

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia2010 r.
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 zapewnia dostęp do sprzętu i aparatury medycznej umożliwiających całodobowe wykonywanie badań diagnostycznych, w szczególności:

- 1) RTG;
- 2) USG, USG – Doppler;
- 3) Echo-kardiografii;
- 4) tomografii komputerowej (spiralnej, wielorzędowej);
- 5) rezonansu magnetycznego;
- 6) angiografii i radiologii interwencyjnej;
- 7) diagnostyki laboratoryjnej, w tym enzymatycznej, mikrobiologicznej, immunologicznej.

2. Centrum urazowe zapewnia wykonywanie endoskopii diagnostycznej i zabiegowej w zakresie niezbędnym dla pacjenta urazowego.

3. Centrum urazowe zapewnia dostęp do leczenia w zakresie tlenoterapii hiperbarycznej.

§ 3.

Centrum urazowe dysponuje:

- 1) łącznie z:
 - a) centrum powiadamiania ratunkowego,
 - b) innymi zakładami opieki zdrowotnej, w tym innymi centrami urazowymi,
 - c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego,
 - d) regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolęcznictwa,
 - e) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego;
- 2) sprzętem zapewniającym:
 - a) bezprzewodowe przywoływanie osób, w szczególności członków zespołu urazowego;
 - b) przekazywanie dokumentacji medycznej pacjentów urazowych między oddziałami szpitala, w szczególności wchodzącymi w skład centrum urazowego oraz innymi zakładami opieki zdrowotnej;
 - c) dokonywanie konsultacji telemedycznych z innymi zakładami opieki zdrowotnej.

§ 4.

1. W skład zespołu urazowego wchodzi, co najmniej:

- 1) lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
 - 2) lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w oddziałach zabiegowych;
 - 3) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Pracami zespołu urazowego kieruje kierownik zespołu urazowego wybrany przez zespół urazowy spośród lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub 2.
3. W razie potrzeby, w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego, w skład zespołu urazowego wchodzi lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w innych dziedzinach medycyny, niż wymienione w ust. 1; decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego.
4. Centrum urazowe zapewnia całodobową gotowość funkcjonowania zespołu urazowego.

§ 5.

Osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum urazowym w przypadku stwierdzenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała spowodowanych działaniem czynnika zewnętrznego:

- 1) z towarzyszącymi co najmniej dwoma następującymi zaburzeniami parametrów fizjologicznych:
 - a) ciśnienie skurczowe krwi nie wyższe niż 90 mm Hg,
 - b) tętno co najmniej 120 na minutę,
 - c) częstość oddechu poniżej 10 lub powyżej 29 na minutę,
 - d) stan świadomości w skali Glasgow (GCS) poniżej lub równy 13, lub
- 2) z występującym co najmniej jednym spośród następujących obrażeń anatomicznych:
 - a) penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha,
 - b) amputacja powyżej nadgarstka lub kostek,
 - c) rozległe zmiążdżenia kończyn,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) złamanie kończyny powyżej kolana lub łokcia,
 - f) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,
 - g) złamanie co najmniej dwóch kości długich kończyn lub niestabilne złamanie miednicy,
 - h) uszkodzenie dużych naczyń i nerwów kończyn.

§ 6.

Osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego zgłasza dyspozytorowi medycznemu stwierdzenie kryteriów, o których mowa w § 5, i pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, w którym znajduje się centrum urazowe, do czasu przyjęcia pacjenta urazowego do tego oddziału.

§ 7.

1. W szpitalnym oddziale ratunkowym przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.
2. Dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego w centrum urazowym odbywa się w oddziale wskazanym przez kierownika zespołu urazowego.
3. Decyzję w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentowi urazowemu, w przypadku rozbieżności pomiędzy członkami zespołu urazowego, podejmuje kierownik zespołu urazowego.
4. Celem realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1-3 centrum urazowe dysponuje niezbędną liczbą lekarzy posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia.

§ 8.

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

MINISTER ZDROWIA

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 i Nr 122, poz. 1007.

Uzasadnienie

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.). Przepis ten został wprowadzony ustawą z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 122, poz. 1007).

Projektowane rozporządzenie określa szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego

wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego, minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego, kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym oraz sposób postępowania z pacjentem urazowym.

Centra urazowe zabezpieczą ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wyspospecjalistycznym 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.

Świadczenia zdrowotne w centrum urazowym będą udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym szpitalu przez lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny. Wstępna diagnostyka pacjenta urazowego odbywać się będzie w szpitalnym oddziale ratunkowym i dokonywana będzie przez zespół urazowy oraz będzie wdrażane leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych, a także podejmowana decyzja o dalszym jego leczeniu. Zespół ten określany jest w ustawie jako zespół urazowy (TRAUMA TEAM). W skład zespołu będą wchodził: lekarz specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej, lekarze specjaliści dziedzin medycyny mających zastosowanie w oddziałach zabiegowych oraz lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Ponadto w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego w skład zespołu będzie wchodził lekarz lub lekarze specjaliści w innych dziedzinach medycyny niż wymienione wyżej. Spośród lekarzy wyżej wymienionego zespołu, posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub w dziedzinach mających zastosowanie w oddziałach zabiegowych, będzie wybierany kierownik zespołu urazowego. Na nim będzie spoczywać odpowiedzialność za ostateczne decyzje podejmowane przez zespół urazowy co do diagnostyki i leczenia pacjenta.

Projekt zawiera kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym. Kwalifikacja pacjentów urazowych musi uwzględniać fakt zaistnienia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała spowodowanych działaniem czynnika zewnętrznego z towarzyszącymi zaburzeniami parametrów fizjologicznych u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Proponowane w § 5 kryteria kwalifikowania pacjenta urazowego do leczenia w centrum urazowym wynika z zaleceń współczesnej medycyny ratunkowej oraz traumatologii - przyjętych w praktyce działań pozaszpitalnych. Zgodny jest też z algorytmem postępowania pozaszpitalnego w urazach - „segregacja medyczna stopień pierwszy” - opublikowanym przez American College of Surgeons Committee on Trauma w roku 2006. (Piśm.: American College of Surgeons Committee on Trauma. Resources for the optimal care of the injured patient:2006. Chicago:American College of Surgeons, 2006). Wstępna kwalifikacja pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym będzie miała miejsce przede wszystkim w działaniach pozaszpitalnych tj. w trakcie podejmowania medycznych czynności ratunkowych.

Ponadto centrum jest obowiązane spełniać określone wymagania w zakresie sprzętu medycznego, jak i łączności. Ze względu na wieloprofilowość szpitala i określony rodzaj pacjentów, centrum urazowe musi posiadać odpowiednią kadrę medyczną oraz wyspospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny i leczniczy, a także zapewnić dostęp (bezpośrednio lub poprzez nawiązanie porozumienia) do leczenia w zakresie tlenoterapii hiperbarycznej. Usługi tlenoterapii hiperbarycznej są świadczone przez 7 ośrodków: Klinikę Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego w Gdyni, Mazowieckie Centrum Terapii Hiperbarycznej w Warszawie, Pracownię Hiperbarii Tlenowej Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej NZOZ Creator w Klinice Medycyny Ratunkowej ASK we Wrocławiu, Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej NZOZ Creator w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu oraz w organizacji Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej Szpitala Wojewódzkiego im. Rydygiera w Krakowie. Zgodnie z ustawą centrum urazowe jest obowiązane zapewnić w swojej strukturze działanie pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej czynnej całą dobę. Ponadto jest obowiązane zapewnić dostęp do całodobowego wykonywania, badań diagnostycznych i laboratoryjnych.

Kolejnym niezbędnym elementem jest posiadanie przez centrum urazowe łączności z centrum powiadamiania ratunkowego, innymi zakładami opieki zdrowotnej, zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego, regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolęcznictwa oraz lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego. Centrum urazowe powinno posiadać także możliwości szybkiego przekazywania danych o pacjencie między oddziałami szpitala, a także dokonywania konsultacji telemedycznych z zakładami opieki zdrowotnej w kraju i na świecie. Powyższe rozwiązania zapewnią możliwość szybkiej wymiany informacji.

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

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, w tym szpitali klinicznych oraz podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz pacjentów 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. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, centrum urazowe będzie wydzieloną funkcjonalnie częścią szpitala, nie zaś nowym zakładem opieki zdrowotnej. Proponowane rozwiązania organizacyjne centrów urazowych stanowią przedsięwzięcie o charakterze logistyczno-zadaniowym. 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.

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 na 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 rozporządzenia poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Pacjent urazowy otrzyma kompleksowe świadczenia zdrowotne, które udzielane będą przez lekarzy specjalistów z określonych dziedzin medycyny w jednym zakładzie opieki zdrowotnej. Ponadto, osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego właściwie zakwalifikowana przez członków zespołu

ratownictwa medycznego, jako pacjent urazowy, zostanie bezpośrednio przewieziona do centrum urazowego, co skróci czas wdrożenia specjalistycznego leczenia, a tym samym przyczyni się do obniżenia śmiertelności oraz skutków powikłań.

7. Konsultacje społeczne

W toku uzgodnień projekt ustawy został 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 Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Instytut Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Stowarzyszenie Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof oraz uczelnie medyczne, Towarzystwo Chirurgów Polskich. 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 z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności Wejście w życie projektu rozporządzenia nie ma wpływu na warunki życia ludności.