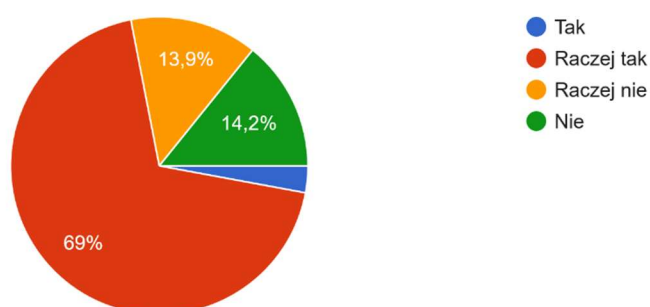
Pytanie 3 (w części II) badało, czy w opinii ankietowanych system ratownictwa medycznego w Polsce spełnia swoje zadania w zakresie ewentualnych zdarzeń masowych, takich jak katastrofy czy kataklizmy. Respondentom przedstawiono do wyboru zamknięte odpowiedzi:

- „Tak”,
- „Raczej tak”,
- „Raczej nie”,
- „Nie”

Na pytanie dotyczące spełniania przez system ratownictwa medycznego swoich zadań w zakresie ewentualnych zdarzeń masowych 214 respondentów odpowiedziało „raczej tak”. Odpowiedź „nie” wybrało 44 osoby, a „raczej nie” 43 osoby. System został oceniony jako spełniający swoje zadania przez 9 respondentów, którzy wybrali odpowiedź „tak”.

3. Czy system ratownictwa medycznego w Polsce spełnia Twoim zdaniem swoje zadania w zakresie ewentualnych zdarzeń masowych (np. katastrof, kataklizmów)?

310 odpowiedzi



Wykres 4.2. 3. Ocena systemu PRM pod kątem zdarzeń masowych.

Odpowiedź „raczej tak” wybrało 69% respondentów. Odpowiedź „raczej nie” wskazało 13,9% osób. System został oceniony jako niespełniający swoich zadań przez

14,2% badanych, którzy wybrali odpowiedź „nie”. Odpowiedź „tak” wskazało 2,9% respondentów.

Wyniki dotyczące oceny systemu ratownictwa medycznego w kontekście zdarzeń masowych wskazują na zauważalną niejednoznaczność ocen, choć z wyraźną przewagą opinii umiarkowanie pozytywnych. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”, co wskazuje na pewien stopień przekonania, że system jest zdolny do reakcji w przypadku katastrof lub kataklizmów, choć jednocześnie ankietowani mają świadomość jego ograniczeń. Wybór tej odpowiedzi oznacza, że system w percepcji respondentów posiada podstawowe mechanizmy umożliwiające działanie w warunkach zdarzeń masowych, jednak nie daje poczucia pełnej skuteczności i gotowości w każdej sytuacji. Może to sugerować, że respondenci dostrzegają zarówno pozytywne przykłady działania systemu, jak i obszary, które wymagają poprawy.

Stosunkowo niski odsetek odpowiedzi „tak”, wskazujących na pełne zaufanie do systemu w kontekście zdarzeń masowych, jest istotnym sygnałem. Tylko 2,9% respondentów ocenia system jednoznacznie pozytywnie, co może świadczyć o ograniczonym poczuciu bezpieczeństwa wśród osób zawodowo związanych z systemem PRM oraz mających bezpośrednią wiedzę i ewentualne doświadczenie w zarządzaniu zdarzeniami masowymi. Ograniczone zaufanie do pełnej sprawności systemu może wynikać ponadto z relatywnie niewielkiej liczby rzeczywistych „pełnowartościowych” sytuacji kryzysowych, które faktycznie testowałyby gotowość struktur ratownictwa. Potencjalny brak regularnych, realistycznych ćwiczeń symulacyjnych obejmujących wszystkie poziomy zarządzania kryzysowego, a także ograniczona liczba zasobów dedykowanych specjalnie na potrzeby zdarzeń masowych, mogą również przyczynić się do tego stanu rzeczy.

Warto zwrócić uwagę na istotny odsetek odpowiedzi krytycznych oraz zdecydowanie negatywnych – „raczej nie” (13,9%) oraz „nie” (14,2%). Łącznie 28,1% badanych wyraziło mniej lub bardziej zdecydowane wątpliwości dotyczące zdolności systemu ratownictwa medycznego do skutecznego reagowania na zdarzenia masowe. Tak wysoki poziom niepewności lub krytyki jest poważnym sygnałem, świadczącym o istotnych obawach dotyczących realnej efektywności systemu w warunkach skrajnych. W odpowiedziach „raczej nie” mogą kryć się obawy związane z niewystarczającą liczbą zasobów – personelu i sprzętu oraz problemami z koordynacją działań różnych służb w sytuacjach wymagających współpracy na szeroką skalę.

Osoby, które wybrały odpowiedź „nie”, mogą mieć szczególnie negatywne doświadczenia związane z udziałem w realnych zdarzeniach masowych lub przygotowaniach do takich sytuacji. Ich stanowisko może wynikać z dostrzeganych braków proceduralnych, opóźnień decyzyjnych lub niewystarczającej komunikacji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu PRM.

Jako istotny kontekst dla uzyskanych wyników określić należy fakt, że system ratownictwa medycznego w Polsce funkcjonuje na co dzień w realiach standardowych interwencji, które mają ograniczony zasięg i dotyczą pojedynczych poszkodowanych lub niewielkich grup. Zdarzenia masowe, takie jak katastrofy komunikacyjne, rozległe awarie przemysłowe czy nagłe klęski żywiołowe, występują stosunkowo rzadko, co zdecydowanie ogranicza możliwość praktycznego przetestowania procedur w realnych warunkach. Z tego powodu część respondentów może napotykać trudności z wyrażeniem jednoznacznej oceny, co tłumaczy wysoką frekwencję odpowiedzi „raczej tak” oraz istotny udział odpowiedzi „raczej nie”.

Obawy respondentów mogą także wynikać z ich wiedzy o istniejących niedoborach kadrowych i sprzętowych, np. ograniczonej liczbie dodatkowych zespołów ratownictwa i transportu medycznego zabezpieczonych i przeznaczonych do zdarzeń masowych czy też braku wystarczającego zaplecza w postaci specjalistycznych środków ochrony osobistej i dodatkowego sprzętu do działania w terenie podczas prowadzenia segregacji medycznej, jak również działań ratowniczych poza ambulansem. Warto także zauważyć, że percepcja gotowości systemu do zdarzeń masowych może być silnie zróżnicowana regionalnie – w dużych aglomeracjach dostęp do zasobów i wsparcia instytucjonalnego jest większy, natomiast w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich skala niedoborów może być wyraźniej odczuwalna, co przekłada się na większą liczbę bardziej krytycznych opinii wyrażanych w tych środowiskach.

Wyniki pytania 3 pokazują, że w ocenie respondentów system ratownictwa medycznego posiada pewne podstawowe zdolności do reagowania na zdarzenia masowe, lecz jego gotowość nie jest oceniana jako w pełni satysfakcjonująca. Relatywnie wysoki poziom krytycznych lub niepewnych odpowiedzi sygnalizuje, że wśród uczestników badania istnieje silna świadomość ograniczeń i trudności, które mogą wystąpić w przypadku rzeczywistej katastrofy.

Pytanie 4 (w części II) dotyczyło określenia klasyfikacji najważniejszych wyzwań oraz problemów aktualnie występujących w systemie ratownictwa medycznego

w Polsce. Respondenci mogli wybrać jedną, kilka, lub też wskazać wszystkie właściwe ich zdaniem odpowiedzi spośród następujących:

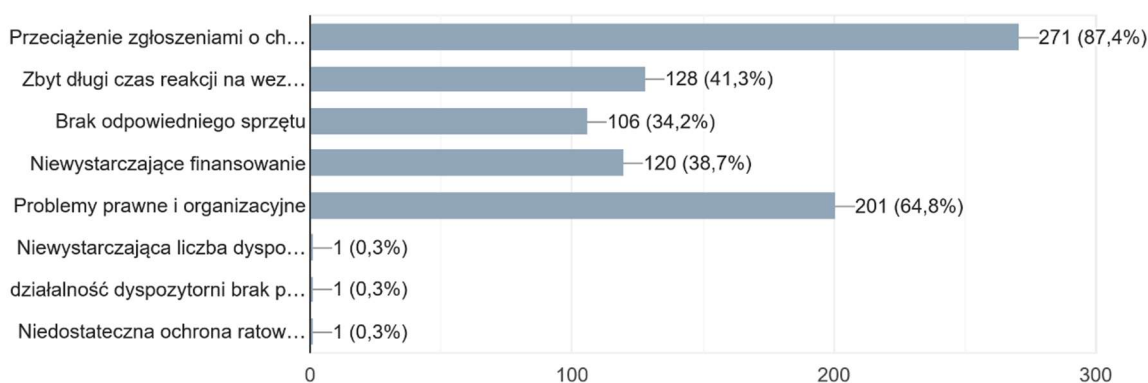
- „Przeciążenie zgłoszeniami o charakterze POZ”
- „Zbyt długi czas reakcji na wezwania”
- „Brak odpowiedniego sprzętu”
- „Niewystarczające finansowanie”
- „Problemy prawne i organizacyjne”

Dodatkowo zapewniono możliwość wpisania własnej odpowiedzi w polu „Inne”.

Pytanie to miało na celu zidentyfikowanie kluczowych problemów, które zdaniem respondentów najbardziej obciążają system ratownictwa medycznego w Polsce. Najczęściej wskazywanym wyzwaniem dla systemu ratownictwa medycznego w Polsce było przeciążenie zgłoszeniami o charakterze podstawowej opieki zdrowotnej – odpowiedź tę wybrało 271 spośród badanych osób. Drugą w kolejności najczęściej wybieraną odpowiedzią było wskazanie na istniejące „problemy prawne i organizacyjne” – zaznaczyło ją 201 osób. 128 respondentów zwróciło także uwagę na kwestię zbyt długiego czasu reakcji systemu na wezwania. „Niewystarczające finansowanie” jako poważne wyzwanie zdefiniowało 120 osób, brak odpowiedniego sprzętu – 106.

4. Jakie są Twoim zdaniem największe wyzwania dla systemu ratownictwa medycznego w Polsce? (Proszę zaznaczyć wszystkie odpowiednie odpowiedzi):

310 odpowiedzi



Wykres 4.2. 4. Największe wyzwania dla systemu PRM.

Przeciążenie zgłoszeniami o charakterze podstawowej opieki zdrowotnej jako największe wyzwanie dla systemu ratownictwa medycznego wskazało 87,4% respondentów. Problemy prawne i organizacyjne zostały wymienione przez 64,8%

badanych. Odpowiedź „niewystarczające finansowanie” wskazało 38,7% respondentów, a brak odpowiedniego sprzętu 34,2%. Zbyt długi czas reakcji na wezwania został uznany za problem przez 41,3% badanych. Pozostałe kwestie, takie jak niewystarczająca liczba dyspozytorów, działalność dyspozytorni czy niedostateczna ochrona ratowników medycznych, były wskazywane sporadycznie, jak odpowiedzi w formie otwartej – w każdym przypadku wskazała je jedna ankietowana osoba, czyli 0,3%.

Zdecydowana większość respondentów (87,4%) wskazała przeciążenie systemu ratownictwa medycznego zgłoszeniami dotyczącymi problemów zdrowotnych, które powinny być realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Tak wysoki odsetek wskazań świadczy o powszechnej wśród pracowników SRM świadomości, że ratownictwo medyczne w Polsce jest bardzo często wykorzystywane niezgodnie ze swoim pierwotnym przeznaczeniem, co prowadzi do nadmiernego obciążenia ZRM oraz SOR i wpływa bezpośrednio na obniżenie ich efektywności w przypadku rzeczywistych stanów zagrożenia życia. To zjawisko, obecne i narastające od wielu lat, jest efektem szeregu czynników systemowych – ograniczonego dostępu do lekarzy POZ, przeciążenia większości przychodni, ograniczonej edukacji zdrowotnej i prawnej pacjentów oraz utrwalonego przekonania, że wezwanie karetki jest szybszą, skuteczniejszą i nierzadko wygodniejszą formą uzyskania pomocy medycznej.

Drugim najczęściej wskazywanym problemem były kwestie prawne i organizacyjne, które zostały wybrane przez 64,8% respondentów. Tak wysoki odsetek wskazań tej odpowiedzi sugeruje, że pracownicy systemu ratownictwa medycznego dostrzegają znaczące trudności związane z przestarzałymi lub niejasnymi regulacjami prawnymi, nadmierną biurokracją działań operacyjnych oraz niewystarczającą elastycznością procedur w sytuacjach nietypowych. Problemy te mogą dotyczyć zarówno samego sposobu kwalifikacji zgłoszeń, jak i zasad funkcjonowania dyspozytorni, istotnych ograniczeń w zakresie współpracy pomiędzy poszczególnymi elementami systemu PRM, czy też konkretnych regulacji dotyczących uprawnień zawodowych (w szczególności najliczniej reprezentowanych ratowników medycznych). Skomplikowane procedury nie tylko wydłużają czas reakcji systemu, ale także prowadzą do strukturalnej inercji operacyjnej (generując dodatkowy stres dla personelu, zmuszanego do funkcjonowania w ramach nie zawsze klarownych lub zrozumiałych wytycznych).

Istotna część respondentów (41,3%) wskazała również na zbyt długi czas reakcji na wezwania jako jedno z kluczowych wyzwań dla systemu ratownictwa medycznego. Problem ten jest bezpośrednio powiązany z przeciążeniem zgłoszeniami

nieuzasadnionymi ratowniczo oraz ograniczoną liczbą dostępnych ZRM. Długi czas dojazdu do pacjentów jest szczególnie dotkliwy w obszarach wiejskich oraz na peryferiach dużych aglomeracji, gdzie dostępność zasobów jest znacznie mniejsza. Dodatkowo na wydłużenie czasu reakcji mogą wpływać także czynniki infrastrukturalne (np. korki, ograniczenia infrastruktury drogowej oraz mieszkalnej), a także problemy z efektywną pracą dyspozytorni medycznych, które – choć formalnie scentralizowane – nie zawsze dysponują pełną wiedzą o lokalnych uwarunkowaniach operacyjnych (skoro są scentralizowane, to w sumie nie powinno dziwić, że nie dysponują).

Niewystarczające finansowanie systemu ratownictwa medycznego zostało wskazane jako istotny problem przez 38,7% badanych. Taka liczba wskazań pokazuje, że choć aspekt finansowy nie dominuje w percepcji wyzwań, to pozostaje jednym z kluczowych elementów wpływających na jakość i efektywność pracy ratowników medycznych. Zbyt niskie nakłady finansowe oznaczają nierzadko odpływ doświadczonej kadry, a także trudności w pokrywaniu z prywatnych środków kosztów organizacji szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe. Brak adekwatnego finansowania systemu PRM sprawia, że wiele jednostek funkcjonuje na granicy swoich możliwości operacyjnych, co przekłada się na obniżenie jakości świadczonych usług oraz wzrost frustracji wśród personelu medycznego. Warto podkreślić, że niedostateczne finansowanie PRM skutkuje ograniczoną liczbą stanowisk pracy, co implikuje niewystarczającą wydolność i przepustowość całego systemu.

Brak odpowiedniego sprzętu został wskazany przez 34,2% respondentów, co sugeruje, że dla znaczącej grupy badanych dostępność nowoczesnego, sprawnego wyposażenia nadal pozostaje problemem. Dotyczy to zarówno ambulansów, jak i sprzętu medycznego używanego bezpośrednio w trakcie interwencji. Niedobory sprzętowe wpływają nie tylko na skuteczność działań ratowniczych, ale także na komfort codziennej pracy. Problem pojawia się nie tylko w momencie braku sprzętu, ale również w obliczu presji dotyczącej odpowiedzialności za brak zasadności jego zastosowania, co dotyczy szczególnie relatywnie drogich i zaawansowanych technologicznie wyrobów jednorazowych.

Warto także odnotować, że niektórzy respondenci skorzystali z możliwości wpisania własnych odpowiedzi w polu „inne”, wskazując dodatkowe problemy, takie jak niedostateczna liczba wykwalifikowanych dyspozytorów czy niewystarczająca ochrona ratowników medycznych przed agresją ze strony pacjentów lub świadków zdarzeń. Choć te wskazania pojawiły się sporadycznie, świadczą o tym, że pracownicy systemu

ratownictwa medycznego dostrzegają szereg problemów wykraczających poza standardowy katalog wyzwań systemowych.

Zebrane odpowiedzi układają się w spójny i komplementarny badawczo obraz systemu PRM, który zмага się z wielowymiarowymi trudnościami – od przeciążenia wynikającego z niewłaściwego użytkowania, przez braki organizacyjne i sprzętowe, aż po niewystarczające finansowanie. Konfiguracja problemów wskazuje, że systemowe usprawnienia powinny obejmować zarówno edukację społeczną w zakresie właściwego korzystania z numeru alarmowego, jak również przeprowadzenie kompleksowej reformy organizacyjnej, która uprości procedury, zwiększy elastyczność operacyjną oraz zapewni głębsze źródła finansowania i dostęp do nowoczesnego sprzętu.

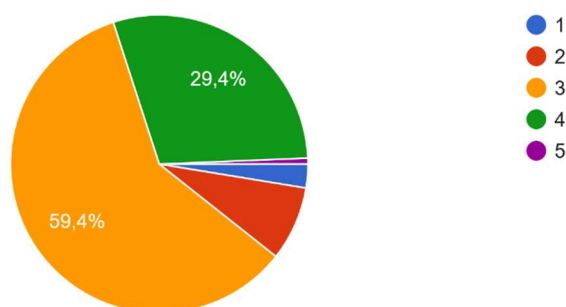
Celem pytania 5 (w części II) było zebranie opinii pracowników SRM w zakresie gotowości polskiego systemu ratownictwa medycznego do reagowania na kryzysy o dużej skali, takie jak pandemie, katastrofy naturalne czy zamachy. Respondenci mieli do wyboru jedną odpowiedź na pięciopunktowej skali, gdzie poszczególne punkty określają gotowość systemu PRM jako:

- 1 „bardzo niska”,
- 2 „niska”,
- 3 „średnia”,
- 4 „wysoka”,
- 5 „bardzo wysoka”.

Pytanie to miało na celu określenie, jak pracownicy systemu postrzegają zdolność systemu do skutecznego działania w sytuacjach kryzysowych wymagających skoordynowanej odpowiedzi.

Najwięcej respondentów – 184 osoby – oceniło gotowość systemu do reagowania na kryzysy o dużej skali na poziomie 3 (gotowość średnia). Ocenę 4 (gotowość wysoka) przyznało 91 badanych. Odpowiedź 2 (gotowość niska) wybrało 25 osób, a ocenę 1 wskazało 8 respondentów. Najmniej osób (2) oceniło gotowość systemu jako bardzo wysoką.

5. Jak oceniasz gotowość systemu do reagowania na kryzysy o dużej skali (np. pandemie, katastrofy naturalne, zamachy)? Skala od 1 – "bardzo niska" do 5 – "bardzo wysoka":
310 odpowiedzi



Wykres 4.2. 5. Gotowość systemu PRM do reagowania na kryzysy o dużej skali.

Ocenę 3, oznaczającą średnią gotowość systemu do reagowania na kryzysy o dużej skali, wybrało 59,4% respondentów. Odpowiedź 4 wskazało 29,4% badanych. Ocenę 2 wybrało 8% osób, a ocenę 1, oznaczającą bardzo niską gotowość, wskazało 3% respondentów. Najmniej osób (poniżej 1%) uznało gotowość systemu za bardzo wysoką.

Zdecydowana większość respondentów (59,4%) oceniła gotowość systemu ratownictwa medycznego w Polsce do reagowania na kryzysy o dużej skali jako średnią. Taki wynik świadczy o umiarkowanym poziomie zaufania do efektywności działań systemu w obliczu poważnych sytuacji kryzysowych, takich jak pandemia, katastrofy naturalne czy zamachy. Wybór środkowej opcji na pięciopunktowej skali sugeruje, że ankietowani dostrzegają zarówno pewne elementy przygotowania, jak i istotne niedociągnięcia, które mogą ograniczać skuteczność działań podejmowanych w warunkach ekstremalnych.

Średnia ocena gotowości może wynikać z doświadczeń wyniesionych z pandemii COVID-19, która dla wielu pracowników systemu PRM była najtrudniejszym testem systemu w ostatnich latach. W tym okresie system stanął przed bezprecedensowymi wyzwaniami związanymi z brakami sprzętowymi, przeciążeniem kadr, niedoskonałością procedur oraz koniecznością szybkiego dostosowywania się do zmieniających się zaleceń i sytuacji epidemiologicznej. Respondenci, którzy przyznali systemowi ocenę „średnią”, mogą mieć w pamięci zarówno pozytywne przykłady sprawnej współpracy i mobilizacji, jak i chaos organizacyjny, niejasność podziału kompetencji czy opóźnienia wynikające z biurokratycznych oraz proceduralnych barier.

Drugą najczęściej wybieraną oceną było określenie gotowości systemu jako „wysoką”, który to wynik wskazało 29,4% respondentów. To pokazuje, że pewna grupa ankietowanych, prawdopodobnie mających pozytywne doświadczenia z działaniami systemu w kryzysowych okolicznościach, dostrzega istotne atuty systemu. Mogą one obejmować dostęp do sprawnie działających procedur alarmowych, adekwatne przeszkolenie części zespołów w zakresie medycyny katastrof, a także zdolność do szybkiej mobilizacji zasobów w sytuacjach nadzwyczajnych. Takie odpowiedzi mogą częściej pochodzić od pracowników dużych aglomeracji miejskich, gdzie system ratownictwa jest w ujęciu ogólnym lepiej wyposażony, posiada sprawniejszą infrastrukturę komunikacyjną i bardziej skoncentrowaną liczbę zasobów ludzkich.

Odpowiedzi krytyczne, wskazujące na niską lub bardzo niską gotowość systemu, pojawiły się łącznie u 11% badanych (8% – „niska”, 3% – „bardzo niska”). Te wyniki świadczą o istnieniu stosunkowo znaczącej grupy osób, które mają bardzo poważne zastrzeżenia dotyczące zdolności systemu PRM do działania w warunkach kryzysowych. Krytyczna ocena gotowości może być związana z osobistymi doświadczeniami respondentów, którzy brali udział w działaniach w trakcie kryzysów – zarówno tych o charakterze lokalnym, jak i ogólnokrajowym (misje ratownicze). Może ona także wynikać z wiedzy o ograniczeniach strukturalnych systemu, takich jak niewystarczające zasoby sprzętowe, problemy z dostępem do specjalistycznych szkoleń czy brak systematycznych ćwiczeń symulacyjnych, które przygotowywałyby ZRM i SOR/CU do pracy w sytuacjach ekstremalnych.

Szczególnie wymowny jest fakt, że jedynie marginalny odsetek respondentów – mniej niż 1% – uznał gotowość systemu PRM za bardzo wysoką. Taki wynik pokazuje, że przekonanie o pełnej sprawności i przygotowaniu systemu do poważnych kryzysów jest w środowisku pracowników systemu PRM skrajnie rzadkie. Może to świadczyć o szeroko rozpowszechnionej świadomości niedociągnięć w systemowych mechanizmach reagowania kryzysowego. Brak pełnego zaufania do gotowości systemu może być efektem obserwowanej w praktyce jego niejednorodności, braku spójnych, kluczowych i skutecznie komunikowanych procedur obowiązujących na terenie całego kraju lub różnic w poziomie funkcjonowania pomiędzy poszczególnymi regionami.

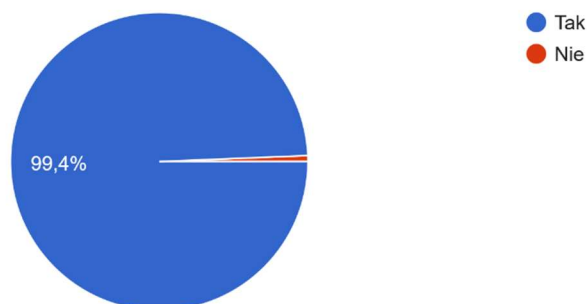
Wyniki pokazują, że gotowość systemu ratownictwa medycznego w Polsce do reagowania na kryzysy o dużej skali jest oceniana przez pracowników jako daleka od optymalnej. Przewaga ocen średnich sugeruje, że system posiada pewne fundamenty umożliwiające reakcję na zagrożenia, jednak w opinii dużej części badanych nie

gwarantuje on skutecznej, sprawnej i w pełni skoordynowanej odpowiedzi w sytuacjach wymagających masowej mobilizacji zasobów i wielopoziomowej koordynacji działań.

Pytanie 6 (w części II) gromadziło opinie respondentów na temat potrzeby modernizacji aktualnego systemu ratownictwa medycznego. Badani mieli do wyboru jedną z dwóch zamkniętych odpowiedzi: „tak” lub „nie”. Pytanie nie określało zakresu oraz charakteru zmian w systemie, w intencji badacza było ono wprowadzeniem do trzeciej części ankiety.

Na pytanie dotyczące potrzeby modernizacji aktualnego systemu ratownictwa medycznego 308 respondentów odpowiedziało „tak”. Odpowiedź „nie” wskazały 2 osoby.

6. Czy uważasz, że aktualny system potrzebuje modernizacji?
310 odpowiedzi



Wykres 4.2. 6. Ocena potrzeby modernizacji systemu PRM.

Odpowiedź „tak” wskazało 99% respondentów. Odpowiedź „nie” wybrał zaledwie 1% uczestników badania.

Zdecydowana większość respondentów (99%) uznała, że system ratownictwa medycznego w Polsce wymaga modernizacji. Tak jednoznaczny wynik wskazuje na powszechne przekonanie wśród pracowników systemu PRM o konieczności wprowadzenia zmian usprawniających jego funkcjonowanie. Fakt, że niemal wszyscy uczestnicy badania zgodzili się co do potrzeby modernizacji, sugeruje, że obecny model działania jest postrzegany jako niedostosowany do aktualnych wyzwań i wymagań operacyjnych.

Warto zauważyć, że pytanie nie precyzowało zakresu ani charakteru koniecznych zmian, co oznacza, że udzielone odpowiedzi odzwierciedlają ogólne odczucia respondentów względem efektywności i sprawności całego systemu. Wysoki odsetek wskazań odpowiedzi „tak” może wynikać z wielu czynników – związanych zarówno z

organizacją pracy, finansowaniem, procedurami, jak i dostępnością zasobów ludzkich i technicznych.

Powszechna zgoda na potrzebę modernizacji może być efektem doświadczeń pracowników ratownictwa nabytych w codziennej praktyce, w której stykają się oni z różnorodnymi i licznymi problemami ograniczającymi skuteczność ich działań. Przeciążenie systemu zgłoszeniami nieuzasadnionymi medycznie, niedobory sprzętowe, trudności organizacyjne oraz brak jednolitych i przejrzystych regulacji prawnych to kwestie wielokrotnie wskazywane w innych częściach badania jako główne wyzwania systemu PRM. Odpowiedzi respondentów mogą sugerować, że w ich ocenie te i inne trudności nie są jedynie chwilowymi problemami, lecz wynikają ze strukturalnych niedociągnięć systemowych, które wymagają gruntownej reformy.

Kluczowym aspektem analizy wyników jest fakt, że jedynie 1% respondentów uznał, iż modernizacja systemu obecnie nie jest konieczna. Tak niski odsetek oznacza, że zaledwie pojedyncze osoby spośród uczestników badania dostrzegają państwowy system ratownictwa w jego aktualnym kształcie jako wystarczająco funkcjonalny i adekwatny do szeroko rozumianych potrzeb. Możliwe, że jednostkowo osoby te miały pozytywne doświadczenia zawodowe, pracują w najlepiej zarządzanych jednostkach lub działają w rejonach, gdzie organizacja ratownictwa jest na znacznie wyższym poziomie niż średnia krajowa.

Wysoki poziom zgodności wśród respondentów świadczy o tym, że potrzeba reform w systemie ratownictwa medycznego nie jest jedynie postulatem wąskiej grupy specjalistów, lecz szeroko odczuwanym problemem wśród pracowników służb ratunkowych. Może to oznaczać, że funkcjonowanie systemu w jego obecnym kształcie, choć pozwala na realizację podstawowych zadań, w praktyce nie zapewnia optymalnych warunków działania „ratujących” ani najwyższego standardu opieki pacjentom.

Wyniki dotyczące tego pytania wskazują jednoznacznie, że modernizacja systemu ratownictwa medycznego w Polsce nie jest postrzegana przez pracowników SRM jako opcjonalne ulepszenie, lecz jako niezbędne działanie, które powinno zostać podjęte w celu zapewnienia większej skuteczności i efektywności operacyjnej ratownictwa medycznego w Rzeczypospolitej Polskiej.

Opis trzeciej części ankiety badawczej

Część trzecia ankiety składała się z pięciu sekcji i poświęcona była potencjalnym kierunkom reformy polskiego systemu ratownictwa medycznego.

Sekcja I skupiła się na potencjalnej roli ratowników-wolontariuszy w systemie ratownictwa medycznego. Pytania w tej sekcji dotyczyły potrzeby i możliwości zaangażowania przeszkolonych wolontariuszy w działania systemu, oceny aplikacji mobilnej umożliwiającej ich szybkie wezwanie, potencjalnych wyzwań związanych z wdrożeniem takiego rozwiązania oraz efektywności wolontariuszy w różnych obszarach geograficznych.

Sekcja II dotyczyła potencjalnych zmian w strukturze i efektywności zespołów ratownictwa medycznego, w tym możliwości wdrożenia jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania oraz oceny ich efektywności w realizacji różnych typów zadań.

Sekcja III dotyczyła obaw zawodowych ratowników medycznych, takich jak prawdopodobne wyzwania związane z wprowadzeniem jednoosobowych zespołów ratowniczych czy stres związany ze stwierdzaniem zgonów pacjentów. Sekcja zawiera również propozycje działań i zmian potencjalnie zmniejszających te obawy.

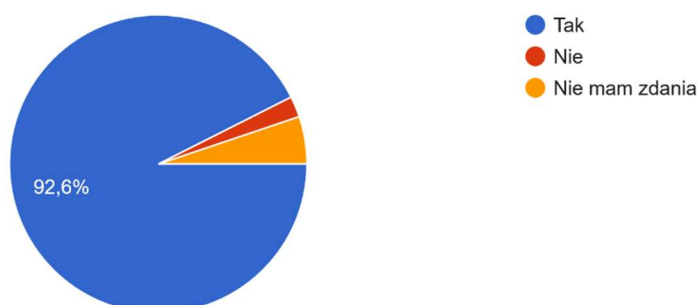
Sekcja IV została poświęcona zagadnieniom związanym z udzielaniem pomocy przez ratowników medycznych poza godzinami pracy. Pytania w tej sekcji badały, w jakim zakresie ratownicy powinni mieć możliwość świadczenia kwalifikowanej pomocy medycznej w sytuacjach nagłych oraz jakie bariery mogą ograniczać takie działania.

Sekcja V dotyczyła kwestii farmakologii pediatrycznej w kontekście ratownictwa medycznego. Pytania w tej sekcji badały opinię respondentów w zakresie tego, czy ratownicy medyczni powinni mieć możliwość udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy w sytuacjach nagłych, a także jakie ograniczenia mogą wpływać na ich decyzję o udzieleniu takiej pomocy.

Pytanie 1 (w części III, sekcji I) dotyczyło możliwości wsparcia przeszkolonych wolontariuszy przed przyjazdem Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM) na miejsce zdarzenia. Było to pytanie zamknięte, w którym przewidziano możliwe do wyboru odpowiedzi: „Tak”, „Nie”, oraz „Nie mam zdania”.

Na pytanie dotyczące wpływu wsparcia przeszkolonych wolontariuszy przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego na wskaźniki przeżywalności pacjentów w nagłych przypadkach 287 respondentów odpowiedziało „tak”. Odpowiedź „nie mam zdania” wskazało 16 osób, zaś „nie” wybrało 7 respondentów.

1. Czy wsparcie przeszkolonych wolontariuszy przed przyjazdem ZRM na miejsce zdarzenia mogłoby wpłynąć na poprawę wskaźników przeżywalności pacjentów w nagłych przypadkach?
310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 1. Wpływ wsparcia przeszkolonych wolontariuszy na przeżywalność pacjentów w nagłych przypadkach.

Odpowiedź „tak” wybrało 92,6% respondentów (tak, wsparcie przeszkolonych wolontariuszy mogłoby poprawić wskaźniki przeżywalności pacjentów). Odpowiedź „nie mam zdania” zaznaczyło 5,2% uczestników badania, natomiast 2,3% respondentów uznało, że takie wsparcie nie wpłynęłoby na poprawę przeżywalności.

Zdecydowana większość respondentów (92,6%) uznała, że wsparcie przeszkolonych wolontariuszy przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego mogłoby realnie poprawić wskaźniki przeżywalności pacjentów w nagłych przypadkach. Tak wysoki poziom akceptacji dla idei zaangażowania przeszkolonych osób postronnych wskazuje, że środowisko pracowników systemu ratownictwa medycznego w Polsce dostrzega istotną lukę czasową pomiędzy zaistnieniem zdarzenia a faktycznym podjęciem zaawansowanych działań ratunkowych przez ZRM. Respondenci są świadomi faktu, że pierwsze minuty – zwłaszcza w sytuacjach takich jak nagłe zatrzymanie krążenia czy ciężkie rozległe urazy – są kluczowe dla poprawy rokowania pacjenta.

Tak jednoznaczna aprobata dla zaangażowania wolontariuszy może świadczyć także o krytycznej ocenie obecnej efektywności systemu reagowania na zdarzenia nagłe. Wiele przypadków, zwłaszcza na terenach wiejskich i podmiejskich, charakteryzuje się wydłużonym czasem dojazdu ZRM. Wdrażany jest wprawdzie proces relokacji ambulansów, lecz w momencie zaangażowania ratowników w udzielanie pomocy innej osobie (np. transportu do pacjenta do SOR lub udzielania pomocy w miejscu wezwania), teren wysunięty (o charakterze flanki) staje się niemal zupełnie pozbawiony realnego dostępu do systemu PRM. W takich sytuacjach podjęcie przez przeszkolonych

wolontariuszy wczesnych, podstawowych czynności ratunkowych – jak uciskanie klatki piersiowej, zatamowanie krwotoków czy ułożenie poszkodowanego w odpowiedniej pozycji – może mieć kluczowe znaczenie dla dalszego przebiegu leczenia. Przeszkoleni wolontariusze, posiadający wiedzę praktyczną i odpowiednie narzędzia, mogą działać znacznie szybciej i skuteczniej, niż przypadkowe osoby postronne, które nie zawsze wiedzą, jak właściwie reagować. Wysoka akceptacja dla tego typu rozwiązania wśród respondentów wskazuje, że środowisko zawodowych ratowników dostrzega korzyści płynące z wykorzystania potencjału drzemiącego w wolontariacie.

Odpowiedź „nie mam zdania”, którą wybrało 5,2% uczestników, sugeruje, że niewielka grupa respondentów nie ma wyrobionej opinii na temat wpływu przeszkolonych wolontariuszy na przeżywalność pacjentów. Możliwe, że osoby te nie miały bezpośredniego kontaktu z tego typu rozwiązaniami, nigdy o nich nie słyszały lub nie dysponują dostateczną wiedzą na temat skuteczności działań podejmowanych przez osoby spoza systemu PRM (skupiają się wyłącznie na działaniach profesjonalnych – zawodowych). Brak zdecydowanego stanowiska może także wynikać z pewnych obaw natury praktycznej, takich jak ryzyko nieprawidłowego wykonania procedur przez wolontariuszy, niejednolite standardy i poziomy wykształcenia czy trudności w koordynacji takich działań na poziomie operacyjnym.

Zaledwie 2,3% respondentów uznało, że wsparcie przeszkolonych wolontariuszy nie wpłynęłoby na poprawę wskaźników przeżywalności. Tak niski odsetek ocen negatywnych wskazuje, że przekonanie o wartości dodanej wynikającej z zaangażowania społecznego w system pierwszej pomocy jest bardzo silne w środowisku pracowników systemu PRM. Jako możliwe przyjąć należy, że osoby nastawione sceptycznie kierują się negatywnymi subiektywnymi doświadczeniami związanymi z niewłaściwym udzielaniem pomocy przez osoby postronne lub obawiają się wprowadzenia dodatkowego elementu niepewności w już i tak skomplikowany system zarządzania zdarzeniami nagłymi.

Wynik analizy odpowiedzi na to pytanie wskazuje, że koncepcja włączenia przeszkolonych wolontariuszy do działań podejmowanych w pierwszych minutach po zdarzeniu spotyka się z bardzo szeroką aprobatą profesjonalistów. To pokazuje, że środowisko SRM dostrzega realną potrzebę zwiększenia dostępności szybkiej pomocy w krytycznych sytuacjach, zwłaszcza tam, gdzie czas dojazdu zespołów jest wydłużony lub obciążenie systemu zgłoszeniami ogranicza możliwość natychmiastowej reakcji.

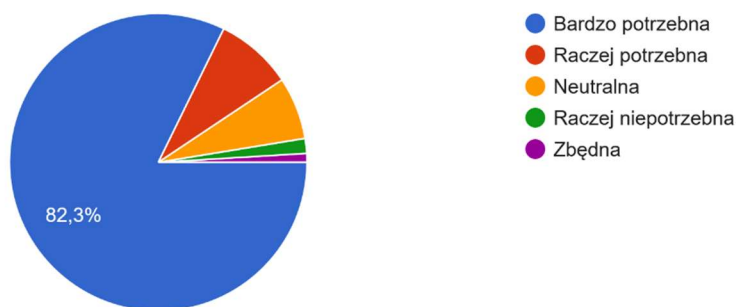
Pytanie 2 (w części III, sekcji I) odnosiło się do oceny potencjalnej aplikacji mobilnej, która umożliwiałaby szybkie wezwanie najbliższych znajdujących się przeszkolonych wolontariuszy. Respondenci mieli możliwość wyboru jednej z pięciu zamkniętych odpowiedzi:

- „Bardzo potrzebna”
- „Raczej potrzebna”
- „Neutralna”
- „Raczej niepotrzebna”
- „Zbędna”

Na pytanie dotyczące możliwości wprowadzenia aplikacji mobilnej umożliwiającej szybkie wezwanie najbliższych znajdujących się przeszkolonych wolontariuszy 255 respondentów uznało ją za „bardzo potrzebną”. Odpowiedź „raczej potrzebna” wybrało 26 osób, a „neutralna” wskazało 21 respondentów. Odpowiedź „raczej niepotrzebna” wybrało 5 uczestników badania, a „zbędna” została zaznaczona przez 3 osoby.

2. Jak oceniasz możliwość wprowadzenia aplikacji mobilnej umożliwiającej szybkie wezwanie najbliższych znajdujących się przeszkolonych wolontariuszy?

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 2. Możliwości wprowadzenia aplikacji mobilnej do szybkiego reagowania.

Odpowiedź „bardzo potrzebna” wybrało 82,3% respondentów, wskazując na duże zainteresowanie wprowadzeniem aplikacji mobilnej umożliwiającej szybkie wezwanie przeszkolonych wolontariuszy. Odpowiedź „raczej potrzebna” zaznaczyło 8,4% badanych, a 6,8% uznało tę możliwość za neutralną. Odpowiedź „raczej niepotrzebna” wybrało 1,6% respondentów, natomiast 1% uznało, że taka aplikacja byłaby zbędna.

Zdecydowana większość respondentów (82,3%) uznała stworzenie aplikacji mobilnej umożliwiającej szybkie wezwanie najbliższych znajdujących się przeszkolonych wolontariuszy za rozwiązanie bardzo potrzebne. Tak wysoki poziom poparcia jednoznacznie wskazuje na silne przekonanie środowiska pracowników systemu PRM o konieczności usprawnienia mechanizmów natychmiastowego reagowania w sytuacjach zagrożenia życia. Zważywszy, że koncepcja zaangażowania przeszkolonych wolontariuszy uzyskała szeroką aprobatę (co pokazują odpowiedzi na poprzednie pytanie), wyniki te uznać należy za komplementarne.

Połączenie nowoczesnych technologii mobilnych z możliwością natychmiastowego skierowania osób o odpowiednich kwalifikacjach na miejsce zdarzenia idealnie wpisuje się w oczekiwania ratowników, którzy doskonale rozumieją, że czas w przypadku nagłych zdarzeń jest czynnikiem krytycznym. Aplikacja tego typu mogłaby zmniejszyć lukę czasową pomiędzy wystąpieniem zdarzenia a dotarciem zespołu ratownictwa medycznego, co szczególnie na obszarach oddalonych od dużych ośrodków medycznych ma kluczowe znaczenie dla przeżywalności pacjentów.

Odpowiedź „raczej potrzebna”, wskazana przez 8,4% respondentów, sugeruje, że również ta grupa odpowiadających dostrzega potencjalne korzyści wynikające z wprowadzenia takiego rozwiązania, choć może mieć pewne wątpliwości dotyczące jego praktycznej realizacji. Respondenci ci mogą obawiać się na przykład problemów technicznych związanych z funkcjonowaniem aplikacji, kwestii związanych z bezpieczeństwem danych osobowych, czy też trudności z utrzymaniem odpowiedniej jakości szkoleń dla wolontariuszy.

Ocena „neutralna”, którą wybrało 6,8% badanych, wskazuje na grupę osób, które nie mają jednoznacznego stanowiska wobec tej inicjatywy. Możliwe, że osoby te nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat istniejących rozwiązań tego typu lub uważają, że skuteczność aplikacji byłaby silnie uzależniona od innych czynników – na przykład jakości współpracy między wolontariuszami a ZRM, sprawności współpracy ze sobą systemów powiadamiania, czy realnej liczby dostępnych wolontariuszy na danym obszarze. Taka postawa może wynikać także z dotychczasowych doświadczeń respondentów, którzy mogli spotkać się z problemami przy wdrażaniu innych innowacyjnych (a być może nieudanych) rozwiązań w obszarze ochrony zdrowia. Zdaniem autora niniejszej pracy istnieje również pewna obawa, że społeczeństwo początkowo niewłaściwie odczyta kolejne zasady rządzące systemem, co w zasadzie ma miejsce już w chwili obecnej, gdy ratowników medycznych przybyłych na miejsce

nierzadko osoby wzywające lub sami pacjenci identyfikują jako lekarzy lub dopytują, kim właściwie są ratownicy medyczni i jaką rolę odgrywają.

Niewielka grupa respondentów (1,6%) uznała aplikację za „raczej niepotrzebną”, natomiast 1% określił ją jako „zbędną”. Tak niski poziom sceptycyzmu wskazuje, że sprzeciw wobec wprowadzenia takiego rozwiązania jest marginalny. Osoby te mogą kierować się przekonaniem, że ratownictwo medyczne powinno opierać się przede wszystkim na profesjonalnych zespołach ZRM, a wprowadzenie dodatkowych ogniw w postaci wolontariuszy i technologii mobilnej mogłoby jedynie skomplikować proces udzielania pomocy. Sceptycyzm ten może być też związany z obawami dotyczącymi odpowiedzialności prawnej wolontariuszy czy ryzyka nieuprawnionej ingerencji osób postronnych w działania systemu PRM.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że wśród respondentów dominuje przekonanie o konieczności zwiększenia elastyczności i szybkości reagowania systemu ratownictwa medycznego, szczególnie w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej. Wprowadzenie nowoczesnych narzędzi cyfrowych, które umożliwiłyby natychmiastową mobilizację przeszkolonych osób znajdujących się najbliżej miejsca zdarzenia, postrzegane jest jako praktyczne i innowacyjne rozwiązanie, mogące realnie poprawić efektywność systemu. Wyniki pokazują, że pracownicy systemu ratownictwa medycznego dostrzegają potencjał technologii w zwiększaniu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa i są otwarci na nowe rozwiązania, które mogą wspierać ich codzienną pracę.

Pytanie 3 (w części III, sekcji I) dotyczyło identyfikacji wyzwań, które mogłyby utrudnić wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy w Polsce. Respondenci mogli wybrać jedną lub więcej odpowiedzi z następujących opcji:

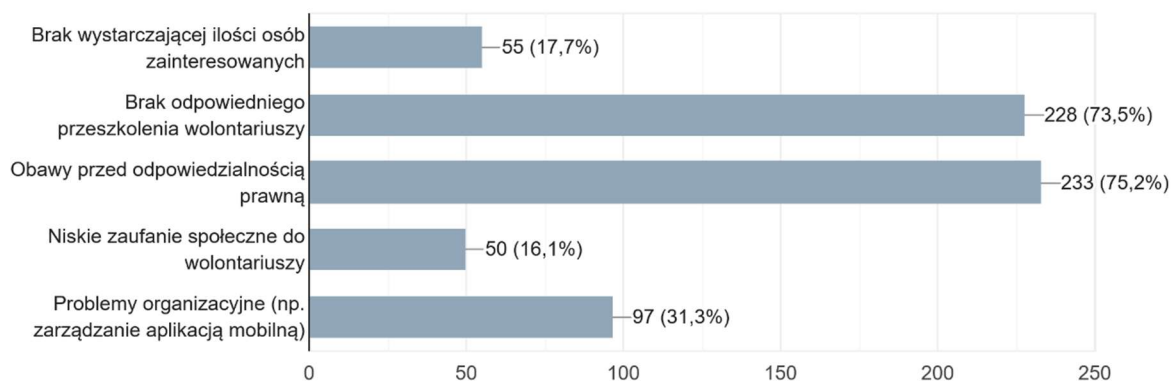
- „Brak wystarczającej ilości osób zainteresowanych”
- „Brak odpowiedniego przeszkolenia wolontariuszy”
- „Obawy przed odpowiedzialnością prawną”
- „Niskie zaufanie społeczne do wolontariuszy”
- „Problemy organizacyjne, np. zarządzanie aplikacją mobilną”

Najczęściej wskazywanym wyzwaniem utrudniającym wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy był brak odpowiedniego przeszkolenia wolontariuszy (228 odpowiedzi) oraz obawy przed odpowiedzialnością prawną (233 odpowiedzi). Wielu respondentów (97 odpowiedzi) zwróciło również uwagę na problemy organizacyjne, takie jak zarządzanie aplikacją mobilną. Część osób wskazała na brak wystarczającej

liczby chętnych do udziału w systemie (55 odpowiedzi) oraz niskie zaufanie społeczne do wolontariuszy (50 odpowiedzi).

3. Jakie wyzwania mogłyby utrudnić wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy w Polsce? (Można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

310 odpowiedzi



Wykres 4.3.3. Identyfikacja wyzwań, które mogłyby utrudnić wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy.

Brak odpowiedniego przeszkolenia wolontariuszy jako wyzwanie utrudniające wdrożenie systemu wskazało 73,5% respondentów. Obawy przed odpowiedzialnością prawną wybrało 75,2% badanych. Problemy organizacyjne, takie jak zarządzanie aplikacją mobilną, wskazało 31,3% uczestników badania. Brak wystarczającej liczby zainteresowanych osób wskazało 17,7% badanych, a niskie zaufanie społeczne do wolontariuszy uznało za istotną przeszkodę 16,1% respondentów.

Respondenci jednoznacznie wskazali, że kluczowymi wyzwaniami, które mogą utrudnić skuteczne wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy w Polsce, są: brak odpowiedniego przeszkolenia wolontariuszy oraz obawy przed odpowiedzialnością prawną. Oba te aspekty uzyskały najwyższe wskazania (odpowiednio 73,5% i 75,2%), co jasno pokazuje, że główną barierą w realizacji tej koncepcji może być zarówno przygotowanie merytoryczne ochotników, jak i kwestie związane z ich statusem prawnym oraz odpowiedzialnością za podejmowane działania ratunkowe.

Obawy o poziom przeszkolenia wolontariuszy wynikają z faktu, że szybka interwencja podejmowana w warunkach wysokiego stresu i presji czasu wymaga nie tylko teoretycznej wiedzy, ale także praktycznych umiejętności działania w terenie. Podstawą wszelkich działań ratowniczych jest bowiem bezpieczeństwo – własne, poszkodowanego i miejsca. Respondenci, będący w większości praktykami systemu

PRM, doskonale zdają sobie sprawę, jak kluczowe jest właściwe (nieradko nawykowe) postępowanie już w pierwszych minutach po zdarzeniu. Wszelkie błędy popełnione przez niedostatecznie przygotowanych wolontariuszy mogłyby nieść za sobą jakieś, bliżej nieokreślone zagrożenie, jak również potencjalnie pogorszyć stan pacjenta, choć w przypadku NZK takie ryzyko jest w zasadzie pomijalne.

Kwestia odpowiedzialności prawnej okazała się najbardziej istotnym problemem dla największej liczby ankietowanych osób. Ponieważ w Polsce regulacje dotyczące udzielania pierwszej pomocy przez osoby postronne określić należy jako niejednoznaczne, obawa przed ponoszeniem konsekwencji prawnych za ewentualne błędy czy zaniechania jest bardzo silna. Respondenci obawiają się sytuacji, w której działania podejmowane w dobrej wierze – zwłaszcza, jeśli zakończyłyby się niepowodzeniem – mogłyby skutkować postępowaniem karnym lub cywilnym. W praktyce oznacza to, że brak jasnych uregulowań chroniących wolontariuszy przed nieuzasadnioną odpowiedzialnością mógłby w opinii respondentów skutecznie zniechęcać potencjalnych kandydatów do wspierania systemu ratownictwa.

Znacząca grupa respondentów (31,3%) zwróciła także uwagę na problemy organizacyjne, takie jak efektywne zarządzanie aplikacją mobilną, koordynacja zgłoszeń czy sprawna współpraca pomiędzy wolontariuszami a dyspozytorniami medycznymi. Realizacja koncepcji systemu wolontariuszy wymagałaby stworzenia dobrze działającej, niezawodnej infrastruktury technicznej, obejmującej aplikację mobilną, system powiadamiania oraz bazę danych wolontariuszy wraz z ich aktualnymi kwalifikacjami. Niezbędna byłaby także jednoznaczna procedura weryfikacji jakości podejmowanych działań, a także system raportowania interwencji (choćby do celów statystycznych). Respondenci dostrzegają, że bez przemyślanego zaplecza organizacyjnego koncepcja włączenia ratowników wolontariuszy w działania SRM może wywołać dodatkowe problemy operacyjne.

Brak wystarczającej liczby chętnych do udziału w systemie wskazało 17,7% badanych, co oznacza, że stosunkowo istotna część respondentów obawia się trudności rekrutacyjnych. W społeczeństwie polskim, mimo rosnącej świadomości na temat pierwszej pomocy, nadal niewiele osób jest gotowych angażować się w działania o tak dużej odpowiedzialności. Wymagania dotyczące regularnych szkoleń, utrzymywania aktualnych kwalifikacji, a także konieczność godzenia tej aktywności z obowiązkami zawodowymi i prywatnymi mogą sprawić, że liczba aktywnych wolontariuszy będzie niewystarczająca, zwłaszcza na obszarach wiejskich i w małych miejscowościach.

Niejasna na obecnym etapie pozostaje również kwestia uregulowań prawnych dotyczących relacji pracownik – pracodawca. Warto jednak zaznaczyć, że istnieją już gotowe rozwiązania legislacyjne dotyczące strażaków OSP. Strażak ochotnik posiada bowiem niekwestionowane prawo do opuszczenia miejsca pracy w sytuacji, gdy zostanie wezwany do akcji ratowniczej. Pracodawca zobligowany jest bowiem do umożliwienia strażakowi OSP (bez ryzyka utraty stanowiska) udziału w akcji ratowniczej lub szkoleniu.

Ostatnim z wymienianych wyzwań było niskie zaufanie społeczne do wolontariuszy, które wskazało 16,1% respondentów. Choć wybór tej odpowiedzi dał stosunkowo niski wynik w porównaniu do innych barier, nadal pozostaje on istotny badawczo. Jeśli pacjenci lub ich bliscy nie będą mieli pewności, że pomoc udzielana przez wolontariusza jest profesjonalna i bezpieczna, mogą oni odmawiać współpracy lub wręcz utrudniać działania ratunkowe. To zjawisko może być szczególnie widoczne w przypadku osób starszych lub obywateli o niskim poziomie zaufania do organizacji społecznych i instytucji publicznych, co dodatkowo pokazuje, że sukces wdrożenia takiego systemu wymagałby nie tylko działań logistycznych i prawnych, ale także szerokiej kampanii edukacyjnej budującej społeczne zaufanie do idei wolontariatu ratowniczego.

Analiza spektrum odpowiedzi na to pytanie pokazuje, że choć idea systemu ratowników-wolontariuszy jest postrzegana bardzo pozytywnie, jej skuteczna realizacja wymagałaby rozwiązania szeregu zagadnień. Kluczowe znaczenie miałyby opracowanie jasnych standardów szkoleń, stworzenie systemu ochrony prawnej dla wolontariuszy oraz zapewnienie sprawnego zaplecza organizacyjnego i technologicznego. Dopiero wtedy możliwe byłoby zbudowanie powszechnego zaufania do systemu ratowników-wolontariuszy zarówno wśród jego uczestników, jak i całego społeczeństwa.

Pytanie 4 (w części III, sekcji I) miało na celu ustalenie, w jakich obszarach geograficznych system wolontariuszy mógłby być najbardziej efektywny. Respondenci mieli możliwość wskazania jednego z czterech zamkniętych rozwiązań:

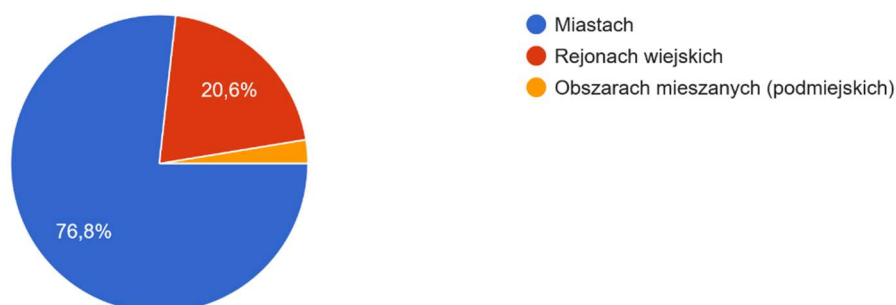
- „Miasta”
- „Rejony wiejskie”,
- „Obszary mieszane, np. podmiejskie”
- „Nie mam zdania”.

Najwięcej spośród respondentów (238 osób) uznało, że system wolontariuszy mógłby być najbardziej efektywny w miastach. W rejonach wiejskich większą

efektywność systemu dostrzegło 64 uczestników badania. Odpowiedź wskazująca na obszary mieszane, takie jak tereny podmiejskie, została wybrana przez 8 osób.

4. Według Ciebie system wolontariuszy mógłby być bardziej efektywny w:

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 4. Ocena potencjalnej efektywności systemu wolontariuszy z uwzględnieniem rodzaju obszaru działania.

Odpowiedź „miastach” wybrało 76,8% respondentów, wskazując, że system wolontariuszy mógłby być tam najbardziej efektywny. W rejonach wiejskich skuteczność systemu dostrzegano 20,6% badanych. Odpowiedź „obszarach mieszanych (podmiejskich)” wskazało 2,6% respondentów.

Respondenci w przeważającej większości (76,8%) uznali, że system wolontariuszy ratowniczych miałby największą efektywność w miastach. Wynik ten wskazuje, że środowisko pracowników systemu ratownictwa medycznego dostrzega zalety tego rozwiązania szczególnie w gęsto zaludnionych obszarach, gdzie obecność dużej liczby potencjalnych wolontariuszy oraz krótki czas reakcji mogą zwiększyć skuteczność interwencji przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego.

Miasta oferują wiele czynników sprzyjających skutecznej organizacji systemu wolontariuszy, takich jak większa liczba osób chętnych do przeszkolenia, łatwiejsza koordynacja działań przez aplikacje mobilne oraz dostępność infrastruktury, która może wspierać działania ratownicze (np. defibrylatory AED w miejscach publicznych). Dodatkowo, w warunkach miejskich występuje większe zagęszczenie zdarzeń wymagających natychmiastowej pomocy – nagłych zatrzymań krążenia, urazów komunikacyjnych czy zdarzeń losowych, w których szybka interwencja przeszkolonych osób postronnych mogłaby zwiększyć szanse przeżycia poszkodowanych.

Istotna grupa respondentów (20,6%) wskazała zaś na rejony wiejskie jako obszary, w których system wolontariuszy mógłby okazać się bardziej efektywny. Wynik

ten potwierdza, że pomimo dominacji opinii o skuteczności w miastach, wielu badanych dostrzega potencjał takiego rozwiązania również w mniej zurbanizowanych regionach. Na obszarach wiejskich czas dojazdu zespołów ratownictwa medycznego jest znacznie wydłużony ze względu na większe odległości między punktami zgłoszeń a miejscami stacjonowania ZRM. Warto zauważyć również ograniczoną (względem terenów miejskich) liczbę karetek przypadających na dany obszar. W takich warunkach obecność przeszkolonych wolontariuszy mogłaby znacząco zwiększyć szanse poszkodowanych na przeżycie, zwłaszcza w przypadkach wymagających natychmiastowej interwencji, takich jak zatrzymanie krążenia, ciężkie urazy czy nagłe pogorszenie stanu zdrowia. Argument przemawiający za wyborem tego wariantu odpowiedzi stanowić może ponadto fakt, że jednostki OSP, o niekwestionowanej przydatności w zakresie ratowania i życia, działają w większości przypadków właśnie w obszarach pozamiejskich.

Niski odsetek odpowiedzi (2,6%), dotyczących obszarów mieszanych (podmiejskich) sugeruje, że respondenci nie dostrzegają znaczącej różnicy między obszarami wiejskimi a miejskimi w kontekście efektywności systemu wolontariuszy. Wynik ten może wynikać z faktu, że obszary podmiejskie często łączą w sobie zarówno cechy środowiska miejskiego, jak i wiejskiego, co oznacza, że w zależności od regionu warunki działania systemu wolontariuszy mogłyby przypominać te charakterystyczne dla dużych miast lub terenów wiejskich.

Przewaga opinii wskazujących na miasta jako najbardziej efektywne środowisko dla systemu wolontariuszy może być także konsekwencją większej dostępności służb ratowniczych w warunkach miejskich, co sprzyjałoby lepszej koordynacji działań. W miastach łatwiej o szybkie przeszkolenie i certyfikację ochotników, a także o większą liczbę miejsc, w których z powodzeniem można prowadzić kursy aktualizujące wiedzę oraz umiejętności. Dodatkowo, populacja miejska zdaje się częściej korzystać z technologii mobilnych – nawigowanie w terenach intensywnie zurbanizowanych stało się obecnie niemalże niewykonalne bez wsparcia nawigacji satelitarnej.

Zróznicowane wyniki ukazują, że choć miasta zostały wskazane jako optymalne środowisko do wdrożenia systemu wolontariuszy, potrzeba jego wdrożenia i funkcjonowania dostrzegana jest również w rejonach wiejskich. Efektywność takiego rozwiązania ostatecznie zależałaby jednak od kilku istotnych czynników, jak poziom zainteresowania mieszkańców danego obszaru, dostępność odpowiednich szkoleń, sprawność koordynacji oraz możliwość integracji działań wolontariuszy z istniejącą siecią ratownictwa medycznego.

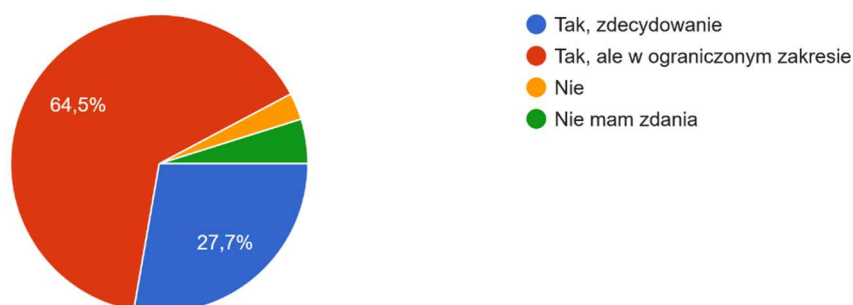
Pytanie 5 (w części III, sekcji II) dotyczyło oceny możliwości wsparcia systemu ratownictwa medycznego poprzez jednoosobowe zespoły ratownicze szybkiego reagowania. Respondenci mieli możliwość wyboru jednej z czterech zamkniętych odpowiedzi:

- „Tak, zdecydowanie”
- „Tak, ale w ograniczonym zakresie”
- „Nie”
- „Nie mam zdania”

Na pytanie dotyczące jednoosobowych zespołów ratowniczych 200 respondentów odpowiedziało „tak, ale w ograniczonym zakresie”. Odpowiedź „tak, zdecydowanie” wybrało 86 osób. Odpowiedź „nie mam zdania” wskazało 15 respondentów, natomiast „nie” wybrało 9 osób.

