

UCHWAŁA NR 60 /19
Zarządu Powiatu Mogileńskiego
z dnia 9 maja 2019 r.

**w sprawie zaopiniowania Projektu Aktualizacji nr 2
„Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne
dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego”**

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 511) oraz 21 ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z 2018 r. poz. 650, poz. 1115, poz. 1544, poz. 1629 i poz. 1669 oraz z 2019 r. poz. 15, poz. 60, poz. 235, poz. 399 i poz. 730)

uchwała się, co następuje:

§ 1. Opiniuje się *pozytywnie* Projekt Aktualizacji nr 2 „Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego” w brzmieniu stanowiącym Załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Staroście Mogileńskiemu.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zarząd Powiatu Mogileńskiego:

1. Bartosz Nowacki
2. Marian Mikołajczak.....
3. Agnieszka Ziółkowska.....
4. Paweł Jankowski

UZASADNIENIE do Uchwały nr 60/19

Zarządu Powiatu Mogileńskiego z dnia 9 maja 2019 r.

**w sprawie zaopiniowania Projektu Aktualizacji nr 2
„Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne
dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego”**

Zgodnie z art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.) „projekt aktualizacji planu uzgodniony z podmiotami, o których mowa w ust. 5, wojewoda przekazuje do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego. Jednostki te przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu”. Pismem z dnia 6 maja 2019 r. Wojewoda Kujawsko-Pomorski przekazał celem zaopiniowania Projekt Aktualizacji nr 2 „Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego”.

Mając na uwadze powyższe zachodzi konieczność zaopiniowania przedmiotowego projektu.


PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU
Bartosz Kiswacki

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W BYDGOSZCZY

Aktualizacja nr 2

Plan działania Systemu

Państwowe Ratownictwo Medyczne

dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego



Tekst jednolity

BYDGOSZCZ, 15 kwietnia 2019 r.

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W BYDGOSZCZY

Aktualizacja nr 2

Plan działania Systemu

Państwowe Ratownictwo Medyczne

dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego



Wojewoda Kujawsko-Pomorski:

.....

BYDGOSZCZ 2019 r.

CZEŚĆ I POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	9
Skróty zastosowane w dokumencie.....	9
Wprowadzenie i założenia Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	10
ROZDZIAŁ I.....	11
ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO – LICZBA, RODZAJE, REJONY OPERACYJNE, OBSZARY DZIAŁANIA, DYSPONENCI, WYJAZDY ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	11
1.1 Charakterystyka ogólna.....	11
1.2 Liczba, rodzaj, dysponenci, miejsca stacjonowania i adresy miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych rejonach operacyjnych, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu.....	12
1.3 Charakterystyka ogólna, liczba, rodzaj, adresy miejsc stacjonowania, maksymalny czas uruchomienia i dysponenci dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego.....	17
1.4 Liczba wyjazdów i czas dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni.....	17
ROZDZIAŁ II	21
LOTNICZE ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	21
2.1 Charakterystyka ogólna.....	21
2.2 Liczba, miejsca stacjonowania i czas dyżuru lotniczych zespołów ratownictwa medycznego...23	
ROZDZIAŁ III.....	23
SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE	23
3.1 Charakterystyka ogólna.....	23
3.2 Liczba i rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych.	24
ROZDZIAŁ IV.....	25
CENTRUM URAZOWE	25

4.1 Charakterystyka ogólna.....	25
4.2 Liczba i rozmieszczenie centrów urazowych.....	25
ROZDZIAŁ V	26
CENTRUM URAZOWE DLA DZIECI.....	26
ROZDZIAŁ VI.....	27
JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE SZPITALI WYSPECJALIZOWANE W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NIEZBĘDNYCH DLA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	27
6.1 Charakterystyka ogólna.....	27
6.2 Liczba i rozmieszczenie jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wraz z profilem tych jednostek oraz liczbą łóżek.	27
ROZDZIAŁ VII	27
HOSPITALIZACJE OSÓB W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO.....	27
7.1 Charakterystyka ogólna.....	27
7.2 Liczba pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym na obszarze województwa za rok poprzedni.....	28
7.3 Liczba pacjentów izb przyjęć szpitali na obszarze województwa za rok poprzedni.	28
7.4 Liczba pacjentów centrum urazowego na obszarze województwa za rok poprzedni.	28
7.5 Liczba pacjentów centrum urazowego dla dzieci na obszarze województwa za rok poprzedni..	28
ROZDZIAŁ VIII	29
SPOSÓB KOORDYNOWANIA DZIAŁAŃ JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	29
8.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	29
8.1.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym jeżeli dotyczy opisu współpracy zawartego w umowach międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego - jeżeli dotyczy.	30

8.2	Ogólne informacje o przyjmowaniu i obsłudze zgłoszeń o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.	30
8.3	Liczba połączeń i czas obsługi zgłoszeń w dyspozytorni medycznej za rok poprzedni.	31
8.4	Struktura i organizacja łączności radiowej ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń.	31
8.4.1	Zasady i organizacja komunikacji radiowej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych.	31
	ROZDZIAŁ IX.....	32
	INFORMACJA NA TEMAT PERSONELU ZATRUDNIONEGO W JEDNOSTKACH SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	32
9.1	Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.).	32
	ROZDZIAŁ X.....	32
	JEDNOSTKI WSPÓŁPRACUJĄCE Z SYSTEMEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	32
10.1	Charakterystyka ogólna jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.	32
10.2	Informacja o Rejestrze Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.	33
	ROZDZIAŁ XI.....	33
	PLANOWANE NOWE JEDNOSTKI SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	33
11.1	Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych zespołach ratownictwa medycznego w tym ich liczba, rodzaj, rozmieszczenie i planowany czas uruchomienia.	33
11.2	Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych i planowany czas uruchomienia.	36

11.3 Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych centrach urazowych lub centrach urazowych dla dzieci na obszarze województwa i planowany czas uruchomienia.....	38
Wykaz załączników do Części I Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa	38
CZEŚĆ II POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE	39
ROZDZIAŁ XII	39
SPIS AKTUALIZACJI WOJEWÓDZKIEGO PLANU DZIAŁANIA SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA WOJEWÓDZTWA	39
12. 1 Arkusz zmian i aktualizacji Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa	39
ROZDZIAŁ XIII	40
ORGANIZACJA SYSTEMU POWIADAMIANIA RATUNKOWEGO ORAZ SYSTEMU POWIADAMIANIA O STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO	40
13.1 Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego.	40
13.2 Organizacja systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowot. Zasady i procedury przyjmowania wezwań oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.	40
13.2.1 Zasady i procedury przyjmowania wezwań oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego	40
13.3 Adres dyspozytorni medycznej, rejon działania, liczba i rodzaj obsługiwanych zespołów ratownictwa medycznego, liczba, rodzaj i godziny pracy stanowisk dyspozytorów medycznych.	
13.4 Struktura i organizacja systemów teleinformatycznych oraz rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych.....	41
13.5 Zasady i organizacja komunikacji z wykorzystaniem łączności radiotelefonicznej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym komunikacja między dyspozytorniami medycznymi w przypadku awarii Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zastępowalności dyspozytorni medycznych, konieczności zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego z rejonu operacyjnego innej dyspozytorni medycznej oraz między wojewódzkim	

koordynatorem ratownictwa medycznego a wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego z innego województwa.....	41
13.6 Organizacja i procedury koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, w szczególności w zdarzeniach powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób.	42
ROZDZIAŁ XIV.....	42
WSPÓLPRACA JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE Z ORGANAMI ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ ORAZ JEDNOSTKAMI WSPÓLPRACUJĄCYMI Z SYSTEMEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	42
14.1 Sposób współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej i jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z innych województw.	44
14.1.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej i jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z innych województw.....	44
14.2 Współpraca jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	44
14.2.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	44
14.2.2 Komunikacja między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	45
14.3 Organizacja wspólnych ćwiczeń oraz analiza działań ratowniczych, procedury powiadamiania, alarmowania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób	45
ROZDZIAŁ XV	45

KALKULACJA KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO ZA ROK POPRZEDNI.....	45
15.1 Kalkulacja rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, z wyszczególnieniem kosztów bezpośrednich oraz kosztów pośrednich, z wyodrębnieniem kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych, w tym kosztów osobowych dyspozytorów medycznych.	45
Wykaz załączników do Części II Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa	46

CZĘŚĆ I

Niniejszy Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne opracowano na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2018 r., poz. 2154).

Zgodnie z zapisami art. 21b ust. 1 ustawy o PRM, niniejszy „Wojewódzki Plan działania systemu PRM” obowiązuje od dnia 1 kwietnia 2019 roku.

Przy opracowywaniu Planu wykorzystano z danych uzyskanych od jednostek samorządu terytorialnego, K-P OW NFZ w Bydgoszczy, SPZOZ LPR w Warszawie i podmiotów leczniczych.

Skróty zastosowane w dokumencie:

PRM - Państwowe Ratownictwo Medyczne
SOR - Szpitalny Oddział Ratunkowy
ZRM - Zespół Ratownictwa Medycznego
ZRM typu „S” - Zespół Ratownictwa Medycznego typu specjalistycznego
ZRM typu „P” - Zespół Ratownictwa Medycznego typu podstawowego
LZRM - Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego
WKRM - Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego
DM02-02 - dyspozytornia medyczna w Bydgoszczy
DM02-01 - dyspozytornia medyczna w Toruniu
CPR - Centrum Powiadamiania Ratunkowego
WPDS - Wojewódzki Plan Działania Systemu
KWP - Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy
KMP - Komenda Miejska Policji
SPZOZ - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
K-POW NFZ - Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
KWPSP - Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej w Toruniu
KMPSP - Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej
JRG - Jednostka Ratowniczo-Gaśnicza
OSP - Ochotnicza Straż Pożarna
KSRG - Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy
OSP KSRG - Jednostka Ochotniczej Straży Pożarnej włączona do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego
ZG ZOSP RP - Zarząd Gminny Związku Ochotniczych Straży Pożarnych Rzeczypospolitej Polskiej
SKKM PSP - Stanowisko Kierowania Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej
WOPR - Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratownicze
SWD PRM – System Wspomagania Dowodzenia Państwowego ratownictwa Medycznego
DRM – Dyspozytornia Ratownictwa Medycznego

Wprowadzenie i założenia Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

System Państwowe Ratownictwo Medyczne powstał, by zapewnić pomoc każdej potrzebującej osobie, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dysponent jednostki systemu PRM musi zapewnić gotowość personelu medycznego, zasobów sprzętowych i systemu łączności. Jednostkami systemu PRM udzielającymi świadczenia wyłącznie w razie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego są: zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe. Zadaniem systemu ratownictwa medycznego jest zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań państwa, polegających na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

Zgodnie z art. 21 ustawy o PRM, WPDS w razie potrzeb podlega aktualizacji, jednak co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 marca.

Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji WPDS oraz do zaplanowania środków finansowych na zadania ZRM.

Proces aktualizacji WPDS Państwowe Ratownictwo Medyczne:

1. Opracowanie aktualizacji WPDS przez wojewodę;
2. Przekazanie przez wojewodę projektu aktualizacji WPDS do uzgodnień:
 - w zakresie sposobu współpracy ZRM z jednostkami współpracującymi z systemem PRM:
 - z komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej;
 - z komendantem wojewódzkim Policji;
 - z dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa;
 - z komendantem oddziału Straży Granicznej;jeżeli jednostki podległe lub nadzorowane przez te organy zostały wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem PRM;
 - w zakresie liczby SOR i ich rozmieszczenia, wykazu jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz informacji o centrum urazowym oraz centrum urazowym dla dzieci - z dyrektorem K-P OW NFZ.
3. Przekazanie przez wojewodę projektu aktualizacji WPDS do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego.
4. Jednostki te przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji WPDS.

5. Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji WPDS, w postaci elektronicznej, Ministrowi Zdrowia w celu zatwierdzenia.
6. Minister Zdrowia zatwierdza aktualizację WPDS i jego aktualizacje lub w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji WPDS:
 - może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji WPDS;
 - uzupełnia projekt aktualizacji WPDS o część dotyczącą LZRM.
7. W przypadku, zgłoszenia przez Ministra Zdrowia zastrzeżeń do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji WPDS, odmawia zatwierdzenia projektu aktualizacji WPDS i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
8. Wojewoda zmienia projekt aktualizacji WPDS zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia i przesyła go ministrowi w celu zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.
9. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń Minister Zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia - zatwierdza projekt aktualizacji planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.
10. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, wojewoda zmienia projekt aktualizacji WPDS zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia.
11. Wojewoda w terminie 7 dni od dnia otrzymania zatwierdzonego WPDS zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej ujednolicony tekst WPDS w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia (z wyłączeniem informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 5-9, pkt. 10 litera a tiret pierwsze i trzecie ustawy o PRM).

Rozdział I

Zespoły ratownictwa medycznego – liczba, rodzaje, rejony operacyjne, obszary działania, dysponenci, wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego.

1.1 Krótka charakterystyka ogólna.

Zgodnie z art. 32 ustawy o PRM, jednostkami systemu są:

- szpitalne oddziały ratunkowe;
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W skład zespołu ratownictwa medycznego wchodzi:

- lekarz systemu;
- pielęgniarka systemu;
- ratownik medyczny.

Zespoły ratownictwa medycznego w myśl art. 36 ustawy o PRM dzielą się na:

- zespoły specjalistyczne (typu S), w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

- zespoły podstawowe (typu P), w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik.

Ambulanse sanitarne muszą odpowiadać warunkom technicznym określonym w przepisach dotyczących warunków technicznych pojazdów, zakresu ich niezbędnego wyposażenia oraz posiadać wyposażenie zgodne z wymogami określonymi w art. 36 ust. 2 ustawy o PRM, posiadać wyposażenie i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz uprawnieniami członków ZRM oraz posiadać środki łączności do komunikowania się ze dyspozytorniami medycznymi przy użyciu jednolitego w skali kraju SWD PRM oraz za pośrednictwem cyfrowej łączności radiowej DRM.

1.2 Liczba, rodzaj, dysponenci, miejsca stacjonowania i adresy miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych rejonach operacyjnych, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu.

W Województwie Kujawsko-Pomorskim od dnia 1 lipca 2018 r. funkcjonują łącznie 93 zespoły ratownictwa medycznego, w tym: 16 ZRM typu „S” i 77 ZRM typu „P” w tym, 2 ZRM typu „P” sezonowe/okresowe. Jednocześnie od dnia 1 lipca 2018 r. zwiększono obsadę jednego ZRM typu „S” o dodatkową osobę uprawnioną do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, przemieszczającą się na motocyklu. W roku 2019 planuje się zwiększenie kolejnego, ZRM typu „S” o dodatkową osobę uprawnioną do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, przemieszczającą się na motocyklu - szczegółowe dane przedstawiono w tabeli nr 1.

W związku z trudnościami w zapewnieniu obsady lekarskiej w ambulansach specjalistycznych występującymi u dysponentów: Pałuckie Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Żninie, Ratownictwo Medyczne Sp. z o.o. w Świebodzinie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmnie, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Grudziądzu, dokonuje się zamiany ambulansu specjalistycznego „S” na ambulans podstawowy „P” stacjonujących w miejscowościach:

1. Żnin (powiat żniński) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym Nr RO 04/02 - ZRM stacjonujący przy ul. Szpitalnej 30, 88-400 Żnin,
2. Świecie (powiat świecki) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym Nr RO 04/02 - ZRM stacjonujący przy ul. Wojska Polskiego 126, 86-100 Świecie,
- 3, Mogilno (powiat mogileński) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym Nr RO 04/02 - ZRM stacjonujący przy ul. Kościuszki 6, 88-300 Mogilno,

4. Bydgoszcz (Bydgoszcz - miasto na prawach powiatu) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym Nr RO 04/02 - ZRM stacjonujący przy ul. Grunwaldzkiej 138 85-429 Bydgoszcz,
5. Bydgoszcz (Bydgoszcz - miasto na prawach powiatu) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym Nr RO 04/02 - ZRM stacjonujący przy ul. Produkcyjnej 13 85-790 Bydgoszcz,
6. Chełmno (powiatu chełmiński) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym nr 04/01 - przy ul. Plac dr Rydygiera 1, 86-200 Chełmno,
7. Grudziądz (miasto na prawach powiatu) z dniem 1 lipca 2019 r. rejonie operacyjnym Nr 04/01 - przy ul. Strażackiej 1, 86-300 Grudziądz,
8. Nakło nad Notecią (powiat nakielski) z dniem 1 lipca 2019 r. w rejonie operacyjnym Nr 04/02 - przy ul. Mickiewicza 7, 89-100 Nakło nad Notecią,

Przekwalifikowanie przedmiotowych ambulansów systemu PRM następuje na wniosek dysponentów:

- Prezesa Pałuckiego Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Żninie Pana Romana Pawłowskiego (pismo z dnia 06.07.2018 r. znak: PCZ.I/77/2018 oraz z dnia 23.01.2019 r. znak: PCZ.I/8/2019) o przekwalifikowanie ZRM typu „S” C02 19 na podstawowy typu „P” stacjonujący przy ul. Szpitalnej 30, 88-400 Żnin;
- Nowego Szpitala Spółka z o.o. w Świeciu (pismo z dnia 20.10.2017 r. znak: SPZOIII/R/9/91.2017) oraz pismo Prezesa Zarządu Ratownictwo Medyczne Spółka z o.o. w Świebodzinie z dnia 18 marca 2019 r., o przekwalifikowanie ZRM typu „S” C02 17 na podstawowy typu „P” przy ul. Wojska Polskiego 126, 86-100 Świecie;
- Dyrektora Samodzielnego Publicznego zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie Pana Marka Gotowała (pismo z dnia 17.12.2018 r. znak: Idz. 3427 oraz pismo z dnia 20.03.2019 r. znak: l.dz.775/2019) o przekwalifikowanie ZRM typu „S” C02 11 na podstawowy typu „P” stacjonujący przy ul. Kościuszki 6, 88-300 Mogilno;
- Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy Pana Krzysztofa Tadrzaka (pismo z dnia 05.12.2018 r. znak: DL.071.24.2018.) o przekwalifikowanie 2 (dwóch) ZRM typu „S” C02 03 na podstawowy typu „P” stacjonujący w Bydgoszczy przy ul. Grunwaldzkiej 138, 85- 429 Bydgoszcz oraz nr C02 01 na podstawowy typu „P” stacjonujący w Bydgoszczy przy ulicy Produkcyjnej 13, 85 - 790 Bydgoszcz;
- Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie Pana Jacka Misiótek (pismo z dnia 18.12.2018 r. znak: ZOZ.VI-I-I/204/2018 oraz pismo z dnia 21.03.2019 r. znak: ZOZ.IV-56/2019)

o przekwalifikowanie ZRM typu „S” C01 09 na podstawowy typu „P” stacjonujący w Chełmnie przy ul. Plac Rydygiera 1, 86-200 Chełmno;

- Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. I. Rydygiera w Grudziądzu Pana Jarosława Borynia Z-cy Dyrektora (pismo z dnia 21.01.2019 r. znak: SPZOZ-46.RK.2019) o przekwalifikowanie ZRM typu „S” C0105 w podstawowy typu „P” stacjonujący w Grudziądzu przy ul. Strażackiej 1, 86-300 Grudziądz;
- Prezesa Zarządu Nowego Szpitala Spółka z o.o. w Nakle nad Notecią Pani Adrianny Nowickiej (pismo z dnia 31.01.2018 r.) oraz pismo Prezesa Zarządu Ratownictwo Medyczne Spółka z o.o. w Świebodzinie z dnia 18 marca 2019 r., o przekwalifikowanie ZRM typu „S” C02 13 na podstawowy typu „P” stacjonujący w Nakle nad Notecią przy ul. Mickiewicza 7, 89-100 Nakło nad Notecią;

Modyfikacja „Wojewódzkiego Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego” uzyskała pozytywną opinię konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej, który w piśmie z dnia 27 marca 2019 r. znak: K.9.2019 „zaopiniował pozytywnie wszystkie wnioski dysponentów ratownictwa medycznego do Wojewody Kujawsko-Pomorskiego o przekwalifikowanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w podstawowe ambulance systemu PRM”.

W myśl opinii Konsultanta „od wielu lat na rynku usług medycznych występuje niedobór lekarzy – specjalistów medycyny ratunkowej. Ta grupa zawodowa dedykowana była do pracy w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Niestety, deficyt wykształconych lekarzy jest zjawiskiem ogólnopolskim. Próby rozwiązania tego problemu poprzez wprowadzenie definicji „lekarza systemu” nie poprawiły tej trudnej sytuacji, a także nie przyczyniły się do poprawy jakości świadczonych usług medycznych. Geneza tego zjawiska jest wielopłaszczyznowa. Praca w systemie PRM – niewątpliwie interesująca, stanowi spore wyzwanie dla niedoświadczonego lekarza. Do tego dołącza się stres związany z nadmiarem obowiązków, presją czasu, rodziny i potencjalnymi roszczeniami. Nie mniej, ważną rolę odgrywa czynnik ekonomiczny. Różnica gotowości dobowej ambulansu „P” i „S” oscyluje w pobliżu 1000 zł, co daje ok. 41,66 za godzinę pracy. Oczekiwania lekarzy to krotność tej kwoty. Nie ma także jednoznacznych wytycznych do dysponowania zespołu z lekarzem. Z doświadczeń dysponentów wynika, że intensywne szkolenie podyplomowe ratowników medycznych pozwala w krótkim czasie pozyskać wartościowy personel zdolny do funkcjonowania w zespołach ratownictwa medycznego. Zważywszy na powyższe oraz argumenty zawarte w pismach wnioskodawców, przychyliam się do wniosku jak na wstępie”.

Zgodnie z opinią dr n. med. Pana Przemysława Paciorka Konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej „[...] liczba ZRM typu „S” w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2018 – 2028. musi ulec drastycznej zmianie (zmniejszeniu). W obecnej chwili, w województwie kujawsko-pomorskim pracuje około 50 lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej. Liczba ta od lat się nie zmienia i nic nie wskazuje na to, aby nastąpił

dynamiczny wzrost tej populacji. Należy podkreślić, że, połowa z nich dyplomuje się inną specjalnością i raczej skłania się głównie do jej uprawiania. Według szacunków Konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej, minimalna liczba specjalistów medycyny ratunkowej w województwie kujawsko pomorskim, którzy mogliby dyżurować w aktualnie funkcjonujących ambulansach typu „S” i zakontraktowanych Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych to około 120 lekarzy. Biorąc pod uwagę zainteresowanie specjalizowania się w medycynie ratunkowej nie jest to możliwe. Zatem należy uprzedzić moment wystąpienia kryzysu i stopniowo zamieniać funkcjonujące ZRM „S” na „P”; nie ma też logicznych przesłanek aby ten proces wstrzymywać. Należy nadmienić, iż w żadnym akcie prawnym ustawodawca nie określił wskazań do dysponowania zespołów z lekarzem czy ratownikiem medycznym. Biorąc pod uwagę obowiązujący stan prawny np. rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, które w załączniku nr 2 wymienia, cyt.: *„medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu” (po 2020 r. specjalisty medycyny ratunkowej)*. Należą do nich między innymi: wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zmiotczających, cewnikowanie pęcherza moczowego, zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych czy podawanie pewnych leków.

