

dr Mateusz Paplicki

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wydział Lekarski

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego

ORCID: [0000-0002-4169-9298](https://orcid.org/0000-0002-4169-9298)

prof. dr hab. Jan Godziński

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wydział Lekarski

Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego

ORCID: [0000-0001-9687-7146](https://orcid.org/0000-0001-9687-7146)

Ratownictwo medyczne w systemie bezpieczeństwa wewnętrznego państwa

<https://doi.org/10.19195/978-83-229-3802-7.5>

Streszczenie: Konstytucja RP nakłada na organy administracji publicznej obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa obywatelom. Organy wypełniają ten konstytucyjny obowiązek poprzez powołanie oraz utrzymanie odpowiednich służb ratunkowych. W Polsce do udzielania pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego utworzony został system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ratownictwo medyczne ma kluczowe znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa obywateli, ponieważ niesie pomoc zarówno w przypadku pojedynczych zdarzeń związanych z zagrożeniem życia i zdrowia, ale również w sytuacjach wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym. Organy państwa stworzyły ten system i są bezwzględnie zainteresowane jego prowadzeniem i efektywnym działaniem. Obecny system Państwowego Ratownictwa Medycznego, w ocenie zarówno osób uczestniczących w jego funkcjonowaniu, jak i korzystających z jego usług, nie jest instytucją doskonałą, ale wymagającą zmian. Problemy w funkcjonowaniu Państwowego Ratownictwa Medycznego wynikają m.in. z ograniczonej dostępności do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz braku skutecznego mechanizmu, który jest w stanie ograniczyć udzielanie świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych osobom, które tego nie wymagały.

Słowa kluczowe: ratownictwo medyczne, system Państwowego Ratownictwa Medycznego, bezpieczeństwo zdrowotne, bezpieczeństwo wewnętrzne

Medical rescue in the internal security system of the state

Summary: The Constitution of the Republic of Poland obliges public administration bodies to ensure the security of citizens. The authorities fulfill this constitutional obligation by establishing and maintaining appropriate emergency services. In Poland the State Medical Rescue System was created to provide medical assistance to people in a state of sudden health risk. Medical rescue is crucial for the sense of security of citizens because it provides help in the case of individual

events related to a threat to life and health and also in situations of mass events. State authorities have created this system and are absolutely interested in its operation and effective operation. The current system of the State Medical Rescue is not a perfect institution but it requires change according to the opinion of people participating in its operation and using its services. Problems in the functioning of the State Medical Rescue Service result from, among others, limited access to primary and specialist health care and the lack of an effective mechanism capable of limiting the provision of services in hospital emergency departments to people who did not require it.

Keywords: medical rescue, State Medical Rescue system, health safety, internal security

Wstęp

Według Janusza Trzcíńskiego art. 1 Konstytucji RP określa państwo dobrem wspólnym wówczas, gdy istnieje relacja pomiędzy jednostką a państwem¹, a relacja ta oparta jest na normach prawnych. Pojęcie dobro wspólne, jak pisał Antoni Kość²: „[...] nie jest [...] nigdy stanem doskonałym, lecz ciągle określonym celem. [...] Jego konkretyzacja zależy od potrzeb i oczekiwań obywateli w zakresie zagwarantowania społecznego pokoju, ładu, wolności i bezpieczeństwa wewnętrznego każdego obywatela oraz zewnętrznej suwerenności państwa”³.

Podstawowym zadaniem każdego państwa jest tworzenie, a następnie stałe doskonalenie systemów bezpieczeństwa tak, aby system bezpieczeństwa nadążał za coraz większymi, zmieniającymi się potrzebami obywateli zarówno w okresie względnej stabilności, jak i zmiennych zagrożeń zewnętrznych i wewnętrznych⁴.

Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa zawsze jest wyznacznikiem jego rozwoju⁵ i odnosi się do procesu zaspokajania potrzeb i interesów społeczeństwa danego kraju⁶. Obywatele w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego nie są w stanie sami zapewnić sobie pomocy medycznej, to administracja publiczna powinna uzupełniać to, czego jednostka nie może własnymi siłami i z własnej inicjatywy osiągnąć⁷. Celem opracowania

¹ J. Trzcíński, *Rzeczpospolita Polska dobrem wspólnym wszystkich obywateli*, [w:] J. Góral, R. Hauser, J. Trzcíński (red.), *Sądownictwo administracyjne gwarantem wolności i praw obywatelskich 1980-2005*, Warszawa 2005, s. 453 i 454.

² M. Dybowski, *Cele prawowite w klauzuli limitacyjnej a dobro wspólne w polskim porządku konstytucyjnym*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykładnia konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016, s. 161.

³ A. Kość, *Podstawy filozofii prawa*, Lublin 2001, s. 144.

⁴ R. Rojek, *Bezpieczeństwo publiczne w Polsce – wnioski z badań*, Warszawa 2010, s. 8.