5. Czy zespoły ratownicze szybkiego reagowania w składzie jednoosobowym mogłyby stanowić wsparcie dla systemu ratownictwa medycznego?

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 5. Ocena wsparcia zespołów jednoosobowych dla systemu ZRM.

Odpowiedź „tak, ale w ograniczonym zakresie” wybrało 64,5% respondentów, wskazując, że jednoosobowe zespoły ratownicze mogłyby wspierać system ratownictwa medycznego wyłącznie w określonych sytuacjach. Odpowiedź „tak, zdecydowanie” wskazało 27,7% badanych. Odpowiedź „nie mam zdania” zaznaczyło 4,8% respondentów, a „nie” wybrało 2,9% uczestników badania.

Największa grupa respondentów (64,5%) uznała, że jednoosobowe zespoły ratownicze szybkiego reagowania mogłyby wspierać system ratownictwa medycznego, ale w ograniczonym zakresie. Wynik ten wskazuje, że pomysł ten jest postrzegany jako potencjalnie przydatny, ale wymagałby precyzyjnego określenia kompetencji, zakresu

odpowiedzialności oraz warunków organizacyjnych, w jakich takie zespoły mogłyby funkcjonować.

Jednoosobowe zespoły ratownicze mogłyby stanowić uzupełnienie obecnego systemu PRM, w sytuacjach, które nie wymagają pełnej obsady zespołu ratownictwa medycznego, ale w których szybka interwencja mogłaby mieć istotny wpływ na dalszy przebieg leczenia pacjenta. Do takich zdarzeń mogłyby należeć przypadki drobnych urazów, konieczność wstępnej oceny stanu pacjenta w miejscu wezwania (kiedy występuje brak możliwości odpowiedniego zebrania wywiadu przez dyspozytora medycznego) czy prowadzenie wczesnej resuscytacji (zabiegów o charakterze BLS) do momentu przybycia pełnego ZRM.

Ograniczone wsparcie jednoosobowych zespołów może wynikać z faktu, że w wielu przypadkach interwencje ratownicze wymagają skoordynowanej pracy zespołu składającego się co najmniej z dwóch osób, które mogą równocześnie prowadzić różne czynności ratunkowe, np. udrażnianie dróg oddechowych oraz podawanie leków. Brak drugiego ratownika w wielu sytuacjach mógłby znacząco obniżyć skuteczność interwencji, co wyjaśnia, dlaczego respondenci wskazali na konieczność ograniczenia zakresu ich działania.

27,7% badanych jednoznacznie poparło ideę jednoosobowych zespołów ratowniczych, wybierając odpowiedź „tak, zdecydowanie”. Wynik ten wskazuje, że w środowisku medycznym istnieje grupa osób, które dostrzegają w takim rozwiązaniu realną szansę na poprawę skuteczności i wydolności systemu PRM. Możliwe, że osoby te posiadają również własne doświadczenia z systemami, w których podobne mechanizmy skutecznie funkcjonują.

Niewielka część respondentów (4,8%) nie miała zdania na temat funkcjonowania jednoosobowych zespołów, co może oznaczać, że temat ten nie jest im wystarczająco znany lub nie posiadają oni doświadczeń pozwalających na jednoznaczną ocenę skuteczności takiego rozwiązania.

Najmniej liczna grupa badanych (2,9%) wybrała odpowiedź „nie”, uznając, że jednoosobowe zespoły ratownicze nie powinny być wdrażane. Sprzeciw wobec tej koncepcji może wynikać z przekonania, że system ratownictwa medycznego powinien bazować wyłącznie na pełnych zespołach o określonych standardach wyposażenia i wzajemnie uzupełniających się kompetencjach. Osoby sceptycznie nastawione mogą także dostrzegać problemy związane z bezpieczeństwem jednoosobowych interwencji, zarówno dla samego ratownika, jak i dla pacjenta. W sytuacjach zagrożenia życia, np.

nagłego zatrzymania krążenia czy ciężkich urazów, obecność tylko jednej osoby mogłaby okazać się niewystarczająca do skutecznego przeprowadzenia działań ratunkowych.

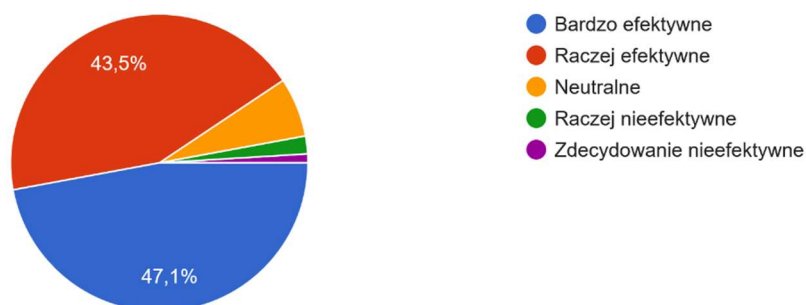
Wyniki badania wskazują, że choć jednoosobowe zespoły ratownicze są postrzegane jako potencjalne uzupełnienie systemu PRM, ich zastosowanie powinno być ograniczone do określonych sytuacji i typów interwencji. Konieczne byłoby dokładne określenie kompetencji takich zespołów, ich wyposażenia oraz procedur współpracy z pełnymi zespołami ratownictwa medycznego.

Pytanie 6 (w części III, sekcji II) odniosło się do potencjalnej efektywności jednoosobowych zespołów ratowniczych w realizacji pilnych zleceń w przypadkach występowania ograniczonej dostępności zespołów wieloosobowych. Respondenci mogli ocenić efektywność, wybierając jedną z pięciu zamkniętych odpowiedzi:

- „Bardzo efektywne”
- „Raczej efektywne”
- „Neutralne”
- „Raczej nieefektywne”
- „Zdecydowanie nieefektywne”

Na pytanie dotyczące wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania do realizacji pilnych zleceń 146 respondentów uznało je za „bardzo efektywne”. Odpowiedź „raczej efektywne” wybrało 135 osób. Neutralną ocenę wskazało 20 respondentów, a 6 osób uznało takie rozwiązanie za „raczej nieefektywne”. Odpowiedź „zdecydowanie nieefektywne” wybrało 3 uczestników badania.

6. Jak oceniasz możliwość wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania do realizacji pilnych zleceń w przypadku ograniczonej dostępności zespołów wieloosobowych?
310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 6. Ocena możliwości wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych w realizacji pilnych zleceń.

Odpowiedź „bardzo efektywne” wybrało 47,1% respondentów, wskazując na wysoką skuteczność jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania w realizacji pilnych zleceń. Odpowiedź „raczej efektywne” zaznaczyło 43,5% badanych. Na neutralną ocenę wskazało 6,5% respondentów, a 1,9% uznało takie rozwiązanie za „raczej nieefektywne”. Odpowiedź „zdecydowanie nieefektywne” wybrał 1% uczestników badania.

Prawie połowa respondentów (47,1%) uznała, że jednoosobowe zespoły ratownicze szybkiego reagowania mogłyby być bardzo efektywnym rozwiązaniem w przypadku realizacji pilnych zleceń, gdy dostępność zespołów wieloosobowych jest ograniczona. Kolejne 43,5% badanych wyraziło umiarkowane poparcie, wybierając odpowiedź „raczej efektywne”. Wskazuje to na szeroko rozpowszechnione przekonanie, że szybkie wdrożenie jednoosobowych zespołów w odpowiednio określonych ramach operacyjnych mogłoby realnie poprawić sprawność systemu ratownictwa medycznego, szczególnie w kontekście przeciążonego systemu i zbyt długiego czasu oczekiwania na pomoc.

Tak wysoka akceptacja dla tej koncepcji wynika zapewne z obserwacji codziennej pracy w systemie PRM, gdzie wiele zgłoszeń – nawet tych oznaczonych jako pilne (w kodzie K1 – na sygnałach) – nie wymaga obecności pełnego zespołu. Do interwencji takich jak ocena stanu zdrowia pacjenta, udzielenie podstawowej pomocy, monitorowanie parametrów czy nawet prowadzenie wstępnych działań przy podejrzeniu zgonu, wysłanie zespołu jednoosobowego mogłoby znacząco zwiększyć elastyczność systemu i skrócić czas oczekiwania na pomoc.

Warto jednak zauważyć, że bardzo znacząca liczba respondentów poparła to rozwiązanie z pewnym zastrzeżeniem, uznając je za „raczej efektywne”, co może świadczyć o dostrzeganiu pewnych ograniczeń. Skuteczność jednoosobowych zespołów byłaby zapewne zależna od precyzyjnego określenia ich kompetencji, wyposażenia oraz rodzaju interwencji, do których mogłyby być one dysponowane. Respondenci mogą mieć ponadto świadomość, że skuteczność takiego rozwiązania będzie znacznie mniejsza w sytuacjach wymagających zaawansowanych procedur ratunkowych lub transportu pacjenta do szpitala.

Neutralna postawa 6,5% badanych może świadczyć o niepewności co do rzeczywistej skuteczności jednoosobowych zespołów, zwłaszcza jeśli system nie zapewni im odpowiedniego wsparcia technologicznego i organizacyjnego. Należy

przyjąć, że respondenci ci mogą oczekiwać dalszego doprecyzowania koncepcji, zanim będą w stanie jednoznacznie ocenić jej potencjalną efektywność.

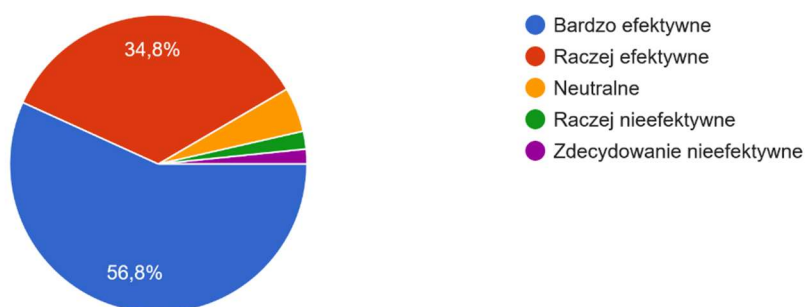
Nieliczne głosy krytyczne (1,9% – „raczej nieefektywne” i 1% – „zdecydowanie nieefektywne”) wskazują na istniejącą grupę sceptyków, którzy najprawdopodobniej uznają, że jednoosobowe zespoły nie są w stanie zapewnić jakościowo odpowiednich działań ratunkowych w ramach systemu PRM. Osoby te mogą wskazywać na ryzyko związane z bezpieczeństwem pacjentów, ograniczoną możliwością podjęcia działań wymagających współpracy kilku ratowników, a także potencjalne trudności z przekazywaniem pacjentów do transportu medycznego czy wykonywaniem niektórych procedur wymagających asysty. W dalszej części analizy (ogólne pytanie otwarte na zakończenie badania) zawarta została opinia dotycząca potrzeby poszerzenia składu ZRM z dwóch osób do trzech, respondenci przekonani o aktualnym niedostatecznym obsadzeniu karetek pogotowia niekoniecznie mogą nie być skłonne poprzeć obecnie pomysł stworzenia zespołów o składzie jednoosobowym.

Wyniki pytania 6 w części III pokazują, że większość pracowników systemu ratownictwa medycznego dostrzega potencjał zespołów jednoosobowych jako cennego narzędzia wspierającego i uzupełniającego istniejące aktualnie rozwiązania. Warunkiem skutecznego wdrożenia takiej koncepcji byłoby jednak precyzyjne określenie jej roli w strukturze systemu PRM – jasne wskazanie zakresu uprawnień (charakteru wyjazdów do dyspozycji) oraz zapewnienie właściwego zaplecza sprzętowo-technicznego. Należy założyć, że poparcie dla tego rozwiązania wynika przede wszystkim z chęci uzyskania większej elastyczności systemu i podniesienia jego zdolności do reagowania w sytuacjach przeciążenia, przy jednoczesnym utrzymaniu wysokiej jakości świadczeń medycznych.

Pytanie 7 (w części III, sekcji II) badało opinię na temat możliwości wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych do obsługi zleceń o najniższym priorytecie, niewymagających transportu do szpitala. Badani mieli do wyboru takie same opcje jak w pytaniu nr 6.

Na pytanie dotyczące wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania do obsługi zleceń o najniższym priorytecie 176 respondentów uznało je za „bardzo efektywne”. Odpowiedź „raczej efektywne” wybrało 108 osób. Neutralną ocenę wskazało 15 respondentów, a 6 osób uznało takie rozwiązanie za „raczej nieefektywne”. Odpowiedź „zdecydowanie nieefektywne” wybrało 5 uczestników badania.

7. Jak oceniasz możliwość wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania do obsługi zleceń o najniższym priorytecie, niewymagających transportu do szpitala?
310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 7. Ocena możliwości wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych w realizacji zleceń o najniższym priorytecie.

Odpowiedź „bardzo efektywne” wybrało 56,8% respondentów, wskazując na wysoką skuteczność jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania w obsłudze zleceń o najniższym priorytecie. Odpowiedź „raczej efektywne” zaznaczyło 34,8% badanych. Neutralną ocenę wskazało 4,8% respondentów, a 1,9% uznało takie rozwiązanie za „raczej nieefektywne”. Odpowiedź „zdecydowanie nieefektywne” wybrało 1,6% uczestników badania.

Większość respondentów (56,8%) uznała, że jednoosobowe zespoły ratownicze mogłyby być bardzo efektywne w realizacji zleceń o najniższym priorytecie, które nie wymagają transportu pacjenta do szpitala. Dodatkowe 34,8% badanych określiło to rozwiązanie jako „raczej efektywne”, co oznacza, że łącznie ponad 90% uczestników badania dostrzega potencjalne korzyści wynikające z wprowadzenia takiego modelu pracy w systemie PRM.

Wysokie poparcie dla jednoosobowych zespołów w obsłudze najmniej pilnych zgłoszeń wskazuje, że wśród pracowników systemu ratownictwa medycznego istnieje silne przekonanie o potrzebie zwiększenia elastyczności w zarządzaniu zasobami, zwłaszcza w kontekście niewłaściwego wykorzystania zespołów wieloosobowych do obsługi przypadków, które nie wymagają zaawansowanych interwencji medycznych. Jednoosobowe zespoły mogłyby odciążać system ratownictwa, umożliwiając bardziej efektywne i racjonalne (ze strategicznego punktu widzenia) wykorzystanie pełnych ZRM do zdarzeń wymagających ich interwencji, jednocześnie zapewniając odpowiedni

standard opieki pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

W przypadkach takich jak ocena stanu zdrowia pacjenta, udzielenie podstawowej pomocy i podaż leków, doradztwo medyczne czy zaopatrzenie osób z drobnymi urazami, wysłanie jednoosobowego zespołu ratowniczego mogłoby znacząco skrócić czas oczekiwania na wizytę medyczną i zwiększyć efektywność całego systemu. Szczególnie w dużych aglomeracjach miejskich, gdzie liczba zgłoszeń o niskim priorytecie jest wysoka, jednoosobowe zespoły mogłyby stać się istotnym elementem usprawniającym pracę systemu PRM.

Ocena „neutralna”, którą wybrało 4,8% respondentów, może sugerować, że część badanych dostrzega zarówno zalety, jak i potencjalne ograniczenia tego rozwiązania. Niektórzy respondenci mogą mieć wątpliwości co do skuteczności jednoosobowych zespołów w obsłudze zleceń o najniższym priorytecie, np. w sytuacjach, gdy po dotarciu na miejsce okaże się, że stan pacjenta wymaga jednak bardziej zaawansowanych działań lub pilnego transportu do szpitala. Istnieje jednak już obecnie rozwiązanie polegające na dysponowaniu w tym celu (na wezwanie lekarza POZ) zespołu transportu sanitarnego, niezależnego od systemu ratownictwa.

Niewielki odsetek badanych wyraził negatywne stanowisko wobec tej koncepcji – 1,9% respondentów oceniło ją jako „raczej nieefektywną”, a 1,6% uznało ją za „zdecydowanie nieefektywną”. Odpowiedzi te mogą wynikać z obaw związanych z bezpieczeństwem pacjentów, brakiem możliwości weryfikacji stanu zdrowia w sposób wystarczający przez pojedynczego ratownika oraz potencjalnymi problemami dotyczącymi eskalacji zgłoszeń.

Uzyskane dane wskazują, że koncepcja jednoosobowych zespołów ratowniczych do obsługi zgłoszeń o niskim priorytecie spotyka się z bardzo dużym poparciem. Obrazuje to realne zapotrzebowanie na rozwiązanie poprawiające efektywność systemu PRM, pod warunkiem jego odpowiedniego wdrożenia i sprawnej integracji z istniejącymi strukturami.

Pytanie 8 (w części III, sekcji II) dotyczyło potencjalnych wyzwań wiążących się z wykorzystaniem jednoosobowych zespołów ratowniczych. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź spośród następujących opcji:

- „Ograniczona możliwość prowadzenia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych”
- „Brak wsparcia drugiego członka zespołu w sytuacjach kryzysowych”

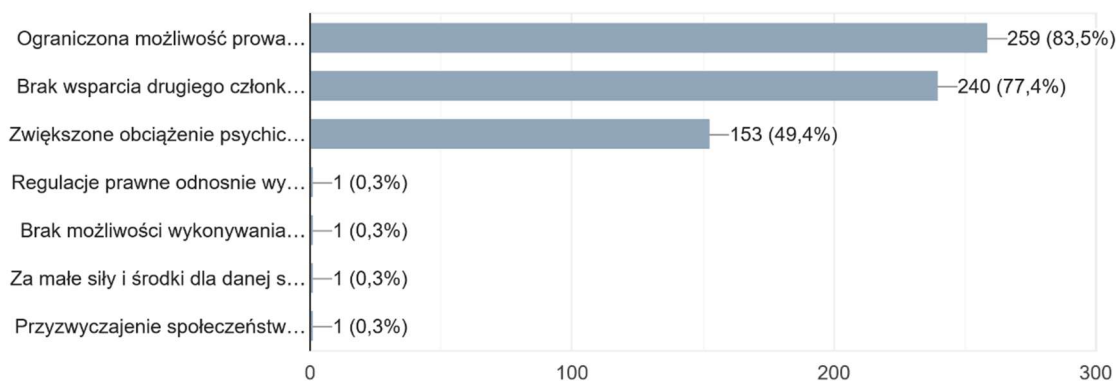
- „Zwiększone obciążenie psychiczne i prawne dla ratownika samodzielnie udzielającego pomocy”

Dostępna była również odpowiedź: „Nie mam zdania”.

Ograniczona możliwość prowadzenia zaawansowanych działań medycznych była wskazywana przez 259 respondentów. Brak wsparcia drugiego członka zespołu w sytuacjach kryzysowych został wskazany przez 240 osób. Zwiększone obciążenie psychiczne i prawne dla ratownika było problemem dla 153 respondentów. Pojedyncze osoby wskazały również brak możliwości wykonywania zaawansowanych zabiegów oraz zbyt małe siły i środki dla danej sytuacji.

8. Jakie potencjalne wyzwania wiążą się z wykorzystaniem jednoosobowych zespołów ratowniczych?(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 8. Potencjalne wyzwania dotyczące wykorzystania zespołów jednoosobowych.

Ograniczona możliwość prowadzenia zaawansowanych działań medycznych była wskazywana przez 83,5% respondentów. Brak wsparcia drugiego członka zespołu w sytuacjach kryzysowych został wskazany przez 77,4% osób. Zwiększone obciążenie psychiczne i prawne dla ratownika było problemem dla 49,4% uczestników badania. Regulacje prawne, brak możliwości wykonywania zaawansowanych zabiegów, zbyt małe siły i środki oraz przyzwyczajenie społeczeństwa do standardowego modelu zespołu ratowniczego były wskazywane pojedynczo, przez 0,3% respondentów.

Zdecydowana większość respondentów (83,5%) wskazała, że ograniczona możliwość prowadzenia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych stanowi kluczowe wyzwanie związane z funkcjonowaniem jednoosobowych zespołów ratowniczych. Wynik ten pokazuje, że w ocenie pracowników systemu ratownictwa medycznego

samodzielny ratownik, nawet posiadający wysokie kwalifikacje, nie jest w stanie przeprowadzić wszystkich procedur wymaganych w sytuacjach zagrożenia życia. Zaawansowane przyrządowe zabiegi resuscytacyjne, takie jak intubacja, defibrylacja czy skuteczna wentylacja oddechowa i jednoczesne monitorowanie parametrów, wymagają współpracy minimum dwóch osób, co jest standardem w obecnym modelu pracy ZRM.

Niemal równie wysoki odsetek respondentów (77,4%) zwrócił uwagę na brak wsparcia drugiego członka zespołu w sytuacjach kryzysowych. W praktyce oznacza to, że jednoosobowe zespoły mogłyby być efektywne jedynie w ograniczonym zakresie – przede wszystkim w interwencjach o niskim stopniu skomplikowania, niewymagających zaawansowanych procedur medycznych i decyzji podejmowanych pod ogromną presją czasu. W sytuacjach dynamicznych, kiedy stan pacjenta gwałtownie się pogarsza, a liczba czynności do wykonania przekracza możliwości jednej osoby, brak asekuracji drugiego członka zespołu jest czynnikiem znacząco obniżającym skuteczność działań, bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i ratownika staje się zagrożone.

Na kolejny istotny problem wskazało 49,4% respondentów, którzy podkreślili zwiększenie potencjalnego obciążenia psychicznego i zagrożenia prawnego dla ratownika działającego w pojedynkę. Samodzielna praca w sytuacjach nagłych, często zagrażających życiu pacjenta, wymaga podejmowania szybkich decyzji pod presją, w tym wypadku bez możliwości bezpośredniej konsultacji i wsparcia ze strony współpracownika. Prowadzi to nie tylko do wyższego poziomu stresu, ale także zwiększa ryzyko popełnienia błędu, za który ratownik medyczny ponosi pełną odpowiedzialność. Dodatkowo w polskich realiach systemowych kwestia odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych wciąż nie jest jednoznacznie uregulowana – w czasie pisania niniejszej pracy nadal nie zostały zrealizowane chociażby zalecenia Ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych dotyczących tych zagadnień – co dodatkowo może potęgować obawy respondentów. Warto jednak podkreślić, że obecnie są już dostępne i powszechnie stosowane rozwiązania dotyczące teletransmisji danych pacjenta. Umożliwiają one ratownikowi medycznemu funkcjonującemu w ramach jednoosobowego zespołu (a więc pozbawionemu bezpośredniej obecności innego pracownika systemu PRM) przeprowadzenie zdalnej konsultacji stanu pacjenta budzącego jego istotne wątpliwości.

Pojedyncze osoby wskazały także na inne potencjalne trudności, takie jak regulacje prawne, brak możliwości wykonywania określonych procedur, zbyt ograniczone siły i środki w stosunku do potrzeb czy przyzwyczajenie społeczeństwa do

klasycznego modelu zespołu ratownictwa medycznego składającego się z kilku osób. Choć aspekty te pojawiały się marginalnie, wskazują w obliczu omawianego rozwiązania na konieczność przeprowadzenia kompleksowych zmian – nie tylko organizacyjnych, ale także prawnych, proceduralnych i edukacyjnych, zarówno wewnątrz środowiska medycznego, jak i w relacji ze społeczeństwem.

Zebrane odpowiedzi ujawniają wyraźną sprzeczność pomiędzy dostrzeganą potrzebą zwiększenia elastyczności systemu poprzez wprowadzenie jednoosobowych zespołów a świadomością ograniczeń wynikających z ograniczonego potencjału operacyjnego takich zespołów. Respondenci, pomimo udzielania niemal jednoznacznie pozytywnych ocen dotyczących efektywności jednoosobowych zespołów w wybranych obszarach, zdają sobie sprawę, że ich skuteczność nie będzie mogła dorównać pracy pełnego, wieloosobowego ZRM.

Wyniki pokazują ponadto, że w opinii pracowników SRM jednoosobowe zespoły mogłyby pełnić rolę cennego wsparcia i uzupełnienia, ale ich realne zastosowanie musiałoby być precyzyjnie ograniczone do określonych typów interwencji. Każde rozszerzenie kompetencji zespołów szybkiego reagowania na bardziej skomplikowane i wymagające procedury ratownicze wiązałoby się z istotnym ryzykiem – zarówno dla pacjentów, jak i dla samych ratowników, co wyraźnie dostrzega znaczna część ankietowanych.

Pytanie 9 (w części III, sekcji III) miało na celu wskazanie przyczyn głównych obaw związanych z koniecznością stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź spośród następujących opcji:

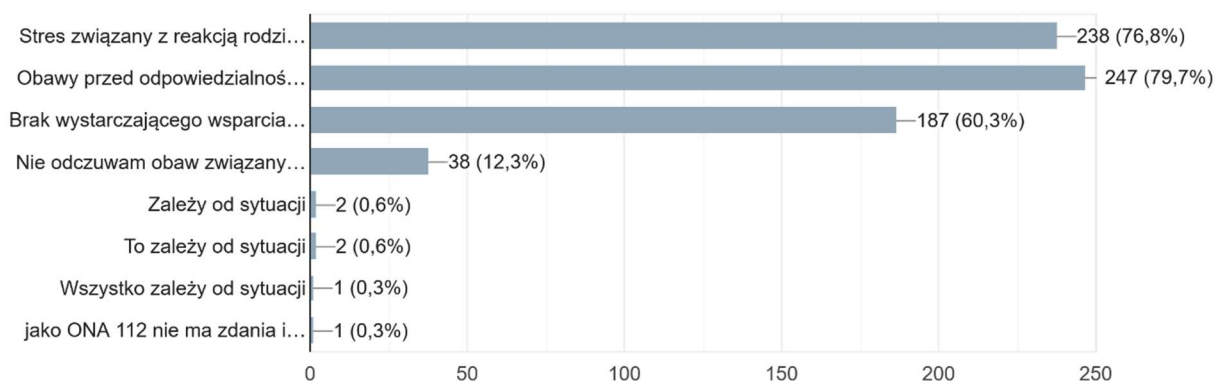
- „Stres związany z reakcją rodziny pacjenta”
- „Obawy przed odpowiedzialnością prawną”
- „Brak wystarczającego wsparcia psychologicznego”

Udostępniona została również odpowiedź: „Nie odczuwam obaw związanych ze stwierdzeniem zgonu pacjenta w karetce” oraz „Nie mam zdania”.

Obawy przed odpowiedzialnością prawną były wskazywane przez 247 respondentów. Stres związany z reakcją rodziny pacjenta został zgłoszony przez 238 osób. Brak wystarczającego wsparcia psychologicznego jako problem wskazało 187 uczestników badania. 38 respondentów zadeklarowało, że nie odczuwają obaw związanych ze stwierdzeniem zgonu w karetce. Jedna osoba zaznaczyła, że nie ma zdania ani doświadczenia w tym zakresie.

9. Jakie są główne obawy związane z koniecznością stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce?
(Można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 9. Główne obawy przed koniecznością stwierdzenia zgonu w karetce.

Obawy przed odpowiedzialnością prawną były wskazywane przez 79,7% respondentów. Stres związany z reakcją rodziny pacjenta został zgłoszony przez 76,8% ankietowanych osób. Brak wystarczającego wsparcia psychologicznego jako problem wskazało 60,3% uczestników badania. 12,3% respondentów zadeklarowało, że nie odczuwają obaw związanych ze stwierdzeniem zgonu w karetce. Pojedyncze osoby wskazywały, że ich odpowiedź zależy od sytuacji lub nie mają zdania na ten temat.

Najczęściej wskazywaną obawą związaną z koniecznością stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce były konsekwencje prawne, które zostały zgłoszone przez 79,7% respondentów. Tak wysoki odsetek wskazań pokazuje, że środowisko ratowników medycznych odczuwa silny niepokój związany z odpowiedzialnością zawodową oraz potencjalnymi konsekwencjami prawno-karnymi wynikającymi z podejmowania decyzji o zgonie pacjenta w ambulansie. W Polsce kwestie związane z uprawnieniami ratowników medycznych do stwierdzania zgonu oraz dokumentowania tego faktu wciąż budzą liczne wątpliwości interpretacyjne. Brak jednoznacznych regulacji prawnych, a także potencjalne ryzyko roszczeń ze strony rodziny pacjenta sprawiają, że personel medyczny postrzega tę procedurę jako obciążoną dużym ryzykiem.

Stres wynikający z reakcji rodziny pacjenta, wskazany przez 76,8% badanych, stanowi drugą najczęściej zgłaszaną obawę. Stwierdzenie zgonu w karetce jest sytuacją wyjątkowo trudną nie tylko dla ratowników medycznych, ale także dla bliskich pacjenta, którzy często nie są gotowi na przyjęcie tej informacji. Rodzina pacjenta, szczególnie w sytuacjach nagłych, może wykazywać silne emocje – od rozpacz, przez niedowierzanie,

aż po agresję wobec personelu medycznego. Dla pracowników ZRM oznacza to dodatkowy stres i presję, które mogą dodatkowo komplikować przeprowadzenie niezbędnych czynności administracyjnych i proceduralnych związanych z potwierdzeniem zgonu.

Brak wystarczającego wsparcia psychologicznego, wskazany przez 60,3% respondentów, potwierdza, że sytuacje związane ze stwierdzaniem zgonu są obciążające emocjonalnie dla członków ZRM. W polskim systemie ochrony zdrowia wciąż brakuje systemowych rozwiązań zapewniających, czy też niejako wymuszających profesjonalne wsparcie psychologiczne dla personelu medycznego po przebyciu szczególnie trudnych interwencji. Konieczność wielokrotnego uczestniczenia w zdarzeniach, w których dochodzi do zgonu pacjenta, może prowadzić do stopniowego kumulowania stresu, wypalenia zawodowego oraz długoterminowych reperkusji psychicznych. W krajach, gdzie wsparcie psychologiczne dla służb ratunkowych jest bardziej rozwinięte, ratownicy mają możliwość korzystania z *debriefingów* – procesów podsumowujących i omawiających zdarzenia, sesji terapeutycznych oraz konsultacji wspierających. Wyniki niniejszego badania sugerują, że podobne rozwiązania powinny być wdrażane również w Polsce, aby minimalizować negatywne skutki obciążeń emocjonalnych wśród ratowników.

12,3% respondentów zadeklarowało, że nie odczuwają obaw związanych ze stwierdzeniem zgonu pacjenta w karetce. Może to oznaczać, że osoby te mają duże doświadczenie zawodowe i są przyzwyczajone do podejmowania trudnych decyzji medycznych, co pozwala im zachować większy dystans emocjonalny. Możliwe również, że ci ratownicy pracują w środowiskach, gdzie procedury stwierdzania zgonu są jasno określone i wspierane przez odpowiednie regulacje, co ogranicza ich stres związany z przedmiotową czynnością.

Pojedyncze osoby zaznaczyły, że nie mają zdania lub ich odpowiedź zależy od sytuacji. Może to wynikać z braku osobistego doświadczenia w takich przypadkach lub z przekonania, że każda sytuacja związana ze stwierdzaniem zgonu jest unikalna i nie można jednoznacznie ogólnie przewidzieć poziomu obciążenia psychicznego czy trudności proceduralnych.

Dane uzyskane dzięki odpowiedziom na to pytanie wyraźnie wskazują, że stwierdzanie zgonu pacjenta w karetce jest postrzegane jako jedno z najbardziej obciążających wyzwań w pracy ratowników medycznych. Większość respondentów podkreśla przede wszystkim brak jasnych regulacji prawnych oraz wysokie ryzyko

odpowiedzialności zawodowej, co może prowadzić do sytuacji, w których decyzje o stwierdzeniu zgonu są podejmowane z dużą ostrożnością lub w skrajnych przypadkach – odwlekane w czasie lub wręcz pomijane, jako forma niepotrzebnego ryzyka (bezpieczniej z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej jest kontynuować zabiegi reanimacyjne i transportować pacjenta na SOR/CU). Równie istotnym problemem pozostaje ponadto brak wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego, co może zwiększać ryzyko wypalenia zawodowego oraz wpływać na jakość pracy ratowników medycznych w dłuższej perspektywie.

Pytanie 10 (w części III, sekcji III) dotyczyło możliwych działań, które mogłyby zdaniem badanych zmniejszyć obawy ratowników medycznych związane z podjęciem decyzji o stwierdzeniu zgonu pacjenta w karetce. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź spośród takich opcji jak:

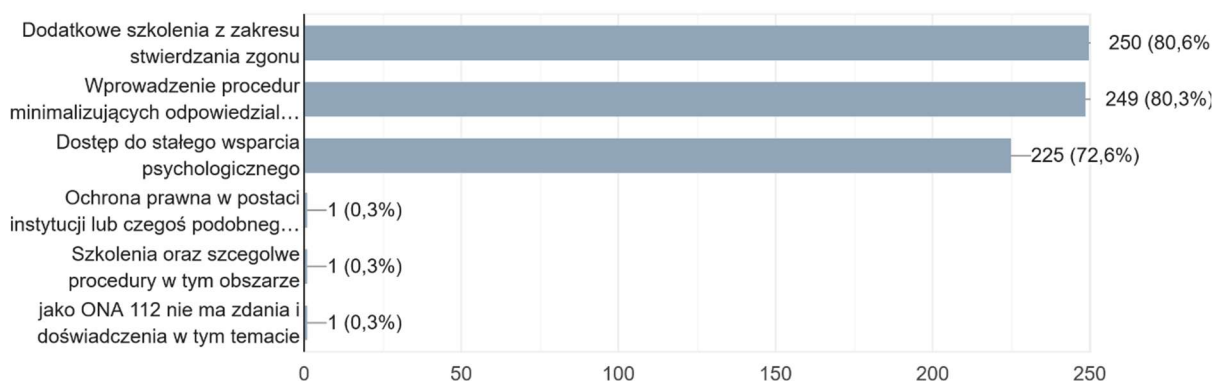
- „Dodatkowe szkolenia z zakresu stwierdzania zgonu”,
- „Wprowadzenie procedur minimalizujących odpowiedzialność indywidualną”,
- „Dostęp do stałego wsparcia psychologicznego”.

Dostępna była również opcja: „Inne”, umożliwiająca udzielenie własnej odpowiedzi.

„Dodatkowe szkolenia z zakresu stwierdzania zgonu” jako czynnik zmniejszający obawy przed koniecznością stwierdzenia zgonu w karetce, wskazało 250 respondentów. „Wprowadzenie procedur minimalizujących odpowiedzialność indywidualną” wybrało 249 osób. „Dostęp do stałego wsparcia psychologicznego” został zgłoszony przez 225 respondentów. Pojedyncze osoby wskazały na szczegółowe procedury w tym obszarze lub zaznaczyły opcję brak zdania i doświadczenia.

10. Jakie działania mogłyby zmniejszyć obawy ratowników medycznych związane z ich obowiązkami? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 10. Ocena działań mających na celu zmniejszenie obaw związanych z wykonywaniem obowiązków przez ratowników medycznych.

Dodatkowe szkolenia z zakresu stwierdzania zgonu były wskazywane przez 80,6% respondentów. Wprowadzenie procedur minimalizujących odpowiedzialność prawną było wskazane przez 80,3% osób. Dostęp do stałego wsparcia psychologicznego został zgłoszony przez 72,6% respondentów. Pojedyncze osoby wskazywały ochronę prawną, szczegółowe procedury w tym zakresie lub zaznaczyły brak zdania i doświadczenia.

Zdecydowana większość respondentów (80,6%) uznała, że dodatkowe szkolenia z zakresu stwierdzania zgonu mogłyby skutecznie niwelować obawy ratowników medycznych przed podejmowaniem tak trudnej decyzji w warunkach pracy ZRM. Bardzo wysoki poziom wskazań potwierdza, że personel ratowniczy dostrzega braki w zakresie praktycznego przygotowania do tego typu sytuacji. Choć sama procedura stwierdzania zgonu jest elementem standardowych szkoleń zawodowych, jej rzeczywiste zastosowanie, przy presji czasu, emocji i obecności nierzadko zrozpaczonej rodziny pacjenta, stawia przed ratownikami medycznymi dodatkowe wyzwania, na które czysto teoretyczne przygotowanie okazuje się niewystarczające.

Równie wysokie poparcie (80,3%) uzyskała propozycja wprowadzenia procedur minimalizujących odpowiedzialność prawną ratowników medycznych w kontekście stwierdzania zgonu. Wynik taki ocenić należy jako wyraźny sygnał, że obecny stan prawny budzi istotne wątpliwości i obawy w środowisku pracowników ZRM. Brak jednoznacznych przepisów, nieprecyzyjne regulacje, a także zagrożenie konsekwencjami

błędnej interpretacji działań ratownika przez organy ścigania sprawiają, że ratownicy medyczni czują się pozbawieni dostatecznej ochrony prawnej, co w sposób bezpośredni przekłada się na ich stres i obawy przy podejmowaniu decyzji o stwierdzeniu zgonu. Zabezpieczenie pozycji pracowników SRM poprzez stworzenie jasnych i jednolitych procedur prawnych, ograniczających indywidualną odpowiedzialność przy działaniu zgodnym z obowiązującymi standardami medycznymi mogłoby istotnie poprawić komfort pracy i zmniejszyć obawy związane z konsekwencjami prawnymi.

Bardzo istotnym czynnikiem wskazanym przez 72,6% respondentów jest również dostęp do stałego wsparcia psychologicznego. Stwierdzenie zgonu pacjenta (zwłaszcza w warunkach pozaszpitalnych) ocenić należy jako sytuację o wyjątkowo silnym ładunku emocjonalnym, nierzadko wiążącą się z bezpośrednim kontaktem z rodziną zmarłego, jej emocjami, żalem, a czasem nawet agresją. Długotrwałe narażenie na tego rodzaju przeżycia, bez możliwości skorzystania z profesjonalnego wsparcia psychologicznego, prowadzi do kumulowania stresu, przeciążenia emocjonalnego i ryzyka wypalenia zawodowego. Respondenci wskazując na potrzebę regularnego wsparcia psychologicznego, nie tylko w przypadku trudnych interwencji, ale jako być może stały element opieki nad personelem medycznym, jasno sygnalizują, że dbałość o zdrowie psychiczne ratowników medycznych powinna być traktowana priorytetowo przez zarządzających systemem ochrony zdrowia.

Pojedyncze odpowiedzi, które pojawiły się w ramach opcji „inne”, wskazywały m.in. na potrzebę stworzenia bardzo szczegółowych procedur operacyjnych w zakresie stwierdzania zgonu, obejmujących zarówno aspekt medyczny, jak i komunikacyjny – czyli sposób przekazywania informacji rodzinie pacjenta. Takie wskazania potwierdzają, że ratownicy oczekują konkretnych narzędzi i przejrzystych standardów, które będą ich prowadzić krok po kroku przez całą procedurę, zmniejszając przestrzeń na niepewność czy błędy ewentualne interpretacyjne.

Pojedyncze osoby zadeklarowały brak zdania lub brak doświadczenia w tym zakresie, co sugeruje, że kwestia stwierdzania zgonu jest powszechnym i dobrze znanym wyzwaniem zawodowym dla większości pracowników ratownictwa medycznego, niezależnie od stażu pracy czy miejsca pełnienia obowiązków.

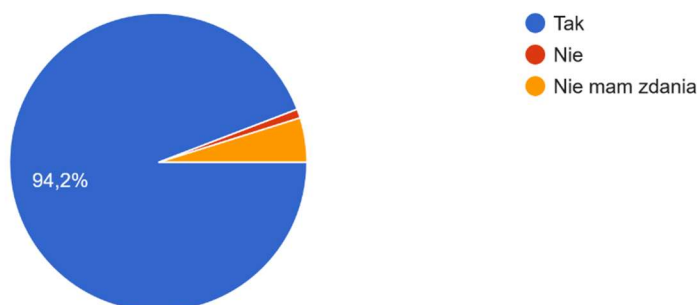
Wyniki badania ujawniają, że ratownicy medyczni oceniają stwierdzanie zgonu w karetce jako jeden z najbardziej obciążających psychicznie i ryzykownych prawnie elementów swojej pracy, który wymaga pilnego wsparcia w trzech równoległych obszarach: szkoleniowym, prawnym i psychologicznym. Dopiero kompleksowe

podejście, uwzględniające wszystkie te aspekty, pozwoliłoby skutecznie zminimalizować obawy i zwiększyć pewność siebie pracowników ZRM w sytuacjach, w których muszą podejmować trudne decyzje związane ze stwierdzeniem zgonu pacjenta.

Pytanie 11 (w części III, sekcji IV) gromadziło opinie respondentów na temat ewentualnego prawa ratowników medycznych do podawania leków i udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy. Było to pytanie zamknięte, w którym możliwe odpowiedzi obejmowały warianty: „Tak”, „Nie” lub „Nie mam zdania”.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 292 respondentów. „Nie mam zdania” wybrało 15 osób, a „Nie” zaznaczyło 3 respondentów.

11. Czy ratownicy medyczni powinni mieć prawo do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy w sytuacjach nagłych (np. możliwość podawania leków ratujących życie)?
310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 11. Opinie respondentów na temat ewentualnego prawa ratowników medycznych do podawania leków i udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 94,2% respondentów. „Nie mam zdania” wybrało 4,8% osób, a „Nie” zaznaczyło 1% uczestników badania.

Zdecydowana większość respondentów (94,2%) opowiedziała się za możliwością podawania leków i udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej przez ratowników poza godzinami pracy. Tak wysoki poziom poparcia wskazuje, że środowisko ratowników medycznych dostrzega potrzebę rozszerzenia swoich kompetencji w zakresie udzielania pomocy także na sytuacje niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem swoich obowiązków zawodowych w ramach systemu PRM.

Wynik ten sugeruje ponadto, że ratownicy medyczni nierzadko znajdują się w sytuacjach, w których ich wiedza i umiejętności mogłyby zostać wykorzystane do ratowania zdrowia i życia, lecz aktualne przepisy ograniczają ich możliwości działania poza godzinami pełnienia dyżurów. W wielu przypadkach oznacza to konieczność

bezczyнного, z medycznego punktu widzenia, oczekiwania na przyjazd ZRM, nawet wówczas, gdy ratownik mógłby samodzielnie udzielić pomocy w sposób zgodny z obowiązującymi zaawansowanymi procedurami medycznymi. Respondenci najwyraźniej widzą w obecnych regulacjach niepotrzebne ograniczenie, które w praktyce może prowadzić do opóźnień w udzielaniu pomocy oraz marnowania potencjału wykwalifikowanych specjalistów.

Obecnie prawo medyczne w Polsce jest dość rygorystyczne w zakresie podawania leków przez osoby spoza systemu ochrony zdrowia, przez które rozumieć należy także pracowników systemu niepełniących aktualnie dyżuru zawodowego. Możliwe, że część respondentów popiera model uprawnień podobny do tego funkcjonującego z powodzeniem w niektórych krajach zachodnich, gdzie ratownicy mogą działać także poza strukturami państwowego systemu ratownictwa, np. w ramach wolontariatu, służb lokalnych czy jako prywatni usługodawcy medyczni.

Niewielki odsetek respondentów (4,8%) zaznaczył odpowiedź „Nie mam zdania”. Może to oznaczać, że osoby te nie spotkały się bezpośrednio z sytuacjami wymagającymi podania leków poza godzinami pracy lub nie rozważały tej kwestii jako istotnej w kontekście systemowym.

Zaledwie 1% badanych sprzeciwiło się temu rozwiązaniu, co pokazuje, że negatywne opinie określić należy jako marginalne. Możliwe, że osoby te obawiają się potencjalnych konsekwencji prawnych lub organizacyjnych związanych z rozszerzeniem kompetencji ratowników poza ich regularny czas pracy. Istnieje również ryzyko nadużyć lub sytuacji, w których działania podejmowane poza oficjalnym systemem mogłyby prowadzić do sporów o odpowiedzialność zawodową i medyczną.

Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że ratownicy medyczni w Polsce chcieliby mieć większą swobodę w udzielaniu pomocy także poza godzinami pracy, co ich zdaniem mogłoby pozytywnie wpłynąć na jakość i szybkość interwencji medycznych w sytuacjach nagłych. Jednocześnie wdrożenie takiego rozwiązania wymagałoby uregulowania kwestii prawnych, zakresu odpowiedzialności oraz określenia sytuacji, w których takie działania mogłyby być podejmowane w sposób bezpieczny i kontrolowany.

Pytanie 12 (w części III, sekcji IV) badało zagrożenia i ograniczenia, które mogłyby wpływać na decyzję ratowników o udzieleniu pomocy poza godzinami pracy. Respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi spośród następujących opcji:

- „Brak zabezpieczenia prawnego”

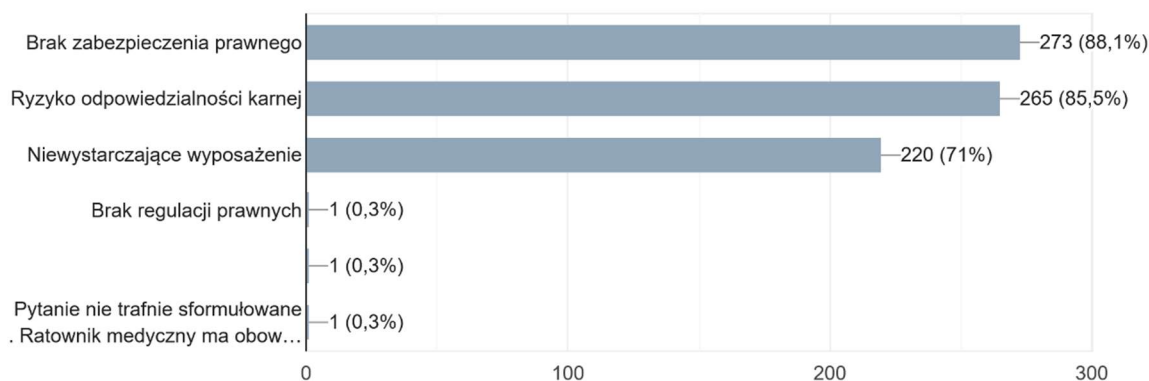
- „Ryzyko odpowiedzialności karnej”
- „Niewystarczające wyposażenie”

Dostępna była również opcja: „Inne”, umożliwiająca wpisanie własnej odpowiedzi.

Brak zabezpieczenia prawnego był wskazywany przez 273 respondentów. Ryzyko odpowiedzialności karnej zostało zgłoszone przez 265 osób. Niewystarczające wyposażenie stanowiło ograniczenie dla 220 respondentów. Pojedyncze osoby zaznaczyły, że pytanie zostało nietrafnie sformułowane lub wskazały brak regulacji prawnych jako problem.

12. Jakie ograniczenia mogłyby wpływać na decyzję ratowników o udzieleniu pomocy poza godzinami pracy? (Można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 12. Ograniczenia mogące wpływać na decyzję ratowników o udzieleniu pomocy poza godzinami pracy.

Brak zabezpieczenia prawnego wskazywany był przez 88,1% respondentów. Ryzyko odpowiedzialności karnej zostało zgłoszone przez 85,5% badanych. Niewystarczające wyposażenie stanowiło ograniczenie dla 71% ankietowanych. Pojedyncze osoby wskazały brak regulacji prawnych lub nietrafne sformułowanie pytania.

Najczęściej wskazywanym ograniczeniem dla ratowników medycznych w podejmowaniu decyzji o udzieleniu pomocy poza godzinami pracy był brak zabezpieczenia prawnego, którą to odpowiedź zgłosiło 88,1% respondentów. Tak wysoki odsetek wskazań potwierdza, że środowisko ratownicze dostrzega poważne luki prawne w zakresie możliwości działania ratowników w sytuacjach poza ich oficjalnymi obowiązkami służbowymi. Aktualne regulacje nie gwarantują im jednoznacznej ochrony

w przypadku podejmowania interwencji na własną rękę, co sprawia, że wielu ratowników medycznych może obawiać się konsekwencji prawnych nawet wówczas, gdy posiadają odpowiednią wiedzę i umiejętności do udzielenia pomocy.

Z opisywanym problemem wiąże się bezpośrednio ryzyko odpowiedzialności karnej, które zostało wskazane przez 85,5% respondentów. Obawa przed konsekwencjami prawnymi stanowi naturalne następstwo nieprecyzyjnych regulacji prawnych dotyczących działań ratowników medycznych poza godzinami dyżurowania. Brak jednoznacznych wytycznych dotyczących zakresu ich uprawnień sprawia, że każda interwencja podjęta poza oficjalnym systemem PRM może potencjalnie skutkować odpowiedzialnością zawodową, cywilną, a nawet karną – szczególnie jeśli działanie ratownika zostanie zakwestionowane przez organy ścigania lub rodzinę pacjenta.

Niewystarczające wyposażenie zostało zgłoszone przez 71% ankietowanych jako czynnik, który może ograniczać możliwość skutecznego działania poza godzinami pracy. W praktyce oznacza to, że nawet jeśli ratownik zdecyduje się na interwencję, może nie dysponować odpowiednimi narzędziami medycznymi, takimi jak:

- sprzęt do tlenoterapii i udrażniania dróg oddechowych (z mechaniczną wentylacją)
- defibrylator z funkcją monitorowania stanu pacjenta
- zestawy infuzyjne i leki ratujące życie

W sytuacjach nagłych brak dostępu do niezbędnego specjalistycznego sprzętu może znacząco ograniczyć skuteczność udzielanej pomocy, co w konsekwencji mogłoby doprowadzić do dodatkowego stresu, ryzyka niepowodzenia interwencji, a także potencjalnych konsekwencji prawnych związanych z niedostatecznym zakresem działań.

Pojedynczy respondenci zwrócili też uwagę na brak jednoznacznych regulacji prawnych, co wskazuje, że problem nie leży tylko w praktycznych aspektach udzielania pomocy, ale także w braku jasnych przepisów określających zasadniczy status ratownika medycznego poza godzinami pracy. Brak takiego uregulowania może sprawiać, że ratownicy muszą podejmować decyzje w warunkach niepewności prawnej, co dodatkowo zwiększa ich stres i poczucie ryzyka.

Jeden badany zwrócił także uwagę na niejasne sformułowanie pytania, co może sugerować, że część respondentów uznała, iż temat wymaga bardziej szczegółowego podejścia – np. klarowniejszego rozróżnienia między interwencją w ramach niejako wolontariatu medycznego a nagłą nieplanowaną pomocą w sytuacjach losowych.

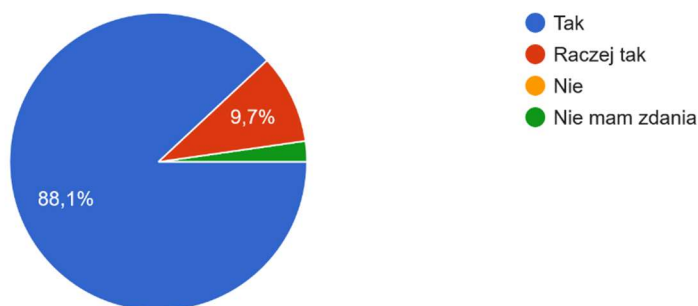
Ogólna analiza wyników pokazuje, że choć ratownicy medyczni chcieliby mieć możliwość legalnego i bezpiecznego udzielania pomocy poza godzinami pracy, to aktualne ograniczenia prawne, ryzyko konsekwencji karnych i brak dostępu do niezbędnego sprzętu stanowią dla nich główne bariery. Aby umożliwić im skuteczne działania w takich sytuacjach, konieczne byłoby nie tylko wypracowanie jednoznacznych regulacji prawnych, ale także zapewnienie ratownikom odpowiednich mechanizmów wsparcia, takich jak dostęp do sprzętu ratowniczego i ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej w przypadkach interwencji podejmowanych poza systemem PRM.

Pytanie 13 (w części III, sekcji IV) dotyczyło opinii respondentów na temat obowiązkowego wyposażenia każdego ZRM w aktualne, proste i czytelne schematy dawkowania leków pediatrycznych. Było to pytanie zamknięte z dwiema opcjami odpowiedzi: „Tak” lub „Nie”.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 273 respondentów. „Raczej tak” wybrało 30 osób, a „Nie mam zdania” zaznaczyło 7 respondentów.

13. Czy uważasz, że każde ZRM powinno być obowiązkowo wyposażone w aktualne, proste i czytelne schematy podawania leków pediatrycznych?

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 13. Opinia respondentów na temat obowiązkowego wyposażenia każdego ZRM w schematy dawkowania leków pediatrycznych.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 88,1% respondentów. „Raczej tak” wybrało 9,7% osób, a „Nie mam zdania” zaznaczyło 2,3% uczestników badania.

Zdecydowana większość respondentów (88,1%) uznała, że każdy ZRM powinien być obowiązkowo wyposażony w aktualne, proste i czytelne schematy dawkowania leków pediatrycznych. Tak wysoki poziom akceptacji tego rozwiązania wskazuje, że w

środkowisku ratowników medycznych istnieje silne przekonanie o konieczności powszechnej dostępności wzorów dawkowania leków u dzieci, które wymaga szczególnej precyzji i ostrożności. Pediatria w warunkach ratownictwa medycznego stanowi jedno z największych wyzwań dla personelu, ponieważ dawkowanie leków u dzieci różni się znacząco od dawkowania u dorosłych, a ponadto często jest uzależnione od precyzyjnie określonego wieku i masy ciała pacjenta. W sytuacji stresu, presji czasu i konieczności podjęcia natychmiastowej decyzji terapeutycznej, możliwość szybkiego skorzystania z prostego, przejrzystego i aktualnego schematu dawkowania staje się nieocenionym wsparciem, które ogranicza ryzyko błędu, a co za tym idzie, zwiększa bezpieczeństwo najmłodszych pacjentów.

Odpowiedź „Raczej tak” wybrało 9,7% badanych, co sugeruje, że choć respondenci nie mają całkowitej pewności co do obowiązkowego charakteru takiego rozwiązania, generalnie dostrzegają jego potencjalną wartość. Możliwe, że osoby te korzystają już z innych, indywidualnych narzędzi wspierających dawkowanie pediatryczne, takich jak aplikacje mobilne, własne karty pomocy lub algorytmy tworzone wewnątrz w poszczególnych zespołach. Ich umiarkowane stanowisko może także wynikać z przekonania, że tego typu narzędzia, choć przydatne, nie powinny być odgórnie narzucane, a raczej pozostawione do decyzji każdej jednostki.

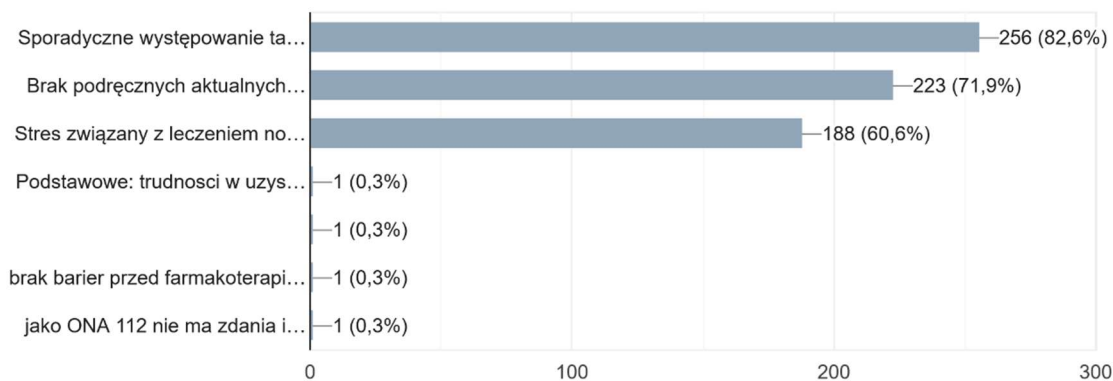
Zaledwie 2,3% respondentów zaznaczyło odpowiedź „Nie mam zdania”. Osoby te mogą mieć ograniczone doświadczenia z interwencjami pediatrycznymi lub po prostu nie uznawać tematu za istotny element swojej codziennej pracy. Brak odpowiedzi „Nie” wskazuje natomiast, że żaden z respondentów nie sprzeciwił się tej propozycji, co potwierdza, że obecność schematów dawkowania leków pediatrycznych w karetkach jest traktowana przez ratowników medycznych jako niezbędny standard. Tak duża jednomyślność wśród respondentów świadczy również o tym, że ratownicy medyczni bardzo dobrze rozumieją specyfikę zagadnienia i ryzyko związane z podawaniem leków pediatrycznych, jak również są w pełni świadomi, że w warunkach dynamicznej, często stresującej pracy ZRM, szybki dostęp do czytelnych i aktualnych informacji może mieć kluczowe znaczenie dla zdrowia i życia najmłodszych pacjentów. Wyniki tej części badania wyraźnie pokazują, że środowisko ratowników traktuje tę kwestię jako element nie tylko zwyczajnie ułatwiający codzienną pracę, ale przede wszystkim jako rozwiązanie, które zwiększa bezpieczeństwo medyczne chorych i minimalizuje ryzyko niezamierzonych błędów terapeutycznych.

Pytanie 14 (w części III, sekcji IV) miało na celu identyfikację barier, które mogą utrudniać stosowanie zaawansowanej farmakoterapii pediatrycznej przez ZRM. Respondenci zyskali możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi spośród następujących opcji:

- „Sporadyczne występowanie takich przypadków, co ogranicza nabycie doświadczenia”
- „Brak podręcznych aktualnych wytycznych w standardowym wyposażeniu zespołu”
- „Stres związany z leczeniem noworodków, niemowląt i dzieci starszych”

Sporadyczne występowanie takich przypadków, co ogranicza nabycie doświadczenia, było wskazywane przez 256 respondentów. Brak podręcznych aktualnych wytycznych w standardzie wyposażenia ZRM stanowił barierę dla 223 osób. Stres związany z leczeniem noworodków, niemowląt i dzieci starszych został zgłoszony przez 188 respondentów.

14. Jakie bariery mogą utrudniać poprawne stosowanie zaawansowanej farmakoterapii pediatrycznej przez zespoły ZRM? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 14. Bariery mogące utrudniać stosowanie zaawansowanej farmakoterapii pediatrycznej przez ZRM.

Sporadyczne występowanie takich przypadków, co ogranicza nabycie doświadczenia, było wskazywane przez 82,6% respondentów. Brak podręcznych aktualnych wytycznych w standardzie wyposażenia ZRM stanowił barierę dla 71,9% osób. Stres związany z leczeniem noworodków, niemowląt i dzieci starszych został zgłoszony przez 60,6% respondentów. Pojedyncze osoby wskazywały trudności w uzyskaniu leków oraz brak barier w farmakoterapii pediatrycznej.

Najczęściej wskazywaną barierą utrudniającą stosowanie zaawansowanej farmakoterapii pediatrycznej przez zespoły ratownictwa medycznego okazało się sporadyczne występowanie tego rodzaju przypadków, co zdaniem 82,6% respondentów ogranicza możliwość zdobycia odpowiedniego praktycznego doświadczenia w tym zakresie. Wynik ten potwierdza, że interwencje pediatryczne, zwłaszcza te wymagające zaawansowanych procedur farmakologicznych, stanowią stosunkowo rzadko występujący element codziennej pracy ZRM. Brak regularnej styczności z tego typu interwencjami prowadzi do naturalnej utraty pewności w działaniu i pogłębia trudności związane z szybkim i bezbłędnym podejmowaniem decyzji terapeutycznych.

Kolejną istotną barierą wskazaną przez 71,9% respondentów był brak podręcznych, aktualnych wytycznych dotyczących farmakoterapii pediatrycznej w standardowym wyposażeniu zespołu ratownictwa medycznego. Taki wynik jasno pokazuje, że wielu ratowników medycznych postrzega aktualne zasoby informacyjne dostępne w karetkach jako niewystarczające. Brak prostych, czytelnych i na bieżąco aktualizowanych schematów dawkowania oraz wytycznych dotyczących farmakoterapii pediatrycznej zmusza ratowników do polegania na pamięci lub poszukiwania informacji w źródłach, które nie zawsze są łatwo dostępne w warunkach dynamicznej akcji ratunkowej. To dodatkowo zwiększa stres i ryzyko błędów.

Trzecim czynnikiem utrudniającym stosowanie farmakoterapii pediatrycznej był stres związany z leczeniem noworodków, niemowląt i dzieci starszych, który zgłosiło 60,6% respondentów. Leczenie dzieci – zwłaszcza tych najmłodszych – jest obciążone silnym ładunkiem emocjonalnym, zarówno z powodu specyfiki działań medycznych, jak i odpowiedzialności za życie pacjenta. Presja związana z koniecznością podjęcia szybkich i precyzyjnych decyzji terapeutycznych (często pod czujnym i nacechowanym emocjonalnie nadzorem rodziców) potęguje stres i zwiększa ryzyko popełnienia błędu. W takich sytuacjach każde wsparcie proceduralne, takie jak wyraźne wytyczne czy standaryzowane karty dawkowania, mogłoby znacząco obniżyć poziom odczuwanego stresu, a co za tym idzie, minimalizować ryzyko i zakres popełnianych błędów.

Jedna z badanych osób wskazała dodatkowe trudności w postaci problemu z dostępem do niektórych leków pediatrycznych, co może implikować potencjalne braki w systemowym zapewnieniu adekwatnego wyposażenia karetek do działań pediatrycznych. Tylko jedna z ankietowanych osób uznała, że nie dostrzega żadnych istotnych barier w stosowaniu farmakoterapii pediatrycznej, co może być efektem jej indywidualnych

doświadczeń, specjalistycznej wiedzy i przeszkolenia lub pracy w jednostce doskonale przystosowanej do udzielania pomocy najmłodszym pacjentom.

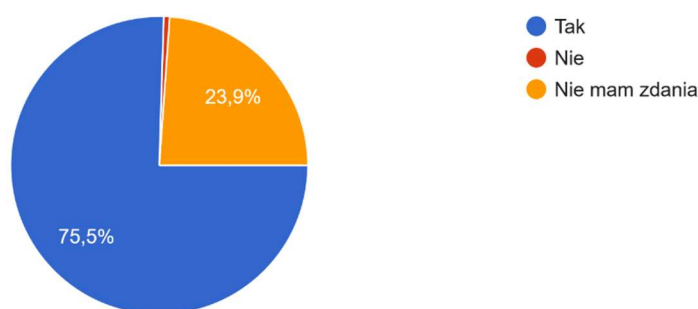
Zestawienie odpowiedzi z tego pytania tworzy spójny obraz, w którym zaawansowana farmakoterapia pediatryczna jest postrzegana przez ratowników jako jedno z większych wyzwań w pracy zespołów ratownictwa medycznego. Kluczowe trudności wynikają nie tyle z braku wiedzy teoretycznej, ile z rzadkiej praktyki, a także ograniczonego dostępu do podręcznych narzędzi wspierających dawkowanie oraz stresu związanego z unikalnym charakterem działań pediatrycznych. Obraz ten wskazuje jednoznacznie na potrzebę wzmocnienia systemowego wsparcia dla ZRM w tym obszarze – zarówno poprzez poprawę dostępności narzędzi pomocniczych, jak i dodatkowe szkolenia oraz działania zmniejszające stres związany z interwencjami pediatrycznymi.

Pytanie 15 (w części III, sekcji IV) dotyczyło konieczności organizacji dodatkowych szkoleń z zakresu farmakoterapii pediatrycznej dla wszystkich członków ZRM. Było to pytanie zamknięte, w którym respondenci mieli do wyboru odpowiedzi: „Tak” lub „Nie”.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 234 respondentów. „Nie mam zdania” wybrało 74 osoby, a „Nie” zaznaczyło 2 respondentów.

15. Czy uważasz, że dodatkowe specjalistyczne szkolenia z farmakoterapii pediatrycznej powinny być obowiązkowe dla wszystkich członków ZRM?

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 15. Obowiązek szkoleń z farmakoterapii pediatrycznej.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 76% respondentów. „Nie mam zdania” wybrało 24% osób, a „Nie” zaznaczył 1% uczestników badania.

Zdecydowana większość respondentów (76%) opowiedziała się za koniecznością organizacji dodatkowych szkoleń z zakresu farmakoterapii pediatrycznej dla wszystkich

członków Zespołów Ratownictwa Medycznego. Wynik ten jednoznacznie potwierdza, że środowisko ratowników medycznych dostrzega potrzebę pogłębiania swojej wiedzy i umiejętności w tym obszarze, co wynika zarówno ze specyfiki farmakoterapii dzieci, jak i ograniczonych doświadczeń praktycznych wynikających ze sporadyczności interwencji pediatrycznych. Szkolenia te, w opinii respondentów, mogłyby przyczynić się do zwiększenia poczucia pewności przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, co w sytuacjach nagłych, obarczonych stresem i presją czasu, jest kluczowe dla skuteczności działań ratunkowych.

Co istotne, stosunkowo duża grupa – aż 24% badanych – wybrała odpowiedź „nie mam zdania”. Może to oznaczać, że część ratowników nie miała dotychczas bezpośrednich doświadczeń z interwencjami pediatrycznymi lub nie uważa tej tematyki za priorytetową w kontekście swojej codziennej pracy. Możliwe również, że grupa ta czuje się wystarczająco przygotowana dzięki wcześniejszym szkoleniom i nie dostrzega wyraźnej potrzeby dodatkowych kursów.

Jedynie 1% respondentów uznał, że dodatkowe szkolenia z farmakoterapii pediatrycznej nie są potrzebne. Tak niewielki odsetek wskazuje, że praktycznie cała grupa zawodowa uznaje farmakoterapię pediatryczną za obszar wymagający szczególnej uwagi i systematycznego doskonalenia.

Zebrane wyniki tworzą spójny obraz, zgodnie z którym regularne, specjalistyczne szkolenia dotyczące farmakoterapii pediatrycznej powinny stać się standardowym elementem kształcenia ustawicznego ratowników medycznych, szczególnie że temat ten łączy się bezpośrednio z innymi zidentyfikowanymi wcześniej problemami, takimi jak brak dostępu do czytelnych schematów dawkowania czy stres wynikający z niewielkiego doświadczenia praktycznego w tym obszarze.

Część czwarta ankiety, zatytułowana „Twoje doświadczenia i propozycje”, umożliwiła podzielenie się przez ankietowanych swoimi opiniami na temat potencjalnych modernizacji i zmian w systemie ratownictwa medycznego. Pytania w tej części ankiety sprofilowane zostały na określenie potrzeb rozwojowych pracowników SRM, konieczność wprowadzenia zmian technologicznych oraz ocenę współpracy między różnymi służbami.

Pytanie 1 (w części IV) dotyczyło wskazania najpilniejszych zmian w systemie ratownictwa medycznego. Respondenci mieli możliwość zaznaczenia wielu odpowiedzi spośród następujących opcji:

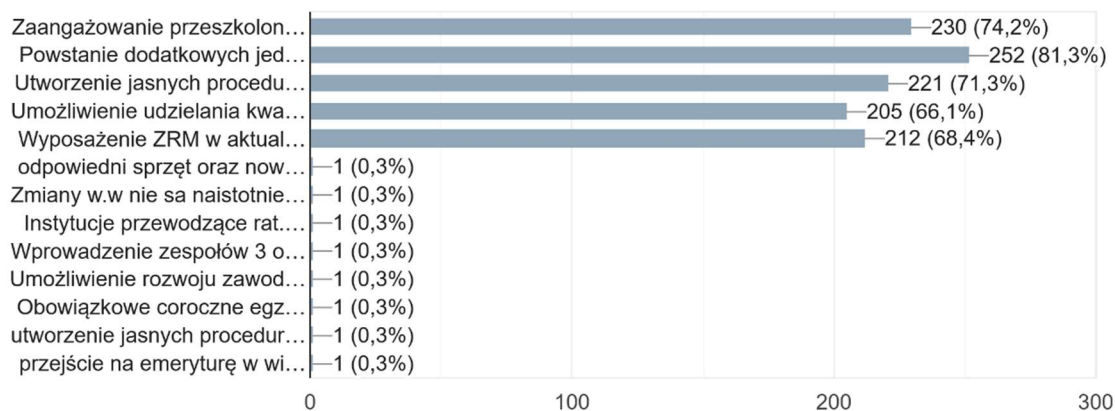
- „Zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy”

- „Powstanie dodatkowych jednoosobowych zespołów ratowniczych”
- „Utworzenie jasnych procedur dotyczących stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce”
- „Umożliwienie udzielania kwalifikowanej pomocy przez ratowników medycznych poza godzinami pracy”
- „Wyposażenie ZRM w aktualne schematy podawania leków pediatrycznych”

Dodatkowo istniała możliwość wpisania własnych propozycji w polu „Inne”.

Powstanie dodatkowych jednoosobowych zespołów ratowniczych wskazane było przez 252 respondentów. Zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy poparło 230 osób. Utworzenie jasnych procedur dotyczących stwierdzenia zgonu było istotne dla 221 badanych. Wyposażenie ZRM w aktualne schematy podawania leków pediatrycznych zostało wskazane przez 212 ankietowanych. Możliwość udzielania kwalifikowanej pomocy przez ratowników poza godzinami pracy poparło 205 respondentów.

1. Jakie zmiany w systemie ratownictwa medycznego są według Ciebie najpilniejsze?
310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 16. Najpilniejsze zmiany w systemie PRM.

Powstanie dodatkowych jednoosobowych zespołów ratowniczych było wskazywane przez 81,3% respondentów. Zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy poparło 74,2% osób. Utworzenie jasnych procedur dotyczących stwierdzenia zgonu było istotne dla 71,3% respondentów. Wyposażenie ZRM w aktualne schematy podawania leków pediatrycznych zostało wskazane przez 68,4% osób. Możliwość udzielania

kwalifikowanej pomocy przez ratowników poza godzinami pracy poparło 66,1% badanych.

Najczęściej wskazywaną przez respondentów propozycją najpilniejszej zmiany w systemie ratownictwa medycznego było powstanie dodatkowych jednoosobowych zespołów ratowniczych, które uzyskało poparcie 81,3% badanych. Tak wysoki wynik potwierdza, że ratownicy medyczni postrzegają ten model jako realne wsparcie istniejącego systemu, szczególnie w kontekście obsługi mniej pilnych zgłoszeń oraz interwencji niewymagających zaawansowanych działań zespołów wieloosobowych. Wskazuje to na silną potrzebę zwiększenia elastyczności systemu PRM, co w ocenie respondentów mogłoby poprawić zarówno czas reakcji, jak i efektywność zarządzania zasobami zespołów ratownictwa.

Drugim najczęściej wskazywanym postulatem było zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy w system ratownictwa, co poparło 74,2% respondentów. Wynik ten niejako potwierdza fakt, że środowisko ratownicze widzi wartość w rozwijaniu medycznego wolontariatu, który mógłby zmniejszyć znaczną lukę czasową pomiędzy zdarzeniem a przyjazdem profesjonalnych ZRM. Obecność przeszkolonych wolontariuszy, zwłaszcza w miejscach o wydłużonym czasie dotarcia pełnowartościowego zespołu ratowniczego, jest postrzegana jako szansa na szybsze podjęcie kluczowych działań ratujących życie, zanim możliwa będzie faza zaawansowanych interwencji medycznych.

Na trzecim miejscu znalazła się potrzeba utworzenia jasnych procedur dotyczących stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce, którą wskazało 71,3% ankietowanych. Taki wynik pokazuje, że niepewność prawna związana z tą procedurą jest powszechnym problemem w środowisku ratowników. Brak jednoznacznych wytycznych oraz odpowiedniego wsparcia systemowego w tym zakresie sprawia, że stwierdzanie zgonu jest dla wielu ratowników źródłem stresu i niepewności.

Wyposażenie ZRM w aktualne schematy podawania leków pediatrycznych zostało wskazane przez 68,4% respondentów, co stanowi pewną formę kontynuacji wniosków z wcześniejszych pytań dotyczących trudności związanych z farmakoterapią pediatryczną. To kolejny dowód na to, że ratownicy medyczni potrzebują szybkiego i niezawodnego dostępu do informacji, które w warunkach stresu i ograniczonego czasu pozwolą im sprawnie dobrać dawkę i lek odpowiedni do wieku oraz wagi dziecka. Takie rozwiązanie zwiększyłoby nie tylko komfort pracy zespołów, ale przede wszystkim bezpieczeństwo najmłodszych pacjentów.

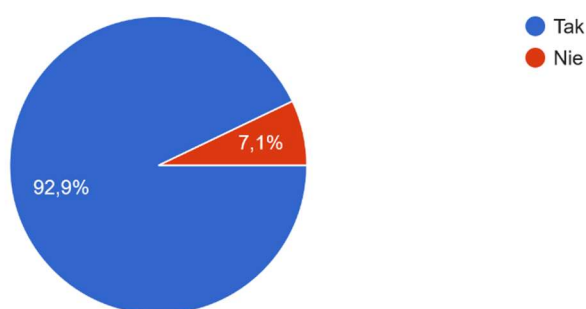
Możliwość udzielania kwalifikowanej pomocy przez ratowników medycznych poza godzinami pracy poparło 66,1% badanych, co wskazuje na dużą potrzebę uregulowania tej kwestii prawnej. Jak wynika z wcześniejszych odpowiedzi, ratownicy chcieliby mieć możliwość wykorzystywania swoich umiejętności także poza dyżurami, jednak obecne przepisy ograniczają ich działania, narażając na odpowiedzialność prawną w przypadku interwencji podjętej prywatnie. Istnieje więc silna potrzeba systemowego uporządkowania roli ratowników medycznych w sytuacjach, gdy stają się świadkami zdarzenia w czasie wolnym. Wyniki tej części badania wyraźnie pokazują, że kluczowe potrzeby zmian w systemie PRM koncentrują się wokół zwiększenia elastyczności operacyjnej, rozszerzenia współpracy z wolontariuszami, jasności procedur oraz wsparcia w obszarze farmakoterapii pediatrycznej i udzielania pomocy poza godzinami pracy. Wszystkie te elementy implikują wniosek, że aby system PRM był skuteczny, powinien on nie tylko zwiększać swoje zasoby ludzkie i sprzętowe, ale także zapewnić odpowiednią przejrzystość prawno-proceduralną.

Pytanie 2 (w części IV) wymagało oceny, czy włączenie dodatkowych technologii, takich jak aplikacje mobilne, mogłoby skrócić czas reakcji systemu na pilne wezwania. Respondenci mieli do wyboru dwie zamknięte odpowiedzi: „Tak” lub „Nie”.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 288 respondentów, a „Nie” wybrały 22 osoby.

2. Czy uważasz, że włączenie dodatkowych technologii (np. aplikacji mobilnych) mogłoby skrócić czas reakcji systemu na pilne wezwania?

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 17. Wpływ dodatkowych technologii (aplikacji mobilnych) na czas reakcji systemu dotyczący pilnych wezwań.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 92,9% respondentów, natomiast „Nie” wybrało 7,1% uczestników badania.

Zdecydowana większość respondentów (92,9%) uznała, że włączenie dodatkowych technologii, takich jak aplikacje mobilne, mogłoby realnie skrócić czas reakcji systemu ratownictwa medycznego na pilne wezwania. Tak wysoki poziom akceptacji wskazuje, że w środowisku ratowników medycznych panuje silne przekonanie o pozytywnym wpływie nowoczesnych narzędzi technologicznych na efektywność działania systemu PRM. Ratownicy, pracując na co dzień w warunkach, gdzie każda sekunda ma znaczenie, są świadomi, że technologie usprawniające przepływ informacji, lokalizację najbliższych zasobów systemu czy szybką koordynację działań, mogą mieć kluczowe znaczenie dla poprawy skuteczności działań.

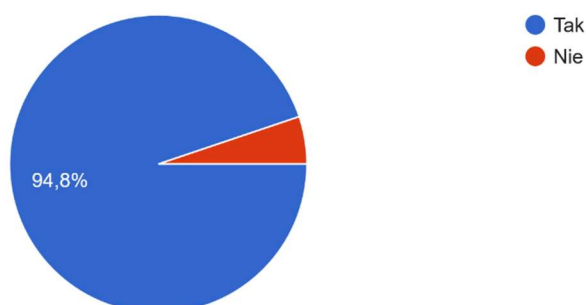
Tylko 7,1% respondentów uznało, że dodatkowe technologie nie wpłynęłyby pozytywnie na czas reakcji. Może to wynikać z obaw dotyczących awaryjności systemów, nadmiernego technologicznego skomplikowania wykonywanych czynności lub nieufności wobec nowych rozwiązań, szczególnie jeśli nie są one odpowiednio przetestowane w realnych warunkach pracy. W tej grupie mogą znajdować się także osoby sceptyczne wobec przeciążania zespołów dodatkowymi narzędziami, które mogłyby odciągać uwagę od pacjenta i działań stricte medycznych. Przygotowanie skutecznych narzędzi cyfrowych wymagałoby więc zapewne wypracowania stałego dialogu architektów systemów z praktykami ZRM.

Pytanie 3 (w części IV) odnosiło się do współpracy między systemem ratownictwa medycznego a innymi służbami, takimi jak straż pożarna czy policja, w kontekście zdarzeń masowych. Respondenci mogli wskazać, czy ta współpraca wymaga poprawy, wybierając jedną z dwóch zamkniętych odpowiedzi: „Tak” lub „Nie”.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 294 respondentów, a „Nie” wybrało 16 osób.

3. Czy współpraca między systemem ratownictwa medycznego w Polsce a różnymi służbami (np. straż pożarna, policja) w obliczu zdarzeń masowych wymaga poprawy?

310 odpowiedzi



Wykres 4.3. 18. Ocena konieczności poprawy współpracy systemu PRM z innymi służbami w perspektywie zdarzeń masowych.

Odpowiedź „Tak” zaznaczyło 94,8% respondentów, natomiast „Nie” wybrało 5,2% uczestników badania.

Zdecydowana większość respondentów (94,8%) uznała, że współpraca systemu ratownictwa medycznego z innymi służbami, takimi jak straż pożarna czy policja, w kontekście zdarzeń masowych wymaga poprawy. Jednoznaczna przewaga odpowiedzi „tak” wskazuje, że w opinii pracowników systemu PRM obecne mechanizmy koordynacji działań pod kątem sytuacji kryzysowych są niewystarczające lub obarczone licznymi trudnościami operacyjnymi.

Do najczęściej sygnalizowanych problemów we współpracy pomiędzy służbami podczas zdarzeń masowych można potencjalnie zaliczyć brak jednolitych procedur, problemy komunikacyjne, niejasny podział kompetencji, a także zbyt wolną wymianę informacji w sytuacjach, które wymagają błyskawicznych decyzji i skoordynowanego działania wszystkich obecnych na miejscu służb. Ratownicy medyczni, funkcjonujący w dynamicznym środowisku zdarzeń masowych, mogą być ponadto niedostatecznie przeszkoleni w zakresie współdziałania z innymi formacjami, co w praktyce przekłada się na trudności podczas realnych działań.

Obszarem wymagającym w opinii respondentów szczególnej poprawy wydaje się być także zarządzanie miejscem zdarzenia, a co za tym idzie, jasne określenie stopni dowodzenia, strefowanie terenu oraz efektywna wymiana informacji operacyjnych pomiędzy służbami. Wskazanie potrzeby poprawy współpracy przez tak dużą grupę respondentów sugeruje, że doświadczenia z dotychczasowych interwencji masowych

wielokrotnie ujawniały niedociągnięcia organizacyjne i brak skutecznych procedur zintegrowanych.

Jedynie 5,2% badanych uznało, że obecna współpraca nie wymaga zmian, co wskazuje, że dla zdecydowanej większości uczestników badania integracja działań służb w kontekście zdarzeń masowych jest jednym z kluczowych obszarów wymagających natychmiastowej poprawy.

Pytanie 4 (w części IV) ankiety dotyczyło propozycji zmian, które zdaniem respondentów mogłyby poprawić warunki pracy w ratownictwie medycznym. Było to pytanie otwarte, w którym respondenci mieli możliwość swobodnego wyrażenia swojej opinii. Wskazano zostaną w tym miejscu również przykładowe odpowiedzi, takie jak:

- „Większe wynagrodzenia”
- „Zmniejszenie obciążeń administracyjnych”
- „Zmniejszenie odpowiedzialności karnej”

Otwarty charakter pytania umożliwić miał zebranie zróżnicowanych opinii i wskazanie praktycznych obszarów wymagających reformy.

Odpowiedzi dotyczące poprawy warunków pracy cechowały się dużą różnorodnością i obejmowały m.in. większe wynagrodzenia, które były najczęściej wskazywaną propozycją. Inne sugestie obejmowały wprowadzenie trzyosobowych składów we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego oraz darmowe szkolenia. Odpowiedzi respondentów na to pytanie brzmiały następująco (zachowano oryginalną pisownię):

- Jasne procedury
- Wszystkie powyższe
- wynagrodzenie, poprawa administracji, nowe leki
- W.w wszystkie kwestie
- Zwiększenie bezpieczeństwa ratowników (ataki na nich)
- 3 osobowe zespoły
- 3 osobowe składy wszystkich ZRM, zmniejszenie odpowiedzialności karnej,
- Wszystkie jw
- Wsparcie prawne, zespoły 3 osobowe, jasne wytyczne i schematy postępowania ujednolicone dla wszystkich, szkolenia finansowane z budżetu publicznego nie prywatnych pieniędzy pracowników PRM, Ratownictwo medyczne jako

oddzielne jednostki funkcjonowania, ujednoczenie wyposażenia w całym kraju, ćwiczenia zagrywającego ze służbami prowadzone w realistycznym odzwierciedleniu do zdarzeń mogących wystąpić w danym rejonie,

- Pomoc psychologiczna
- Poprawa działania systemu POZ który by odciążył system Ratownictwa Medycznego i zmniejszył ilość bezpodstawnych wezwań i niepotrzebnych zgłoszeń pacjentów na SOR - y i Izby Przyjęć
- Większe wynagrodzenie, umowy o pracę
- Większe wynagrodzenie i jednocześnie ograniczenie możliwości dodatkowej pracy na kontraktach. Jeden etat powinien wystarczać na godne życie.
- Zmniejszenie obciążeń administracyjnych
- większe wynagrodzenia, zmniejszenie obciążeń administracyjnych, zmniejszenie odpowiedzialności karnej:)
- Pieniadze
- Jasne prawo. Wprowadzenie algorytmów postępowania, nie wytycznych. Sprawdzanie wiedzy i umiejętności co najmniej raz w roku
- Poprawa w dysponowaniu zespołów ratownictwa medycznego
- Zwiększenie liczby członków ZRM typu P do trzech.
- jasne wytyczne, wsparcie prawne
- Zwiększona wiedza społeczeństwa kiedy trzeba wzywać ZRM i kiedy udać się na SOR a kiedy do POZ lub na nocną i świąteczną opiekę medyczną.
- 3 osobowe podstawowe ZRM
- Zmniejszenie obciążenia ZRM wyjazdami do dziedziny przewidzianej dla POZ
- Większe wynagrodzenia, zmniejszenie obciążeń administracyjnych
- pomoc prawna, większe wynagrodzenie, darmowe szkolenia
- Większe wynagrodzenia
- większe wynagrodzenia, zmniejszenie obciążeń administracyjnych, zmniejszenie odpowiedzialności karnej
- Wsparcie prawne
- Zmniejszenie odpowiedzialności prawnej (patrz wyżej) i rozszerzenie ochrony; możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę (zapis w Ustawie o PRM) – konsultacjom należy poddać ilość przepracowanych lat uprawniających do tego świadczenia, możliwość jednorazowego w trakcie aktywności zawodowej

skorzystania z rocznego płatnego urlopu dla poratowania zdrowia – również zapis w Ustawie o PRM (podobne rozwiązania posiadają chyba nauczyciele); wyłączenie z zadań Systemu PRM wizyt, które mogłyby być realizowane przez POZ/NiŚOZ – patrz wyżej. Szeroko zakrojona kampania społeczna informująca o zadaniach realizowanych przez System PRM. Rzetelna analiza ilości wizyt realizowanych przez ZRMy połączona z aktualizowaniem ilości mieszkańców w rejonie operacyjnym, skutkująca zwiększeniem możliwości utworzenia kolejnych ZRM i ich alokacji przez dysponentów - mówiąc wprost: jeśli dysponent i ratownicy medyczni/dyspozytorzy widzą konieczność zwiększenia ilości ZRMów (i jest to podparte rzetelnymi danymi), propozycje takie nie powinny być blokowane przez MZ/NFZ. Kolejną kwestią jest zwiększenie budżetowania dla Systemu PRM, tak aby powyższe mogło być realizowane. Następnie: wypracowanie konkretnych przepisów dotyczących podmiotów realizujących transporty (nie tylko w zakresie standardu wyposażenia ambulansów i członków tych zespołów, ale również w zakresie oznaczenia i umundurowania. Chodzi o to, żeby zespoły transportowe były łatwe do odróżnienia od ZRM w ramach Systemu PRM. Dla większości społeczeństwa każda „karetka” to „pogotowie ratunkowe”, co często prowadzi do nieporozumień i przekłamań (np. w przekazach medialnych).

- Większe wynagrodzenie
- Emerytura mundurowa, wynagrodzenie, pomoc psychologiczna
- wprowadzenie procedur postępowania aby każdy ratownik na każdej wizycie mógł postąpić tak samo dopiero po wyczerpaniu procedur indywidualne zastosowanie wiedzy i umiejętności, wprowadzenie procedur przyjmowania dla 999 aby mogli spokojnie pracować przyjmując wezwanie dla ZRM
- Większe wynagrodzenie zmniejszenie obciążeń administracyjnych zmniejszenie odpowiedzialności karnej
- większe wynagrodzenie
- Jasne i klarowne zasady dotyczące bezpieczeństwa ratowników medycznych.
- większe wynagrodzenia, zmniejszenie obciążeń administracyjnych, zmniejszenie odpowiedzialności karnej)

Analiza odpowiedzi udzielonych w pytaniu 4, dotyczącym propozycji zmian mających na celu poprawę warunków pracy w systemie ratownictwa medycznego,

wskazuje na kilka dominujących postulatów, które powtarzały się w wypowiedziach respondentów. Najczęściej wskazywaną potrzebą było zwiększenie wynagrodzeń, co ocenić należy jako zasadne w kontekście intensywnej i mocno eksploatującej pracy ratowników medycznych, obciążonej dużą odpowiedzialnością, presją czasu i ryzykiem zawodowym. Wiele osób wprost zaznaczało, że aktualne wynagrodzenie nie odzwierciedla skali trudności i odpowiedzialności tej pracy, co prowadzi do konieczności podejmowania dodatkowych dyżurów lub pracy kontraktowej, aby zapewnić sobie stabilność finansową.

Drugim silnie akcentowanym postulatem było zmniejszenie obciążeń administracyjnych. Ratownicy wskazywali, że biurokratyczne obowiązki, takie jak niezwykle szczegółowa dokumentacja medyczna, rozbudowane raporty wyjazdowe (Karta Medycznych Czynności Ratunkowych i Karta Zlecenia Wyjazdu) oraz inne formalności zabierają zbyt dużo czasu, który mogłyby zostać przeznaczone na rzeczywistą pomoc pacjentom. Wielu respondentów zwracało uwagę, że przeregulowanie systemu dokumentacji odbija się negatywnie na jakości pracy i zwiększa frustrację wśród zespołów. Wprowadzenie tabletów jako elementu wyposażenia ambulansów wpłynęło pozytywnie na przejrzystość dokumentacji wyjazdowej oraz możliwość jej udostępniania w czasie rzeczywistym, skomplikowało jednak w znacznym stopniu proces ich wypełniania, wydłużając jednocześnie czas potrzebny na odpowiednie dopełnienie formalności.

Na trzecim miejscu znalazła się potrzeba zmniejszenia odpowiedzialności karnej ponoszonej przez ratowników medycznych. Respondenci często wskazywali na brak jednoznacznych procedur i nieprecyzyjne przepisy, które sprawiają, że każda decyzja medyczna – zwłaszcza w trudnych sytuacjach – może skutkować konsekwencjami prawnymi dla osób ją podejmujących. Lęk przed odpowiedzialnością karną dodatkowo zwiększa stres towarzyszący wykonywaniu obowiązków oraz wywołuje u pracowników SRM przekonanie, że system pozostawia ratowników medycznych w pewnym sensie bez realnego wsparcia w przypadku interwencji podlegających dyskusji lub późniejszej analizie krytycznej.

Wielu respondentów wskazało także na potrzebę wprowadzenia trzyosobowych zespołów ratowniczych jako standardu w karetkach podstawowych. Taki postulat wynika z faktu, że praca w dwuosobowym zespole jest szczególnie obciążająca fizycznie i psychicznie, zwłaszcza w sytuacjach wymagających udzielania świadczeń podczas transportu pacjenta do SOR/CU, prowadzenia zaawansowanych zabiegów

reanimacyjnych czy innych istotnych procedur medycznych. Trzeci członek zespołu mógłby zapewnić niezbędne wsparcie, jak również zwiększyć bezpieczeństwo oraz efektywność interwencji. Nie bez znaczenia pozostaje jego potencjalna rola w transporcie poszkodowanego do karetki.

Stosunkowo często powtarzała się wśród respondentów także potrzeba jasnych i jednolitych procedur postępowania – zarówno w zakresie prowadzenia interwencji medycznych, jak i współpracy z innymi służbami. Badani sygnalizowali, że obecny system ratownictwa medycznego pozostawia zbyt dużą przestrzeń na interpretację przepisów, co prowadzi w konsekwencji do niejednolitej praktyki i niepewności decyzyjnej wśród członków ZRM.

Potrzeba wsparcia psychologicznego, która pojawiała się w odpowiedziach, wskazuje, że ratownicy medyczni są świadomi obciążeń emocjonalnych swojej pracy, jednak obecnie braku im realnego dostępu do profesjonalnej pomocy psychologicznej. Respondenci podkreślali, że traumatyczne interwencje, kontakt z tragedią i śmiercią, a także permanentny stres wymagają regularnego wsparcia specjalistów, aby zapobiegać wypaleniu zawodowemu i pogarszaniu zdrowia psychicznego.

Kolejne istotne postulaty obejmowały też poprawę bezpieczeństwa ratowników podczas interwencji – w okresie bezpośrednio poprzedzającym powstawanie niniejszej pracy miały miejsce ataki fizyczne na ratowników medycznych wykonujących swoje obowiązki, włącznie z zabójstwem członka ZRM. Badani sygnalizowali również potrzebę ograniczenia nieuzasadnionych wezwań, reformy systemu POZ (mającej na celu odciążenie systemu PRM) oraz zapewnienia darmowych szkoleń finansowanych ze środków publicznych. Wśród odpowiedzi znalazły się również głosy wskazujące na konieczność przemyślanego zwiększenia liczby ZRM oraz rozszerzenia kampanii społecznych dotyczących prawidłowego korzystania z zasobów państwowego ratownictwa medycznego.

Zebrane opinie pokazują, że ratownicy medyczni oczekują kompleksowej reformy, która obejmie zarówno kwestie wynagrodzeń, struktury zespołów, obciążeń biurokratycznych, odpowiedzialności prawnej, jak i wsparcia psychologicznego i systemowego. Wskazane przez nich zmiany nie są wyłącznie pojedynczymi postulatami, lecz spójnie opisują systemowe zagadnienia, które bezpośrednio wpływają na kształt ratownictwa medycznego Rzeczypospolitej Polskiej. Wprowadzenie sugerowanych zmian mogłoby nie tylko poprawić komfort pracy samych ratowników, ale także zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów.

Ankieta została zakończona podziękowaniem dla respondentów oraz dobrowolnym pytaniem otwartym, brzmiącym: *Dziękuję za wypełnienie ankiety! Jeśli masz dodatkowe uwagi, zapraszam do ich wpisania poniżej.* Intencją uwzględnienia tego elementu było stworzenie przestrzeni dla uczestników badania do wyrażenia indywidualnych opinii, doświadczeń oraz sugestii dotyczących funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, które mogłyby nie mieścić się w ramach wcześniej zadanych pytań. Oczekiwano, że pytanie otwarte umożliwi zebranie jakościowych danych poszerzających kontekst analizy oraz pozwoli na uchwycenie istotnych aspektów, które mogły zostać pominięte w strukturze pytań zamkniętych.

Analiza zgromadzonych odpowiedzi wykazała jednak, że większość z nich odnosiła się do kwestii technicznych dotyczących samego formularza ankiety, sugestii związanych z jego konstrukcją lub miała charakter ogólnych komentarzy i pozdrowień, co czyni je nieistotnymi z metodologicznego punktu widzenia. Wśród zgłoszonych uwag znalazły się m.in. propozycje zmian w zakresie możliwości wielokrotnego wyboru odpowiedzi w wybranych pytaniach, sugestie dotyczące zwiększenia anonimowości ankiety oraz pojedyncze wypowiedzi dotyczące indywidualnych (nieposiadających merytorycznego charakteru) poglądów na temat organizacji systemu ratownictwa. Pojawiły się również odpowiedzi niemające bezpośredniego związku z tematyką badania, w tym życzenia powodzenia dla autora narzędzia badawczego czy podziękowania za możliwość udziału w ankiecie.

Treści zawarte w dziale „Uwagi dodatkowe” nie spełniają kryteriów pozwalających na ich systematyczne opracowanie i wyciągnięcie spójnych wniosków. W związku z tym podjęto decyzję o ich pominięciu przy dalszej analizie wyników.

4.4. Systemowa interpretacja wyników badania ankietowego w perspektywie funkcjonowania państw

Przeprowadzone badanie empiryczne umożliwia analizę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jako modelu praktycznej realizacji polityki publicznej państwa w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Zebrany przez Autora materiał badawczy pozwala wyjść poza poziom deklaracyjnych ocen respondentów i zaprezentować rzeczywiste mechanizmy funkcjonowania systemu, które możliwe są do zaobserwowania jedynie podczas praktycznej realizacji jego założeń programowych. W

tym sensie badanie nie jest jedynie raportem, podsumowującym subiektywne odczucia oraz refleksje pracowników systemu, lecz może stanowić źródło wiedzy o faktycznej zdolności państwa do realizacji obowiązku ochrony zdrowia i życia obywateli, wynikającego z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Z perspektywy nauk o polityce najistotniejsze znaczenie wydaje się mieć fakt, że system PRM funkcjonuje w warunkach trwałego stanu napięcia pomiędzy przyjętymi na drodze legislacyjnej założeniami normatywnymi a realnymi uwarunkowaniami organizacyjnymi. Państwo polskie stworzyło ramy prawne oraz instytucjonalne, teoretycznie umożliwiające jednolite i komplementarne funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego na poziomie ogólnokrajowym, jednak przeprowadzone badanie wykazuje, że skuteczność tych rozwiązań opiera się w dużej mierze na dodatkowych regulacjach dysponentów jednostek, nie zaś na spójności i komplementarności przyjętego modelu zarządzania.

Analiza odpowiedzi respondentów wskazuje przede wszystkim, że system PRM osiąga względną stabilność operacyjną (rozumianą jako zdolność do nieprzerwanego świadczenia usług ratowniczych) także i w warunkach podwyższonego obciążenia – a tym samym wypełnia swoją podstawową rolę. Zdolność ta zdaje się jednak nie być wynikiem optymalnego zaprojektowania systemu, lecz raczej wynikiem ciągłego dostosowywania się jego uczestników do zmiennych, często niesprzyjających warunków organizacyjnych. W ujęciu właściwym dla nauk politycznych oznacza to, że państwo utrzymuje względną sprawność i stabilność systemu kosztem wywierania zwiększonej presji na poziom wykonawczy – jednostki zarządzające systemem w poszczególnych placówkach.

Szczególnie niepokojący jest fakt, że przeciążenie systemu ratownictwa medycznego nie ma charakteru incydentalnego ani wyłącznie kryzysowego. Badanie wykazuje, że jest ono zaimplementowane w strukturę systemu PRM i wynika z przyjętej logiki zarządzania państwową polityką zdrowotną. System ratownictwa staje się tym samym narzędziem kompensującym niedoskonałości innych segmentów ochrony zdrowia, co prowadzi do jego stopniowej degradacji z wyspecjalizowanego narzędzia reagowania kryzysowego w uniwersalny mechanizm awaryjny.

W tym kontekście system PRM należy postrzegać jako element szerszej architektury bezpieczeństwa narodowego, którego rola została w praktyce znacząco rozszerzona poza pierwotne założenia ustawowe. Badanie wykazuje, że państwo wykorzystuje ratownictwo medyczne jako rodzaj systemowego bufora, umożliwiającego

utrzymanie względnie akceptowalnego społecznie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, tym samym unikając konieczności rozwiązywania strukturalnych problemów organizacyjnych w innych obszarach polityki zdrowotnej. Respondenci, charakteryzując codzienne funkcjonowanie systemu, wskazują jednoznacznie, że PRM regularnie przejmuje zadania, które w założeniu powinny być realizowane przez inne jednostki ochrony zdrowia. Państwowe ratownictwo medyczne w praktyce pełni więc rolę instytucji „ostatniego kontaktu”, niwelującej skutki niewydolności pozostałych elementów systemu. Państwo reaguje na pojawiające się problemy, rozszerzając zakres faktycznych zadań PRM, nie podejmując prób bezpośredniego korygowania źródeł dysfunkcji. W efekcie ratownictwo medyczne staje się narzędziem utrzymywania pozornej stabilności systemu ochrony zdrowia, to zaś pozwala odraczać konieczność przeprowadzania kosztownych i potencjalnie trudnych reform.

Badanie ujawnia też, że taka kompensacyjna rola PRM prowadzi do trwałego przeciążenia systemu, które, ku zaskoczeniu Autora, nie jest postrzegane jako stan o charakterze nadzwyczajnym i tymczasowym, lecz raczej jako element codziennej praktyki. Wskazane przeciążenie ma charakter zdecydowanie strukturalny i wynika z decyzji podejmowanych na poziomie politycznym oraz administracyjnym, a nie z bezpośredniego działania wykonawców systemu. W tym kontekście system ratownictwa medycznego ponosi konsekwencje własnej skuteczności, gdyż jego zdolność do adaptacji maskuje rzeczywiste deficyty organizacyjne.

Istotnym elementem tej analizy staje się również kwestia odpowiedzialności. Państwo, rozszerzając faktyczny zakres zadań systemu PRM, nie dokonuje jednocześnie adekwatnego rozszerzenia instrumentów wsparcia organizacyjnego, prawnego i kadrowego. Odpowiedzialność za skutki przeciążenia systemu zostaje przeniesiona na poziom wykonawczy, co prowadzi do asymetrii pomiędzy zakresem obowiązków a zakresem sprawczości członków ZRM.

Państwo zachowuje kontrolę normatywną nad systemem, jednocześnie programowo ograniczając własną odpowiedzialność za jego faktyczne funkcjonowanie. Badanie wskazuje, że prowadzi to do stopniowego osłabienia zaufania pracowników ratownictwa medycznego do instytucji państwowych oraz wzrostu poczucia niesprawiedliwości systemowej.

Analiza kompensacyjnej roli PRM pozwala zatem spojrzeć na system ratownictwa medycznego nie tylko jako na narzędzie ochrony zdrowia, lecz jako na

element szerszej strategii państwa polegającej na zarządzaniu skutkami, a nie przyczynami problemów obywateli. Taki model, choć funkcjonalny w krótkiej perspektywie, generuje długoterminowe negatywne konsekwencje instytucjonalne.

Kolejnym ważnym obszarem analizy jest sposób zarządzania systemem ratownictwa medycznego, a zwłaszcza relacja między centralnym podejmowaniem decyzji a odpowiedzialnością ponoszona przez osoby wykonujące zadania w terenie. Z odpowiedzi respondentów wynika, że system PRM jest silnie regulowany na poziomie centralnym, natomiast skutki tych decyzji w praktyce ponoszą pracownicy systemu. Taki model prowadzi do napięć organizacyjnych, które w sposób bezpośredni wpływają na sprawność działania.

Z perspektywy nauk politycznych centralizacja ta nie dotyczy wyłącznie formalnych procedur, lecz obejmuje również sposób samego projektowania polityki publicznej w obszarze ratownictwa medycznego. Ustawodawca słusznie dąży do standaryzacji działań, co w założeniu ma sprzyjać równości dostępu do świadczeń oraz kontroli nad systemem. Badanie ujawnia jednak, że standaryzacja ta nie zawsze uwzględnia zróżnicowanie warunków lokalnych, w jakich funkcjonują zespoły ratownictwa medycznego. Jednocześnie bezpośrednia odpowiedzialność za skutki decyzji organizacyjnych i prawnych spoczywa w praktyce na ratownikach medycznych oraz innych pracownikach systemu. W sytuacjach granicznych to właśnie oni podejmują decyzje obarczone wysokim ryzykiem prawnym i moralnym, przy często bardzo ograniczonym wsparciu proceduralnym. W ujęciu systemowym prowadzi to do asymetrii pomiędzy zakresem kontroli państwa a jego realną odpowiedzialnością.

Badanie pokazuje również, że taki sposób zarządzania utrwała raczej doraźne „dostosowywanie się” do problemów, nie wywołując konieczności rozwijania trwałych rozwiązań systemowych. Zamiast opierać doskonalenie systemu na wzmocnieniu i korygowaniu mechanizmów instytucjonalnych, funkcjonowanie PRM coraz bardziej opiera się na doświadczeniu i elastyczności pojedynczych pracowników. W dłuższej perspektywie oznacza to, że sprawność państwowego ratownictwa zależy głównie od pracujących w nim jednostek, a nie od stabilnych rozwiązań organizacyjnych.

Z perspektywy skuteczności polityki zdrowotnej jako polityki publicznej jako szczególnie problematyczny ocenić należy fakt, że centralizacja decyzji nie jest skorelowana z centralizacją wsparcia. Państwo, narzucając jednolite rozwiązania organizacyjne, jednocześnie pozostawia lokalnym podmiotom znacznie ograniczone możliwości ich modyfikacji. Badanie ponad wszelką wątpliwość wykazuje, że brak

elastyczności systemu utrudnia dostosowanie działań ratowniczych do specyficznych potrzeb regionalnych, to zaś ma bezpośredni wpływ na poczucie sprawczości pracowników systemu i zdaje się stanowić pewną formę marnotrawienia ich doświadczeń. W tym ujęciu system PRM można postrzegać jako strukturę, w której większy nacisk kładzie się na procedury i formalne reguły niż na realne warunki realizacji działań ratowniczych. Państwo koncentruje się na kontroli formy funkcjonowania systemu, nie zawsze zapewniając niezbędne narzędzia do skutecznej realizacji określonych zadań. Badanie wskazuje, że taka rozbieżność stanowi jedno z głównych wyzwań dla dalszego funkcjonowania oraz unowocześniania systemu ratownictwa medycznego.

Istotnym wątkiem ujawnionym w badaniu jest również napięcie pomiędzy trwale postępującym procesem profesjonalizacji pracowników ZRM a narastającym u tychże obciążeniem psychospołecznym. Odpowiedzi respondentów wskazują, że państwo sukcesywnie rozszerza zakres kompetencji ratowników medycznych, powierzając im coraz bardziej złożone zadania decyzyjne i zwiększając odpowiedzialność za działania podejmowane w warunkach niepewności. Jednocześnie mechanizmy wsparcia instytucjonalnego nie rozwijają się w takim samym tempie, co prowadzi do powstania istotnej luki systemowej.

Zjawisko to można interpretować jako doskonały przykład asymetrycznej modernizacji polityki publicznej. Państwo inwestuje w zwiększanie efektywności operacyjnej poprzez poszerzanie kompetencji zawodowych, lecz nie zapewnia adekwatnych instrumentów ochrony prawnej, wsparcia organizacyjnego ani stabilnych ram proceduralnych. Badanie jednoznacznie wykazuje, że ciężar radzenia sobie z konsekwencjami takiego stanu rzeczy spoczywa w dużej mierze na jednostkach, a nie na instytucjach. Staje się to szczególnie wyraźne w sytuacjach wymagających podejmowania decyzji o wysokim ciężarze moralnym i prawnym. Wykonawcy obowiązków systemu PRM funkcjonują w warunkach presji czasowej, ograniczonego dostępu do informacji oraz niejednoznacznych regulacji. Państwo zaś, choć w teorii odpowiada zarówno za przyjęty model organizacyjny, jak i za sprawność funkcjonowania państwowego ratownictwa medycznego, w praktyce narzuca jego pracownikom konieczność interpretacji przepisów i ponoszenia konsekwencji ich zastosowania. Badanie wskazuje również, że narastające obciążenie psychospołeczne nie jest z założenia traktowane jako problem systemowy, lecz jako element zwyczajowo wpisany w specyfikę zawodu. Taka narracja sprzyja normalizacji stanu przeciążenia, przy

jednoczesnej marginalizacji potrzeby wsparcia psychologicznego. W dłuższej perspektywie może to prowadzić do kurczenia się kapitału ludzkiego wewnątrz struktur systemu PRM, to zaś stanowić będzie bardzo poważne zagrożenie dla jego przyszłości. W tym kontekście profesjonalizacja PRM jawi się jako proces niepełny. Analiza wyników badania pozwala ponadto dostrzec, że dalsze funkcjonowanie systemu w tym modelu może prowadzić do pogłębiania napięć pomiędzy oczekiwaniami państwa a realnymi możliwościami jego wykonawców.

Ostatni ważny obszar interpretacji wyników przeprowadzonego badania stanowi relacja między sposobem zarządzania sytuacjami kryzysowymi a codziennym funkcjonowaniem państwa. System ratownictwa medycznego został zaprojektowany z myślą o reagowaniu na nagłe zdarzenia, wymagające szybkich decyzji oraz mobilizacji zasobów. Badanie pokazuje jednak, że w praktyce PRM wykonuje dużą część zadań o charakterze rutynowym, co przyczynia się do degeneracji jego podstawowej roli. Należy uznać, że państwo wykorzystuje mechanizmy przeznaczone do reagowania kryzysowego w celu rutynowego rozwiązywania problemów o charakterze strukturalnym. Taki sposób działania pozwala co prawda utrzymać bieżącą stabilność systemu, ale jednocześnie znacząco i trwale ogranicza jego zdolność do skutecznego działania w sytuacjach rzeczywiście nadzwyczajnych. Badanie wskazuje, że nie jest to zjawisko przejściowe, lecz trwały efekt przyjętego sposobu realizacji polityki publicznej.

Badanie pokazuje również, że brak systematycznej refleksji nad funkcjonowaniem PRM utrudnia wyznaczanie racjonalnych kierunków jego modernizacji. Państwo reaguje na problemy fragmentarycznie, koncentrując się na doraźnych korektach, zamiast na całościowym przemyśleniu roli ratownictwa medycznego w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego. W efekcie system podlega ciągłym fluktuacjom, które nie zawsze zwiększają jego odporność, a jednocześnie angażują kapitał ludzki do wdrażania nieustannych modyfikacji.

Z perspektywy nauk o polityce system ratownictwa medycznego może być traktowany jako wskaźnik sprawności państwa w realizacji polityk publicznych. Wysoka sprawność operacyjna PRM nie musi jednak oznaczać wysokiej efektywności państwa, potwierdza jedynie zdolność pracowników systemu do radzenia sobie z jego niedoskonałościami. Wyniki badania świadczą jednak o tym, że trwałość takiego modelu jest ograniczona, a także zależna od czynników, które z założenia nie pozostają pod kontrolą systemu państwowego. W tym ujęciu niniejsza analiza wyników badania nie ma na celu jednoznacznej oceny systemu PRM, lecz stanowi próbę lepszego zrozumienia

mechanizmów wpływających na funkcjonowanie ratownictwa medycznego w Polsce oraz wskazania punktów napięć systemowych obecnych w realizacji polityki bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

Zakończenie

Celem podjętego przez autora niniejszej dysertacji badania była analiza funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce (PRM), zdefiniowanego jako element polityki państwa w obszarze ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Przyjęta w rozprawie perspektywa badawcza pozwoliła spojrzeć na PRM nie tylko jako na katalog skodyfikowanych procedur medycznych, lecz przede wszystkim na złożony system, zależny od decyzji organizacyjnych, regulacji prawnych oraz sposobu zarządzania na poziomie państwa i administracji publicznej. W tym sensie skuteczność ratownictwa medycznego została potraktowana jako rezultat konkretnych rozwiązań systemowych, a nie wyłącznie efekt kompetencji personelu.

Przeprowadzone w pracy analizy pokazują, że PRM realizuje swoje zadania w warunkach stałego napięcia pomiędzy potrzebą szybkiego reagowania na sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia a ramami administracyjnymi, w których funkcjonuje. Z jednej strony system został powołany do obsługi zdarzeń nagłych i z założenia nieprzewidywalnych, z drugiej jednak oparty jest na niedostosowanych do realiów i często anachronicznych regulacjach oraz decyzjach instytucjonalnych. Przepisy, w oparciu o które działa system PRM, nie są skorelowane z realiami pracy w terenie, co ocenić należy jako stan niebezpieczny dla dalszego działania tegoż systemu. Trwałe napięcie, w którym zmuszeni są działać pracownicy PRM, ma bezpośredni wpływ na codzienne funkcjonowanie ZRM oraz na sposób realizacji zadań powierzonych całemu systemowi.

Istotnym założeniem pracy było odejście od uproszczonych ocen wartościujących na rzecz podjęcia próby zrozumienia mechanizmów, które jednoznacznie wpływają na praktyczną efektywność systemu PRM. Analiza obowiązujących regulacji, rozwiązań organizacyjnych, doświadczeń zagranicznych oraz wyników badania empirycznego pozwoliła wskazać zarówno te obszary, w których system działa sprawnie, jak również te, w których pojawiają się trwałe dysfunkcje o charakterze strukturalnym. Problemy te nie mają charakteru incydentalnego, lecz trwałe, wynikają bowiem z błędów w przyjętym modelu funkcjonowania ratownictwa medycznego w Polsce.

W celu syntetycznego ujęcia najważniejszych ustaleń wynikających z przeprowadzonych analiz, Autor postara się przedstawić diagnozę kluczowych problemów systemowych, następnie dokonana zostanie weryfikacja sformułowanych

hipotez badawczych oraz ocena stopnia realizacji celów pracy. Ostatnim elementem tej części Zakończenia będzie refleksja krytyczna, odnosząca się do ograniczeń przeprowadzonych badań oraz zasięgu formułowanych wniosków.

System PRM został zaprojektowany jako wyspecjalizowana struktura przeznaczona do reagowania na nagłe zagrożenia życia i zdrowia. W praktyce jednak zakres jego działania uległ znacznemu i nieprzewidzianemu przez ustawodawcę rozszerzeniu, co ma istotny wpływ na codzienne funkcjonowanie państwowego ratownictwa medycznego w Polsce. Wyniki przeprowadzonych analiz oraz badania ankietowego wskazują, że ZRM coraz częściej realizują interwencje, które nie mają charakteru stanów nagłych i mogłyby, a w zasadzie powinny zostać obsłużone w ramach innych elementów systemu ochrony zdrowia. Taka sytuacja prowadzi do przeciążenia zespołów wyjazdowych oraz drastycznego ograniczenia dostępności zasobów w sytuacjach rzeczywiście wymagających natychmiastowej reakcji.

Jednym z kluczowych problemów systemowych jest brak precyzyjnego i jednoznacznego określenia roli PRM w całym systemie ochrony zdrowia. Ratownictwo medyczne w praktyce pełni funkcję rekompensującą niedomagania innych segmentów opieki zdrowotnej, co skutkuje przenoszeniem na zespoły ratownicze zadań wykraczających nie tylko poza ich pierwotne przeznaczenie, lecz często również poza zawodowe kompetencje członków tych zespołów. Taki sposób funkcjonowania sprzyja utrwalaniu niewłaściwych praktyk, noszących wręcz znamiona pozoracji, a jednocześnie trwale i narastająco osłabia zdolność systemu do realizacji jego podstawowej funkcji, jaką jest szybkie i skuteczne reagowanie w stanach zagrożenia życia.

Istotnym czynnikiem wpływającym na efektywność PRM jest sposób wdrażania zmian organizacyjnych i prawnych. Przeprowadzone analizy wskazują, że reformy systemu ratownictwa medycznego mają bardzo często charakter reaktywny czy wręcz defensywny i są odpowiedzią na konkretne kryzysy lub presję środowiskową. Brakuje natomiast spójnej, długofalowej strategii, która jasno określałaby cele i perspektywy rozwoju systemu oraz sposób ich realizacji. W efekcie kolejne przyjmowane zmiany w legislacji nie zawsze prowadzą do trwałej poprawy funkcjonowania PRM, a w niektórych przypadkach generują wręcz dodatkowe problemy organizacyjne, szczególnie po stronie dysponentów jednostek.

Na codzienną pracę zespołów ratownictwa medycznego istotny wpływ mają również obowiązujące aktualnie regulacje prawne. Wyniki badania empirycznego pokazują, że w wielu obszarach brakuje jasnych i jednoznacznych procedur, które

mogłyby stanowić realne wsparcie dla personelu medycznego. W sytuacjach wymagających szybkiego podejmowania decyzji ratownicy często działają w warunkach niepewności prawnej, co sprzyja przyjmowaniu podejścia zachowawczego i ogranicza elastyczność działania systemu.

Istotnym elementem diagnozy funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jest także ocena wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych i organizacyjnych. Wyniki badania empirycznego pokazują, że potencjał ratowników medycznych oraz innych pracowników systemu nie jest w pełni wykorzystywany. Dotyczy to zarówno zakresu posiadanych przez nich kompetencji, jak i możliwości podejmowania działań wykraczających poza standardowy model pracy zespołów wyjazdowych. W praktyce system PRM opiera się głównie na klasycznych zespołach ratownictwa medycznego, które są coraz bardziej obciążone rosnącą liczbą interwencji – problem ten jednoznacznie ocenić należy jako dynamicznie narastający.

Analiza odpowiedzi respondentów wskazuje również na mocno ograniczone wykorzystanie rozwiązań technologicznych i organizacyjnych, które mogłyby skutecznie wspierać działania ratownicze na wczesnym etapie zdarzenia. Respondenci dostrzegają potencjał narzędzi mobilnych, rozwiązań cyfrowych oraz form wsparcia przedszpitalnego, jednak podkreślają, że bez jasnych zasad i koordynacji na poziomie systemowym rozwiązania te pozostają jedynie w sferze konceptualnej, nie stając się realnym elementem funkcjonowania PRM. W efekcie ciężar odpowiedzialności za skuteczność interwencji nadal spoczywa niemal wyłącznie na zespołach wyjazdowych (w pewnym zakresie także na jednostkach dysponujących).

Wyraźnie zaznacza się także problem przenoszenia odpowiedzialności decyzyjnej na poziom indywidualny. W sytuacjach wymagających szybkiego działania ratownicy często zmuszeni są samodzielnie interpretować przepisy i procedury, co sprzyja nadmiernej asekuracyjności i ogranicza elastyczność podejmowanych decyzji. Taki sposób funkcjonowania systemu nie tylko obniża jego efektywność, lecz także wpływa negatywnie na poziom poczucia bezpieczeństwa wśród zawodowego personelu medycznego.

Przedstawiona diagnoza pozwala stwierdzić, że problemy funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne mają charakter strukturalny i nie wynikają najczęściej z braku kompetencji jednostek pracujących w systemie. Kluczowe bariery dotyczą bezpośrednio organizacji, regulacji prawnych oraz sposobu zarządzania systemem na poziomie państwa. W tym kontekście zasadne staje się pytanie: w jakim

stopniu zaproponowane w pracy rozwiązania organizacyjne, technologiczne i prawne mogą przyczynić się do poprawy efektywności PRM. Odpowiedź na to pytanie wymaga weryfikacji sformułowanych hipotez badawczych, do czego odnosi się kolejna część Zakończenia.

W ramach sformułowanej w pracy hipotezy głównej przyjęto, że wdrożenie odpowiednich rozwiązań organizacyjnych, technologicznych oraz prawnych może przyczynić się do zwiększenia efektywności systemu PRM w Polsce. Przeprowadzone analizy oraz wyniki badania empirycznego pozwalają uznać tę hipotezę za potwierdzoną w sposób warunkowy. Zebrany materiał badawczy wskazuje bowiem, że potencjał usprawnienia funkcjonowania systemu PRM istnieje, jednak jego wykorzystanie zależy od spójności wprowadzanych zmian oraz od zapewnienia jasnych ram organizacyjnych i prawnych. Pojedyncze reformy, niepołączone w kompleksowy, spójny projekt reformy, wprowadzane bez szerszego planu i bez odpowiedniego wsparcia systemowego, nie prowadzą do trwałej poprawy efektywności działania ratownictwa medycznego.

Pierwsza z hipotez pomocniczych dotyczyła zwiększenia przeżywalności pacjentów z nagłym zatrzymaniem krążenia poprzez wprowadzenie systemu ratowników-wolontariuszy reagujących na wezwania za pomocą aplikacji mobilnych. Wyniki badania ankietowego wskazują na wyraźną akceptację tego rozwiązania wśród respondentów. Jest ono postrzegane jako realna szansa na skrócenie czasu dotarcia pomocy BLS (podstawowych zabiegów ratujących życie) do pacjenta, szczególnie w sytuacjach, w których szybka interwencja ma kluczowe znaczenie dla dalszego przebiegu zdarzenia. Jednocześnie respondenci podkreślali, że skuteczność takiego modelu uzależniona jest od określenia precyzyjnych i jednoznacznych zasad współpracy wolontariuszy z profesjonalnymi ZRM oraz od zapewnienia tym pierwszym odpowiedniego przygotowania oraz wsparcia organizacyjnego.

Druga hipoteza pomocnicza odnosiła się do możliwości udzielania przez ratowników medycznych kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy w placówkach publicznych. Wyniki badania wskazują, że rozwiązanie to jest oceniane jako potencjalnie korzystne dla funkcjonowania całego systemu PRM, zwłaszcza w sytuacjach nagłych, gdy szybkie podjęcie działań może mieć istotne znaczenie dla stanu pacjenta. Jednocześnie respondenci jednoznacznie zwracali uwagę na problem odpowiedzialności prawnej. Brak jasnych regulacji w tym zakresie powoduje, że ratownicy medyczni, mimo posiadanych kompetencji, wykazują zasadne obawy przed podejmowaniem działań ratunkowych poza formalnymi ramami systemu.

Trzecia hipoteza pomocnicza dotyczyła możliwości wprowadzenia jednoosobowych zespołów ratowniczych jako wsparcia dla systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wyniki badania empirycznego wskazują, że byłoby to rozwiązanie budzące największe zróżnicowanie opinii wśród respondentów. Nie spotyka się ono z jednoznacznym odrzuceniem, jednak oceniane jest z dużą ostrożnością. Respondenci dostrzegają potencjalne korzyści wynikające z możliwości szybszego dotarcia ratownika na miejsce zdarzenia oraz odciążenia klasycznych ZRM, szczególnie w przypadku interwencji o mniejszym stopniu skomplikowania. Jednocześnie badanie ujawnia liczne obawy związane z wprowadzeniem jednoosobowych zespołów ratowniczych. Najczęściej wskazywane problemy dotyczą bezpieczeństwa ratownika, zakresu jego odpowiedzialności oraz możliwości skutecznego działania w sytuacjach dynamicznych i nieprzewidywalnych. W tym kontekście hipoteza ta nie została jednoznacznie potwierdzona. Wyniki badania pozwalają jednak uznać zasadność rozważenia i przyjęcia tego rozwiązania w formie pilotażowej – jako uzupełnienia istniejącego systemu, a nie jako jego pełnowymiarowego elementu.

Czwarta hipoteza pomocnicza odnosiła się do propozycji wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w podręczne schematy dawkowania leków pediatrycznych. W tym przypadku wyniki badania ankietowego ocenić należy jako wyraźnie spójne i jednoznaczne. Respondenci w zdecydowanej większości ocenili takie rozwiązanie jako potrzebne i realnie zwiększające bezpieczeństwo pacjentów pediatrycznych. Podkreślano, że interwencje z udziałem dzieci wiążą się z dużą presją czasu oraz ryzykiem popełnienia błędu, a dostęp do jasnych i czytelnych schematów dawkowania stanowiłby istotne wsparcie w codziennej pracy. W przeciwieństwie do innych analizowanych rozwiązań, doposażenie w schematy dawkowania leków pediatrycznych nie budziło istotnych kontrowersji ani obaw natury prawnej czy organizacyjnej. Respondenci postrzegali je jako zmianę stosunkowo prostą do wdrożenia, niewymagającą zasadniczej przebudowy systemu, a jednocześnie mogącą przynieść wymierne korzyści w praktyce ratowniczej.

Ostatnia, piąta hipoteza pomocnicza, dotyczyła wprowadzenia jasnych regulacji i wytycznych oraz zapewnienia wsparcia prawnego dla ratowników medycznych w zakresie procedury stwierdzania zgonu pacjenta w karetce pogotowia. Wyniki badania empirycznego w tym obszarze ocenić należy jako jednoznaczne i należące do najsilniejszych w całej analizie. Respondenci w sposób bardzo wyraźny wskazywali na niepewność prawną oraz brak czytelnych procedur jako istotny czynnik wpływający na

sposób podejmowania decyzji w sytuacjach granicznych. Obawy przed ewentualną odpowiedzialnością prawną powodują niepewność w działaniu i skłaniają ZRM do podejmowania czynności, które nie zawsze znajdują uzasadnienie w stanie klinicznym pacjenta.

Uzyskane wyniki pozwalają uznać piątą hipotezę za potwierdzoną. Brak jednoznacznych regulacji w zakresie stwierdzania zgonu realnie wpływa na efektywność funkcjonowania systemu PRM, prowadząc do niepotrzebnego angażowania zasobów oraz obciążenia personelu. Jednocześnie problem ten unaocznia szerszą kwestię przenoszenia odpowiedzialności decyzyjnej z poziomu instytucjonalnego na poziom indywidualny, co jest jedną z powtarzających się kwestii w całościowych wynikach badań.

Z perspektywy realizacji celów pracy należy stwierdzić, że przeprowadzone analizy umożliwiły kompleksową ocenę funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce. Połączenie analizy regulacji prawnych, doświadczeń zagranicznych oraz wyników badania ankietowego pozwoliło na identyfikację kluczowych problemów systemowych oraz ocenę zasadności wybranych kierunków zmian. Cel główny pracy, polegający na analizie systemu PRM oraz ocenie potencjalnych rozwiązań usprawniających jego funkcjonowanie, został tym samym zrealizowany.

Weryfikacja hipotez pomocniczych wykazała, że proponowane rozwiązania różnią się stopniem akceptacji oraz potencjalną prognozowaną skutecznością. Największe poparcie uzyskały zmiany o charakterze organizacyjnym i proceduralnym, które bezpośrednio wspierają codzienną pracę ZRM i nie zwiększają ryzyka po stronie personelu. Rozwiązania wymagające głębszych zmian strukturalnych lub niosące ze sobą większą odpowiedzialność indywidualną oceniane były z większą ostrożnością, co podkreśla decydujące znaczenie roli państwa w tworzeniu jasnych i stabilnych ram funkcjonowania systemu.

Dokonując oceny przeprowadzonych analiz, konieczne jest wskazanie ograniczeń badania oraz granic formułowanych wniosków. Pierwszym z nich jest charakter zastosowanej metody badawczej. Badanie ankietowe opiera się na deklaracjach respondentów, a więc na subiektywnych ocenach osób pracujących w systemie państwowego ratownictwa medycznego. Oznacza to, że uzyskane wyniki nie stanowią bezpośredniego pomiaru skuteczności klinicznej ani wydolności systemu w ujęciu statystycznym, lecz odzwierciedlają doświadczenia i opinie praktyków systemu.

Zastosowany dobór próby miał charakter zaprogramowany i obejmował osoby bezpośrednio zaangażowane w funkcjonowanie PRM. Stanowi to istotną wartość badania, ponieważ pozwala uchwycić problemy widziane z perspektywy profesjonalnych pracowników systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Można jednakże przyjąć, że taki dobór próby ogranicza możliwość ekstrapolacji wyników na całe społeczeństwo lub na inne grupy zawodowe niezwiązane bezpośrednio z ratownictwem medycznym. Zasadne jednak wydaje się pytanie, czy ekstrapolacja taka nie wpłynęłaby na wiarygodność, a więc i celowość badania, którego zadaniem było pozyskanie odpowiedzi od pracowników systemu PRM na pytania dotyczące funkcjonowania tegoż systemu. Niemniej przyjąć należy, że wnioski formułowane na podstawie badania należy odnosić przede wszystkim do grupy zawodowej bezpośrednio związanej z systemem PRM, nie zaś do całego, ogólnie rozumianego, systemu ochrony zdrowia.

Jako kolejne ograniczenie można wskazać brak możliwości odniesienia uzyskanych wyników do danych porównawczych oraz do wskaźników systemowych, takich jak rzeczywiste czasy reakcji, statystyki przeżywalności czy koszty funkcjonowania systemu. Badanie nie miało jednak na celu analizy tych wartości, co oznacza, że formułowane wnioski mają raczej charakter jakościowy i diagnostyczny – pozwalają na identyfikację problemów i wskazanie potencjalnych kierunków zmian, lecz nie umożliwiają jednoznacznej oceny skuteczności poszczególnych rozwiązań w wymiarze ilościowym.

Istotne znaczenie ma również fakt, że oceny respondentów mogą być kształtowane przez ich indywidualne doświadczenia zawodowe, warunki pracy w konkretnym regionie czy bieżącą sytuacją organizacyjną jednostek, w których realizują świadczenia. Wpływ tych czynników należy uwzględnić przy interpretacji wyników, traktując je jako głos praktyków systemu, a nie jako uniwersalny obraz jednolitego i komplementarnego funkcjonowania PRM w całym kraju.

Zdaniem autora wskazane ograniczenia nie podważają ani celowości, ani zasadności przeprowadzonych analiz, choć wyznaczają ramy ich interpretacji. Zastosowaną metodę badawczą określić należy jako adekwatną do analizowanych problemów badawczych, których celem było rozpoznanie kluczowych problemów funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego z perspektywy osób bezpośrednio zaangażowanych w jego działanie. Uzyskane wyniki należy zatem traktować jako materiał diagnostyczny, pozwalający głębiej zrozumieć mechanizmy

systemowe wpływające na efektywność PRM, a nie jako podstawę do formułowania kategoriycznych i bezwzględnie wymiernych ocen ilościowych.

Przeprowadzona analiza pokazuje, że wiele spośród zidentyfikowanych problemów ma charakter strukturalny, tym samym nie może być rozwiązanych wyłącznie poprzez działania podejmowane na poziomie pojedynczych zespołów ratownictwa medycznego. Ograniczenia prawne, niejednoznaczność procedur oraz brak spójnej strategii rozwoju systemu stanowią czynniki, które wykraczają poza kompetencje personelu medycznego i wymagają decyzji podejmowanych na poziomie państwa. W tym sensie wyniki badania wskazują nie tylko na problemy operacyjne, lecz także na szersze uwarunkowania instytucjonalne wpływające na funkcjonowanie PRM.

Refleksja krytyczna nad zakresem i charakterem przeprowadzonych badań pozwala również lepiej zrozumieć granice formułowanych wniosków. Analiza nie wyczerpuje wszystkich możliwych aspektów funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, a zaproponowane rozwiązania nie stanowią zamkniętego katalogu działań. Dysertacja koncentruje się na wybranych obszarach, które z perspektywy przeprowadzonych badań okazały się szczególnie istotne, pozostawiając jednocześnie przestrzeń do dalszych analiz i pogłębionych badań empirycznych.

Tym samym część analityczna Zakończenia zamyka całość rozważań dotyczących problemów i wyzwań funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce, tworząc jednocześnie spójną podstawę do dalszych refleksji nad możliwymi kierunkami jego rozwoju.

W oparciu o przeprowadzoną analizę można wskazać prawdopodobny kierunek rozwoju systemu PRM w przypadku utrzymania obecnych uwarunkowań organizacyjnych, prawnych i decyzyjnych. Przyjęte założenie ciągłości obowiązujących rozwiązań oraz brak zasadniczej zmiany w sposobie zarządzania systemem na poziomie państwa pozwalają opisać możliwe konsekwencje takiego stanu rzeczy.

Najbardziej prawdopodobnym scenariuszem rozwoju jest dalsze przeciążanie ZRM i dyspozytorni medycznych. W sytuacji braku wyraźnego oddzielenia zadań nagłych od interwencji niepilnych system PRM będzie nadal przejmował funkcje innych elementów systemu ochrony zdrowia. Oznacza to utrzymywanie się wysokiej liczby wezwań oraz wyjazdów, które nie odpowiadają zadaniom, dla których utworzono struktury systemu ratownictwa medycznego, a jednocześnie znacząco ograniczają jego zdolność do szybkiego reagowania w stanach bezpośredniego zagrożenia życia.

W wymiarze organizacyjnym można spodziewać się kontynuacji działań o charakterze reaktywnym. Zmiany w funkcjonowaniu PRM będą najprawdopodobniej wprowadzane w odpowiedzi na bieżące kryzysy, zdarzenia medialne lub presję środowiskową, a nie jako element spójnej strategii długofalowej. Taki sposób zarządzania legislacją sprzyja fragmentaryzacji reform oraz utrwalaniu rozwiązań doraźnych, które z definicji nie mogą rozwiązać problemów systemowych, usuwając ich przyczyny, lecz jedynie łagodzić ich skutki.

W obszarze regulacji prawnych prawdopodobne jest dalsze utrzymywanie się trendu dotyczącego bezpiecznej dla ustawodawcy niejednoznaczności przepisów w kluczowych obszarach pracy ZRM. Brak jasnych procedur, szczególnie w sytuacjach granicznych, będzie nadal przenosił ciężar odpowiedzialności decyzyjnej na poziom indywidualny. W konsekwencji można oczekiwać utrzymywania się zachowawczego modelu działania pracowników systemu PRM – w którym to modelu decyzje podejmowane są nie tylko w oparciu o ocenę stanu pacjenta, lecz także z uwzględnieniem ryzyka rosnącej odpowiedzialności prawnej.

W perspektywie kadrowej utrzymanie obecnych trendów może prowadzić do dalszego wzrostu przemęczenia i frustracji personelu systemu PRM. Przeciążenie pracą wykraczającą poza założenia kształcenia, poczucie braku wsparcia instytucjonalnego oraz ograniczona przewidywalność warunków pracy mogą wpływać na obniżenie poziomu poczucia satysfakcji zawodowej oraz nasilać problemy związane z rotacją kadr. Zjawiska te nie muszą prowadzić do załamania funkcjonowania systemu, jednak mogą stopniowo osłabiać jego efektywność operacyjną.

W odniesieniu do rozwiązań technologicznych i organizacyjnych można przewidywać ich dalsze funkcjonowanie w formie rozproszonej i niesystemowej. Inicjatywy oparte na wprowadzaniu nowych technologii, wolontariacie czy rozszerzaniu zakresu kompetencji ratowników będą pojawiały się punktowo, bez jednolitych zasad i bez trwałego umocowania instytucjonalnego. W efekcie ich wpływ na funkcjonowanie całego systemu pozostanie ograniczony, a odpowiedzialność za ich skuteczność będzie w dużej mierze przenoszona na poziom lokalny.

Istotnym czynnikiem, który w najbliższych latach może dodatkowo obciążać system PRM, będą także zmieniające się dynamicznie uwarunkowania społeczne i epidemiologiczne. Doświadczenia państw zachodnich, w szczególności Stanów Zjednoczonych, wskazują na dynamiczny wzrost liczby zatruć i przedawkowań substancji psychoaktywnych, w tym opioidów syntetycznych. Choć skala tego zjawiska

w Polsce pozostaje obecnie ograniczona, można spodziewać się stopniowego przenoszenia podobnych trendów również do krajowego systemu ochrony zdrowia. W konsekwencji PRM może być coraz częściej angażowane w interwencje związane z ostrymi zatruciami, wymagające szybkiego działania w warunkach niepełnej informacji i podwyższonego ryzyka dla personelu. Obecnie tego typu sytuacje mają w Polsce charakter incydentalny, co dodatkowo podkreśla potencjalną skalę wyzwań w przypadku ich upowszechnienia.

Równolegle warto wskazać na rosnące wyzwania związane z bezpieczeństwem biologicznym. W Polsce od kilku lat obserwowany jest wyraźny wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń wirusem HIV, a dane z ostatnich lat potwierdzają wyraźne utrzymywanie się tej tendencji. W praktyce oznacza to zwiększenie liczby interwencji systemu PRM, w których ratownicy medyczni mają kontakt z pacjentami obciążonymi chorobami zakaźnymi, co przy braku realnych doświadczeń systemowych i odpowiedniego przygotowania może prowadzić do wzrostu stresu oraz obniżenia poczucia bezpieczeństwa pracy.

Kolejne potencjalne wyzwanie o charakterze zewnętrznym stanowi napływ do Polski osób z doświadczeniem wojennym, w tym żołnierzy oraz cywilów dotkniętych traumą konfliktu zbrojnego. W sytuacjach nagłych, nierzadko potęgowanych przez alkohol, uraz lub inne czynniki stresowe, osoby te mogą przejawiać zachowania nieprzewidywalne lub agresywne. Tego rodzaju interwencje stanowią nowy typ zdarzeń, z którym system PRM w dotychczasowej skali nie musiał się mierzyć, a który wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla członków ZRM.

W szerszej perspektywie należy również uwzględnić pogarszające się otoczenie bezpieczeństwa międzynarodowego. Ryzyko konfliktu zbrojnego w regionie, nawet jeśli pozostaje jedynie scenariuszem potencjalnym, oznacza konieczność przygotowania systemów cywilnych na funkcjonowanie w warunkach zwiększonego zagrożenia. W tym kontekście państwowe ratownictwo medyczne może zostać zaangażowane w działania zbliżone do elementów ratownictwa taktycznego, mimo że nie jest do tego obecnie systemowo przygotowane. Brak doświadczeń i adekwatnych procedur w tym zakresie może w przyszłości stanowić kolejne krytyczne obciążenie dla systemu.

Wszystkie te czynniki wskazują, że najbardziej prawdopodobny kierunek rozwoju systemu PRM obejmuje nie tylko utrzymanie dotychczasowych problemów organizacyjnych i prawnych, lecz także stopniowe poszerzanie spektrum zagrożeń, z którymi zespoły ratownictwa medycznego będą musiały się mierzyć. Zmiany te mogą

prowadzić do dalszego wzrostu presji operacyjnej, psychicznej i prawnej na personel ZRM oraz dysponentów, przy jednoczesnym braku adekwatnego dostosowania systemowego.

Podsumowując, najbardziej prawdopodobny scenariusz rozwoju systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego zakłada utrzymanie obecnego modelu funkcjonowania, charakteryzującego się stosunkowo wysoką odpornością na kryzysy, lecz z ograniczoną zdolnością do długofalowego planowania i systemowej poprawy efektywności. System będzie nadal opierał się na zaangażowaniu i kompetencjach personelu medycznego, przy jednoczesnym utrzymywaniu strukturalnych barier organizacyjnych i prawnych, które ograniczają możliwość pełnego wykorzystania jego potencjału.

Na tle zarysowanych powyżej prawdopodobnych kierunków rozwoju zasadne staje się wskazanie pożądanых rozwiązań, które mogłyby poprawić funkcjonowanie systemu PRM. Jednym z kluczowych warunków poprawy funkcjonowania państwowego ratownictwa medycznego powinna być realna poprawa dostępności ZRM dla zdarzeń nagłych. Obecnie stosowana dynamiczna dyslokacja zespołów, choć zdecydowanie zasadna i racjonalna z punktu widzenia zarządzania zasobami, w warunkach przeciążenia zgłoszeniami prowadzi do czasowego „zanikania” zabezpieczenia terenowego. W praktyce oznacza to sytuacje, w których ZRM realizuje długotrwałą interwencję o niskiej pilności, a obsługiwany przez niego rejon pozostaje bez bezpośredniego zabezpieczenia. W pożądanym modelu systemowym konieczne byłoby takie rozłożenie odpowiedzialności za pacjentów nieznajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, aby ZRM mogły być w większym stopniu dostępne dla zdarzeń rzeczywiście krytycznych.

W tym kontekście istotny kierunek zmian powinna stanowić systemowa poprawa wydolności POZ oraz bardziej czytelne określenie jej roli wobec pacjentów niewymagających nagłej interwencji ratunkowej. Źródłem przeciążenia systemu PRM nie jest w tym przypadku zakres kompetencji lekarzy POZ, lecz strukturalne ograniczenia funkcjonowania polskiej podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: niedobory kadrowe, wysoka liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza oraz ograniczona dostępność świadczeń *na cito*. W efekcie znacząca część problemów zdrowotnych, które mogłyby zostać rozwiązane poza systemem ratownictwa, trafia do PRM jako rutynowego rozwiązania zastępczego.

Pożądanym kierunkiem zmian byłoby stopniowe tworzenie takich modeli organizacyjnych, które umożliwiałyby większą ciągłość opieki nad pacjentem, przy jednoczesnym realistycznym uwzględnieniu dostępnych zasobów kadrowych. Oznaczałoby to raczej konieczność udoskonalenia koordynacji pomiędzy POZ, opieką ambulatoryjną i leczeniem szpitalnym, nie zaś przeniesienie dodatkowych obowiązków na już przeciążonych lekarzy tzw. pierwszego kontaktu.

Kolejnym istotnym obszarem wymagającym pilnych zmian jest także organizacja dyspozytorni medycznych oraz konieczność wyraźnej modernizacji procesu decyzyjnego dyspozytorów. W pożądanym modelu funkcjonowania PRM powinny istnieć jaśniejsze i bardziej zobowiązujące kryteria wezwań, w których dyspozytor medyczny nie tylko może, ale wręcz powinien odmówić wysłania ZRM. Tego rodzaju rozwiązanie wymagałoby szerokiej akceptacji społecznej oraz jednoznacznego wsparcia instytucjonalnego – tak, aby decyzje dyspozytorskie nie były podejmowane pod presją poniesienia potencjalnych konsekwencji, lecz w oparciu o jasno określone zasady.

Pożądanym kierunkiem rozwoju systemu byłoby również stworzenie stałego całodobowego zaplecza konsultacyjnego dla kierowników ZRM. Funkcja lekarza medycyny ratunkowej dostępnego w trybie telekonsultacji mogłaby stanowić realne wsparcie decyzyjne w sytuacjach przekraczających standardowe kompetencje lub doświadczenia ZRM. Obecnie możliwości konsultacyjne są ograniczone do wybranych procedur, podczas gdy zakres odpowiedzialności pracowników PRM systematycznie się poszerza.

W tym kontekście konieczna wydaje się refleksja nad dalszą ewolucją zawodu ratownika medycznego. Rosnący zakres uprawnień i obowiązków powoduje, że ratownicy obciążani są procedurami coraz bardziej złożonymi, obejmującymi elementy chociażby wstępnej diagnostyki neurologicznej, kardiologicznej, psychiatrycznej czy nawet położniczej (w przypadku porodu nagłego). W pożądanym modelu systemowym należałoby rozważyć wprowadzenie wyraźniejszej hierarchizacji kompetencji (opartej na doświadczeniu zawodowym, dodatkowych kursach lub specjalizacjach), tak aby zakres wykonywanych i wymaganych czynności był adekwatny do poziomu przygotowania.

Istotnym elementem poprawy bezpieczeństwa pracy zespołów ratownictwa medycznego powinna być również lepsza ochrona ich danych osobowych. W warunkach częstych interwencji w środowiskach obciążonych agresją, przemocą lub zaburzeniami psychicznymi zasadne wydaje się stosowanie oznaczeń identyfikacyjnych opartych na

numerach służbowych, przy jednoczesnym zachowaniu możliwości ustalenia tożsamości członka ZRM w trybie formalnym i kontrolowanym.

Kolejny, pożądanym zdaniem Autora kierunek zmian, stanowi zwiększenie elastyczności w zakresie transportu pacjentów pediatrycznych w stanie ciężkim. Obowiązujące rozwiązania zakładają przewóz nieletnich wyłącznie do placówek dysponujących odpowiednimi oddziałami pediatrycznymi, co w warunkach dużych odległości i ograniczonej dostępności takich jednostek może znacząco wydłużać czas udzielenia pomocy szpitalnej – w obecnej praktyce ZRM mija obecnie poszczególne szpitale „dla dorosłych”, próbując jak najszybciej dotrzeć do właściwej placówki. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia możliwość przekazania dziecka do najbliższego szpitala dysponującego dowolną izbą przyjęć lub SOR, w celu stabilizacji stanu zdrowia, a następnie realizacji transportu międzyszpitalnego, mogłaby ograniczyć ryzyko związane z długotrwałym transportem przedszpitalnym.

Równolegle konieczne wydaje się uporządkowanie dostępności oddziałów ratunkowych dla pacjentów zgłaszających się samodzielnie. Czytelne oznakowanie, jasna informacja oraz edukacja społeczna dotycząca zasad funkcjonowania SOR mogłyby ograniczyć nieporozumienia i napięcia związane z postrzeganą jako „uprzywilejowana” rolą ZRM w procesie przyjęcia pacjenta.

Wreszcie, pożądanym kierunkiem rozwoju systemu byłoby jednoznaczne odseparowanie opieki nad pacjentami dla placówek takich jak domy pomocy społecznej czy zakłady opiekuńczo-lecznicze od systemu państwowego ratownictwa medycznego. Wskazane jednostki, zgodnie ze swoim przeznaczeniem, powinny we własnym zakresie zapewniać podstawową opiekę medyczną swoim podopiecznym, a angażowanie ZRM w interwencje niemające charakteru ratunkowego prowadzi do dalszego przeciążania systemu.

Przeprowadzone w pracy analizy pozwoliły na wielowymiarową ocenę funkcjonowania systemu państwowego ratownictwa medycznego w Polsce, postrzeganego jako element polityki państwa w obszarze ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Połączenie analizy regulacji prawnych, rozwiązań organizacyjnych oraz wyników badania empirycznego umożliwiło identyfikację kluczowych mechanizmów wpływających na efektywność systemu PRM oraz napięć, które towarzyszą jego codziennemu funkcjonowaniu.

Wyniki niniejszej pracy wskazują, że zasadnicze problemy państwowego ratownictwa medycznego mają charakter strukturalny i nie wynikają z ogólnego braku

kompetencji personelu medycznego. Decydujące znaczenie mają tu uwarunkowania organizacyjne, prawne oraz sposób zarządzania systemem na poziomie państwa. W takim znaczeniu PRM funkcjonuje w warunkach stałego przeciążenia, które jest efektem zarówno rozszerzania zakresu jego zadań, jak i niedostatecznej koordynacji z innymi elementami systemu ochrony zdrowia.

Bibliografia

Publikacje zwarte:

1. Andres J. (red.), *Wytyczne resuscytacji 2010*, Kraków 2010.
2. Biniak-Pieróg M., Zamiar Z., *Organizacja systemów ratownictwa*, Wrocław 2013.
3. J. Ciećwierz, *Zarys dziejów ratownictwa medycznego w Polsce*, Warszawa 2005.
4. Danielak-Chromać M. Dobrowolska B., Roguska A., *Wolontariat w teorii i praktyce*, Siedlce 2010.
5. Dąbrowa R., Dąbrowa P., *Szkolenie w ochotniczej straży pożarnej w ciągu lat*, Wrocław 2018.
6. Dmowski R., *Zarys dziejów ratownictwa medycznego*, [w:] *Edukacja i wychowanie dla bezpieczeństwa w przeszłości i współcześnie*, S. Jaczyński, A. Araucz-Boruc, G. Wierzbicki (red.), Siedlce 2015.
7. M. Dudziński, *Historia polskiego ratownictwa medycznego*, Warszawa 2012.
8. Filaber J., *Działania ratownicze ochotniczych straży pożarnych podczas akcji ratowniczych organizowanych i prowadzonych przez Państwową Straż Pożarną*, Wrocław 2018.
9. Furtak-Niczyporuk M., Drop B., *Efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne*, [w] *Efektywność zarządzania organizacjami publicznymi i jej pomiar*, A. Frączkiewicz-Wronka (red.), Katowice 2013.
10. Golinowska S., *Systemy ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej*, Warszawa 2016.
11. Gromek P., *Ratownictwo w ochronie ludności. Istota, system, kierunki rozwoju*, Warszawa 2015.
12. Grycner S., *Polityka zdrowotna*, Warszawa 2019.
13. Haczyński J., Skrzypczak Z. (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Przegląd współczesnych problemów systemu opieki zdrowotnej*, Warszawa 2022.
14. Karski J., Nogalski A., *Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej*, [w:] *Medycyna ratunkowa i katastrof*, (red.) Zawadzki A., Warszawa 2007.
15. Kitler W., *System bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej. Podstawy prawne, organizacyjne i funkcjonalne*, Warszawa 2011.
16. Kleszczyński J., Zawadzki M., *Leki w ratownictwie medycznym*, Wrocław 2015.

17. Konieczny J., *Bezpieczne miasto w zagrożeniach środowiskowych: ochrona ludności i ratownictwo*, Poznań 2016.
18. Konieczny J., Ranecki J., *Ratownictwo chemiczno-medyczne*, Poznań–Warszawa 2007.
19. Konieczny J., *Ratownictwo w Polsce: lata 1990–2010*, Inowrocław 2010.
20. Konieczny J., *Ratownik medyczny – problemy edukacyjne i organizacyjno-prawne*, Poznań 2006.
21. Konieczny J., Schroeder M., *Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy w latach 1995–2015. Postępy organizacyjno-prawne, logistyczne i taktyczno-ratownicze*, Poznań 2015.
22. Konieczny J., Schroeder M., *Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy w latach 1995–2015. Postępy w ratownictwie medycznym, epidemiologii i medycynie sądowej*, Poznań 2015.
23. Konieczny J., *Studia i materiały do dziejów ratownictwa medycznego w Polsce. Część pierwsza do 1939 r.*, Poznań 2008.
24. Koziej S., *Teoria i praktyka bezpieczeństwa*, Warszawa 2011.
25. Nowicki H., *Ochotnicza straż pożarna jednostką ochrony przeciwpożarowej*, Wrocław 2018.
26. Paciorek P., Patrzala A., Kloś E., *Medyczne czynności ratunkowe*, Wrocław 2021.
27. Paplicki M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020.
28. Pawłowski M., *Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w świetle ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych*, Warszawa 2022.
29. Pousada L., Osborn H.H., Levy D.B. (red.), *Medycyna ratunkowa. (Z serii Lekarza Praktyka)*, Wrocław 2007.
30. Prętki K. (red.), *Polityka zdrowotna w Polsce i na świecie. Pomiędzy doświadczeniami przeszłości a wyzwaniem przyszłości*, Poznań 2020.
31. Rudawska I., Urbańczyk E., *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Warszawa 2012.
32. Skoczylas J.J., *Prawo ratownicze*, Warszawa 2011.
33. Telak J., Skalski D., Zieliński E., Czarnecki D., *Bezpieczeństwo, zarządzanie, medycyna i kultura fizyczna – Tom 4*, Gdańsk 2020.

34. Waniek D., Gulczyński M., *System polityczny Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2009.
35. Włodarczyk W., *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa 2014.

Artykuły naukowe:

1. Adini B., Peleg K., *On constant alert: lessons to be learned from Israel's emergency response to mass-casualty terrorism incidents*, „Health Affairs” 2013, 12(32), s. 2179–2185, <https://cris.tau.ac.il/en/publications/on-constant-alert-lessons-to-be-learned-from-israels-emergency-re> [dostęp: 21.11.2024].
2. Bach L. *Locational Optimization for Health Facilities – A Case Study for Emergency Dispatch Centers in Dortmund*, 1984, s. 1036–1039, DOI: 10.1007/978-3-642-69939-9_239.
3. Baier N., Geissler A., Bech M., Bernstein D., Cowling TE., Jackson T., van Manen J., Rudkjøbing A., Quentin W., *Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands: Analyzing organization, payment and reforms*, „Health Policy” 2019, 1(123), s. 1–10, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001> [dostęp: 27.10.2024].
4. Barrett J., Williams J., Bennett-Eastley K., Owen P., Naeem S., Herbland A., King J., Mortimer C., *The COVID-19 ambulance response assessment (CARA): measuring the psychological stress and preparedness of ambulance staff to deliver care during the first wave of the SARS-COV-2 pandemic in the UK in 2020*, „Emergency Medicine Journal” 2022, 5(39), DOI: 10.1136/emermed-2022-999.9.
5. Black J. & Davies G., *International EMS systems: United Kingdom*, „Resuscitation” 2005, 1(64), s. 21–29, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001> [dostęp: 27.10.2024].
6. Chan T.F., Braitberg G., Elbaum D., & Taylor D., *Hatzolah emergency medical responder service: to save a life*, „Medical Journal of Australia” 2007, 10(186), s. 507–539, <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/87-prehospital-use-of-the-hemcon-bandage-by-paramedics-of-magen-david-adom-the-israeli-national-emergency-medical-services-system/FBB65D5FCAEAFB6468762A215C07000D> [dostęp: 23.11.2024].

7. Czulak R., *Problemy etyczne i moralne w zawodzie ratownika medycznego*, Kraków 2018, s. 1–14.
8. Dworak A., *Globalizacja a zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej XXI wieku*, [w:] „Studia Edukacyjne” 2022, nr 64, Poznań 2022.
9. Ellis D.Y., Sorene E., *Magen David Adom – the EMS in Israel*, „Resuscitation” 2008, 1(76), s. 5–10, [https://www.resuscitationjournal.com/issue/S0300-9572\(07\)X0240-5](https://www.resuscitationjournal.com/issue/S0300-9572(07)X0240-5) [dostęp: 21.11.2024].
10. Gajdek M., Kwiatkowski A., Binkowska-Bury M., *Rys historyczny rozwoju ratownictwa medycznego na Rzeszowszczyźnie w latach 1948–2015*, Rzeszów 2016.
11. Gałązkowski R., Pawlak A., Pszczołowski K., *Rola jednostek krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego w funkcjonowaniu systemu państwowe ratownictwo medyczne w rejonach wiejskich w Polsce*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2014, nr 34, Józefów k. Otwocka 2014.
12. Giermaziak W., Augustynowicz T., Szczurek-Żelazko J., Królak A., *Zawód ratownika medycznego*, „Farmacja Polska” 2019, t. 75, nr 7.
13. Goniewicz M., Goniewicz K., *Ewolucja Systemu Ratownictwa Medycznego – od starożytności, do czasów współczesnych*, „Emergency Medical Service. Ratownictwo Medyczne” 2016, t. 3, nr 1, s. 62–67.
14. Green M., *What (If Anything) Is Wrong with Residency Overwork?*, „Annals of Internal Medicine” 1995, s. 512–517.
15. Halpern P., Waisman Y., Steiner I., *Development of the specialty of emergency medicine in Israel: comparison with the UK and US models*, „Emergency Medicine Journal” 2004, 5(21), s. 533–536, <https://emj.bmj.com/content/21/5/533> [dostęp: 21.11.2024].
16. Herbst R. & Jaffe E., *Seven First Minutes – Community Emergency Response Training*, „Prehospital and Disaster Medicine” 2019, vol. 34, s 18, <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/seven-first-minutes-community-emergency-response-training/63B3BE872C370A7B9BC0F346E190D3FF> [dostęp: 23.11.2024].
17. Hughes G., *Professional issues in emergency medicine: UK perspective*, „Emergency Medicine Australasia” 2005, 4(76), s. 422–428, <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2005.00766.x> [dostęp: 03.11.2024].

18. Hyde P., Mackenzie R., Ng G., Reid C., Pearson G., *Availability and utilisation of physician-based pre-hospital critical care support to the NHS ambulance service in England, Wales and Northern Ireland*, „Emergency Medicine Journal” 2010, 3(32), s. 177–181.
19. Jaffe E., Skornik Y., Offenbacher J., Alper, E. A., *The Role of Emergency Medical Services in Earthquake Response: Integrating the ABC Approach of Israel’s Magen David Adom*, „Prehospital and Disaster Medicine” 2020, 5(34), s. 487–491, DOI: 10.1017/S1049023X2000101X.
20. Jordan P., *Przyjazny krąg*, [w:] *Wolontariat w ośrodkach pomocy społecznej*, [red.] M. Bełdowska, Katowice 2009, s. 11.
21. Kamath A., Baldwin K., Meade L.K., Powell A., Mehta S., *The increased financial burden of further proposed orthopaedic resident work-hour reductions*, „The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume” 2011, 7(93), s. 31.
22. Kenward G., Castle N., Hodgetts T., Shaikh L., *Evaluation of a medical emergency team one year after implementation*, „Resuscitation” 2004, 3(61), s. 257–263, <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation> [dostęp: 27.10.2024].
23. Kleszczyński J., Zawadzki M., *Leki w ratownictwie medycznym*, Warszawa 2024, s. 224.
24. Kocowski T., Gruszka M., *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli na ratunek. Ratunek dla ratowników*, „Menedżer Zdrowia” 2011, nr 6.
25. Kopczewski M., Krawczyk J.M., *Wybrane elementy bezpieczeństwa wewnętrznego państwa na podstawie założeń „Strategii bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”*, „Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne” 2011, nr 8.
26. Kudeikina I., Losevich M., Laizans A., Gutorova N.O., *Providing healthcare outside working hours: moral and legal aspects*, „Socrates” 2023, 2(26) s. 18–27.
27. Kunikowski G., Rostek K., *Analiza porównawcza modeli systemów ratownictwa w Polsce i w wybranych krajach*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” 2018, nr 2, Kraków 2018.
28. Lechleuthner A., *Architecture of emergency medical services in Germany*, „Notfall & Rettungsmedizin” 2019, DOI: 10.1007/s10049-019-0597-x.
29. Lockley S., Barger L., Ayas N., Rothschild J., Czeisler C., Landrigan C., *Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and*

- performance*, „Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety” 2007, 11(33), s. 7–18.
30. Maj P., Paruch W., *Pojęcie systemu w badaniach politologicznych w Polsce – aspekty i kontrowersje definicyjne*, „Polityka i Społeczeństwo” 2008, nr 5.
31. Nägel C. & Lutter M., *The Christmas Market Attack in Berlin and Attitudes Toward Refugees: A Natural Experiment with Data from the European Social Survey*, „European Journal for Security Research” 2019, vol. 5, s. 199–221, DOI: 10.1007/s41125-020-00066-w.
32. Olszewski P., Idzikowski T., *Analiza politologiczna teorii polityki zdrowotnej*, [w:] „Myśl Ekonomiczna i Polityczna” 2023, 78(3), s. 125–140, Warszawa.
33. Örgel M., Gogol M., Graulich T., Omar M., Ranker A., Böttcher C., Liodakis E., Krettek C., & Macke, C., *A Retrospective Analysis of the Initial Effect of COVID-19 on German Prehospital Care During Lockdown in Germany*, „Open Access Emergency Medicine” 2022, vol. 13, s. 97–105, DOI: 10.2147/OAEM.S289070.
34. Paszkowska M., *Śmierć pacjenta – wybrane aspekty prawne*, „Na Ratunek”, 6/2022 Katowice 2023, s. 79–83.
35. Pitz A., *Die Regelkompetenz im Rettungsassistentengesetz*, „Notfall & Rettungsmedizin” 2005, vol. 8, s. 129–132, DOI: 10.1007/s10049-005-0716-8.
36. Platz E., Bey T., Walter F., *International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country*, „The Journal of Emergency Medicine” 2003, 2(23), s. 203–210, DOI: 10.1016/S0736-4679(03)00173-2.
37. Pohl-Meuthen U., Koch B., Kuschinsky B., *Rettungsdienst in der Europäischen Union*, „Notfall & Rettungsmedizin” 1999, vol. 2, s. 442–450, DOI: 10.1007/s100490050175.
38. Rafalowski Ch., Peleg K., Bin E., *Lessons learned from Magen David Adom's activities during the 2nd Lebanon War*, „Harefuah” 2010, 7(149).
39. Rehn M., Davies G., Smith P.K., Lockey D., *Emergency versus standard response: time efficacy of London's Air Ambulance rapid response vehicle*, „Emergency Medicine Journal” 2017, 11(34), DOI: 10.1136/emered-2017-206663, <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206663> [dostęp: 03.11.2024].
40. Richter A., Kostova P., Baur X., Wegner R., *Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians*

- before and after the implementation of the EU Working Time Directive*, „International Archives of Occupational and Environmental Health” 2014, s. 205–215.
41. Romańczuk M., *Prawne aspekty ratownictwa medycznego i zarządzania kryzysowego w Polsce*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” 2018, nr 2.
 42. Scott J., Burtrand H., Churchill T., Cole R., Collins T., Daxner N., Fidler G., Hammond-Williams J., Marlow B., McNally A., O’Keefe J., Petterson R., Powell D., Scott S., Scaife J., Smylie J., Strickland A., *Frequent callers to UK ambulance services in the COVID-19 pandemic: managing mental health, social isolation and loneliness*, „British Paramedic Journal” 2021, 2(6), s. 56–75, DOI: 10.29045/14784726.2021.09.6.2.66.
 43. Sefrin P., Thiemens E., Schorr M., Gorgas B., Ahnefeld F., *Ausrüstung von Notarzteinsatzfahrzeugen*, „Unfallchirurgie” 1979, vol. 5, s. 185–190, DOI: 10.1007/BF02589377.
 44. Skawińska M., *Analiza funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej (na przykładzie Szwecji, Wielkiej Brytanii, Polski i Niemiec)*, [w:] „Studia Medyczne” 2009, t. 13, s. 69–77.
 45. Ślęzak D., Żuratyński P., Krzyżanowski K., Kalis A., *Państwowe ratownictwo medyczne w Polsce*, „Postępy Nauk Medycznych” 2019, nr 4.
 46. Szpakowski L., Pilip S., *Organization of the State Medical Rescue System in Poland on the Example of SPZOZ „RM-MEDITRANS Emergency Services and Sanitary Transport Station in Siedlce”*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” 2016, t. 6, nr 10.
 47. Szustkiewicz I., *Ratownictwo chemiczno-ekologiczne w strukturach Państwowej Straży Pożarnej*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2012, nr 2.
 48. Terlikowski T., *System ochrony ludności i ratownictwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018, nr 67/3.
 49. Wankhade P., *Performance measurement and the UK emergency ambulance service: Unintended consequences of the ambulance response time targets*, „International Journal of Public Sector Management” 2011, 5(24), s. 382–402. DOI: 10.1108/09513551111147132.
 50. Ziobro J., *Uwarunkowania i konteksty organizacji sprawnego ratownictwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2022, nr 81.

Polskie akty prawne:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r.
2. Narodowy Program Ochrony Infrastruktury Krytycznej.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, Dz.U. 2019 poz. 1213.
4. Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz.U. 2022 poz. 2705.
5. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2018 poz. 1115.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.
7. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2014 poz. 1138.
8. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, Dz.U. 2013 poz. 1635.
9. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873.
10. Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, Dz.U. 1991 nr 88 poz. 400.
11. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. 2017 poz. 2217.
12. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz.U. z 2020 r., poz. 1947.
13. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. nr 88, poz. 553, art. 162.
14. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz.U. 1990 nr 30, poz. 179.
15. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U.2024.0.652 (t.j.).

16. Zarządzenie Nr 36 komendanta głównego policji z dnia 14 listopada 2017 r. w sprawie zadań realizowanych przez Policję w sytuacjach kryzysowych, Dz.Urz.KGP.2017.73.

Akty prawne innych państw:

1. *Civil Contingencies Act*, 2004, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents> [dostęp: 07.10.2024].
2. *Civil Defense Law*, 1951, https://www.nevo.co.il/law_html/law01/051_001.htm [dostęp: 21.11.2024].
3. *Equality Act*, 2010, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents> [dostęp: 27.10.2024].
4. *Firefighting Services Law*, 1959, https://www.nevo.co.il/law_html/law01/051_001.htm [dostęp: 23.11.2024].
5. *Health and Social Care Act*, 2012, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents> [dostęp: 14.10.2024].
6. *Health Authorities Act*, 1995, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1995/17/contents> [dostęp: 19.10.2024].
7. *Kodeks Socjalny, Księga V (Sozialgesetzbuch V)*, 1988, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ [dostęp: 12.11.2024].
8. *Magen David Adom Law (Amendment)*, 1976, <https://www.mdais.org/en/about/mda-constitution> [dostęp: 25.11.2024].
9. *Magen David Adom Law*, 1950, dostępna na: <https://www.mdais.org/en/about/mda-constitution> [dostęp: 25.11.2024].
10. *National Health Service Act*, 2006, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents> [dostęp: 07.10.2024].
11. *National Health Service and Community Care Act*, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents> [dostęp: 17.10.2024].
12. *National Health Service Reorganisation Act*, 1973, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1973/32/enacted> [dostęp: 03.11.2024].
13. *Patient's Rights Act*, 1996, https://hamoked.org/files/2013/155880_eng.pdf [dostęp: 25.11.2024].

14. *Ustawa o Lekach z dnia 24 sierpnia 1976 r. (Arzneimittelgesetz – AMG)*, https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/ [dostęp: 21.11.2024].
15. *Ustawa o ochronie ludności (Zivilschutzgesetz)*, 1997, <https://www.gesetze-im-internet.de/zsg/> [dostęp: 14.11.2024].
16. *Ustawa o ochronie przed zakażeniami z dnia 20 lipca 2000 r. (Infektionsschutzgesetz – IfSG)*, <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> [dostęp: 14.11.2024].
17. *Ustawa o przewozie osób (Personenbeförderungsgesetz)*, 1961, <https://www.gesetze-im-internet.de/pbefg/> [dostęp: 14.11.2024].
18. *Ustawa o ratownictwie medycznym Badenii-Wirtembergii (Rettungsdienstgesetz – RDG)*, 2010, <https://www.landesrechtbw.de/jportal/?quelle=jlink&query=RettDG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true> [dostęp: 13.11.2024].
19. *Ustawa o Ratownikach Medycznych (Notfallsanitättergesetz – NotSanG)*, 2013, <https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/> [dostęp: 16.11.2024].
20. *Ustawa o Ruchu Drogowym z dnia 13 listopada 1937 r. (Straßenverkehrsordnung – StVO)*, https://www.gesetze-im-internet.de/stvo_2013/ [dostęp: 23.11.2024].

Pozostale:

1. <https://afmda.org/october-7-anniversary/> [dostęp: 23.11.2024].
2. https://czytaj.medicusonline.pl/medicus-11-2024/stwierdzenie-zgonu-aktualne-regulacje-prawne/?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 10.12.2024].
3. <https://israelrescue.org/mission/> [dostęp: 04.11.2024].
4. <https://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/wgdruku/853>.
5. https://politykazdrowotna.com/artukul/ponad-36-mld-zl-zostanie/981719?utm_source=chatgpt.com [dostęp: 10.12.2024].
6. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2022-roku,1,13.html> [dostęp: 02.09.2024].
7. <https://strazacki.pl/ciekawostki-pozarnicze/ochotnicze-straze-pozarne-w-liczbach-najnowsze-dane-30-06-2023/> [dostęp: 09.12.2024].
8. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/spis-ratownikow-medycznych>.

9. <https://www.ifmda.org.il/en/news/item/649-the-heroism-of-magen-david-adom-under-fire-%E2%80%93-stories-of-rescue%2C-pain%2C-and-hope> [dostęp: 21.11.2024].
10. <https://www.mdais.org/en/about> [dostęp: 25.11.2024].
11. <https://www.radiokrakow.pl/audycje/bryg-jacek-nitecki-kluczem-do-uratowania-czlowiekowi-zycia-nie-jest-wypasiona-karetka-ale-potega-medycznego-wolontariatu> [dostęp: 09.12.2024].
12. <https://www.redcross.org.uk/stories/disasters-and-emergencies/world/remembering-7-october-in-israel> [dostęp: 18.11.2024].
13. <https://www.termedia.pl/mz/Czy-ratownik-medyczny-moze-samodzielnie-podac-leki-%2C57937.html> [dostęp: 10.12.2024].
14. *Ratownicy medyczni po raz pierwszy obchodzili swoje święto. Wręczono nowe odznaczenia* <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Ratownicy-medyczni-po-raz-pierwszy-obchodzili-swoje-swieto-Wreczono-nowe-odznaczenia,249666,14.html> [dostęp: 10.03.2024].
15. Tiopental Panpharma – ulotka dołączona do opakowania: informacja dla pacjenta, dostępna na: <https://rejstrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/37426/leaflet> [dostęp: 10.12.2024].
16. Polska Rada Resuscytacji, Misja i historia PRR, <http://www.prr.org.pl>, [dostęp: 29.01.25 r.]

Ankieta badawcza dotycząca funkcjonowania i modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wzór.

Ankieta badawcza dotycząca funkcjonowania i modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Szanowni Państwo,
nazywam się Jacek Wiatr i jestem doktorantem na Wydziale Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Od 15 lat (z kilkuletnią przerwą) pracuję także jako ratownik medyczny.

Pod kierunkiem prof. UAM dr hab. inż. Piotra Kwiatkiewicza prowadzę badania dotyczące kierunków i możliwości modernizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Ankieta ma na celu zidentyfikowanie kluczowych obszarów wymagających poprawy oraz ocenę, które elementy systemów zagranicznych można zaadaptować w Polsce.

Ankieta jest **w pełni anonimowa**, a jej wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Wypełnienie ankiety zajmie Państwu **5-7 minut**. Uprzejmie dziękuję za poświęcony czas.

Część I

DANE DEMOGRAFICZNE I ZAWODOWE

Płeć: *

- Kobieta
 Mężczyzna

Wiek: *

- poniżej 25 lat
 25–34 lata
 35–44 lata
 45–54 lata
 55 lat i więcej

Zajmowane stanowisko/wykonywany zawód: *

- Ratownik medyczny
- Lekarz
- Pielęgniarka/Pielęgniarz
- Dyspozytor / Operator numerów alarmowych
- Izba przyjęć
- Inne:

Rodzaj jednostki, w której pracujesz:

- Pogotowie ratunkowe
- Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) / Centrum Urazowe (CU)
- Dyspozytornia medyczna/CPR
- NZOZ/Transport medyczny
- Inne: _____

Staż pracy w systemie ratownictwa medycznego: *

- poniżej 3 lat
- 3–5 lat
- 5–10 lat
- powyżej 10 lat

Region pracy (województwo): *

- Dolnośląskie
- Kujawsko-Pomorskie
- Lubelskie
- Lubuskie
- Łódzkie
- Małopolskie
- Mazowieckie
- Opolskie
- Podkarpackie
- Podlaskie
- Pomorskie
- Śląskie
- Świętokrzyskie
- Warmińsko-Mazurskie
- Wielkopolskie
- Zachodniopomorskie

Część II

OCENA FUNKCJONOWANIA OBECNEGO SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE

1. Jak oceniasz obecny system ratownictwa medycznego w Polsce pod kątem reagowania na stany zagrożenia życia? *

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Przeciętnie
- Słabo
- Bardzo słabo

2. Czy system ratownictwa medycznego w Polsce spełnia Twoim zdaniem swoje zadania w zakresie standardowych interwencji medycznych? *

- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie

3. Czy system ratownictwa medycznego w Polsce spełnia Twoim zdaniem swoje zadania w zakresie ewentualnych zdarzeń masowych (np. katastrof, kataklizmów)? *

- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie

4. Jakie są Twoim zdaniem największe wyzwania dla systemu ratownictwa medycznego w Polsce? (Proszę zaznaczyć wszystkie odpowiednie odpowiedzi): *

- Przeciążenie zgłoszeniami o charakterze POZ
- Zbyt długi czas reakcji na wezwania
- Brak odpowiedniego sprzętu
- Niewystarczające finansowanie
- Problemy prawne i organizacyjne
- Inne: _____

5. Jak oceniasz gotowość systemu do reagowania na kryzysy o dużej skali (np. pandemie, katastrofy naturalne, zamachy)? *

Skala od 1 – "bardzo niska" do 5 – "bardzo wysoka":

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

6. Czy uważasz, że aktualny system potrzebuje modernizacji? *

- Tak
- Nie

Część III

POTENCJALNE KIERUNKI REFORMY POLSKIEGO SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Sekcja 1

Rola ratowników-wolontariuszy w systemie ratownictwa medycznego.

Pytania w tej sekcji dotyczą rozwiązania dostępnego w innych krajach (np. w Izraelu) polegającego na angażowaniu przeszkolonych ochotników w działania systemu państwowego ratownictwa. Wolontariusze dysponowani są do konkretnych wezwań za pośrednictwem aplikacji mobilnych i udzielają pomocy przed dotarciem Zespołów Ratownictwa Medycznego na miejsce.

1. Czy wsparcie przeszkolonych wolontariuszy przed przyjazdem ZRM na miejsce zdarzenia mogłoby wpłynąć na poprawę wskaźników przeżywalności pacjentów w nagłych przypadkach? *

- Tak
- Nie
- Nie mam zdania

2. Jak oceniasz możliwość wprowadzenia aplikacji mobilnej umożliwiającej szybkie wezwanie najbliższej znajdujących się przeszkolonych wolontariuszy? *

- Bardzo potrzebna
- Raczej potrzebna
- Neutralna
- Raczej niepotrzebna
- Zbędna

3. Jakie wyzwania mogłyby utrudnić wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy w Polsce? *

(Można wybrać więcej niż jedną odpowiedź):

- Brak wystarczającej ilości osób zainteresowanych
- Brak odpowiedniego przeszkolenia wolontariuszy
- Obawy przed odpowiedzialnością prawną
- Niskie zaufanie społeczne do wolontariuszy
- Problemy organizacyjne (np. zarządzanie aplikacją mobilną)
- Inne: _____

4. Według Ciebie system wolontariuszy mógłby być bardziej efektywny w: *

- Miastach
- Rejonach wiejskich
- Obszarach mieszanych (podmiejskich)

Sekcja 2

Struktura i efektywność zespołów ratownictwa medycznego

5. Czy zespoły ratownicze szybkiego reagowania w składzie jednoosobowym mogłyby stanowić wsparcie dla systemu ratownictwa medycznego? *

- Tak, zdecydowanie
- Tak, ale w ograniczonym zakresie
- Nie
- Nie mam zdania

6. Jak oceniasz możliwość wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania do realizacji pilnych zleceń w przypadku ograniczonej dostępności zespołów wieloosobowych? *

- Bardzo efektywne
- Raczej efektywne
- Neutralne
- Raczej nieefektywne
- Zdecydowanie nieefektywne

7. Jak oceniasz możliwość wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych szybkiego reagowania do obsługi zleceń o najniższym priorytecie, niewymagających transportu do szpitala? *

- Bardzo efektywne
- Raczej efektywne
- Neutralne
- Raczej nieefektywne
- Zdecydowanie nieefektywne

8. Jakie potencjalne wyzwania wiążą się z wykorzystaniem jednoosobowych zespołów ratowniczych?(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź) *

- Ograniczona możliwość prowadzenia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych
- Brak wsparcia drugiego członka zespołu w sytuacjach kryzysowych
- Zwiększone obciążenie psychiczne i prawne dla ratownika samodzielnie udzielającego pomocy
- Inne: _____

Sekcja 3

Obawy zawodowe ratowników medycznych

9. Jakie są główne obawy związane z koniecznością stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce? (Można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): *

- Stres związany z reakcją rodziny pacjenta
- Obawy przed odpowiedzialnością prawną
- Brak wystarczającego wsparcia psychologicznego
- Nie odczuwam obaw związanych ze stwierdzeniem zgonu pacjenta w karetce
- Inne: _____

10. Jakie działania mogłyby zmniejszyć obawy ratowników medycznych związane z ich obowiązkami? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź) *

- Dodatkowe szkolenia z zakresu stwierdzania zgonu
- Wprowadzenie procedur minimalizujących odpowiedzialność indywidualną
- Dostęp do stałego wsparcia psychologicznego
- Inne: _____

Sekcja 4

Udzielanie pomocy przez ratowników poza godzinami pracy

11. Czy ratownicy medyczni powinni mieć prawo do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy w sytuacjach nagłych (np. możliwość podawania leków ratujących życie)? *

- Tak
- Nie
- Nie mam zdania

12. Jakie ograniczenia mogłyby wpływać na decyzję ratowników o udzieleniu pomocy poza godzinami pracy? (Można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): *

- Brak zabezpieczenia prawnego
- Ryzyko odpowiedzialności karnej
- Niewystarczające wyposażenie
- Inne: _____

Sekcja 5:

Farmakologia pediatryczna w ratownictwie medycznym

13. Czy uważasz, że każde ZRM powinno być obowiązkowo wyposażone w aktualne, proste i czytelne schematy podawania leków pediatrycznych? *

- Tak
- Raczej tak
- Nie
- Nie mam zdania

14. Jakie bariery mogą utrudniać poprawne stosowanie zaawansowanej farmakoterapii pediatrycznej przez zespoły ZRM? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź) *

- Sporadyczne występowanie takich przypadków, co ogranicza nabycie doświadczenia
- Brak podręcznych aktualnych wytycznych w standardowym wyposażeniu zespołu
- Stres związany z leczeniem noworodków, niemowląt i dzieci starszych
- Inne: _____

15. Czy uważasz, że dodatkowe specjalistyczne szkolenia z farmakoterapii pediatrycznej powinny być obowiązkowe dla wszystkich członków ZRM? *

- Tak
- Nie
- Nie mam zdania

Część IV

Twoje doświadczenia i propozycje

1. Jakie zmiany w systemie ratownictwa medycznego są według Ciebie najpilniejsze? *

- Zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy
- Powstanie dodatkowych jednoosobowych zespołów ratowniczych
- Utworzenie jasnych procedur dot. stwierdzenia zgonu pacjenta w karetce
- Umożliwienie udzielania kwalifikowanej pomocy przez ratowników medycznych poza godzinami pracy
- Wyposażenie ZRM w aktualne schematy podawania leków pediatrycznych
- Inne: _____

2. Czy uważasz, że włączenie dodatkowych technologii (np. aplikacji mobilnych) mogłoby skrócić czas reakcji systemu na pilne wezwania? *

- Tak
- Nie

3. Czy współpraca między systemem ratownictwa medycznego w Polsce a różnymi służbami (np. straż pożarna, policja) w obliczu zdarzeń masowych wymaga poprawy? *

- Tak
- Nie

Jakie działania i zmiany mogłyby Twoim zdaniem poprawić warunki pracy w ratownictwie medycznym?

(np. większe wynagrodzenia, zmniejszenie obciążeń administracyjnych, zmniejszenie odpowiedzialności karnej)

Twoja odpowiedź

Podziękowanie

Dziękuję za wypełnienie ankiety!

Jeśli masz dodatkowe uwagi, zapraszam do ich wpisania poniżej:

Twoja odpowiedź

Wykaz załączników

Rysunek 1.1	Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców
Rysunek 1.2	Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2022 r.
Rysunek 1.3	Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2022 r.
Rysunek 1.4	Struktura wieku osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia oraz osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR i IP w 2022 r.
Rysunek 1.5	Struktura miejscowych zagrożeń wg ich rodzaju w 2022 r.
Rysunek 2.1	Szkolenie i edukacja
Rysunek 2.2	Gotowość na sytuacje kryzysowe
Rysunek 2.3	Efektywność kosztowa
Rysunek 2.4	Gotowość na zdarzenia masowe
Rysunek 2.5	Zaawansowanie innowacji technologicznych
Rysunek 2.6	Efektywność czasów reakcji
Rysunek 2.7	Zależność od wolontariuszy
Rysunek 2.8	Efektywność wykorzystania zasobów
Tabela 2.1	Najważniejsze cechy systemów ratowniczych w Izrael, Anglii oraz Niemczech
Tabela 2.2	Organizacja systemów ratownictwa
Tabela 2.3	Kadra medyczna i struktura zespołów
Tabela 2.4	Technologie i infrastruktura
Tabela 2.5	Czas reakcji i dostępność usług
Tabela 2.6	Reakcja na sytuacje kryzysowe i masowe incydenty
Tabela 2.7	Efektywność działań ratowniczych
Wykres 4.1. 7	Dane demograficzne respondentów z podziałem na płeć
Wykres 4.1. 2	Struktura wieku badanych
Wykres 4.1. 3	Stanowisko zajmowane przez badanych
Wykres 4.1. 8	Rodzaj jednostki zatrudniającej respondenta
Wykres 4.1. 5	Staż pracy w systemie PRM
Wykres 4.1. 6	Region pracy respondentów
Wykres 4.2. 1	Ocena obecnego systemu PRM pod kątem reagowania na stany zagrożenia życia
Wykres 4.2. 2	Ocena obecnego systemu PRM pod kątem realizacji zadań w zakresie standardowych interwencji
Wykres 4.2. 3	Ocena systemu PRM pod kątem zdarzeń masowych
Wykres 4.2. 4	Największe wyzwania dla systemu PRM
Wykres 4.2. 5	Gotowość systemu PRM do reagowania na kryzysy o dużej skali
Wykres 4.2. 6	Ocena potrzeby modernizacji systemu PRM
Wykres 4.3. 1	Wpływ wsparcia przeszkolonych wolontariuszy na przeżywalność pacjentów w nagłych przypadkach
Wykres 4.3. 2	Możliwości wprowadzenia aplikacji mobilnej do szybkiego reagowania
Wykres 4.3. 3	Identyfikacja wyzwań, które mogłyby utrudnić wdrożenie systemu ratowników-wolontariuszy
Wykres 4.3. 4	Ocena potencjalnej efektywności systemu wolontariuszy z uwzględnieniem rodzaju obszaru działania
Wykres 4.3. 5	Ocena wsparcia zespołów jednoosobowych dla systemu ZRM

Wykres 4.3. 6	Ocena możliwości wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych w realizacji pilnych zleceń
Wykres 4.3. 7	Ocena możliwości wykorzystania jednoosobowych zespołów ratowniczych w realizacji zleceń o najniższym priorytecie
Wykres 4.3. 8	Potencjalne wyzwania dotyczące wykorzystania zespołów jednoosobowych
Wykres 4.3. 9	Główne obawy przed koniecznością stwierdzenia zgonu w karetce
Wykres 4.3. 10	Ocena działań mających na celu zmniejszenie obaw związanych z wykonywaniem obowiązków przez ratowników medycznych
Wykres 4.3. 11	Opinie respondentów na temat ewentualnego prawa ratowników medycznych do podawania leków i udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej poza godzinami pracy
Wykres 4.3. 12	Ograniczenia mogące wpływać na decyzję ratowników o udzieleniu pomocy poza godzinami pracy
Wykres 4.3. 13	Opinia respondentów na temat obowiązkowego wyposażenia każdego ZRM w schematy dawkowania leków pediatrycznych
Wykres 4.3. 14	Bariery mogące utrudniać stosowanie zaawansowanej farmakoterapii pediatrycznej przez ZRM
Wykres 4.3. 15	Obowiązek szkoleń z farmakoterapii pediatrycznej
Wykres 4.3. 16	Najpilniejsze zmiany w systemie PRM
Wykres 4.3. 17	Wpływ dodatkowych technologii (aplikacji mobilnych) na czas reakcji systemu dotyczący pilnych wezwań
Wykres 4.3. 18	Ocena konieczności poprawy współpracy systemu PRM z innymi służbami w perspektywie zdarzeń masowych
Fotografia 1.1	Współczesny ambulans typu P (podstawowy) znajdujący się na podjeździe Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Źródło: własne)
Fotografia 2.1	Niemiecki ambulans prywatnej firmy transportu medycznego w trakcie przejazdu przez Berlin (Źródło: własne)