Warto przypomnieć, że w województwie kujawsko-pomorskim od 2004 r. funkcjonuje system teletransmisji EKG, który nie jest niczym innym jak wspomaganie „na odległość” pracy ratownika medycznego. Ustawodawca nie precyzuje rodzaju nadzoru ale nigdzie nie jest określone, że musi to być nadzór bezpośredni, a biorąc pod uwagę możliwość przesyłania danych dotyczących parametrów pacjenta, dźwięku i obrazu „on-line” może być to nadzór wirtualny.

Zatem reasumując przewiduje się, że docelowa liczba lekarzy w systemie PRM będzie znacznie ograniczona i w warunkach przedszpitalnych nie przekroczy 6 dyżurów dobowych lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej (dwóch w Bydgoszczy i po jednym w Toruniu, Włocławku, Grudziądzu i Inowrocławiu). Zadania tych lekarzy powinny skupiać się na nadzorze i wspomaganie pracy ratowników medycznych dyżurujących w zespołach „P”. Oczywiście, w sytuacjach skrajnych (np. zdarzenie masowe) musi być możliwość dostarczenia tego lekarza do miejsca zdarzenia [...]”.

Dane dotyczące procesu szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny ratunkowej w województwie kujawsko-pomorskim obrazuje poniższe zestawienie tabelaryczne.

Lata	2017	2016	2015	2014	2013
Liczba miejsc akredytowanych	49	49	52	43	28
Liczba wolnych miejsc szkoleniowych	28	29	29	18	11
Planowanie miejsc szkoleniowych w post. kwal. w sesji wiosna / jesień	9-wiosna 14-jesień	6-wiosna 16- jesień	6-wiosna 17- jesień	11-wiosna 12- jesień	7- wiosna 10- jesień
Liczba osób przystępujących do szkolenia	2- wiosna- Postępowanie odbędzie się w październiku	2 -wiosna 0 - jesień	0- wiosna 0- jesień	1- wiosna 6- jesień	4- wiosna 5- jesień

Należy także wskazać, że opinie poszczególnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego województwa kujawsko-pomorskiego są zbieżne z oceną konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej. Dysponenci bowiem odnotowują problem z obsadą ZRM typu „S” lekarzami systemu, w tym także warunkowo spełniających kryteria, o których mowa w art. 57 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.).

W miesiącach wrzesień - październik 2018 r. nastąpił drastyczny spadek liczby lekarzy chętnych do realizacji świadczeń w ramach specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Przeprowadzona na szczeblu Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy analiza kart zleceń wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o system SWD PRM wykazała brak lekarzy w składach osobowych specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. U niektórych dysponentów brak lekarza w ZRM dotyczy nawet kilkunastu dni w miesiącu i około kilkudziesięciu wyjazdów do zdarzeń ZRM typu „S” bez lekarza w składzie ambulansu w skali każdego miesiąca. Zaistniałą sytuację potwierdzają prowadzone przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego, w trybie art. 31 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z. 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.), kontrole dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.

Dysponenci przekwalifikowanych specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego rejonu operacyjnego Nr 04/01 i Nr 04/02 złożyli stosowane oświadczenia o zapewnieniu 24 godzinnej dostępności łączności telefonicznej ratowników medycznych wchodzących w skład ZRM typu „P” z lekarzami pełniącymi dyżur na izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych poszczególnych podmiotów leczniczych, w celu

konsultacji lekarskich.(pismo Pana Romana Pawłowskiego Prezesa Zarządu Dyrektora Szpitala .Pałuckie Centrum Zdrowia spółka z o.o. w Żninie z dnia 19.04.2019 r. znak: PCZ.I/23/2019, pismo Pana Sylwestra Bierzanowskiego Prezesa Zarządu Ratownictwo Medyczne Spółka z o.o. w Świebodzinie z dnia 18 marca 2019 r., pismo Pana Jacka Misiołek Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Chełmnie z dnia 21.03.2019 r. znak: ZOZ.IV-56/2019, pismo Pana Marka Gotowała dyrektora SP ZOZ w Mogilnie z dnia 20.03.2019 r. znak: l.dz. 775/2019).

Zgodnie z opinią Konsultanta Wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej (pismo z dnia 20.06.2017 r.) „[...] uruchomienie dyspozytorni skoncentrowanych powoduje możliwość innego definiowania rejonu operacyjnego – to znaczy można go będzie interpretować jako obszar podległy danej dyspozytorni medycznej – zlokalizowanej w Bydgoszczy i Toruniu [...]”.

Należy także podkreślić, że proponowane zmiany nie przyniosą negatywnych skutków w postaci obniżenia poziomu świadczeń czy wydłużenia czasu dojazdu. Ponadto żaden przepis prawa z zakresu planowania i organizacji systemu PRM nie reguluje liczby oraz gradacji specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w stosunku do liczby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Ponadto planuje się przekształcić 2 (dwa) okresowe ZRM kod C02 32 (m. Koronowo) i kod C01 54 (m. Ciechocinek) funkcjonujące obecnie w systemie półrocznym tj. od 01.04.2019 r. do 30.09.2019 r. w ZRM całoroczne, przy czym w roku 2019 ZRM te działałyby dodatkowo w okresie od 1 października 2019 r. do 31 grudnia 2019 roku. Od 2020 roku ZRM C01 54 i C02 32 funkcjonowałyby 366 dni tj. od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.

1.3 Charakterystyka ogólna, liczba, rodzaj, adresy stacjonowania, maksymalny czas uruchomienia i dysponenci dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego.

W przypadku zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym istnieje możliwość uruchomienia na terenie województwa Kujawsko-Pomorskiego dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego na podstawie decyzji, o której mowa w art. 30 ust. 1 ustawy o PRM.

Ilość, rodzaj zespołów ich rozmieszczenie, czas uruchomienia oraz dysponenci tych zespołów ujęto w tabeli nr 3.

1.4 Liczba wyjazdów i czas dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego za rok 2018.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego zespoły ratownictwa medycznego w 2018 roku wyjeżdżały do 188 550 przypadków, w których występowało zagrożenie życia, co w porównaniu do analogicznego okresu 2017 roku, ilość wyjazdów zmniejszyła się o 1,12% (z 190 692 do 188 550 - o 2 142 wyjazdów mniej).

W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano 115 426 interwencji, więcej o 6 585 tj. o 6,05% (w 2017 r. - 108 841) natomiast poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano 73 124 interwencje, mniej o 8 727 tj. o 10,66 % (w 2017 r. - 81 851).

Zespoły ratownictwa medycznego w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców do 105 341 zdarzeń wyjeżdżały w czasie krótszym niż 15 minut, więcej o 2 962 (3,56%) niż w tym samym okresie roku ubiegłego (w 2017 r. - 101 718) natomiast poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców do 67 730 zdarzeń wyjeżdżały w czasie krótszym niż 20 minut, mniej o 4 394 (6,09%) niż w tym samym okresie roku ubiegłego (w 2017 r. - 72 124).

W roku 2018 r. o 1 214 interwencji zmniejszyła się ilość wyjazdów do zdarzeń w przedziale 16-25 i więcej minut (przekroczenie ustawowych norm czasu tj. 15 minut powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 20 minut poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców) tj. o 7,27% z 16 693 w 2017 r. do 15 479 w 2018 r., współczynnik przekroczenia ustawowych norm czasowych wynosi 8,94% (w 2017 r. wynosił 9,59%) w stosunku do wszystkich wyjazdów ZRM. Z tej ilości 10 085 wyjazdów dotyczyło miast powyżej 10 tys. mieszkańców, więcej o 2 962, tj. o 41,58% (w 2017 r. - 7 123) współczynnik w stosunku do wszystkich wyjazdów wynosi 9,57% (w 2017 - 7,00%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano zmniejszenie ilości przypadków przekroczenia ustawowego czasu tj. 20 minut o 4 176 wyjazdów z 9 570 w 2017 r. do 5 394 w 2018 r., tj. o 43,63%, a współczynnik w stosunku do wszystkich wyjazdów wynosi 7,96% (w 2017r. - 13,24%).

Najwięcej interwencji odnotowujemy w dużych miastach: w **Bydgoszczy** - 48 839 mniej o 1 218 niż w 2017 r. (50 057) tj. o 2,43%, z tej ilości 3 928 interwencji dotyczyło przekroczenia ustawowych norm czasu, tj. 15 min. w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 20 min. poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców (w 2017 r. - 5 605) mniej o 1 677, tj. o 29,92%, współczynnik w stosunku do wszystkich wyjazdów wynosi 8,75% i uległ znacznemu zmniejszeniu (w 2017 r. wynosił 12,61%) i jest niższy od średniej za województwo (w województwie wynosi - 10,48%); w **Toruniu** odpowiednio: 25 086 mniej o 1 266 interwencji, tj. o 4,81%, (w 2017 r., odnotowano 26 352 interwencji) z tej ilości 1 196 interwencji dotyczyło przekroczenia ustawowych norm czasu, gdzie odnotowano zmniejszenie przekroczeń o 536, tj. o 30,95% (w 2017 r. - były 1 732 przekroczenia), współczynnik w stosunku do wszystkich interwencji wynosi 5,01% i uległ zmniejszeniu w stosunku do roku 2017, w 2017 r. wynosił 7,03% (w województwie 10,48%);

w **Włocławku** odpowiednio: 20 685 więcej o 5 081 wyjazdów, tj. o 32,56% (w 2017 r. - 15 604, z tej ilości 1 555 interwencji dotyczyło przekroczenia ustawowych norm czasu - zwiększenie ilości przekroczeń o 520, tj. o 50,24% (w 2017 r. - 1 035), współczynnik w stosunku do wszystkich interwencji wynosi 8,13% i uległ zwiększeniu

w stosunku do roku ubiegłego (w 2017 wynosił 7,10%); w **Grudziądzu** odpowiednio: 16 786 więcej o 5 168 interwencji, tj. o 78,04% w 2017 r. - 11 618, z tej ilości 1790 interwencji dotyczyło przekroczenia ustawowych norm czasu - zwiększenie o 1 121 przekroczeń, tj. o 167,56%, w 2017 r. - było 669, współczynnik w stosunku do wszystkich interwencji wynosi 11,94% (wyższy od średniej za województwo - 10,48%); w **Inowrocławiu** odpowiednio: 16 036 więcej o 6 358 interwencji, tj. o 65,69% w 2017 r. - 9 678, z tej ilości 1 556 dotyczyło przekroczenia ustawowych norm czasu - zwiększenie o 757 przekroczeń, tj. o 95,12%, w 2017 r. było 799, współczynnik w stosunku do wszystkich interwencji wynosi 10,74% i wzrósł, o 1,74% - wyższy od średniej za województwo, średnia za województwo - 10,48%).