⁵ A. Żebrowski, *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane problemy*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Politologica” 2012, t. 8, s. 7.

⁶ *Encyklopedia administracji publicznej*, hasło: *Bezpieczeństwo wewnętrzne*, http://encyklopediaap.uw.edu.pl/index.php/Bezpiecze%C5%84stwo_wewn%C4%99trzne [dostęp 30.08.2021].

⁷ A. Pakuła, *Bezpieczeństwo publiczne jako dobro wspólne (kilka uwag i refleksji)*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*,

jest wykazanie, że tylko państwo i jego administracja dysponuje odpowiednią organizacją i niezbędnym władztwem, aby m.in. zapewniać szeroko pojęte bezpieczeństwo, pomoc socjalną, w tym ochronę zdrowia⁸. Obywatele nie są sobie w stanie zapewnić bezpieczeństwa czy opieki medycznej w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, dlatego jednostka musi istnieć i opierać swój byt na państwie⁹.

1. Bezpieczeństwo wewnętrzne

Bezpieczeństwo wewnętrzne jest przez wielu badaczy sprowadzane do zapewnienia porządku i bezpieczeństwa wewnątrz kraju, co można osiągnąć poprzez odpowiednie działanie organów administracji państwa¹⁰. Pojęcie bezpieczeństwa wewnętrznego zostało wprowadzone do porządku prawnego stosunkowo niedawno, m.in. przepisami Konstytucji RP¹¹, w myśl których na Radę Ministrów nałożono obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, przy czym nie określono materialnej treści samego pojęcia. Bezpieczeństwo wewnętrzne – w znacznym uproszczeniu – oznacza stabilność i harmonijność danego organizmu bądź systemu¹² lub stan stabilności i równowagi wewnętrznej¹³. Bezpieczeństwo wewnętrzne (państwa) jest określane jako stan struktur społecznych, ekonomicznych i politycznych wewnątrz państwa i takie ich kształtowanie, aby poprzez swoje stabilne i harmonijne funkcjonowanie zapewniły poczucie pewności jego obywatelom oraz stwarzały odpowiednie warunki do realizacji aspiracji tego państwa¹⁴. Stanowi ono fundament sprawnego funkcjonowania systemu demokratycznego¹⁵.

Wrocław 2009, s. 33-34.

⁸ A. Błaś, *Administracja publiczna w dobie globalizacji*, [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Wrocław 2003, s. 43-44.

⁹ E. Faguet, *Le libéralisme*, Paris 1902, s. 440, cyt. za: A. Błaś, *Zagadnienie zakresu zadań socjalnych administracji publicznej we współczesnym państwie liberalnym*, Wrocław 2015, s. 15.

¹⁰ J. Jeż, *Bezpieczeństwo publiczne*, [w:] U. Kalina-Prasznica (red.), *Encyklopedia prawa*, Warszawa 2007, s. 22-24.

¹¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹² Zob. J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996, s. 18.

¹³ J. Symonides, *Problemy pokoju i bezpieczeństwa międzynarodowego we współczesnym świecie*, Wrocław 1984, s. 45.

¹⁴ Por. W. Fehler, *O pojęciu bezpieczeństwa państwa*, [w:] W. Śmiałek, J. Tymanowski (red.), *Bezpieczeństwo państwa i narodów w procesie integracji europejskiej*, Toruń 2002, s. 72; S. Zalewski, *Bezpieczeństwo wewnętrzne RP w dobie członkostwa w NATO. Aspekt społeczny i instytucjonalny*, [w:] W. Fehler, J. Tymanowski (red.), *Międzynarodowe i wewnętrzne aspekty członkostwa Polski w NATO*, Toruń 1999, s. 70.

¹⁵ M. Kopczewski, J.M. Krawczyk, *Wybrane elementy bezpieczeństwa wewnętrznego państwa na podstawie założeń „Strategii bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”*, „Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne” 2011, nr 8, s. 105.

Przeobrażenia współczesnego świata wyznaczają również administracji publicznej nowe cele i zadania, które z czasem przybierają postać nowych form działania. Obok funkcji policyjnej i reglamentacyjnej ujawniła się funkcja świadcząca. Ochrona życia i zdrowia w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego nie może podlegać mechanizmom rynkowym dlatego, że ci, których nie stać by było na zapłacenie za świadczenia zdrowotne ratujące życie czy zdrowie, muszą mieć też zapewnioną przez państwo opiekę zdrowotną w takiej sytuacji, czyli muszą mieć zagwarantowane bezpieczeństwo zdrowotne¹⁶.

Należy pamiętać, że bezpieczeństwo jest jednocześnie celem i uzasadnieniem administrowania, nie powinno być jednak aksjomatycznym pretekstem do sprawowania władzy publicznej zarówno na etapie stanowienia prawa, jak i w fazie jego stosowania czy przestrzegania¹⁷. Między innymi z racji rozmiarów i zasięgu normowania gałęzią prawa najbardziej odnoszącą się do problematyki bezpieczeństwa jest prawo administracyjne. Dominującą rolę w tym zakresie mają unormowania prawa materialnego, chociaż wątek bezpieczeństwa wyraźnie także odnajdziemy w ustrojowej części prawa administracyjnego¹⁸.

Bezpieczeństwo, a ściślej rzecz ujmując jego ochrona, to niewątpliwie jedna z najbardziej tradycyjnych sfer aktywności władzy publicznej, przede wszystkim zaś władzy wykonawczej, czyli administracji publicznej. Administracji, która w demokratycznym państwie prawnym wykonuje przede wszystkim zadania publiczne przewidziane w obowiązującym porządku prawnym i ponoszącej z tego tytułu stosowną odpowiedzialność. Zapewnienie bezpieczeństwa to jedno z podstawowych zadań tej administracji, realizacji których domagać może się jednostka¹⁹.

2. Ratownictwo medyczne

Artykuł 5 Konstytucji RP nakłada na państwo obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa obywatelom²⁰. Organy administracji publicznej wypełniają ten konstytucyjny obowiązek poprzez powołanie oraz utrzymanie odpowiednich sił i środków mających na celu ochronę obywateli przed różnego typu zagrożeniami wynikającymi zarówno z działania sił

¹⁶ M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020, s. 127.

¹⁷ P. Lisowski, *Pojęcie bezpieczeństwa w obowiązującym systemie prawa – kilka refleksji na temat normatywizacji problematyki bezpieczeństwa*, Acta Universitatis Wratislaviensis No 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI, s. 52.

¹⁸ *Ibidem*, s. 50 i n.

¹⁹ T. Kocowski, M. Gruszka, *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli na ratunek. Ratunek dla ratowników*, „Menedżer Zdrowia” sierpień 2011, nr 6, s. 50 i n.

²⁰ Artykuł 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. mówi, że obowiązkiem państwa polskiego jest zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom.

przyrody, jak i z działalności człowieka. Do działań ratowniczych zostały powołane etatowe oraz ochotnicze wyspecjalizowane jednostki, których zadaniem jest udzielanie niezbędnej i szybkiej pomocy. Do jednostek tych zaliczamy: pogotowie ratunkowe, pogotowie energetyczne, straż pożarną, pogotowie gazowe, ratownictwo specjalistyczne (np. medyczne, górskie, wodne, chemiczne), jak również policję i inne jednostki organizacyjne²¹.

Szeroko pojęte ratownictwo to zapewnianie pomocy w stanach zagrożeń w różnych obszarach zadaniowości państwa, m.in. zdrowia i życia, katastrof i zdarzeń masowych o różnym nasileniu, technicznych systemów teleinformatycznych. Ratownictwo jest jedną z kilku służb funkcjonujących w systemie bezpieczeństwa państwa²². Według Tadeusza Terlikowskiego jednym z najważniejszych zadań państwa jest zapewnienie obywatelom jak najwyższego, pod względem efektywności i skuteczności, poziomu bezpieczeństwa, m.in. przez należytą ochronę życia i zdrowia ludzi oraz ich mienia przed zagrożeniami wywoływanymi zarówno katastrofami naturalnymi, jak i katastrofami technicznymi generowanymi zmianami cywilizacyjnymi²³.

Ratownictwo medyczne ma kluczowe znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa obywateli, ponieważ niesie pomoc w przypadku pojedynczych zdarzeń związanych z zagrożeniem życia i zdrowia, jak też w sytuacjach wystąpienia zdarzeń o charakterze masowym. Obowiązkiem administracji publicznej jest stworzenie niezbędnych rozwiązań systemowych adekwatnych do każdego rodzaju zagrożenia²⁴.

Dbanie o ludzkie zdrowie powinno stać się zasadniczym celem aktywności wszystkich przedstawicieli wchodzących w skład systemu organów władzy publicznej. Pośród rozlicznych zadań państwowych można także wyróżnić grupę obowiązków dotyczących bezpieczeństwa osobistego jednostki. Podstawowym substratem bezpieczeństwa osobistego jest bezpieczeństwo w kontekście korzystania jednostki z jej dobrostanu zdrowotnego, gwarantowanego art. 68 Konstytucji RP. Na podstawie tego samego artykułu władza publiczna jest zobowiązana do stworzenia instytucjonalnych gwarancji realizacji prawa do ochrony zdrowia według określonych potrzeb zdrowotnych obywateli oraz prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej²⁵.

W Polsce w celu udzielania pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego utworzony został system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Światowa Organizacja Zdrowia określa system ratownictwa medycznego „jako takie rozmieszczenie personelu, urządzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne

²¹ J.J. Skoczylas, *Prawo ratownicze*, Warszawa 2011, s. 48.

²² E. Cipora, *Wstęp*, [w:] *eadem* (red.), *Ratownictwo w Systemie Bezpieczeństwa Państwa*, Sanok 2014, s. 5.

²³ T. Terlikowski, *System ochrony ludności i ratownictwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018, nr 67/3, s. 88.

