



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-83-09

Druk nr 2122
Warszawa, 23 czerwca 2009 r.

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

Na podstawie art. 118 ust. 1 i art. 123 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o Państwowym
Ratownictwie Medycznym** wraz z projektem
aktu wykonawczego.

Rada Ministrów uznała wymieniony projekt ustawy za pilny w związku z projektowaną zmianą beneficjenta z systemowego, którym jest obecnie Minister Zdrowia, na beneficjentów indywidualnych, którymi będą wyłonione na podstawie projektowanej ustawy centra urazowe, co umożliwi zakończenie do 2013 r. procesu wydatkowania i rozliczania środków finansowych przewidzianych w Priorytecie XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na dofinansowanie rozbudowy, remonty i wyposażenie centrów urazowych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Art. 1. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3 dodaje się pkt 11 i 12 w brzmieniu:

„11) centrum urazowe – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy, w której specjalistyczne oddziały powiązane są ze sobą organizacyjnie i zadaniowo w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

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

2) w art. 21:

a) w ust. 2 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, z późn. zm.²⁾) i terenach przez nie obsługiwanych;”;

b) w ust. 3 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) centrum urazowe wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe znajduje się na obszarze danego województwa.”;

3) w art. 26:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dysponent jednostki właściwy dla miejsca lokalizacji centrum powiadamiania ratunkowego, w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.”,

b) uchyla się ust. 1a;

4) w art. 27 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”;

5) w art. 32 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.”;

6) art. 33 otrzymuje brzmienie:

„Art. 33. 1. Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.”;

7) po rozdziale 4 dodaje się rozdział 4a w brzmieniu:

„Rozdział 4a

Centra urazowe

Art. 39a. W centrum urazowym świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 39c ust. 1, są udzielane pacjentowi urazowemu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny, zwany dalej „zespołem urazowym”.

Art. 39b. Centrum urazowe:

- 1) zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39c ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny;
- 2) współpracuje z publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w zakresie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr medycznych;
- 3) zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:
 - a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
 - b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
 - c) całodobowej pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, a także pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej,
 - d) oddziałów, w szczególności:
 - chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych,
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii,
 - chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń;
- 4) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii

w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;

5) dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Art. 39c. 1. Centrum urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała.

2. Centrum urazowe, po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, kieruje pacjenta urazowego do innego oddziału szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub innego zakładu opieki zdrowotnej w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

3. Zespół urazowy uzgadnia wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego z oddziałem szpitala lub z zakładem opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, właściwymi ze względu na stan zdrowia pacjenta urazowego.

Art. 39d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,

2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego,

3) kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym,

4) sposób postępowania z pacjentem urazowym

– uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentowi urazowemu odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.”;

8) art. 45 otrzymuje brzmienie:

„Art. 45. 1. W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których mowa w art. 43, wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub, gdy

tak zdecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo wskazanej jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza rejon działania dysponenta jednostki, transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

2. W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta urazowego przez szpital, o którym mowa w ust. 1, albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez jednostkę, o której mowa w ust. 1, przepis art. 44 ust. 2 stosuje się odpowiednio.”;

9) w art. 46:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku gdy dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną, koszt medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego uwzględnia koszty związane z funkcjonowaniem tego dyspozytora medycznego.”,

b) ust. 4 – 6 otrzymują brzmienie:

„4. Na podstawie założeń, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa.

5. W celu ustalenia propozycji wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego między poszczególne województwa należy kolejno obliczyć:

1) dla każdego województwa – sumę:

a) iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz

b) liczby zespołów specjalistycznych

– zwaną dalej „unormowaną liczbą zespołów”;

2) sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw;

3) dla każdego województwa – udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, o której mowa w pkt 2.

6. Liczby zespołów, o których mowa w ust. 5 pkt 1, ustala się na podstawie planów, uwzględniając współczynniki stanowiące stosunek okresu funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego w danym roku do całego roku.”,

c) dodaje się ust. 7 i 8 w brzmieniu:

„7. W terminie określonym w art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informację o wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, które będą ujęte w projekcie ustawy budżetowej.

8. Wysokość środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego dla danego województwa stanowi iloczyn środków ustalonych w ustawie budżetowej z przeznaczeniem na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego i udziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 3.”;

10) art. 47 otrzymuje brzmienie:

„Art. 47. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentowi urazowemu odbywa się oddzielnie dla każdego zakresu tych świadczeń, na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

11) w art. 50 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego – w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24;
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych;
- 3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.”.

Art. 2. Do czasu zorganizowania centrum powiadamiania ratunkowego w sposób określony w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.”.

Art. 3. Do dnia 31 grudnia 2013 r., centrum urazowym jest umieszczona w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne określonym w art. 21 ustawy, o której mowa w art. 1, wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy, w której specjalistyczne oddziały powiązane są ze sobą organizacyjnie i zadaniowo w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, pod warunkiem spełniania wymagań określonych w art. 39b pkt 1, 2, pkt 3 lit. a – c oraz co najmniej trzech z wymagań określonych w art. 39b pkt 3 lit. d tej ustawy.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 52, poz. 452, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 100, poz. 835 i 836, z 2006 r. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590, z 2008 r. Nr 163, poz. 1015 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

06/19rch

UZASADNIENIE

Celem zmian w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) jest utworzenie centrów urazowych współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Centra te zabezpieczą ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Utworzenie centrów urazowych przyczyni się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Centra urazowe stanowiąc będą również bazę dydaktyczną i szkoleniową dla kadry medycznej zapewniającą szkolenie w zakresie aktualnych światowych standardów diagnostycznych i leczniczych.

Urazy są jedną z trzech najczęstszych przyczyn nagłych zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej. Organizacja sieci ośrodków wysokospecjalistycznych, jakimi będą centra urazowe (TRAUMA CENTER), stworzyłaby lepsze warunki do leczenia osób po urazach oraz pozwoliłaby zbliżyć wyniki leczenia pacjentów urazowych do standardów europejskich i światowych. Centra takie, współpracujące z systemem rozwijającej się medycyny ratunkowej powstały i funkcjonują już m.in. w: USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Danii, Szwecji, Holandii, Francji, Włoszech, Czechach, Szwajcarii, Rosji, Słowacji, Chorwacji, Słowenii. Od dłuższego czasu specjaliści chirurgii skupieni w Sekcji Chirurgii Urazowej Towarzystwa Chirurgów Polskich zgłaszali konieczność utworzenia podobnych centrów w naszym kraju.

Rocznie w Polsce obrażeniom ciała ulega około 3 milionów osób. Spośród nich 300 tys. wymaga hospitalizacji, a 30 tys. umiera. Śmiertelność po urazach wynosi w naszym kraju 75/100 tys. rocznie. To o połowę więcej niż w USA i w Europie Zachodniej, gdzie śmiertelność szpitalną po urazach ocenia się na 1,5 %. W Polsce ocenia się ją na 4 %. Kalectwo pourazowe w naszym kraju dotyczy ok. 25 % pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów. To o 100 % więcej niż w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej.

Proponowana organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych zmniejszy koszty leczenia i rehabilitacji pacjenta urazowego, bowiem świadczenia zdrowotne będą udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym szpitalu przez zespół

lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny – w zależności od stanu zdrowia pacjenta urazowego oraz specjalistycznych oddziałów zabiegowych, znajdujących się w strukturze centrum urazowego. Zespół ten określany jest w ustawie jako zespół urazowy (TRAUMA TEAM). Również koszty wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, a także utrzymywania w stałej gotowości pełnej diagnostyki i zespołu specjalistów w kilkunastu szpitalach, a nie w kilkuset w kraju, będą stosunkowo niższe, zapewniając jednocześnie optymalną i jakościową organizację świadczeń związanych z leczeniem mnogich obrażeń ciała, przy minimalnym w skali kraju obciążeniu finansowym. Proponowane rozwiązania organizacyjne centrów urazowych stanowią przedsięwzięcie o charakterze logistyczno-zadaniowym, a nie propozycję tworzenia nowych zakładów opieki zdrowotnej. Powyższe założenia odzwierciedla definicja zawarta w dodanym do nowelizowanej ustawy art. 3 pkt 11 mówiąca o „wydzielonej funkcjonalnie części szpitala”. Podstawą działania będzie gotowość do udzielania pacjentowi urazowemu świadczeń, o których mowa w dodawanym art. 39c ust. 1 projektu ustawy, przez zespół urazowy, rozpoczynających się już na poziomie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Projekt ustawy przyjmuje jednolite założenia dotyczące wymagań organizacyjnych, jakie powinny spełniać centra urazowe. Szczegółowe kwestie w tym zakresie będzie określać rozporządzenie wydane przez ministra właściwego do spraw zdrowia określające:

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

Należy podkreślić, że określenie w ww. upoważnieniu szczegółowych wymagań w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego centrum urazowego nie wyłącza obowiązku spełnienia przez specjalistyczne oddziały zabiegowe oraz pracownie diagnostyczne ogólnych wymogów sanitarnych i fachowych określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

Natomiast organizacja i proces udzielania świadczeń zdrowotnych w centrum urazowym będą określone w regulaminie porządkowym zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 18a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Regulamin ten określa m.in. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz warunki współdziałania między jednostkami organizacyjnymi zakładu opieki zdrowotnej dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym. Zatem regulaminy porządkowe szpitali, w których w sposób funkcjonalny będą zorganizowane centra urazowe, będą musiały odzwierciedlać powiązanie organizacyjne i zadaniowe specjalistycznych oddziałów szpitalnych w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie pacjentów urazowych.

W rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 39d ustawy zostaną także określone kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym. Kwalifikacja ta będzie miała miejsce na poziomie szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe. W przypadku uznania przez zespół urazowy, że pacjent nie kwalifikuje się do dalszego leczenia w centrum urazowym, może on zostać skierowany do innego oddziału szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 39c ust. 2. Tylko odmowa przez szpital, w którym znajduje się centrum urazowe, przyjęcia pacjenta, wobec którego podjęto decyzję o przetransportowaniu do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe na podstawie art. 45 ust. 1, bez przeprowadzenia stosownych badań diagnostycznych, skutkuje zastosowaniem sankcji określonej w art. 44 ust. 2, tj. kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Centra urazowe będą umieszczane przez wojewodę w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który jest opracowany, uzgadniany i zatwierdzany, zgodnie z procedurą określoną w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Sposób wyłaniania szpitali, które będą bazą dla funkcjonowania centrów urazowych, jest analogiczny jak dla określenia liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego. Wyłonienie optymalnych lokalizacji centrów urazowych umożliwia procedura uzgadniania planu z właściwymi podmiotami oraz jego zatwierdzenie przez Ministra Zdrowia, który dokonuje jego analizy z punktu widzenia potrzeb całego kraju i może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu planu. Wojewoda jest natomiast obowiązany do zmiany projektu planu, zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia. Należy również zwrócić uwagę, że jednym

z elementów tego planu jest określenie sposobu współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, zapewniającego sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw. W planie będzie wskazany zarówno szpital pełniący funkcje centrum urazowego, jak i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrum urazowym.

Doświadczenia krajów zachodnich mówią o tworzeniu centrów urazowych dla populacji minimum 1 miliona ludzi, a optymalnie dla 2 milionów i więcej. Wynika to nie tylko z wysokich kosztów, ale też z konieczności odpowiednio dużego napływu pacjentów, w celu zapewnienia wykorzystania posiadanych środków dla jak największej liczby poszkodowanych oraz nabywania i zachowania niezbędnego doświadczenia i sprawności zawodowej zatrudnionej tam kadry medycznej.

Do dnia 31 grudnia 2013 r. ustawa przewiduje okres przejściowy, umożliwiający dostosowanie się szpitali do wymogów organizacyjnych określonych dla centrów urazowych. Zakłada się, że do dnia 31 grudnia 2013 r. wskazane w planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne szpitale, w których będą funkcjonowały centra urazowe, będą musiały spełnić tylko niektóre wymagania, tj. wymagania określone w art. 39b pkt 1, 2, pkt 3 lit. a – c oraz co najmniej trzy z wymagań określonych w art. 39b pkt 3 lit. d. Konieczność jednoczesnego spełnienia przynajmniej tych wymagań zapewni wielospecjalistyczną, wysoką jakość udzielanych przez centra urazowe świadczeń zdrowotnych oraz ograniczy możliwość tworzenia obok siebie podobnych centrów. Przewiduje się utworzenie w naszym kraju równomiernie rozmieszczonych ok. 10 – 12 centrów urazowych, zapewniających właściwy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Bez przepisu przejściowego zawartego w art. 3 nie będzie możliwe (do końca 2013 r.) wskazanie, które ze szpitali pełnią funkcję centrów urazowych, z uwagi na to, że obecnie szpitale w różnym stopniu spełniają wymagania docelowe określone w projektowanym art. 39b.

Drugą z istotnych zmian wprowadzanych projektowaną ustawą jest wprowadzenie do przepisów ustawy obowiązującego tylko na 2009 r. (art. 56a obowiązującej ustawy) mechanizmu podziału środków na zadania ratownictwa medycznego. Wejście w życie tej regulacji uchyli powszechnie krytykowany tzw. „algorytm podziału środków”.

Aktualny sposób podziału środków między poszczególne województwa – tzw. „algorytm podziału środków”, jest zdeterminowany wytycznymi zawartymi w upoważnieniu

ustawowym do wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Obowiązujące wytyczne do określenia algorytmu odwołują się do następujących danych:

- a) liczby ludności,
- b) gęstości zaludnienia,
- c) potrzeby nieprzekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
- d) liczby zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na terenie poszczególnych województw.

Propozycja zawarta w projekcie ustawy uwzględnia – podobnie jak rozwiązanie przyjęte na 2009 r., nowe kryteria:

- 1) liczbę zespołów ratownictwa medycznego ustaloną w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- 2) proporcję średniego kosztu zespołu podstawowego do średniego kosztu zespołu specjalistycznego równą 0,75,
- 3) liczbę sezonowych zespołów ratownictwa medycznego.

Takie rozwiązanie bardziej przybliży kwotę przyznawaną dla poszczególnych województw do faktycznych kosztów funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w danym województwie.

Dodatkowo zmiana w art. 50 obowiązującej ustawy likwiduje ograniczenia w zakresie nakładów inwestycyjnych związanych z działalnością jednostek systemu, centrów urazowych oraz stanowisk dyspozytorów medycznych, które mogą być finansowane lub dofinansowywane przez podmioty w nim wymienione, dodając do nich również podmioty, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej. Obowiązujące brzmienie art. 50 nie uwzględnia możliwości finansowania lub dofinansowania nakładów przez np.: uniwersytety medyczne będące organami założycielskimi dla szpitali klinicznych.

Ponadto w projekcie, na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, wprowadzono zmianę w art. 21 ust. 2 pkt 7, która ma charakter wyłącznie redakcyjny oraz w art. 26, która polega na uchyleniu ust. 1a, wprowadzonego ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz niektórych innych ustaw. Konieczność uchylenia ust. 1a w art. 26 wynika z faktu, że w przepisach materialnych ustawy istniały dwa odmienne rozwiązania dotyczące zatrudnienia dyspozytora medycznego. Wprowadzona

w projekcie zmiana ma na celu uporządkowanie przepisów w tym zakresie przez pozostawienie w przepisach materialnych regulacji docelowej – art. 26 ust. 1, zgodnie z którą dyspozytora medycznego ma zatrudnić dysponent jednostki właściwy dla lokalizacji centrum powiadamiania ratunkowego, w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej oraz przeniesienie do art. 2 projektowanej ustawy regulacji, która w zamierzeniu ustawodawcy miała być rozwiązaniem tymczasowym. Z tego względu projekt uzupełniono o przepis przejściowy, który umożliwia zatrudnianie dyspozytorów medycznych przez dysponentów jednostek na dotychczasowych zasadach do czasu zorganizowania centrów powiadamiania ratunkowego w sposób przewidziany w znowelizowanej ostatnio ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. W trybie określonym tą ustawą podmioty nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Projekt ustawy dotyczy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, szpitali, w tym szpitali klinicznych, oraz podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie projektowanej ustawy nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Projekt nie zakłada budowy centrów urazowych, lecz wyłonienie 10 – 12 centrów urazowych w już działających szpitalach, w których nastąpi reorganizacja funkcjonalna udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych skierowanych do pacjentów urazowych. Obecnie świadczenia udzielane pacjentom urazowym są realizowane w sposób rozproszony, co wymusza konieczność wielokrotnej hospitalizacji w różnych zakładach opieki zdrowotnej. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom urazowym odbywać się będzie oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, na zasadach i w trybie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwzględnieniem funkcjonowania w szpitalu centrum urazowego. Oznacza to, że oddziały szpitalne wchodzące w obszar funkcjonowania centrum urazowego będą finansowane za bieżące udzielanie świadczeń, uzupełnione dodatkowo (w momencie pojawienia się „pacjenta urazowego” spełniającego kryteria kwalifikacji do centrum urazowego) o finansowanie procedur określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia skierowanych do pacjenta urazowego. Nastąpi przesunięcie do centrów urazowych środków finansowych za udzielanie świadczeń pacjentom urazowym z dotychczasowych rozproszonych miejsc (szpitali). Koszty leczenia pacjenta nie będą bowiem obciążały finansowo innych szpitali, bowiem pacjent zostanie przewieziony bezpośrednio do centrum urazowego.

W Priorytecie XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko przewidziane są środki finansowe w wysokości 34,8 mln euro (w tym 29,6 mln euro z EFRR) na dofinansowanie rozbudowy, remonty i wyposażenie centrów urazowych, a także środki finansowe w wysokości 104,1 mln euro (w tym alokacja 101 mln zł z EFRR na 2012 r.)

przeznaczone na przebudowę, rozbudowę i remont szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowę i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do nich. Ponadto w Priorytecie XII w ramach Działania 12.2 występuje alokacja środków w wysokości 176, 5 mln euro (w tym 235 mln zł ze środków EFRR na 2010 r.) na inwestycje związane z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego projektu nie ma wpływu na rynek pracy.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektu ustawy nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw

Wejście w życie projektowanej regulacji nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie ustawy poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Zabezpieczy ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu zaopatrującym ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała, przyczyniając się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Współpraca z publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w zakresie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego kadr medycznych zapewni rozwój wiedzy medycznej i szkolenie kadr medycznych, zbliżając działania medyczne do leczenia w standardach światowych.

7. Konsultacje społeczne

W toku uzgodnień projekt ustawy został przedłożony w celu zaopiniowania przez: organizacje reprezentujące jednostki samorządu terytorialnego, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników

Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Instytut Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof oraz uczelnie medyczne.

W toku konsultacji społecznych zostały zgłoszone uwagi przez: Naczelną Radę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Służb Ratowniczych, Konsultanta Krajowego ds. chirurgii dziecięcej, Uniwersytety Medyczne: Śląski i Warszawski, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Uwagi dotyczyły:

1) wprowadzenia definicji centrum urazowego do słowniczka zawartego w art. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, jak również zawarcia precyzyjnej definicji. Uwaga została uwzględniona przez wprowadzenie w art. 3 pkt 11 i zmianę definicji (centrum urazowe jako wydzielona funkcjonalnie część szpitala...);

2) finansowania świadczeń udzielanych przez centra urazowe poprzez dookreślenie, że są one finansowane na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwzględnieniem funkcjonowania w szpitalu centrum urazowego;

3) funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego w centrum urazowym poprzez wprowadzenie zasady funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego kategorii III w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym funkcjonuje centrum urazowe.

Uwaga nie została uwzględniona, ponieważ założenia projektu ustawy nie dotyczą odmiennego regulowania organizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych.

4) rozszerzenia katalogu zadań dyspozytora medycznego o powiadamianie centrów urazowych o zdarzeniu w przypadku takiej konieczności;

5) funkcjonowania centrum urazowego, jako oddzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Uwaga nie została uwzględniona, gdyż założenia projektu ustawy dotyczą centrów urazowych jako wydzielonej funkcjonalnie części szpitala;

6) wprowadzenia szczegółowych przepisów dla określenia dziecięcych centrów urazowych. Przedmiotowy wniosek nie został uwzględniony z uwagi na fakt, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie odnosi się w sposób szczególny do ratownictwa medycznego

dotyczącego dzieci. Wszystkie wymagania w niej określone nie wykluczają świadczeń dla dzieci;

7) uszczegółowienia funkcjonowania specjalistycznych oddziałów zabiegowych przez zapewnienie gotowości co najmniej 2 stanowisk intensywnej terapii, dodania do zapisów projektu ustawy oddziału obrażeń wielonarządowych, neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii, chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń;

8) zapewnienia dostępności w czasie nie dłuższym niż 30 minut lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii;

9) dookreślenia wymagań dotyczących okresu przejściowego w zakresie centrów urazowych.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. W trybie określonym tą ustawą podmioty nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Wejście w życie projektu ustawy nie ma wpływu na warunki życia ludności.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.



**URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU**

Mikołaj Dowgielewicz

Min MD/1472/09/DP/kma

Warszawa, dnia 17 czerwca 2009 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wyrażona na podstawie art. 9 pkt 3 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494, z późn. zm.) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej Mikołaja Dowgielewicza

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo nr RM-10-83-08) pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

Z up. Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej
Mikołaj Dowgielewicz
SEKRETARZ STANU
Maciej Berek

Do uprzejmej wiadomości:
Pan Jakub Szulc
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia**

w sprawie centrum urazowego

Na podstawie art. 39d ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

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

§ 2.

1. Centrum urazowe dysponuje wyposażeniem technicznym umożliwiającym łączność z:
 - 1) centrum powiadamiania ratunkowego;
 - 2) regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
 - 3) zakładami opieki zdrowotnej innymi niż określone w pkt 2.
2. Centrum urazowe dysponuje wyposażeniem technicznym zapewniającym:
 - 1) niezwłoczne zawiadomienie członków zespołu urazowego;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

- 2) przekazywanie dokumentacji medycznej pacjentów urazowych pomiędzy szpitalnym oddziałem ratunkowym a innymi jednostkami organizacyjnymi zakładu opieki zdrowotnej oraz pomiędzy tymi jednostkami;
 - 3) przekazywanie pomiędzy jednostkami, o których mowa w pkt 2, w formie elektronicznej wyników badań, w tym także wyników diagnostyki obrazowej.
3. Centrum urazowe dysponuje aparaturą i sprzętem medycznym zapewniającymi kompleksowe zdiagnozowanie pacjenta urazowego, w szczególności wykonanie badań:
- 1) RTG;
 - 2) USG, USG – Doppler;
 - 3) echo-kardiografii;
 - 4) tomografii komputerowej (spiralnej, wielorzędowej);
 - 5) angiografii i radiologii interwencyjnej;
 - 6) diagnostyki laboratoryjnej, w tym enzymatycznej, bakteriologicznej, immunologicznej, histopatologicznej;
 - 7) endoskopii, w tym chirurgii miniinwazyjnej.

§ 3.

W skład zespołu urazowego wchodzi, co najmniej:

- 1) lekarz systemu zatrudniony w szpitalnym oddziale ratunkowym;
- 2) lekarz lub lekarze zatrudnieni w oddziałach zabiegowych i pracowniach diagnostycznych, o których mowa w art. 39b pkt 3 lit. b-d ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 3) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 4.

Kwalifikacja osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym odbywa się z zastosowaniem kryteriów:

- 1) bezwzględnych, obejmujących wszystkie stany nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego

następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała, którym towarzyszy:

- a) utrata przytomności,
- b) wstrząs urazowy,
- c) niewydolność oddechowa;

2) względnych, obejmujących w szczególności:

a) mechanizm urazu, w tym:

- stwierdzenie czy w tym samym zdarzeniu nastąpiła śmierć innej osoby,
- stwierdzenie czy nastąpiło wypadnięcie z pojazdu mechanicznego lub przygnięcie,
- ustalenie czasu wydobywania poszkodowanego z pojazdu, gruzowiska, zawałiska, trwającego powyżej 20 minut,
- stwierdzenie czy upadek nastąpił z wysokości powyżej 6 metrów,

b) parametry fizjologiczne, w tym:

- ciśnienie krwi poniżej 90 mm Hg,
- częstość oddechu poniżej 10 lub powyżej 29 na minutę,
- wartość skali śpiączki (GCS) poniżej 13,

c) obrażenia anatomiczne, w tym:

- penetrujące rany głowy, kończyn lub tułowia,
- amputację kończyny powyżej nadgarstka lub kostek,
- uszkodzenie rdzenia kręgowego,
- niestabilność klatki piersiowej,
- dwa lub więcej złamań kości długich.

§ 5.

1. Przyjęcie pacjenta urazowego dokonywane jest w szpitalnym oddziale ratunkowym szpitala, w którym funkcjonuje centrum urazowe.
2. W szpitalnym oddziale ratunkowym przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego, wdraża leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych oraz podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu z pacjentem urazowym.

3. Kierownik zespołu urazowego wskazuje jednostkę organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej do dalszego leczenia pacjenta urazowego w centrum urazowym.

§ 6.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 39d ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

Określa ono wymagania w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego centrum urazowego tak, aby zabezpieczyć ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. W projektowanym rozporządzeniu określono również kryteria kwalifikowania osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym jako pacjentów urazowych oraz sposób postępowania z pacjentem urazowym. Należy zauważyć, że centrum urazowe będzie działać już na poziomie szpitalnego oddziału ratunkowego, w którym nastąpi wstępna diagnostyka i leczenie osób, wobec których stwierdzono, że spełniają przesłanki uznania za pacjenta urazowego.

Świadczenia zdrowotne będą udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym szpitalu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny - w zależności od stanu zdrowia pacjenta urazowego oraz specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych, znajdujących się w strukturze centrum urazowego. Projektowane rozporządzenie określa minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego (TRAUMA TEAM).

Projekt nie wymaga notyfikacji oraz przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Projekt rozporządzenia dotyczy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, szpitali, które zostaną wyłonione jako centra urazowe, pacjentów urazowych oraz lekarzy wchodzących w skład zespołów urazowych.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego ponieważ zakłada się, że centra urazowe zostaną wyłonione spośród istniejących szpitali, które spełniają wymagania określone w projekcie ustawy. W Priorytecie XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko przewidziane są środki finansowe w wysokości 34,8 mln euro (w tym 29,6 mln euro z EFRR) na dofinansowanie rozbudowy, remonty i wyposażenie centrów urazowych, a także środki finansowe w wysokości 104,1 mln euro (w tym alokacja 101 mln zł z EFRR na 2012 r.) przeznaczone na przebudowę, rozbudowę i remont szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowę i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do nich. Ponadto w Priorytecie XII w ramach Działania 12.2 występuje alokacja środków w wysokości 176, 5 mln euro (w tym 235 mln zł ze środków EFRR na 2010 r.) na inwestycje związane z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego projektu nie ma wpływu na rynek pracy.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym rozwój przedsiębiorstw

Wejście w życie projektowanej regulacji nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym rozwój przedsiębiorstw.

6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie rozporządzenia poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Wejście w życie regulacji przyczyni się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego.

7. Konsultacje społeczne

W toku uzgodnień projekt rozporządzenia zostanie przedłożony celem zaopiniowania przez: organizacje reprezentujące jednostki samorządu terytorialnego, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Instytut Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof oraz uczelnie medyczne.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 169, poz. 1414 oraz 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.