Wskaźnik przekraczający ustawowe normy czasu za województwo Kujawsko-Pomorskie wynosi 10,48% w stosunku do wszystkich interwencji ZRM. W roku 2018 nastąpił wzrost w porównaniu do roku ubiegłego o 0,92%. Do jednostek, które ten wskaźnik zawyżają należą:

- **Koronowo** - 21,63% (interwencji 2 187, w tym 389 interwencji pow. ust. norm czasu);
- **Świecie n. Wisłą** - 21,20% (odpowiednio 6 419, w tym 1 123);
- **Nakło n. Notecią** - 21,28% (odpowiednio 6 855 i 1 203);
- **Mogilno** - 17,98% (odpowiednio 3 077 i 469);
- **Żnin** - 16,29% (odpowiednio 5 291 i 862);
- **Radziejów** - 15,77 (odpowiednio 2 379 i 324);
- **Tuchola** - 15,38% (odpowiednio 3 549 i 473);
- **Golub-Dobrzyń** - 14,50% (odpowiednio 2 890 i 366);
- **Chełmno** - 14,32% - (odpowiednio: 3 009 i 377);
- **Grudziądz** - 11,94% (odpowiednio 16 786 i 1 790);
- **Rypin** - 11,53% (odpowiednio 2 970 i 307);
- **Brodnica** - 10,88% (odpowiednio 4 666 i 458);
- **Inowrocław** - 10,74% (odpowiednio 16 036 i 1 556).

Najlepsze wyniki osiągnęły jednostki (przekroczenie ustawowych norm czasu, od chwili zgłoszenia do dyspozytora medycznego do czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia w stosunku do wszystkich interwencji): Chełmża - 4,90%; Toruń - 5,01; Włocławek - 8,13%; Bydgoszcz - 8,75%; Lipno - 9,25%; Wąbrzeźno - 10,00%; Więcbork - 10,10%; Aleksandrów Kujawski - 10,28%.

Dla miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców cel został osiągnięty albowiem na 2018 rok zakładano medianę w wysokości 8 minut natomiast mediana czasu dojazdu ZRM do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wyniosła w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców 7,25 minut. Z kolei poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców cel został również osiągnięty albowiem zakładano medianę na poziomie 15 minut, zaś osiągnięto czas mediany dojazdu w wysokości 13,13 minut.

W roku 2018 na 21 rejonów operacyjnych odnotowano osiem przypadków przekroczenia ustawowej normy czasu w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców w skali roku przez (norma wynosi 8,0 min.): Nowy Szpital w Nakle i Szubinie Sp. z o.o. o 2,00 min.; Samodzielny Publiczny ZOZ w Mogilnie o 1,27 min.; Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu o 1,20 min.; Pałuckie Centrum Zdrowia Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żninie o 1,17 min.; Samodzielny Publiczny ZOZ w Koronowie o 0,57 min.; Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy o 0,43 min.; ZOZ Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu o 0,16 min. oraz NZOZ Nowy Szpital Sp. z o.o. w Wąbrzeźnie o 0,15 min., gdzie przekroczono ustawową normę czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego. Natomiast poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców (norma wynosi 15 min.) odnotowano również przekroczenie ustawowej normy czasu w skali roku przez pięciu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego tj. Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy o 1,26 min.; Samodzielny Publiczny ZOZ w Koronowie o 0,58 min., Pałuckie Centrum Zdrowia Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żninie o 0,18 min.; NZOZ Nowy Szpital Sp. z o.o. w Świeciu n. Wisłą o 0,15 min. i Samodzielny Publiczny ZOZ w Chełmnie o 0,13 min.

Szesnaście (16) jednostek, zawiąza średnią województwa (7,25 min.) w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców, są to następujący dysponenti ZRM: Nakło n. Notecią - odpowiednio 10,00, o 2,35 min.; Mogilno - 9,27, o 2,02 min.; Grudziądz - 9,20, o 1,55 min.; Żnin - 9,17, o 1,52 min.; Koronowo 8,57, o 1,32 min.; Bydgoszcz - 8,43 o 1,18 min.; Golub-Dobrzyń - 8,16 o 0,51 min.; Wąbrzeźno - 8,15, o 0,50 min.; Świecie n. Wisłą - 7,57, o 0,32 min.; Tucholę - 7,56, o 0,31 min.; Chełmno - 7,49, o 0,24 min.; Włocławek - 7,44, o 0,24 min.; Inowrocław - 7,46 min, o 0,21 min.; Toruń - 7,41, o 0,16 min.; Aleksandrów Kujawski - 7,37, o 0,12 min.; Brodnica - 7,29 o 0,04 min.

W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najlepsze czasy dojazdu uzyskały jednostki (średnia za województwo - 7,25 min.): Lipno - 5,50; Rypin - 6,10; Chełmża - 7,20.

Poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców trzynaście jednostek zawiąza średnią za województwo (13,13 min.) są to następujący dysponenti ZRM: Bydgoszcz - 16,26, o 3,13 min.; Koronowo - 15,58, o 2,45 min.; Żnin - 15,18, o 2,05 min.; Świecie - 15,15, o 2,02 min.; Chełmno - 15,13, o 2,00 min.; Brodnica - 14,21, o 1,08 min.; Golub-Dobrzyń - 13,48, o 0,35 min.; Mogilno - 13,49, o 0,36 min.; Włocławek - 13,28, o 0,15 min.; Tuchola - 14,12, o 0,47 min.; Lipno - 13,40, o 27 min.; Nakło n. Notecią - 13,16, o 0,03 min.; Radziejów - 13,16, o 0,03 min.

Poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców najlepsze wyniki osiągnęły jednostki systemu, w: Sępólnie - 10,11 min.; Grudziądzu - 11,41 min.; Inowrocław - 12,27 min.; Rypin - 12,29 min.; Aleksandrów Kujawski - 12,31min.; Toruniu - 13,04 min.; Chełmży - 13,09 min.

ROZDZIAŁ II

Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

2.1 Charakterystyka ogólna.

Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, są jednostką systemu PRM, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach przedszpitalnych, wykonując tzw. Loty HEMS (loty do zdarzeń), udzielając pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych oraz innych zdarzeniach i sytuacjach nagłych zachorowań. LPR świadczy również usługi transportowe pacjentów wymagających leczenia w jednostkach o wyższym stopniu referencyjności.

Dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest Samodzielny Publiczny ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR). Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego LPR dysponuje 1 śmigłowcem ratowniczymi typu EC 135 w standardzie wyposażenia karetki specjalistycznej.

Medyczne czynności ratunkowe wykonywane są przez:

1. Śmigłowcową Służbę Ratownictwa Medycznego (HEMS), z gotowością do startu:
 - a. w dzień:
 - do 3 minut – w promieniu do 60 km – (z wyjątkiem baz, w przypadku których, ze względu na lokalne ograniczenia, została wydana decyzja Dyrektora o wydłużeniu gotowości),
 - do 6 minut – w promieniu do 60 km – w okresie od 30 minut przed wschodem słońca do godziny 6:30 czasu lokalnego w bazie HEMS pełniącej dyżur całodobowy,
 - do 6 minut – w promieniu powyżej 60 km do 130 km – (z wyjątkiem baz, w przypadku których, ze względu na lokalne ograniczenia, została wydana decyzja Dyrektora o wydłużeniu gotowości),
 - do 15 minut – w promieniu powyżej 130 km.
 - b. w nocy:
 - do 15 minut w promieniu do 60 km,
 - do 30 minut w promieniu powyżej 60 km.
 - c. w lotach HEMS do zdarzeń w górach lub we współpracy z góorskimi służbami ratowniczymi lub z wykorzystaniem technik wysokościowych, czas podany w pkt. 1 lit a może zostać wydłużony o czas niezbędny na specjalne przygotowanie śmigłowca do misji, jednak nie więcej niż o 15 minut,
 - d. w lotach z Państwową Strażą Pożarną, Strażą Graniczną, Policją lub innymi służbami,
z gotowością do startu do 30 minut,
 - e. w lotach z użyciem inkubatora do transportu noworodków i niemowląt z gotowością do startu do 60 minut.
2. Samolotowy Zespół Transportowy (EMS), z gotowością do startu (liczoną od momentu otrzymania wezwania od Dyspozytora Centrum Operacyjnego LPR) w dzień i w nocy:
 - do 60 minut, w przypadku pierwszego wezwania w danym dniu,
 - do 30 minut, w przypadku każdego kolejnego wezwania w danym dniu.

3. Śmigłowcowy Zespół Transportowy (EMS) z gotowością do startu (liczoną od momentu otrzymania wezwania od Dyspozytora Centrum Operacyjnego LPR):

- a. w dzień do 15 minut,
- b. w nocy:
- do 15 minut – w promieniu do 60 km,
- do 30 minut – w promieniu powyżej 60 km.

Do wezwania zespołu HEMS uprawnieni są:

- dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- dyspozytor krajowy Centrum Operacyjnego SP ZOZ LPR;
- dyspozytor innych podmiotów ratowniczych (Państwowa Straż Pożarna, GOPR, TOPR, WOPR, PRO, MSR) poprzez dyspozytora medycznego, lub bezpośrednio na podstawie podpisanych porozumień.

Zadysponowanie zespołu HEMS powinno nastąpić w poniżej opisanych sytuacjach:

- czas transportu drogą lotniczą z miejsca zdarzenia/wezwania pacjenta w stanie nagłym, do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub innego stosownego, jest krótszy od czasu transportu innymi środkami lokomocji i może przynieść korzyść w dalszym procesie leczenia,
- występują okoliczności, które mogą uniemożliwić lub istotnie opóźnić dotarcie przez inne podmioty ratownictwa do poszkodowanego znajdującego się w stanie nagłym (np. topografia terenu),
- zdarzenie masowe (nagle zagrożenie, w wyniku którego zapotrzebowanie na medyczne działania ratownicze przekracza możliwości obecnych na miejscu zdarzenia sił i środków oraz zachodzi konieczność prowadzenia segregacji rozumianej jako ustalanie priorytetów leczniczo – transportowych),
- stany nagłe (inne niż podane poniżej), wymagające pilnej interwencji zespołu ratownictwa medycznego,
- chory nieprzytomny,
- nagłe zatrzymanie krążenia,
- ostre stany kardiologiczne,
- przełom nadciśnieniowy,
- udar mózgu,
- wypadki komunikacyjne,
- upadek z wysokości,
- przysypanie, lawiną,
- uraz wielonarządowy,
- uraz głowy wymagający pilnej interwencji neurochirurgicznej,
- uraz kręgosłupa z paraplegią, tetraplegią lub objawami lateralizacji,
- uraz drążący szyi, klatki piersiowej, brzucha,
- złamanie dwóch lub więcej kości długich,
- ciężki uraz miednicy,
- amputacja urazowa kończyny,
- oparzenie II° i III° przekraczające 20% powierzchni ciała, podejrzenie oparzenia dróg oddechowych, oparzenie elektryczne, eksplozje i pożary,
- hipotermia,

- tonięcie.
- Istnieje możliwość niewykonania transportu z miejsca zdarzenia/wezwania ze względu na ryzyko w zakresie bezpieczeństwa lotu, ograniczenia operacyjne lub prawne.

2.2 Liczba, rozmieszczenie i czas dyżurów LZRM:

Dyspozytornia Krajowa:

Fax: (22) 835 19 19

Tel.: (22) 22 99 999 lub (22) 22 99 998

Sekretariat (22) 22 99 931, 22 99 932, 22 99 933

Każdorazowo lekarz zlecający transport ma obowiązek wziąć pod uwagę stosunek ryzyka i korzyści dla zdrowia pacjenta, a w razie wątpliwości skontaktować się z dyspozytorem medycznym, tel. (22) 22 99 999, 22 99 998 lub lekarzem najbliższej filii lub oddziału SP ZOZ LPR.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego znajduje się Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z siedzibą w Bydgoszczy, posiadające śmigłowiec HEMS typu Eurocopter EC135 - znaki rejestracyjne SP-HXC. Bazujący na lotnisku w Bydgoszczy przy ul. Jana Pawła II 158 B, 85-151 Bydgoszcz.

Filia LPR w Bydgoszczy: Kierownik filii – rat. med. Tomasz Majchrzak, 86-005 Białe Błota ul. Paderewskiego 1

tel./fax.: (22) 22 77 602

tel. kom.: 509 14 22 11 lub 605 88 53 82

Powyższe dane obrazuje tabela nr 6.

Rozdział III

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

3.1 Krótka charakterystyka ogólna.

Podstawową jednostką systemu ratownictwa medycznego jest Szpitalny Oddział Ratunkowy. Zgodnie z zapisami ustawy o PRM stanowi komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Organizację oraz funkcjonowanie szpitalnego oddziału ratunkowego regulują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r., poz. 178) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r., poz. 2295 ze zm.)

Zgodnie z wymienionymi wyżej przepisami jest to wyodrębniony organizacyjnie oddział szpitalny w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, wyspecjalizowany w działaniach leczniczych w zakresie medycyny ratunkowej, spełniający aktualne kryteria dla dyscypliny

medycznej, w którym znajdują się co najmniej: oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową oraz oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Szpitalne Oddziały Ratunkowe są docelowym ogniwem struktury organizacyjnej ratownictwa medycznego, opartej o koncepcję „łańcucha przeżycia”. Struktury te mają zapewnić możliwie najszybszą i możliwie najbardziej wyspecjalizowaną pomoc medyczną we wszystkich stanach zagrożenia życia; w zdarzeniach indywidualnych, jak i zdarzeniach masowych. Ogniwami tego łańcucha są:

- zachowania ratownicze świadków zdarzenia;
- łączność alarmowa na ratunek;
- działania ratunkowe zespołów medycznych na miejscu zdarzenia;
- wykwalifikowany transport ciężko chorego;
- Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Całość działań ratunkowych winna być podjęta i prowadzona szybko, w czasie istnienia największych szans chorego na przeżycie. Czas ten określa się mianem „złotej godziny”. Oznacza to rozpoczęcie kwalifikowanych działań ratowniczych na miejscu zdarzenia najpóźniej w czasie 8-15 minut od nadania sygnału „na ratunek”. Kontynuowanie ich w miejscu zdarzenia i w czasie transportu nie powinno trwać dłużej niż 15-20 minut, po to aby pacjent trafił jak najszybciej do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Oddział ten winien działania te kontynuować w coraz bardziej zaawansowany sposób - stosownie do przybywających danych diagnostycznych. W miarę precyzowania potrzeb, w tym właśnie oddziale, wokół zagrożonego pacjenta rozpoczynają swoje działania wszyscy niezbędni specjaliści. Tworzą oni wyspecjalizowany zespół urazowy, który ma za zadania w ciągu 30-40 minut:

- ocenić stan pacjenta;
- zahamować procesy umierania;
- rozpocząć leczenie specjalistyczne;
- podjąć decyzje o przekazaniu pacjenta do oddziału ratunkowego wyższego szczebla o ile potrzeby leczenia specjalistycznego przekraczają możliwości zespołu i szpitala macierzystego.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe są zasadniczym ogniwem w strukturach medycyny ratunkowej decydującym w głównej mierze o skuteczności całego jej systemu.

3.2 Liczba i rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego utworzonych zostało 10 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Sieć Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych docelowo zapewnić ma przyjęcie i wstępne leczenie wszystkich chorych znajdujących się w stanie zagrożenia życia. W związku z tym do programu zostały zakwalifikowane jednostki, które posiadają najlepsze warunki do zapewnienia kompleksowej opieki chorych i mogą być włączone do krajowej sieci szpitali publicznych.

Szczegółowe dane w tym zakresie obrazuje tabela nr 7.

Rozdział IV

Centrum Urazowe

4.1 Krótka charakterystyka ogólna.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm.) na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wiodącym szpitalem, który w największym stopniu spełnia kryteria określone w Rozdziale 4a wyżej cyt. ustawy dla tzw. Centrum Urazowego jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy. Wyłonienie szpitala pretendującego do roli centrum urazowego było procesem sformalizowanym, poprzedzonym ustaleniami z władzami Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu i konsultantami wojewódzkimi, którzy reprezentowali różne dziedziny medyczne - istotne dla funkcjonowania centrum, tj.: medycyny ratunkowej, chirurgii, ortopedii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, chirurgii plastycznej, rehabilitacji, okulistyki i otolaryngologii.

Bydgoszcz jest optymalnym miejscem w województwie kujawsko-pomorskim w którym utworzono Regionalne Centrum Urazowe - w zasięgu ośrodka znalazło się 2 mln 82 tysiące 935 osób z województwa kujawsko-pomorskiego. Taka lokalizacja zapewni czas dojazdu ofiar z miejsca wypadku do szpitala w czasie nieprzekraczającym jednej godziny. Centralne położenie miasta na mapie województwa kujawsko-pomorskiego zabezpiecza szybki i bezpieczny transport kołowy i powietrzny z podległego regionu.

Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy jest szpitalem wielospecjalistycznym o charakterze uniwersyteckim. Szpital dysponuje odpowiednią bazą kliniczną i naukowo-dydaktyczną dla powstania Regionalnego Centrum Urazowego. W jego strukturach funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy. W strukturze szpitala funkcjonują również Katedry i Kliniki niezbędne dla prawidłowej działalności Regionalnego Centrum Urazowego:

- Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej;
- Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej;
- Zakład Diagnostyki Obrazowej;
- Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej;
- Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń;
- Katedra i Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej;
- Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii;
- Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu;
- Katedra i Klinika Kardiochirurgii;
- Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej;
- Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej;
- Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pracownią
- Kardiologii Inwazyjnej i Elektrofizjologii;
- Katedra i Klinika Nefrologii ze Stacją Dializ;
- Katedra i Klinika Rehabilitacji.

4.2 Liczba i rozmieszczenie Centrum Urazowego

W dniu 6 listopada 2009 r. kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, biorąc pod uwagę opinię Konsultantów Krajowych i przedstawicieli Sekcji Urazowej Towarzystwa Chirurgów

Polskich, w odniesieniu do lokalizacji oraz spełnienia wymogów ZOZ-ów pretendujących do roli centrów urazowych, podjęło decyzję o utworzeniu 13 centrów urazowych w Polsce. Wśród nich znalazł się w województwie kujawsko-pomorskim Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy. Zatem na bazie ww. szpitala działa centrum urazowe.

Funkcjonowanie Regionalnego Centrum Urazowego w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy zapewni wielospecjalistyczne leczenie ofiarom wypadków, zdarzeń masowych i katastrof. Przyczyni się do skutecznego ratowania ludzkiego życia, spadku śmiertelności i skrócenia czasu hospitalizacji, który spełnia obligatoryjne wymogi ustawowe w zakresie:

- posiadania szpitalnego oddziału ratunkowego;
- zabezpieczenia populacji nie mniejszej niż 1 mln mieszkańców zamieszkującej obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny;
- współpracy z CM w Bydgoszczy Uniwersytetem Medycznym im. M. Kopernika w Toruniu;
- zapewniania w swojej strukturze działania następujących specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:
 - a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii;
 - b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom urazowym;
 - c) całodobowej pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej;
 - d) posiadania w swoich strukturach: oddział chirurgii ogólnej, oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu, oddział neurochirurgii.
- zapewnienia dostępu do całodobowej pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej;
- zapewnienia dostępu do lądowiska dla lotniczego zespołu ratownictwa medycznego;
- zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii.

Na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 39 d ustawy o PRM, dnia 18 czerwca 2010 r. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803), które określa:

- szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego;
- minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego;
- kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym;
- sposób postępowania z pacjentem urazowym.

Rozdział V

Centrum Urazowe dla dzieci

W Województwie Kujawsko-Pomorskim nie występuje Centrum Urazowe dla Dzieci.

Rozdział VI

Jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

6.1 Charakterystyka ogólna.

Jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, współpracują z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne i są zobowiązane niezwłocznie udzielać niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W razie konieczności szpital, w którym znajduje się jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dla ratownictwa medycznego, zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

6.2. Liczba, rozmieszczenie i organizacja jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Poniżej, w załączniku zamieszczono informacje w zakresie wyszczególnienia szpitalnych podmiotów leczniczych wraz z wykazem oddziałów szpitalnych wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (tabela 8).

Rozdział VII

Hospitalizacje osób w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego

7.1 Krótka charakterystyka ogólna.

Zgodnie z art. 3 ust. 8 ustawy o PRM stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jest to 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.

Pacjenci z terenu województwa kujawsko-pomorskiego, u których wystąpił stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, hospitalizowani są w 30 placówkach zabezpieczających świadczenia

W tabelach nr 12, 13 i 14 przedstawiono informacje o liczbie pacjentów przyjętych w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) oraz w izbach przyjęć na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, z uwzględnieniem przyczyny przyjęcia, w tym także przyjęć zakończonych zgonem.

7.2 Liczba pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego za rok 2018.

W Kujawsko-Pomorskim w 2018 roku zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy 402 878 osobom w szpitalnym oddziale ratunkowym, w tym 109 102 pacjentów urazowych. Na ogólną liczbę 402 878 przyjętych osób do izb przyjęć szpitalnego oddziału ratunkowego - 316 852 pacjentów stanowiły osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, natomiast 86 026 pacjentów nie stanowiły zagrożenia zdrowotnego. Zatem 21,35% przyjętych osób stanowili pacjenci, którym udzielono pomocy ambulatoryjnej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego – 100 927.

Szczegółowe dane w tym zakresie zostały ujęte w tabeli nr 9.

7.3 Liczba pacjentów izb przyjęć szpitali na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego za rok 2018.

W roku 2018 szpitale województwa kujawsko-pomorskiego przyjęły w izbach przyjęć ogółem 121 938 osób, z tej ilości 78 270 osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na 121 938 przywiezionych w stanie zagrożenia zdrowotnego 95 931 stanowili pacjenci w wieku powyżej 18 roku życia tj. 78,67%. Natomiast 26 007 (21,33%) to osoby poniżej 18 roku życia. W 2018 roku na izbę przyjęć szpitala zespoły ratownictwa medycznego przekazały 19 088 pacjentów.

Dane dotyczące liczby pacjentów izb przyjęć szpitali na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego za rok 2018 ujęto w tabeli nr 10.

7.4 Liczba pacjentów centrum urazowego na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego za rok 2018.

Szczegółowe dane obrazuje tabela nr 11.

7.5 Liczba pacjentów centrum urazowego dla dzieci na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nie funkcjonuje Centrum Urazowe dla Dzieci.

Rozdział VIII

Sposób koordynowania działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

8.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Podstawowe zasady dotyczące koordynacji działań jednostek systemu zostały określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o PRM (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm.) i wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, w strukturze Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego KPUW w Bydgoszczy zlokalizowane jest stanowisko **Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego (WKRM)**. Jego zadania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1655). Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują jednolite zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu uregulowane przez „**Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu**” oraz „**Algorytm postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o dobre praktyki postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu**”, a także - „**Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć**”, zatwierdzone i wprowadzone do stosowania przez Ministerstwo Zdrowia w 2018 r. -

<https://www.gov.pl/zdrowie/dobre-praktyki-postepowania-z-pacjentem-z-podejrzeniem-udaru-mozgu>.

Stosowanie „Dobrych praktyk” oraz „Algorytmu” w dyspozytorniach medycznych i zespołach ratownictwa medycznego pozwoli na skrócenie czasu, w jakim osoba z podejrzeniem udaru mózgu otrzyma właściwą pomoc medyczną na etapie przedszpitalnym oraz docelowo w wyspecjalizowanym ośrodku udarowym.

Załącznik - *Dobre praktyki z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu.*

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, w przypadku powiadomienia dyspozytora medycznego o zdarzeniu o potencjalnym charakterze mnogim/masowym, uruchamiana jest procedura pn: „**Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego**”. Opracowanie to stanowi dodatkowe narzędzie, ujednolicone w skali kraju, którego celem jest wsparcie i zapewnienie prawidłowego postępowania w obszarze zadań dyspozytorów medycznych, zespołów ratownictwa medycznego, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, izb przyjęć, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędných dla ratownictwa medycznego.

Załącznik - *Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego.*

8.1.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z uwzględnieniem postanowień zawartych w umowach międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej.

Zespoły ratownictwa medycznego w województwie kujawsko-pomorskim nie realizują obecnie umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego.

8.2 Ogólne informacje o przyjmowaniu i obsłudze zgłoszeń o stanach zagrożenia zdrowotnego.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje jednolity system powiadamiania ratunkowego powołany do życia ustawą z dnia 22 listopada 2013 roku o systemie powiadamiania ratunkowego. System składa się z centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) i działa z zastosowaniem zasady wzajemnej zastępowalności centrów w razie miejscowej awarii systemu teleinformatycznego bądź jego przeciążenia.

W ramach systemu obsługiwane są zgłoszenia alarmowe kierowane na numery alarmowe 112 i 997. Jednocześnie w przypadku zgłoszeń dotyczących stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgłoszenia te przekazywane są do obsługi przez właściwą dyspozytornię medyczną.

W ramach systemu mogą być także obsługiwane numery 991, 992, 993, 994, 998 i 987 oraz inne numery alarmowe do których zadań należy ochrona życia, zdrowia, bezpieczeństwa, porządku publicznego, mienia lub środowiska.

Operatorzy numeru alarmowego 112 odbierają połączenia w CPR, a następnie przeprowadzają rozmowę w celu uzyskania odpowiednich informacji i drogą elektroniczną przekazują zgłoszenie do służb ratunkowych. W przypadku zgłoszeń wymagających przeprowadzenia wywiadu medycznego, operatorzy przekazują do odpowiedniej dyspozytorni medycznej, formatkę wraz z połączeniem.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonują 2 dyspozytornie medyczne z łączną liczbą 12 stanowisk dyspozytorskich, w tym 8 stanowisk dyspozytorów przyjmujących i 4 stanowiska dyspozytorów wysyłających.

Do zadań dyspozytorów medycznych należy m.in. odbieranie powiadomień o zdarzeniach oraz zgłoszeń alarmowych kierowanych z numeru alarmowego 112, a także dysponowanie ZRM na miejsce zdarzenia w ramach obsługiwanego rejonu operacyjnego.

Zgodnie art. 24e ust.1 ustawy o PRM dyspozytorzy medyczni wykonują zadania z wykorzystaniem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

Jednocześnie przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów oraz niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, odbywa się na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego z uwzględnieniem algorytmu zbierania wywiadu medycznego.

Szczegółowe dane w zakresie wykształcenia dyspozytorów medycznych ujęto w tabeli 13.

8.3 Liczba połączeń i czas obsługi zgłoszeń w dyspozytorni medycznej za rok 2018.

Szczegółowe dane ujęto w tabeli 14.

8.4 Struktura i organizacja łączności radiowej ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń.

Na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego wszystkie zespoły ratownictwa medycznego są dysponowane z wykorzystaniem SWD PRM. W celu zapewnienia sprawnej komunikacji pomiędzy zespołami ratownictwa medycznego a stanowiskami dyspozytorów medycznych, dysponent zespołów ratownictwa medycznego realizujący świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne na obszarze danego rejonu operacyjnego, zapewnia:

- 1) warunki i środki techniczne umożliwiające przyjmowanie zgłoszeń za pośrednictwem systemu SWD PRM, zgodnie z wymaganiami przewidzianymi dla tego systemu;
- 2) środki łączności radiowej oraz telefony GSM, umożliwiające komunikację zespołów ratownictwa medycznego ze stanowiskami dyspozytorów medycznych zlokalizowanych w dyspozytorni medycznej obsługującej zgłoszenia z rejonu operacyjnego, w którym działa dysponent.

Decyzją Ministra Zdrowia operatorem sieci radiowej jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Łączność radiowa realizowana jest poprzez dotychczas przydzielone częstotliwości oraz posiadany sprzęt łączności.

Elementami systemów łączności radiotelefonicznej są:

- radiotelefony łączności cyfrowo-analogowej w każdym ZRM w całym województwie,
- telefony GSM w każdym ZRM,
- tablety systemu SWD PRM.

8.4.1 Zasady i organizacja komunikacji radiowej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego.

Dyspozytorzy medyczni, kierownicy zespołów ratownictwa medycznego i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego działają w oparciu o procedury Ministerstwa Zdrowia obejmujące:

- zasady komunikacji z wykorzystaniem łączności radiotelefonicznej w systemie PRM;
- zasady tworzenia identyfikacyjnych oznaczeń w systemie PRM i przydzielania nazw technicznych w SWD PRM.

Rozdział IX

Informacja na temat personelu zatrudnionego w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

9.1 Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu PRM, o którym mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.).

W województwie kujawsko-pomorskim w jednostkach systemu PRM zgodnie ze stanem na dzień 31 grudnia 2018 r. zatrudnionych było 1 601 pracowników, z czego:

- 205 lekarzy systemu;
- 293 pielęgniarek systemu;
- 1 048 ratowników medycznych.

W zespołach ratownictwa medycznego pracowało 64,77% wyżej wymienionego personelu.

W województwie kujawsko-pomorskim personel medyczny zespołów ratownictwa medycznego to: na 101 lekarzy, 89 posiada uprawnienia zgodnie z art. 3 ust. 3 i art. 57 ustawy o PRM; 836 ratowników medycznych - wszyscy spełniają wymogi art. 10 ust. 4 lit. a ustawy o PRM oraz na 84 pielęgniarki, 76 spełnia wymagania o których mowa w art. 3 pkt 6 ust. o PRM.

Szczegółowe dane ujęto w tabeli 15.

Rozdział X

Jednostki współpracujące z systemem PRM.

10.1 Charakterystyka ogólna jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednostkami współpracującymi z systemem, zgodnie z ustawą o PRM są:

1. jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej;
2. jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego;
3. jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej;
4. jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej;
5. podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich;
6. podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych;
7. podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. - Prawo geologiczne i górnicze;

8. jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim;
9. podmioty niewymienione w pkt 1-8 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego - które uzyskały wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że:

1. osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu;
2. dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;
3. dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

10.2 Informacje o Rejestrze Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Celem utworzenia systemu jest wsparcie obsługi Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

System zawiera funkcjonalności wspierające:

- obsługę złożenia wniosku o wpisanie do rejestru przez jednostkę wprowadzaną na wniosek;
- proces weryfikacji danych Jednostek Wspierających
- procesy udostępniania danych jednostek w celu realizacji działań związanych z obsługą sytuacji kryzysowych i zdarzeń medycznych wymagających użycia dodatkowych sił i środków.

Wojewoda prowadzi w postaci elektronicznej rejestr jednostek współpracujących z systemem - elektroniczny Rejestr Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne dostępny jest pod adresem:

<https://rjwprm.rejestrmedyczne.csioz.gow.pl/>

Rozdział XI

Planowane nowe jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

11.1 Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych zespołów ratownictwa medycznego, w tym ich liczba, rodzaj, rozmieszczenie i planowany czas uruchomienia.

Po dokonaniu analizy urbanistyki terenu, sieci komunikacyjnej, ruchu turystycznego, dziennego obciążenia wyjazdów ZRM oraz biorąc pod uwagę dotychczasowe czasy dojazdów zespołów ratownictwa medycznego do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,

Wojewoda Kujawsko-Pomorski w roku 2019 planuje uruchomienie 2 (dwóch) nowych jednostek systemu, podstawowe „P”, stacjonowanie tych zespołów przewiduje się w następujących rejonach operacyjnych:

1. m. Brzoza (gmina Białe Błota – powiat bydgoski) – rejon operacyjny Nr 04/02 (rejon bydgoski,
2. m. Grudziądz (miasto na prawach powiatu) – rejon operacyjny Nr 04/01 (rejon toruński).

Biorąc pod uwagę zachowanie [w wyniku przekwalifikowania w bieżącym roku 8 (ośmiu) ZRM typu „S” na podstawowe zespoły ratownictwa medycznego] wysokości algorytmu „unormowanej liczby zespołów”, o którym mowa w art. 46 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z. 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.) wnioskuje się utworzenie stałych 2 (dwóch) podstawowych zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w roku 2019 w okresie trzymiesięcznym (od 01.10.2019 r. do 31.12.2019 r.) zaś od roku 2020 w okresie całorocznym (od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.).

Uzasadnieniem utworzenia 2 nowych ZRM jest analiza czasów dojazdu ZRM i ilość interwencji realizowanych na tym obszarze województwa w Rejonach 04/01 i 04/02.

Wartości mediany czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego i wartości trzeciego kwartyla czasu dotarcia dla wszystkich zespołów ratownictwa medycznego w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu za roku 2018 przedstawiają poniższe tabele:

Tabela wartości mediany w poszczególnych miesiącach za 2018 r. dla wszystkich ZRM Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu

miesiąc	w mieście pow. 10 tys. mieszkańców (w min.)	poza miastem pow. 10 tys. mieszkańców (w min.)	uwagi
styczeń	8,23 - przekroczenie o 0,23	10,46	
luty	8,23 - przekroczenie o 0,23	11,10	
marzec	8,19 - przekroczenie o 0,19	11,04	
kwiecień	7,53	10,08	
maj	8,44 - przekroczenie o 0,44	11,50	
czerwiec	5,59	10,49	
lipiec	8,22 - przekroczenie o 0,22	10,27	
sierpień	8,12 - przekroczenie o 0,12	10,29	
wrzesień	8,17 - przekroczenie o 0,17	10,35	
październik	8,37 - przekroczenie o 0,37	11,09	
listopad	8,37 - przekroczenie o 0,37	10,27	
grudzień	8,52 - przekroczenie o 0,52	11,07	
Mediana za 2018 r.	8,25 - przekroczenie o 0,25	10,50	

- **Kolorem czerwonym** zaznaczono przekroczone wskaźnik.
 - Norma ustawowa dla miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców wynosi - 8 minut.
 - Norma ustawowa poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców wynosi - 15 minut.
- Podsumowanie roku 2018:

- wystąpiło przekroczenie ustawowej normy mediany czasu dotarcia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców w skali miesiąca (w 10 miesiącu) natomiast w skali całego roku odnotowano przekroczenie ustawowej normy mediany o 0,25 min.;
- poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców nie odnotowano przekroczenia ustawowej normy mediany czasu w skali miesiąca oraz w skali całego roku.

W województwie dla miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców cel został osiągnięty albowiem na 2018 rok zakładano medianę w wysokości 8 minut, natomiast średni czas dojazdu ZRM do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wyniósł w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców **7,25 minut**, w Bydgoszczy – **8,43 min.** i jest to jeden z najgorszych czasów w województwie przekraczający zakładaną medianę o 0,43 min.(w 2017r. –było 8,17 min.). W roku 2017 odnotowano 12 przypadków przekroczenia ustawowej normy czasu w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców, tj. w każdym miesiącu przekroczone zakładany czas tj. 8 min..

Z kolei w województwie poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców cel został osiągnięty albowiem zakładano medianę na poziomie 15 minut, zaś osiągnięto średni czas dojazdu w wysokości **13,13 min.**, w Bydgoszczy mediana czasu **wynosi 16,26 min.** i jest to mediana czasu znacznie powyżej średniej za województwo, jest to jeden z najgorszych czasów w województwie przekraczający zakładaną medianę o 3,13 min.(w 2017r. – było 12,07 min.)..

Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jest czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zrm na miejsce zdarzenia. Czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości **mediany**, oraz **maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia**. Mediana czasu dotarcia ZRM nie może być większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut poza miastem pow. 10 tys. mieszkańców.

W poniższej analizie w wartościach mediany po przecinku podano sekundy.

Wartości mediany czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego w WSPR w Bydgoszczy za roku 2018 przedstawia poniższa tabela:

Tabela wartości mediany dla każdego ZRM za 2018 r. dla WSPR w Bydgoszczy

Mediana za rok 2018 dla ZRM	w mieście pow. 10 tys. mieszkańców (w min.)	poza miastem pow. 10 tys. mieszkańców (w min.)	uwagi
C0101	7,49	16,24 - przekroczenie o 1,24	
C0103	9,44 - przekroczenie o 1,44	17,57 - przekroczenie o 2,57	
CO107	9,38 - przekroczenie o 0,03	19,44 - przekroczenie o 4,44	
C0102	7,50	21,48 - przekroczenie o 6,48	
C0104	7,52	16,12 - przekroczenie o 1,12	
C0106	9,01 - przekroczenie o 1,01	17,47 - przekroczenie o 2,47	
C0108	7,16	15,18 - przekroczenie o 0,18	

C0110	9,08 - przekroczenie o 1,08	17,21 - przekroczenie o 2,21	
C0112	8,00	17,26 - przekroczenie o 2,26	
C0114	7,32	21,40 - przekroczenie o 6,40	
C0116	8,48 - przekroczenie o 0,16	13,34	
C0118	7,52	14,14	
C0120	9,40 - przekroczenie o 1,40	19,26 - przekroczenie o 4,26	
C0122	13,17 - przekroczenie o 5,17	16,02 - przekroczenie o 1,02	
C0124	7,01	10,46	
C0126	7,32	15,36 - przekroczenie o 0,36	
C0128	7,01	13,49	
C0130	8,43 - przekroczenie o 0,43	17,01 - przekroczenie o 2,01	
Mediana za rok 2018	8,43 - przekroczenie o 0,43	16,26 - przekroczenie o 1,26	

- **Kolorem czerwonym** zaznaczono przekroczonego wskaźnik.
 - Norma ustawowa dla miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców wynosi - 8 minut.
 - Norma ustawowa poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców wynosi - 15 minut
- Podsumowanie roku 2018:

- wystąpiło przekroczenie ustawowej normy mediany czasu dotarcia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców w skali całego roku przez 8 ZRM (C0103,C0107,C0106,C0110,C0116,C0120,CO122,C0130) oraz w skali roku o 0,43 min.;
- odnotowano przekroczenia ustawowej normy mediany czasu dotarcia poza miastami powyżej 10 tysięcy mieszkańców w skali całego roku przez 14 ZRM (C0101,C0103,C0107,C0102,C0104,C0106,C0108,C0110,C0112,C0114,C0120,CO122,C0126,C0130) oraz w skali całego roku o 1,26 min.

W województwie w 2018 r. mediana czasu wyniosła: w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców **7,25 min.** a poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców **13,13 min.**

11.2 Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych szpitalnych oddziałów ratunkowych i planowany czas uruchomienia.

W związku z wnioskiem Prezesa Zarządu Szpitala Lipno Spółka z o.o. do roku 2020 planuje się utworzenie w strukturach Szpitala Lipnowskiego Spółka z o. o. szpitalnego oddziału ratunkowego.

Powiat lipnowski jest unikatowy w skali województwa. W stolicy powiatu krzyżują się trasy ruchu tranzytowego. Na osi wschód - zachód przebiega droga krajowa szybkiego ruchu nr 10 Szczecin - Toruń - Płońsk, a w kierunku północ - południe, droga krajowa nr 67 Lino - Włocławek (stanowiącą łącznik z drogą krajową nr 1), występuje również bogata sieć dróg powiatowych. Na wymienionych szlakach odbywa się transport materiałów niebezpiecznych z uwagi na nieodległą lokalizację ośrodków przemysłu paliwowego i chemicznego w Płocku oraz Włocławku. Droga krajowa nr 10 jest najniebezpieczniejszym szlakiem omunikacyjnym w województwie kujawsko - pomorskim. Na drogach powiatu lipnowskiego w roku 2015 doszło do 518 zdarzeń drogowych, a w roku 2014 do 546. Generuje to w ich wyniku znaczną liczbę poszkodowanych. Powiat Lipnowski zamieszkuje ponad 67,3 tys. mieszkańców, co nie jest może liczbą imponującą ale z uwagi na liczne atrakcje turystyczne należy także uwzględnić sezonową migrację ludności na poziomie kilkunastu tysięcy osób.

Szpital w Lipnie pomimo statusu szpitala powiatowego, swoim zasięgiem działania obejmuje także powiaty: rypiński, sierpecki, płocki, włocławski, radziejowski, aleksandrowski

i brodnicki. Dotyczy to szczególnie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii, leczenia udarów oraz zabiegów endoskopowych. Warto podkreślić, że Pracownia Endoskopowa praktycznie całodobowo wykonuje unikatowe zabiegi w przypadkach krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

W roku 2015 hospitalizowano 9272 osoby, natomiast liczba udzielonych porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć to 5127. Średnio na dobę udzielano pomocy w ramach izby przyjęć blisko 40 pacjentom. Kolejnym atutem szpitala jest posiadanie lądowiska dla śmigłowca HEMS ujętego w Instrukcji Operacyjnej SP ZOZ LPR pod nr H 063.

Wniosek Szpitala Lipno Spółka z o.o. otrzymał pozytywną opinię Konsultanta Wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej oraz Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy albowiem inicjatywa utworzenia w strukturze Szpitala w Lipnie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zasługuje na poparcie, a dostępność i jakość świadczeń udzielanych pacjentom w stanach zagrożenia życia i zdrowia w szpitalnych oddziałach ratunkowych jest wyższa niż w izbach przyjęć, tak więc korzystna ze społecznego punktu widzenia.

Ostateczne uruchomienie przedmiotowego SOR będzie możliwe jedynie w przypadku spełnienia warunków koniecznych do realizacji świadczeń w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi.

Szpital w celu spełnienia wymagań, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1511) planuje wykonanie inwestycji na kwotę 5.877.000 złotych, z zastrzeżeniem że źródłem finansowania będzie dotacja z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w wysokości 85%.

W związku z wnioskiem Dyrektora Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Mikołaja Kopernika w Toruniu przy ul. Batorego 17/19 (pismo z dnia 08.04.2019 r. znak: SSM.OZiOP.080.17.2019) do roku 2021 planuje się utworzenie w strukturach Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu szpitalnego oddziału ratunkowego.

Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu podjął działania zmierzające do ubiegania się o dofinansowanie ze środków unijnych w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie 9.1. Infrastruktura ratownictwa medycznego, projektu budowy i wyposażenia SOR. Główne założenia planowanej inwestycji to:

1. Okres realizacji: 2019-2021

2. Zakres działań:

- zakup wyrobów medycznych (aparatura medyczna),
- zakup i montaż infrastruktury do odbierania danych medycznych pacjenta transmitowanych ze środków transportu sanitarnego,
- zakup wyposażenia socjalno-bytowego biurowego / administracyjnego niezbędnego do realizacji świadczeń w ramach SOR.

Planowany koszt realizacji inwestycji to 10.000.000 złotych. Dofinansowanie EFRR: 8.500.000 złotych. Wkład własny Gminy miasto Toruń to – 1.500.000 złotych.

Wniosek uzyskał, biorąc pod uwagę (strukturę Specjalistycznego Szpitala miejskiego w Toruniu, lokalizację, liczbę porad udzielanych u pacjentów w stanie nagłego zagrożenia

zdrowotnego) pozytywną opinię Konsultanta Wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej. (pismo z dnia 20.03.2019 r. znak: K.7.-1.2019)

Wniosek uzyskał także w świetle analizy wykonanych świadczeń, w tym liczby leczonych pacjentów, pozytywną rekomendację Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy. (pismo z dnia 19 lutego 2019 r. znak: WSOZR-Z.425.8.20.2019)

11.3 Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych centrach urazowych lub centrach urazowych dla dzieci na obszarze województwa i planowany czas uruchomienia.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski w roku 2019 nie planuje uruchomienia nowych centrów urazowych.

Wykaz załączników do Części I Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa Kujawsko-Pomorskiego:

Tabela nr 1 – Rejony operacyjne i miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr 2 – Zespoły ratownictwa medycznego włączone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Tabela nr 3 – Dodatkowe zespoły ratownictwa medycznego.

Tabela nr 4 – Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr 5 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr 6 – Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Tabela nr 7 – Szpitalne oddziały ratunkowe.

Tabela nr 8 – Jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Tabela nr 9 – Liczba przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Tabela nr 10 – Liczba przyjęć pacjentów w izbie przyjęć szpitala.

Tabela nr 11 – Centra urazowe.

Tabela nr 12 – Centra urazowe dla dzieci.

Tabela nr 13 – Stanowiska dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 14 – Liczba połączeń i czas obsługi zgłoszeń w dyspozytorni medycznej.

Tabela nr 15 – Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Tabela nr 16 – Rejony operacyjne i miejsca stacjonowania planowanych do uruchomienia zespołów ratownictwa medycznego (nie dotyczy).

Tabela nr 17 – Szpitalne oddziały ratunkowe planowane do uruchomienia (nie dotyczy).

Część II

Rozdział XII

Spis aktualizacji Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa Kujawsko-Pomorskiego.

12.1 Arkusz zmian i aktualizacji PDSPRM dla województwa kujawsko- pomorskiego.

Numer aktualizacji	Zakres zmian	Data akceptacji ministra właściwego do spraw zdrowia
Aktualizacja nr 1	Zmiany dokonano w: - Rozdziale I, pkt. 1.4; - Rozdziale VII, pkt. 7.2, 7.3, 7.4; - Rozdziale IX, pkt. 9.1; -Załączniki: 1,2,4,5,7,9,10,11,13,14,15,18,19,20,21,22	
Aktualizacja nr 2	Zmiany dokonano w: - Rozdziale I, pkt. 1.2;1.4; - Rozdziale IX, pkt. 9.1; - Rozdział XI, pkt. 11.1 i 11.2. -Załączniki: 1,2,3,17.	

Rozdział XIII

Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego oraz systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego

13.1. Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego.

Na terenie województwa kujawsko-pomorskiego funkcjonuje centrum powiadamiania ratunkowego zlokalizowane przy ul. Grudziądzkiej 9-15, 85-130 w Bydgoszczy.

Do CPR kierowane są połączenia z ogólnopolskiego numeru alarmowego 112 i 997, które odbierane są przez od 9 do 14 operatorów numeru alarmowego (ONA), w tym w ciągu dnia przez 12 operatorów, a w nocy przez 10 operatorów. Centrum wspomagane jest przez system teleinformatyczny (SI CPR), który współpracuje i wymienia dane z systemami dziedzinowymi innych służb: Policji (SWD Policji), Państwowej Straży Pożarnej (SWD PSP) oraz Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) przez ogólnopolską sieć teleinformatyczną na potrzeby obsługi numerów alarmowych (OST 112). Policja, Państwowa Straż Pożarna oraz dysponenti zespołów ratownictwa medycznego lub inne podmioty, których numery są obsługiwane w ramach tego systemu, dysponują własne zasoby ratownicze.

13.2. Organizacja systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Numer alarmowy 999 na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego obsługiwany jest przez dyspozytorów medycznych zlokalizowanych w dyspozytorniach medycznych:

- DM02 01 w Toruniu – 6 stanowisk dyspozytorskich, w tym 4 stanowisk dyspozytorów przyjmujących i 2 stanowiska dyspozytorów wysyłających,
- DM02 02 w Bydgoszczy – 6 stanowisk dyspozytorskich, w tym 4 stanowiska dyspozytorów przyjmujących i 2 stanowiska dyspozytorów wysyłających.

Jednocześnie spośród stanowisk dyspozytorów wysyłających kierownik podmiotu leczniczego zatrudniającego dyspozytora medycznego wskazuje dyspozytora medycznego, który współpracuje z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz jest w stałym kontakcie z kierującym akcją medyczną podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych oraz pełni rolę głównego dyspozytora w SWD PRM.

W DM02 01 i DM02 02 jest to stanowisko dyspozytora wysyłającego A.

13.2.1. Zasady i procedury przyjmowania wezwań oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

- Art. 27 ustawy o PRM
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia - Algorytm zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego.

13.3. Adres dyspozytorni medycznej, rejon działania, liczba i rodzaj obsługiwanych zespołów ratownictwa medycznego, liczba, rodzaj i godziny pracy stanowisk dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 19 - Lokalizacja, liczba i obszary dysponowania stanowisk dyspozytorów medycznych

Tabela nr 20 - Stanowiska dyspozytorów medycznych i numery DDI **13.4 Struktura i organizacja systemów teleinformatycznych oraz rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych.**

Dyspozytorzy medyczni, wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz zespoły ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM.

W celu podjęcia działań ratowniczych wymagających współpracy jednostek Policji i/lub Państwowej Straży Pożarnej, dyspozytorzy medyczni przekazują niezbędne informacje z wykorzystaniem elektronicznej formatki zgłoszenia funkcjonującej w oparciu o interfejs wymiany danych między SI CPR a systemami dziedzicznymi służb.

Stanowiska dyspozytorów medycznych wyposażone są w środki łączności radiowej tj. konsole łączności radiowej, umożliwiające komunikację z zespołami ratownictwa medycznego, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi oraz Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym.

Łączność radiowa zapewnia realizację zadań przez dyspozytorów medycznych w sposób efektywny, z zachowaniem ciągłości działania i wymiany informacji.

13.5 Zasady i organizacja komunikacji z wykorzystaniem łączności radiotelefonicznej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym komunikacja między dyspozytorniami medycznymi w przypadku awarii Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zastępowalności dyspozytorni medycznych, konieczności zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego z rejonu operacyjnego innej dyspozytorni medycznej oraz między wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego z innego województwa.

Dyspozytorzy medyczni, kierownicy zespołów ratownictwa medycznego i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego działają w oparciu o procedury Ministerstwa Zdrowia obejmujące:

- zasady komunikacji z wykorzystaniem łączności radiotelefonicznej w systemie PRM;
- wytyczne do obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni medycznej w SWD PRM;
- zastępowalność dyspozytorni medycznych w systemie PRM;

- procedury awaryjne na potrzeby zastępowalności dyspozytorni medycznych w systemie PRM.

Tabela nr 21 - Zastępowalność dyspozytorni medycznych

13.6 Organizacja i procedury koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, w szczególności w zdarzeniach powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób.

Organizacja i procedury koordynacji działań jednostek systemu, tj. szpitalnych oddziałów ratunkowych, zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, wynikają z:

- rozdziału 5 ustawy o PRM - „Akcja medyczna”,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 66 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1655).

Ponadto wsparcie i zapewnienie prawidłowego postępowania w obszarze zadań dyspozytorów medycznych, zespołów ratownictwa medycznego, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, izb przyjęć, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego regulują „Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego” (Załącznik do niniejszego Planu), zatwierdzone i wprowadzone do stosowania przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2015. Przedmiotem „Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego” jest ujednoczenie sposobu postępowania w sytuacji wystąpienia zdarzenia o potencjalnym charakterze mnogim/masowym we wszystkich obszarach systemu PRM, jak również innych elementów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Rozdział XIV

Współpraca jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej oraz jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

14.1 Sposób współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej i jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z innych województw.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski zawarł porozumienia ze wszystkimi Wojewodami sąsiadującymi województw. Porozumienia o współpracy w zakresie ratownictwa medycznego pomiędzy Wojewodą Kujawsko-Pomorskim, a wojewodami województw sąsiadujących z województwem Kujawsko-Pomorskim przewidują wzajemną pomoc oraz udział sił i środków systemu PRM w zdarzeniach poza granicami macierzystego województwa. Istotą porozumienia jest przyjęte założenie, iż w przypadku wystąpienia konieczności zapewnienia

pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, znajdującym się na obszarach sąsiadujących bezpośrednio ze sobą powiatów obydwu województw, zobowiązują się do współpracy zapewniającej sprawne i skuteczne ratowanie ich życia i zdrowia.

Zakres współpracy polega na:

- wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) ujęte w wojewódzkich planach działania systemu;
- udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitalne oddziały ratunkowe lub jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w ratownictwie medycznym, ujęte w wojewódzkich planach działania systemu.

Wymienność zadań w zakresie ZRM polegała będzie na tym, że jeżeli ZRM jednej ze stron porozumienia realizować będą zgłoszenia i nie będą mogły wykonać zgłoszenia nowego, a dyspozytor ZRM wyczerpie wszelkie możliwości organizacyjne w zakresie zadysponowania jednostek systemu z obszaru własnego województwa właściwych miejscowo ze względu na wymagany ustawowo czas dojazdu na miejsce zdarzenia, zgłoszenie to, o ile będzie miało charakter stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, zostanie przekazane drugiej stronie umowy, która zobowiązuje się je wykonać bez zbędnej zwłoki, jeżeli posiadać będzie w tym czasie odpowiednie możliwości w postaci dysponowania wolnymi zespołami ratownictwa medycznego.

Natomiast wymienność zadań w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitalne oddziały ratunkowe polega na tym, że jeżeli szpitalne oddziały ratunkowe jednej ze stron porozumienia wyczerpią możliwości organizacyjne przyjęcia osoby lub osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, to druga strona zobowiązuje się udostępnić dla pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego szpitalne oddziały ratunkowe z obszaru własnego województwa.

Koordinacja wspólnych działań ZRM z różnych województw zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1655), należy do kompetencji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

porozumienia z wojewodami ościennymi		
L.p.	Wojewoda	Data podpisania porozumienia
1	Wojewoda Wielkopolski	24 marca 2011 r.
2	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	14 grudnia 2016 r.
3	Wojewoda Łódzki	11 kwietnia 2016 r.
4	Wojewoda Pomorski	20 czerwca 2011 r.
5	Wojewoda Mazowiecki	10 listopada 2016 r.

14.1.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej i jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z innych województw.

Na podstawie porozumień zawartych w pkt. 14.1, w przypadku wystąpienia konieczności zapewnienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, znajdującym się na obszarach sąsiadujących bezpośrednio ze sobą powiatów obydwu województw, zobowiązują się do współpracy zapewniającej niezwłoczne rozpoczęcie działań ratowniczych oraz sprawne i skuteczne ratowanie ich życia i zdrowia. Zakres współpracy realizowany będzie na zasadzie wymienności zadań w zakresie zespołów ratownictwa medycznego.

Współpraca z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego województw sąsiadujących i Wojewódzkim Koordynatorem Ratownictwa Medycznego odbywa się według poniższych zasad:

- Dyspozytor medyczny właściwy dla miejsca zdarzenia powiadamia WKRM o konieczności użycia jednostek systemu PRM spoza swojego obszaru działania,
- WKRM występuje do WKRM z sąsiedniego województwa z określeniem potrzeb w zakresie jednostek systemu PRM (ZRM i SOR),
- WKRM przekazuje do występującego WKRM informacje o dostępnych zasobach oraz ustala dyspozytora medycznego ze swojego obszaru działania, który będzie współpracował z dyspozytorem sąsiedniego województwa, właściwym dla miejsca zdarzenia,
- Właściwi dyspozytorzy medyczni nawiązują łączność pomiędzy sobą, współpraca pomiędzy nimi jest koordynowana i wspierana przez WKRM,
- Kierującego akcją medycznych czynności ratunkowych wyznacza dyspozytor właściwy ze względu na miejsce zdarzenia, WKRM koordynuje działanie dysponentów jednostek systemu oraz dyspozytorów medycznych, którzy biorą udział w działaniach ratunkowych.

14.2 Współpraca jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Zgodnie z zapisami art. 15, 16, 17 ustawy o PRM z systemem współpracują jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne szczegółowo wymienione w pkt 10.1 Planu.

14.2.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Decyzje o zadysponowaniu jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego podejmuje dyspozytor medyczny lub wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego.

W przypadku jednostek PSP, OSP, jednostek Policji ich udział w zdarzeniach wynika także z faktu realizacji ustawowych i statutowych zadań tych podmiotów. W tym przypadku dysponowanie tych jednostek odbywa się na szczeblu straży pożarnej i policji.

Zadysponowanie jednostek współpracujących z systemem PRM przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego - przedmiotowe dysponowanie tych jednostek odbywa się za pomocą środków łączności radiowej lub telefonii GSM wskazanych w procesie rejestracji jednostek na szczeblu Urzędów Wojewódzkich.

Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W jednostkach współpracujących z systemem osoba będąca ratownikiem medycznym może udzielać w tych jednostkach świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 11 pkt 2 ustawy o PRM, osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

14.2.2 Komunikacja między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Komunikacja między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne odbywa się z wykorzystaniem dostępnych środków łączności radiowej oraz telefonii GSM. Dane kontaktowe są dostępne w Rejestrze Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w pkt. 10.2 Planu.

14.3 Organizacja wspólnych ćwiczeń oraz analiza działań ratowniczych, procedury powiadamiania, alarmowania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób.

W ramach doskonalenia obowiązujących procedur, systemów łączności, posiadanych kompetencji i umiejętności zarówno jednostki systemu PRM jak również jednostki współpracujące z systemem powinny w sposób cykliczny prowadzić wspólne ćwiczenia, których przebieg powinien być dokumentowany, a pisemne wnioski stanowić winny podstawę do wskazywania i elidowania ewentualnych nieprawidłowości.

Ćwiczenia te mogą mieć charakter lokalny (gmina/powiat), wojewódzki i krajowy.

Rozdział XV

Kalkulacja kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni.

15.1 Kalkulacja rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, z wyszczególnieniem kosztów bezpośrednich oraz kosztów pośrednich, z wyodrębnieniem kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych, w tym kosztów osobowych dyspozytorów medycznych

Kalkulacja kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni obrazuje załącznik - tabela 22.

Wykaz załączników do Części II Planu Działania Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Tabela nr 18 - Liczba i rodzaje stanowisk dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 19 - Lokalizacja, liczba i obszary dysponowania stanowisk dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 20 - Stanowiska dyspozytorów medycznych i numery DDI.

Tabela nr 21 - Zastępowalność dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 22 - Kalkulacja kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni.