

## **Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie centrum urazowego dla dzieci (MZ 623)**

### **I. Opis sytuacji problemowej**

Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie centrum urazowego dla dzieci zawiera rozwiązania pozwalające na stworzenie wydzielonego zespołu urazowego dziecięcego dostosowanego do obecnego braku kadrowego lekarzy oraz realnych możliwości finansowych podmiotów leczniczych posiadających w swojej strukturze centrum urazowe. Zmiany polegają za zmniejszeniu składu zespołu urazowego dziecięcego z 4 do 2 osób, zmianie wymaganych kwalifikacji w zakresie posiadanej specjalizacji oraz na odstąpieniu od obowiązku zapewnienia dostępu do świadczeń chirurga naczyniowego. Jednocześnie mając na uwadze wsparcie działań zespołu urazowego dziecięcego przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu, usankcjonowano w formie odpowiedniego przepisu obowiązek wyznaczenia takich osób przez kierownika podmiotu leczniczego.

Przesłanką do przygotowania zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci jest konieczność umożliwienia stworzenia wyodrębnionego zespołu urazowego dziecięcego w warunkach pogłębiającego się deficytu lekarzy specjalistów na rynku pracy. Konieczne jest także ujęcie w formę przepisu prawnego obowiązku wskazania ratownika medycznego i pielęgniarki, wyznaczonych do współpracy z zespołem urazowym dziecięcym.

Zadaniem podmiotów leczniczych posiadających w swojej strukturze centrum urazowe dla dzieci będzie stworzenie odrębnego zespołu urazowego dziecięcego w zgodzie z nową regulacją.

Projektodawca informuje, że rozporządzenie określa szczegółowe wymagania organizacyjne w odniesieniu do centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego

oraz technicznego, minimalnych zasobów kadrowych zespołu urazowego, kryteriów kwalifikacji osoby poniżej 18 roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci oraz sposobu postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym.

Jednym z wymagań określonych w rozporządzeniu jest obowiązek utworzenia zespołu urazowego dziecięcego, składającego się co najmniej z: lekarza szpitalnego oddziału ratunkowego będącego lekarzem systemu, lekarza posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w leczeniu pacjenta urazowego dziecięcego, w szczególności chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz neurochirurgii oraz lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

Dodatkowo w składzie zespołu urazowego zapewnia się udział lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii naczyniowej w czasie nie dłuższym niż 1 godzina od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających taką obecność.

Ponadto w razie potrzeby, w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego dziecięcego, w skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w innych dziedzinach medycyny niż wymienione powyżej, a decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego dziecięcego.

Niezależnie od powyższego, ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym nakłada obowiązek zapewnienia na rzecz pacjenta urazowego dziecięcego dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub chirurgii klatki piersiowej w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń, oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej w czasie nie dłuższym niż 12 godzin od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń.

Biorąc pod uwagę pogłębiający się brak lekarzy, a zwłaszcza lekarzy specjalistów na rynku pracy oraz aktualny poziom finansowania świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w podmiotach leczniczych pretendujących do roli centrów urazowych dla dzieci, należy stwierdzić, iż nie

ma możliwości zapewnienia takiego składu zespołu urazowego dziecięcego oraz osób z nim współpracujących, jaki jest obecnie ujęty w rozporządzeniu. Stąd propozycja nowelizacji rozporządzenia dotycząca obniżenia wymogów w zakresie składu zespołu urazowego dziecięcego przez stworzenie możliwości dostosowania tego zespołu do aktualnego stopnia dostępności do lekarzy specjalistów w poszczególnych województwach oraz możliwości finansowych podmiotów leczniczych, bez uszczerbku dla standardu udzielanych świadczeń.

W skład zespołu urazowego dziecięcego wejdzie jeden z spośród lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz jeden lekarz spośród lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub lekarza posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie neurochirurgii lub lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarzy posiadających specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

Jednocześnie Projektodawca przewiduje, że w charakterze osób współpracujących z zespołem urazowym dziecięcym wskazani zostaną pielęgniarka i ratownik medyczny, rotujący się całodobowo. Zakłada się, że w sytuacji, gdy w centrum urazowym dziecięcym nie będzie w danym momencie zabezpieczany żaden pacjent, personel wchodzący w skład zespołu urazowego dziecięcego oraz osoby z nim współpracujące, będą mogły wykonywać inne obowiązki służbowe na rzecz szpitala.