²⁴ Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Ratunkowego. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2020, s. 6.

²⁵ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 173.

i skoordynowane działanie systemu w zakresie prewencji i zarządzania zagrożeniami będącymi konsekwencjami nagłych zdarzeń, katastrof, klęsk żywiołowych lub podobnych wydarzeń”²⁶. Zadaniem tego systemu jest zapewnienie przedszpitalnych świadczeń medycznych, realizowanych na miejscu zdarzenia i w czasie transportu, a także szpitalnych świadczeń medycyny ratunkowej realizowanych na oddziałach ratunkowych będących kontynuacją wcześniejszych działań ratowniczych²⁷.

Proces powstawania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego odbywał się w Polsce wieloetapowo. Rozpoczął się uchwaleniem w dniu 25 lipca 2001 r. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁸. Ustawa ta jednak nie pozwoliła stworzyć sprawnie funkcjonującego ratownictwa medycznego ze względu na nie najlepiej zorganizowany system finansów publicznych i kryzys, który dotknął tę sferę naszego państwa²⁹. Na początku 2006 r. zespół ekspertów opracował wstępny projekt ustawy, który został następnie uchwalony jako ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (ustawa o PRM)³⁰. Wprowadzona ustawa przede wszystkim ma za zadanie usprawnić i przyspieszyć procedury ratujące życie i zdrowie, ponadto kładzie nacisk na podnoszenie kwalifikacji przez pracowników poprzez ciągłe ich doskonalenie tak, aby sprawniej nieść pomoc³¹.

Ratowanie życia i zdrowia ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego to niewątpliwie zadanie publiczne, co zostało podkreślone w samej nazwie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Organy państwa stworzyły ten system i są bezwzględnie zainteresowane jego prowadzeniem i efektywnym działaniem. Obecny system Państwowego Ratownictwa Medycznego, w ocenie zarówno osób uczestniczących w jego funkcjonowaniu, jak i korzystających z jego usług, nie jest instytucją doskonałą, tylko instytucją wymagającą zmian, mających na celu poprawę jego działania³².

Nawet najlepiej zaplanowany system będzie działał tylko wtedy, gdy sprawne są wszystkie jego elementy. Ratownictwo medyczne to szczególny rodzaj układanki, w której wszystko działa na zasadzie ściśle powiązanych ze sobą sekwencji zdarzeń, tzw. ogniw łańcucha ratunkowego: pierwsza pomoc, kwalifikowana pierwsza pomoc, kwalifikowany transport, szpitalny oddział ratunkowy (SOR), specjalistyczne leczenie szpitalne i rehabilitacja. Poszczególne ogniwa „łańcucha ratunkowego” mają zapewnić pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia życia skuteczną i profesjonalną pomoc. Bezpośredni wpływ na przeżycie poszkodowanego po ciężkim urazie jest czas, tzw. złota godzina, w którym

²⁶ A. Bem, *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2013, s. 159.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207 ze zm.

²⁹ J.J. Skoczylas, *Prawo ratownicze...*, s. 332.

³⁰ T.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882.

³¹ J.J. Skoczylas, *Prawo ratownicze...*, s. 333.

³² M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, s. 172.

poszkodowanemu zostanie udzielona pomoc. Termin „złota godzina” odnosi się do pierwszych 60 minut, począwszy od momentu zaistnienia urazu do czasu udzielenia specjalistycznego (najczęściej chirurgicznego) leczenia, które powinien taki pacjent otrzymać w SOR. Pacjenci z ciężkimi obrażeniami ciała leczeni od początku w sposób fachowy przez odpowiednio wyszkolony personel i przetransportowani do szpitala mają największe szanse na przeżycie. Szacuje się, że 85% ofiar śmiertelnych z powodu urazów mogłoby przeżyć pod warunkiem otrzymania właściwej pomocy medycznej w okresie „złotej godziny”, zwanej także godziną szansy. Każde kolejne 30 minut zwłoki w udzieleniu pomocy zwiększa trzykrotnie śmiertelność pacjentów po urazach³³. Obecnie próbuje się również stosować pojęcie „złotej godziny” w przypadku innych stanów nagłych, takich jak np.: udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, stan astmatyczny, stan padaczkowy³⁴.

Powołany system PRM jest zintegrowany, to znaczy istnieje połączenie sił i środków wszystkich podmiotów zajmujących się ratownictwem medycznym, czyli pogotowia ratunkowego, pogotowia wodnego, górskiego, lotnictwa sanitarnego itp. oraz służb pozamedycznych – głównie straży pożarnej i innych grup specjalistycznych, takich jak ratownictwo górnicze, techniczne, chemiczne, ekologiczne, służby energetyczne, a także w razie potrzeby – wojsko i policja³⁵. System ten stał się jednostką wykonawczą zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa należy do wojewody. Podstawowymi elementami systemu ratownictwa medycznego są³⁶:

- medycyna ratunkowa będąca wyspecjalizowanym obszarem wiedzy medycznej;
- szpitalne oddziały ratunkowe jako specjalistyczna, docelowa baza szpitalna przygotowana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób (przetransportowanych przez: zespoły ratownictwa medycznego, jednostki współpracujące z systemem PRM, lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze, podmioty realizujące transport sanitarny na podstawie zlecenia lekarza albo felczera, w ramach udzielania świadczeń opieki

³³ *Ibidem*, s. 153.

³⁴ W. Gaszyński, *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium*, Warszawa 2008, s. 115-116.

³⁵ A. Ferenc, *Zintegrowany system ratowniczy w Polsce*, Warszawa 2006, s. 32.

³⁶ *Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie: – Bezpieczeństwa obywatelskiego w perspektywie medycyny ratunkowej i jej zadań w ochronie zdrowia, – Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Ratownictwa Medycznego*, [w:] *Stanowiska Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej*, Wrocław 2011, s. 15 i n.

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgłaszających się samodzielnie), które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego³⁷.

Kooperują z nimi inne jednostki szpitalne (takie jak: oddziały kardiologii interwencyjnej, udarowe, obrażeń wielonarządowych, oparzeń, ostrych zatruc, chirurgii dziecięcej itd.), które podejmują dalsze procedury specjalistyczne. Należy również pamiętać, że SOR stanowi platformę wielospecjalistycznych zadań dla zespołów zadaniowych pacjentów będących w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Przykładem takich zespołów są: zespoły urazowe, zespoły wieńcowe, zespoły udarowe itp.³⁸

- zespoły ratownictwa medycznego, które mają podtrzymać funkcje życiowe pacjenta oraz doprowadzić osoby w nagłym zagrożeniu zdrowotnym do szpitalnego oddziału ratunkowego w czasie nie dłuższym niż 30 minut od stwierdzenia nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

Aby poszkodowanemu pacjentowi będącemu w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zapewnić standard „złotej godziny”, ustawodawca określił mediany czasu dotarcia do takiego pacjenta. Zgodnie z art. 24 ustawy o PRM to wojewoda został zobowiązany do podjęcia działań organizacyjnych zmierzających do zapewnienia odpowiednich parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. Przyjęto, że:

- 1) mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców;
 - 2) trzeci kwartyl czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców;
 - 3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.
- Przyjmuje się ponadto, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów

³⁷ Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1213), dalej: rozporządzenie w sprawie SOR, które określa: szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych; szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych; szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych; minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych.

³⁸ J. Jakubaszko, M. Gruszka, *Medycyna ratunkowa – ratownictwo medyczne a bezpieczeństwo publiczne*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach nowej administracji publicznej*, Wrocław 2009, s. 54.

określonych powyżej, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

Zgodnie z przepisami art. 33a ust. 1-5 ustawy o PRM w szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna, która ma przyczynić się do podniesienia poziomu funkcjonowania systemu PRM, a w szczególności skrócenia czasu na pierwszy kontakt z lekarzem w SOR. Segregacja przeprowadzana jest przez pielęgniarkę systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali. Do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (zwany TOPSOR), w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta, oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym. Administrator zapewnia bezpieczne przetwarzanie danych, w tym kontrolę dostępu użytkowników do danych, oraz dokumentuje dokonywane przez nich zmiany. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom jest podawana na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i izby przyjęć.

W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut³⁹.

Ponadto osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są określone w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁰, i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na

³⁹ § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR.

⁴⁰ T.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711.

stronie internetowej tego podmiotu i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć⁴¹.

System segregacji pacjentów TOPSOR ma ujednolicić zasady rejestracji i segregacji pacjentów oraz usprawnić pracę SOR poprzez monitorowanie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne i poddawanie osób przebywających na terenie oddziału ciągłej ocenie ich stanu klinicznego, przez co z założenia ma przyczynić się do zmniejszenia kolejek pacjentów w SOR dzięki możliwości przekierowania części z nich do podstawowej opieki zdrowotnej⁴².

3. Elementy systemu PRM wymagające modyfikacji

Zapewnienie każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego opieki medycznej na najwyższym poziomie, a więc zagwarantowanie jej bezpieczeństwa zdrowotnego⁴³, czyli realizacja celu, który przyświecał utworzeniu systemu PRM, wymaga skutecznego współgrania ze sobą wszystkich elementów składających się na ten system (ludzi – lekarzy medycyny ratunkowej, pielęgniarek ratunkowych i ratowników medycznych, urządzeń oraz usług). Ponadto skład osobowy systemu PRM powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje i wykształcenie (lekarze posiadający specjalizację z medycyny ratunkowej, ratownicy medyczni po studiach I stopnia – ratownictwo medyczne oraz pielęgniarki ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego). Oprócz kwalifikacji zawodowych bardzo ważna jest także odpowiednia ilość personelu medycznego; zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią: ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej; lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale na oddziale będący lekarzem systemu; pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału.

Ważna również jest integracja systemu PRM ze służbami, takimi jak np. straż pożarna czy policja, których sprawna współpraca powinna dać gwarancję osiągnięcia celu, dla którego system ten został stworzony. Jednak każde osłabienie poszczególnych jego elementów czy też zakłócenie związane z ich zmianą czy modyfikacją może

⁴¹ § 6 ust. 11 i 12 rozporządzenia w sprawie SOR.

⁴² Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa...*, 2020, s. 13.

⁴³ Na temat bezpieczeństwa zdrowotnego zobacz: M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*

spowodować jego wadliwe działanie, uniemożliwiające realizację założonego celu, jakim jest skuteczna pomoc medyczna osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego⁴⁴.

Raport Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK) z grudnia 2020 r. miał dać odpowiedź na pytanie, czy system ratownictwa medycznego zapewnia sprawne podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W tym celu sprawdzono funkcjonowanie 1/3 oddziałów SOR w pięciu województwach, stacje pogotowia ratunkowego, pięciu wojewodów, centralę Narodowego Funduszu Zdrowia i jego regionalne oddziały⁴⁵.

Według NIK ustalenia z przeprowadzonej kontroli funkcjonowania SOR w latach 2011-2012⁴⁶ pozostały aktualne do dzisiaj. Kontrolerzy ustalili wówczas, że SOR-y udzielały świadczeń zdrowotnych również osobom, które nie znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W kontrolowanych szpitalach takie osoby stanowiły szacunkowo od 30 do 80 proc. zgłaszających się. Sytuacja ta stwarzała zagrożenie dla pacjentów, którzy faktycznie znajdowali się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i potrzebowali pomocy ze strony SOR. Najwyższa Izba Kontroli apelowała wówczas o ograniczenie wykorzystywania SOR do celów niezwiązanych z ratownictwem medycznym i wskazywała, że realizacja tego postulatu jest możliwa dzięki zmianom systemowym poprawiającym organizację i funkcjonowanie podstawowej oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Doraźną poprawę sytuacji mógłby przynieść sprawny system selekcji pacjentów w ramach samego oddziału pozwalający na natychmiastowe udzielenie pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i sprawne wyodrębnienie grupy osób, którym stan zdrowia pozwala na oczekiwanie na taką pomoc⁴⁷.

Ponadto zalecenia wskazane w raporcie z 2012 r. nie w pełni zostały zrealizowane. Między innymi system segregacji pacjentów TOPSOR nie został w pełni wdrożony. Wskutek błędów popełnionych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (dalej: LPR) (jednostka odpowiedzialna na terenie kraju za wdrażanie systemu TOPSOR⁴⁸) na etapie

⁴⁴ T. Kocowski, M. Paplicki, *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 roku*, Wrocław 15.09.2016, s. 1 i 2, <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/wp-content/uploads/2019/11/Opinia-dotyczy-CC%8ca-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-PRM-Wydzia%C5%82-PRawa-Administracji-i-Ekonomii-Instytut-Nauk-Administracyjnych-2016.pdf> [dostęp 30.08.2021].

⁴⁵ NIK na ratunek systemowi ratownictwa medycznego, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-na-ratunek-systemowi-ratownictwa-medycznego.html> [dostęp 30.08.2021].

⁴⁶ Zob. Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2012.

⁴⁷ NIK na ratunek systemowi...

⁴⁸ Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2018 r. poz. 118) zmieniono statut LPR, wprowadzając w § 12 ust. 3 pkt 8 przepis, że LPR prowadzi wydzieloną działalność w zakresie wykonywania zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na realizację tego projektu (nieprawidłowy opis przedmiotu zamówienia i specyfikacja istotnych warunków zamówienia), konieczne było unieważnienie rozpoczętego w lipcu 2019 r. przetargu. Termin wdrożenia projektu został przesunięty na 1 lipca 2021 r.⁴⁹

Ponadto w naszej ocenie Ministerstwo Zdrowia w 2018 r. podjęło być może nieoptymalną decyzję, dopuszczając do sytuacji, gdzie jednostka systemu PRM, jaką jest LPR (art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM), kontroluje jakość funkcjonowania tego systemu, a w ten sposób samą siebie. Jednostka, która tworzy ten system, nie powinna weryfikować samej siebie, czy prawidłowo funkcjonuje w ramach tego systemu. Do tej sytuacji doprowadziło zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu⁵⁰, które w § 1 dokonało zmiany w załączniku do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu⁵¹, wprowadzając w pkt 1 następującą zmianę: LPR realizuje zadania Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego wynikające z ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – zadania te są określone w art. 27a ust. 2 ustawy o PRM.

Według kontrolerów NIK szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego wyposażone są w niezbędny do udzielania świadczeń sprzęt i leki, jednak stan zatrudnienia lekarzy w systemie PRM nie był dostosowany do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W efekcie lekarze systemu pracowali po kilkaset godzin miesięcznie (do 625 h) i pełnili dyżury nieprzerwanie przez kilkadziesiąt godzin (do 144 h), a specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (w skład których wchodzi lekarz oraz dwóch ratowników medycznych) wyjeżdżały do osób będących w stanie poważnego zagrożenia zdrowotnego bez lekarza. Taki stan rzeczy ogranicza pacjentom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego dostęp do niezwłocznej i adekwatnej dla ich stanu zdrowia opieki medycznej (niezapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego) oraz stwarza ryzyko obniżenia standardów realizowanych świadczeń. Niedobór lekarzy systemu będzie się prawdopodobnie nasilał, ponieważ w kolejnych latach zmniejsza się liczba lekarzy chętnych do podejmowania specjalizacji w medycynie ratunkowej⁵².

Od wielu lat Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej reprezentujące środowisko lekarzy medycyny ratunkowej w Polsce nawołuje Ministerstwo Zdrowia do wprowadzenia zmian i zachęt dla lekarzy, aby chcieli wybierać tę trudną, wymagającą

⁴⁹ Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa...*, 2020, s. 13.

⁵⁰ Dz. Urz. Min. Zdr. z 2018 r. poz. 48.

⁵¹ Dz. Urz. Min. Zdr. z 2016 r. poz. 121.

⁵² Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa...*, 2020, s. 9 i 16.

specjalizację z medycyny ratunkowej⁵³. Nie przyniosły efektów podejmowane w 2018 r. przez Ministra Zdrowia działania naprawcze, polegające na umożliwieniu lekarzom ze specjalizacją z medycyny ratunkowej uzyskanie, w trybie tzw. krótkiej ścieżki, specjalizacji w 14 innych dziedzinach medycyny. Podobnie mało skuteczna okazała się aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych, tak aby lekarze szkolący się w dziedzinie pediatrii, chorób wewnętrznych czy chirurgii mogli pełnić dyżury w SOR lub izbie przyjęć w ramach odbywania w danym szpitalu szkolenia specjalizacyjnego⁵⁴.

Nie rozwiązano też problemu udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR wszystkim zgłaszającym się osobom, również takim, które nie znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pacjenci SOR, którzy nie byli w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, stanowili, w zależności od źródła danych, w 2018 r. – od 28% do 71% i w pierwszym półroczu 2019 r. odpowiednio: od 29% do 69%. Obciążenie SOR pacjentami, którzy nie wymagali ratunkowej opieki medycznej (natychmiastowych świadczeń zdrowotnych), wydłużało czas oczekiwania na pilną pomoc medyczną pacjentów, którzy takiej pomocy wymagali. W ocenie NIK ten stan rzeczy jest konsekwencją ograniczonej dostępności do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz braku skutecznego mechanizmu, który jest w stanie ograniczyć udzielanie świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych osobom, które tego nie wymagały⁵⁵.

4. Wnioski

Odpowiedni sprzęt oraz leki to zbyt mało, aby system PRM funkcjonował na poziomie, który zapewnia skuteczną pomoc medyczną pacjentom w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego i spełnia oczekiwania pacjentów. Może się okazać, że będziemy mieli sprzęt, w tym karetki, a nie będzie komu w nich jeździć i udzielać świadczeń ratunkowych pacjentom.

Od kilku lat utrzymuje się spadek liczby zespołów specjalistycznych przy jednoczesnym wzroście liczby zespołów podstawowych oraz przy jednoczesnym wzroście wyjazdów⁵⁶, co dla pacjentów w ciężkim stanie, z obrażeniami wielonarządowymi, nie

⁵³ Na ten temat wielokrotnie wypowiadało się Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej w swoich opiniach i uwagach, np. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie projektu „Ustawy o Ratownictwie Medycznym” (wersji z 1 marca 2006 r.)*; ocena projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, jak również protest przeciwko poselskiemu projektowi ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25.10.2012 r. <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/stanowiska-ptmr/> [dostęp 30.08.2021].

⁵⁴ Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa...*, 2020, s. 16.

⁵⁵ *Ibidem*, s. 16 i 17.

⁵⁶ Źródło danych: GUS, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2020 r.*, Kraków 2021, s. 1, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/5/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2020_roku.pdf [dostęp 30.08.2021].

jest dobrą wiadomością, ponieważ może się okazać, że zostaną bez pomocy lekarskiej. Dlatego jeżeli administracja publiczna chce, aby każdy obywatel w każdym momencie otrzymał niezbędną pomoc medyczną, musi wprowadzić szereg zmian rozwojowych, które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie systemu PRM. Obok sprawnego nadzoru oraz właściwego zarządzania przez Ministra Zdrowia potrzebne są pilne działania, które zachęcą lekarzy do pracy w tym systemie.

Bibliografia

Literatura

- Bem A., *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2013.
- Błaś A., *Administracja publiczna w dobie globalizacji*, [w:] A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Wrocław 2003.
- Błaś A., *Zagadnienie zakresu zadań socjalnych administracji publicznej we współczesnym państwie liberalnym*, Wrocław 2015.
- Cipora E., *Wstęp*, [w:] E. Cipora (red.), *Ratownictwo w Systemie Bezpieczeństwa Państwa*, Sanok 2014.
- Dybowski M., *Cele prawowite w klauzuli limitacyjnej a dobro wspólne w polskim porządku konstytucyjnym*, [w:] M. Smolak (red.), *Wykładnia konstytucji. Aktualne problemy i tendencje*, Warszawa 2016.
- Faguet E., *Le libéralisme*, Paris 1902.
- Fehler W., *O pojęciu bezpieczeństwa państwa*, [w:] W. Śmiałek, J. Tymanowski (red.), *Bezpieczeństw państwa i narodów w procesie integracji europejskiej*, Toruń 2002.
- Ferenc A., *Zintegrowany system ratowniczy w Polsce*, Warszawa 2006.
- Gaszyński W., *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium*, Warszawa 2008.
- Jakubaszko J., Gruszka M., *Medycyna ratunkowa – ratownictwo medyczne a bezpieczeństwo publiczne*, [w:] A. Chajbowicz, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach nowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
- Jeż J., *Bezpieczeństwo publiczne*, [w:] U. Kalina-Prasznik (red.), *Encyklopedia prawa*, Warszawa 2007.
- Kocowski T., Gruszka M., *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym a bezpieczeństwo zdrowotne obywateli na ratunek. Ratunek dla ratowników*, „Menedżer Zdrowia” sierpień 2011, nr 6.

- Kopczewski M., Krawczyk J.M., *Wybrane elementy bezpieczeństwa wewnętrznego państwa na podstawie założeń „Strategii bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej”, „Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne”* 2011, nr 8.
- Kość A., *Podstawy filozofii prawa*, Lublin 2001.
- Lisowski P., *Pojęcie bezpieczeństwa w obowiązującym systemie prawa – kilka refleksji na temat normatywizacji problematyki bezpieczeństwa*, *Acta Universitatis Wratislaviensis* No 3738, „Przegląd Prawa i Administracji” 2016, t. CVI.
- Pakuła A., *Bezpieczeństwo publiczne jako dobro wspólne (kilka uwag i refleksji)*, [w:] A. Chajbowski, T. Kocowski (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne w działaniach terenowej administracji publicznej*, Wrocław 2009.
- Paplicki M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020.
- Rojek R., *Bezpieczeństwo publiczne w Polsce – wnioski z badań*, Warszawa 2010.
- Skoczylas J.J., *Prawo ratownicze*, Warszawa 2011.
- Stańczyk J., *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996.
- Symonides J., *Problemy pokoju i bezpieczeństwa międzynarodowego we współczesnym świecie*, Wrocław 1984.
- Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016.
- Terlikowski T., *System ochrony ludności i ratownictwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018, nr 67/3.
- Trzcíński J., *Rzeczpospolita Polska dobrem wspólnym wszystkich obywateli*, [w:] J. Góral, R. Hauser, J. Trzcíński (red.), *Sądownictwo administracyjne gwarantem wolności i praw obywatelskich 1980-2005*, Warszawa 2005.
- Zalewski S., *Bezpieczeństwo wewnętrzne RP w dobie członkostwa w NATO. Aspekt społeczny i instytucjonalny*, [w:] W. Fehler, J. Tymanowski (red.), *Międzynarodowe i wewnętrzne aspekty członkostwa Polski w NATO*, Toruń 1999.
- Żebrowski A., *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane problemy*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Politologica” 2012, nr 8.

Inne źródła

- Encyklopedia administracji publicznej*, hasło: *Bezpieczeństwo wewnętrzne*, http://encyklopediaap.uw.edu.pl/index.php/Bezpiecze%C5%84stwo_wewn%C4%99trzne
- GUS, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2020 r.*, Kraków 2021, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/5/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2020_roku.pdf
- Kocowski, T., Paplicki, M., *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 roku*, Wrocław 15.09.2016, <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/wp-content/>

[uploads/2019/11/Opinia-dotyczy%CC%A8ca-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-PRM-Wydzia%C5%82-PRawa-Administracji-i-Ekonomii-Instytut-Nauk-Administracyjnych-2016.pdf](#)

Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Ratunkowego. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2012.

Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Ratunkowego. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2020.

NIK na ratunek systemowi ratownictwa medycznego, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-na-ratunek-systemowi-ratownictwa-medycznego.html>

Stanowisko Nadzoru Krajowego Medycyny Ratunkowej oraz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie: – Bezpieczeństwa obywatelskiego w perspektywie medycyny ratunkowej i jej zadań w ochronie zdrowia, – Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Ratownictwa Medycznego, [w:] *Stanowiska Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej*, Wrocław 2011.

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207 ze zm.)

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711).

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2016 r. poz. 121).

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2018 r. poz. 48).

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zmiany nazwy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz nadania mu statutu (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2018 r. poz. 118).

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