## **II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji**

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

### III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem ujednolicenie w skali kraju rozwiązań w zakresie organizacji dyspozytorni dedycznych poprawi jakość obsługi zgłoszeń alarmowych?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	3	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem podział dyspozytorów medycznych na dyspozytorów przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniu oraz dyspozytorów wysyłających zespoły ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia jest uzasadniony?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	3	
Nie	2	
Nie mam zdania	5	

3. Czy Pani/Pana zdaniem z uwagi na specyfikę infrastruktury telekomunikacyjnej i wykonywanych zadań, pomieszczenia dyspozytorni medycznej powinny zostać objęte tzw. „kontrolą dostępu”?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	6	
Nie	2	
Nie mam zdania	2	

4. Czy Pani/Pana zdaniem propozycja możliwa jest nowelizacji rozporządzenia dotycząca obniżenia wymogów w zakresie składu zespołu urazowego dziecięcego przez stworzenie możliwości dostosowania tego zespołu do aktualnego stopnia dostępności do lekarzy specjalistów w poszczególnych województwach oraz możliwości finansowych podmiotów leczniczych, bez uszczerbku dla standardu udzielanych świadczeń?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	2	
Nie	5	

Nie mam zdania

3

**Pytania otwarte:**

1. Jakie mogą być konsekwencje rejestrowania rozmów w dyspozytorni medycznej przez system monitoringu wizyjnego?
2. W jakim zakresie wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących organizacji dyspozytorni medycznych związane będzie z dodatkowymi kosztami ponoszonymi przez instytucje odpowiedzialne za ich reorganizację?
3. Jak długi powinien być okres przejściowy od opublikowania rozporządzenia do jego wejścia w życie, aby instytucje odpowiedzialne mogły się to tego przygotować?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

**IV. Opinia Ars Vivendi**

Projekt rozporządzenia jest kolejnym projektem „ratunkowym” dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, tj. projektem zmian regulacyjnych wymuszonych przez pogłębiającą się braki niezbędnego personelu medycznego, w szczególności lekarzy specjalistów. Niewystarczająca dostępność lekarzy specjalistów oraz wskazane w uzasadnieniu do ww. rozporządzenia niewielkie możliwości finansowe podmiotów leczniczych powodują niestety konieczność obniżenia standardów udzielanych świadczeń, które z racji szczególnych zadań i odpowiedzialności jakie zostały określone dla dziecięcych centrów urazowych powinny być najwyższe. Z punktu widzenia pacjentów jest to sytuacja wysoce niepokojąca.

Projektodawca stanowi, iż zadaniem podmiotów leczniczych posiadających w swojej strukturze centrum urazowe dla dzieci będzie stworzenie odrębnego zespołu urazowego dziecięcego w

zgodzie z nową regulacją. W konsekwencji będzie musiała nastąpić także zmiana zasad finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych w podmiotach leczniczych posiadających w swojej strukturze centrum urazowe dla dzieci. Ośrodek, w ramach którego funkcjonuje centrum urazowe dla dzieci, powinien jednak mieć zabezpieczenie finansowe na takim poziomie, aby nie było ono uzależnione od środków finansowych szpitala, w którym to centrum się znajduje.

Analiza zapisów przedmiotowego projektu wzbudza szereg wątpliwości, co znajduje wyraz w uwagach i opiniach przekazywanych przez różne grupy interesariuszy.

I tak RPP stwierdza, że przepisy w obecnym brzmieniu zobowiązują podmiot prowadzący Centrum urazowe dla dzieci do zapewnienia odpowiedniego składu zespołu urazowego dziecięcego oraz ratownika medycznego i pielęgniarki systemu. Wprowadzenie zapisu zobowiązującego osoby wchodzące w skład zespołu urazowego dziecięcego do pozostawania w ciągłej gotowości do natychmiastowego podjęcia czynności ratowniczych wobec dziecka, jest pojęciem nieostrym, trudnym do weryfikacji. W szczególności, iż w uzasadnieniu projektu wpisano, że ciągła gotowość ma polegać na niepodejmowaniu czynności, których nie można natychmiast przerwać. Mając na uwadze cel projektowanej zmiany, wydaje się zasadnym takie zabezpieczenie osobowe składu zespołu urazowego dziecięcego, aby faktycznie zapewnić ciągłą gotowość członków zespołu urazowego dziecięcego do udzielania świadczeń zdrowotnych, bądź poprzez dopisanie do projektowanej zmiany, na czym ma polegać ciągła gotowość, aby zagadnienie to nie budziło wątpliwości.

Szpitalne oraz specjaliści zauważają, że proponowany zapis stwarza możliwość powstania sytuacji, w której w składzie zespołu urazowego nie będzie specjalisty chirurga dziecięcego. Skutkować to może, że w zespole dyżurnym Centrum Urazowego dla Dzieci nie będzie żadnego lekarza, który pracuje na oddziale dziecięcym i zna specyfikę leczenia urazów u dzieci. Teoretycznie w zespole dyżurowym może nie być chirurga dziecięcego. Wystarczy, że na dyżurze będzie lekarz medycyny ratunkowej to drugi może być ortopeda, neurochirurg, anestezjolog a w ogóle nie będzie tam chirurga dziecięcego. Jaki wpływ na decyzje będzie

miął chirurg dziecięcy? Będzie za każdym razem wzywany z SOR lub z oddziału a Centrum Urazowe dla Dzieci ?

Proponują zatem doprecyzowanie zapisów w taki sposób, aby chirurg dziecięcy był stałym członkiem zespołu urazowego. W składzie zespołu urazowego dziecięcego powinien być zapisany obowiązek obecności specjalisty medycyny ratunkowej. W proponowanych zmianach możliwe jest wyznaczenie składu zespołu urazowego dziecięcego bez specjalisty medycyny ratunkowej.

Dalsze pozbawianie centrów urazowych dla dzieci lekarzy specjalistów jest bezcelowe, ponieważ w proponowanej formie nie będą się one różnić od funkcjonujących przy dobrych szpitalach, szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Innym problemem jest zabezpieczenie finansowania Centrum Urazowego. W przypadku kłopotów finansowych podmiotu leczniczego prowadzącego centrum, brak oddzielnego zabezpieczenia finansowego może zagrozić funkcjonowaniu tej jednostki. Konieczne jest zatem uwzględnienie tej kwestii w toku prac legislacyjnych.

Rzecznik Praw Pacjenta jest świadomy problemu niewystarczającej liczby lekarzy i rozumie intencje projektodawcy mające na celu obniżenie wymogów dotyczących składu zespołu urazowego dziecięcego przez stworzenie możliwości dostosowania tego zespołu do aktualnego stopnia dostępności do lekarzy specjalistów w poszczególnych województwach, oraz możliwości finansowych podmiotów leczniczych, bez uszczerbku dla standardu udzielanych świadczeń. Niemniej jednak, podkreśla, że bezpieczeństwo pacjentów i ich właściwe zabezpieczenie w dostępie do świadczeń zdrowotnych (równomierne w skali kraju) jest najważniejsze, zatem wprowadzone zmiany powinny być tymczasowe, obowiązujące do czasu ustabilizowania się sytuacji w tym zakresie.

Przyjmując do wiadomości pogłębiający się problem braku lekarzy, a zwłaszcza lekarzy specjalistów, oraz pielęgniarek i położnych na rynku pracy, należy jednak oczekiwać od rządu działań systemowych w przedmiocie zwiększenia dostępności personelu medycznego.



W jednym z punktów uzasadnienia zawartym w ocenie skutków regulacji znalazło się dość kuriozalne stwierdzenie Projektodawcy, iż „z uwagi na charakter regulacji nie jest zasadna ewaluacja efektów projektu”. Jest to bardzo dziwna logika. Od kilku już lat instytucje występujące w roli projektodawcy mają obowiązek wskazania, jak będzie wyglądać system oceny funkcjonowania w praktyce projektowanych rozwiązań. Oczywiście prawie wszystkie akty normatywne zmieniają stan prawny i faktyczny w sposób ciągły, zatem, gdyby podążać drogą argumentacji Projektodawcy, nigdy nie należałoby prowadzić ewaluacji efektów projektu. Na szczęście tak nie jest i większość instytucji odpowiedzialnych za projektowanie a następnie wdrażanie zmian regulacyjnych przygotowuje propozycje takich systemu ewaluacyjnych. Podobnego działania należałoby oczekiwać także wobec przedmiotowego projektu rozporządzenia ministerstwa zdrowia.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu