

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia2015 r.

w sprawie centrum urazowego dla dzieci

Na podstawie art. 39h ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego;
- 2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego dziecięcego;
- 3) kryteria kwalifikacji osoby do ukończenia 18. roku życia będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci;
- 4) sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym.

§ 2. 1. Centrum urazowe dla dzieci, zwane dalej "centrum", zapewnia dostęp do sprzętu i aparatury medycznej, umożliwiających całodobowe i niezwłoczne wykonywanie badań diagnostycznych, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego dziecięcego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego:

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

2. Centrum posiada sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do wykonywania przyłóżkowej i całodobowej endoskopii diagnostycznej i zabiegowej:

- 1) gastroskop;
- 2) kolonoskop;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635, z 2014 r. poz. 1802 oraz z 2015 r. poz...

- 3) bronchoskop;
- 4) cystoskop.

§ 3. Szpital, w którym znajduje się centrum, dysponuje sprzętem zapewniającym:

- 1) łączność telefoniczną realizowaną co najmniej przez jednego operatora telefonii stacjonarnej i jednego operatora telefonii mobilnej z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) innymi podmiotami leczniczymi,
 - d) regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- 2) łączność radiową z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego;
- 3) bezprzewodowe przywoływanie osób, w szczególności członków zespołu urazowego dziecięcego;
- 4) dokonywanie bieżących konsultacji za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności między oddziałami szpitala, w którym znajduje się centrum, oraz z innymi podmiotami leczniczymi w sposób gwarantujący zachowanie poufności danych pacjenta, którego konsultacja dotyczy, w szczególności poprzez system kodowania danych umożliwiającą identyfikację danych osobowych.

§ 4. 1. W skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi, co najmniej:

- 1) lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 2) lekarze posiadający 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;
- 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;

4) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii naczyniowej.

2. Pracami zespołu urazowego dziecięcego kieruje kierownik zespołu.

3. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym znajduje się centrum:

1) określa skład zespołu urazowego dziecięcego spośród lekarzy, posiadających kwalifikacje o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 4;

2) wyznacza kierownika zespołu urazowego dziecięcego spośród lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub 2.

4. 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 w ust. 1; decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego dziecięcego.

§ 5. Osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum w przypadku, gdy spełnia warunki określone w art. 3 pkt 12a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a ponadto następujące kryteria:

1) występujące co najmniej jedno spośród następujących obrażeń anatomicznych:

a) penetrujące rany głowy lub tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha,

b) amputacja kończyny powyżej nadgarstka lub stawu skokowego,

c) rozległe zmiążdżenia kończyn,

d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,

e) niestabilna klatka piersiowa,

f) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,

g) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;

2) towarzyszące co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych określonych w załączniku do rozporządzenia:

a) spadek ciśnienia skurczowego krwi poniżej 75% w stosunku do wartości wskazanej w tabeli nr 1 tego załącznika,

b) odchylenie częstości akcji serca o co najmniej 25% w stosunku do wartości wskazanej w tabeli nr 2 tego załącznika,

- c) odchylenie liczby oddechów o co najmniej 25% w stosunku do wartości wskazanej w tabeli nr 3 tego załącznika,
- d) stan świadomości w skali Glasgow (GCS) nie więcej niż 8,
- e) saturacja krwi tętniczej nie więcej niż 90%.

§ 6. 1. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego lub wyznaczony przez tego kierownika członek zespołu ratownictwa medycznego zgłasza dyspozytorowi medycznemu stwierdzenie kryteriów, o których mowa w § 5, i pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, wskazanego przez dyspozytora medycznego, do czasu przyjęcia pacjenta urazowego dziecięcego do tego oddziału.

2. Przepisu ust. 1 w zakresie obowiązku pozostawania w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, wskazanego przez dyspozytora medycznego nie stosuje się do lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

3. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym brak centrum, lub lekarz przez niego wyznaczony, w przypadku stwierdzenia kryteriów, o których mowa w § 5, pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, najbliższego pod względem czasu dotarcia.

§ 7. 1. W szpitalnym oddziale ratunkowym zlokalizowanym w szpitalu, w którym funkcjonuje centrum, przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego dziecięcego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.

2. Decyzję w sprawie kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu, w przypadku rozbieżności pomiędzy członkami zespołu urazowego dziecięcego, podejmuje kierownik tego zespołu.

3. Dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego dziecięcego w centrum odbywa się w oddziale wskazanym przez kierownika zespołu urazowego dziecięcego.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

5.11.2015
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
A. Budz
Alina Budziszewska-Makulska

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Władysław Puzoń
radca prawny

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Spraw Obronnych,
Radania i Zarządzania, Ratownictwa
Wielozadaniowego i Informacji Niejawnych
MINISTER ZDROWIA

Barbara Łukaszak-Mysiak

5.11.2015
K. Borowicz

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia2015 r. (poz. ...)

WARTOŚCI PARAMETRÓW FIZJOLOGICZNYCH

Tabela nr 1. Wartości skurczowego ciśnienia tętniczego w zależności od wieku dziecka

Lp.	Rok życia	Skurczowe ciśnienie tętnicze
1.	1	80
2.	2-5	90
3.	6-12	100
4.	>12	110

Tabela nr 2. Częstość akcji serca w zależności od wieku dziecka

Lp.	Rok życia	Akcja serca
1.	1	135
2.	2-5	122
3.	6-12	100
4.	>12	75

Tabela nr 3. Liczba oddechów na minutę w zależności od wieku dziecka

Lp.	Rok życia	Liczba oddechów/min
1.	1	35
2.	2-5	27
3.	6-12	22
4.	>12	16

Uzasadnienie

Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 39h ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.). Przepis ten został wprowadzony ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U.).

Projektowane rozporządzenie określa szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego, minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego, kryteria kwalifikacji osoby poniżej 18 roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci oraz sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym. Treść rozporządzenia jest wzorowana na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803), określającym analogiczne wymagania w odniesieniu do centrum urazowego dla dorosłych.

W chwili obecnej funkcjonuje 14 centrów urazowych, które są dedykowane dorosłym pacjentom. Leczenie pacjentów urazowych dziecięcych w tych ośrodkach napotykało znaczne trudności, w szczególności ze względu na specyfikę leczenia dzieci. Personel medyczny w tych centrach urazowych nie jest przygotowany do udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom. W związku z tym istnieje potrzeba uruchomienia analogicznych ośrodków dla dzieci.

Najczęstszymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży (1-19 lat), stanowiącymi ponad połowę wszystkich zgonów, są urazy i zatrucia, którym częściej ulegają chłopcy – ponad 57% przyczyn zgonów dla tej grupy wieku. Około 50 % wszystkich urazów u dzieci spowodowane jest wypadkami komunikacyjnymi. W roku 2013 (rocznik statystyczny Głównego Urzędu Statystycznego) w oddziałach chirurgii dziecięcej hospitalizowanych było prawie 139 tys. pacjentów w tej grupie wiekowej.

Centra urazowe dla dzieci zabezpieczą ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wieloprofilowym szpitalu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Utworzenie

centrów urazowych dla dzieci przyczyni się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Centra urazowe dla dzieci 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 dla dzieci będą udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym szpitalu przez lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny. Dziedziny te będą dedykowane pacjentom dziecięcym. Wstępna diagnostyka pacjenta urazowego dziecięcego odbywać się będzie w szpitalnym oddziale ratunkowym i dokonywana będzie przez zespół lekarzy 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 dziecięcy, składający się z lekarzy. Kształt tego zespołu (TRAUMA TEAM) będzie odpowiadał zespołowi urazowemu funkcjonującemu w dotychczasowych centrach urazowych. W skład zespołu będą wchodził: lekarz specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej, lekarze posiadający 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, neurochirurgii oraz lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii naczyniowej, z którym centrum urazowe dla dzieci posiada umowę o współpracy. Spośród lekarzy posiadających kwalifikacje przewidziane dla TRAUMA TEAM kierownik podmiotu leczniczego ustali imienny skład zespołu urazowego dziecięcego i wyznaczy kierownika tego zespołu. Na kierowniku zespołu będzie spoczywać odpowiedzialność za ostateczne decyzje podejmowane przez zespół co do diagnostyki i leczenia pacjenta urazowego dziecięcego. Ponadto w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego dziecięcego w skład zespołu będzie wchodził lekarz lub lekarze specjaliści w innych dziedzinach medycyny niż wymienione w rozporządzeniu. Decyzja co do powołania tych lekarzy w skład zespołu urazowego dziecięcego będzie należała do kierownika zespołu urazowego dziecięcego.

Projekt zawiera kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci. Kwalifikacja pacjentów urazowych dziecięcych 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 dziecięcego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci wynikają z zaleceń współczesnej medycyny ratunkowej oraz traumatologii - przyjętych w praktyce działań pozaszpitalnych.

Ponadto centrum urazowe dla dzieci jest obowiązane spełniać określone wymagania w zakresie sprzętu medycznego, jak i łączności. Ze względu na wieloprofilowość szpitala i określony rodzaj pacjentów, centrum urazowe dla dzieci musi posiadać odpowiednią kadre medyczną oraz wysokospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny i leczniczy. Zgodnie z ustawą centrum urazowe dla dzieci 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.

Kolejnym niezbędnym elementem jest posiadanie przez centrum urazowe dla dzieci łączności z innymi podmiotami leczniczymi, zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego, regionalnym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego. Centrum urazowe dla dzieci powinno posiadać także możliwości dokonywania konsultacji telemedycznych z podmiotami leczniczymi oraz oddziałami szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe dla dzieci. Powyższe rozwiązania zapewnią możliwość szybkiej wymiany informacji.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie dnia 1 stycznia 2016 r. Centra urazowe dla dzieci, które będą spełniały wymagania wynikające z ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, a także z projektowanego rozporządzenia będą mogły być ujęte w planach działania systemu przygotowywanych przez wojewodów. Natomiast te centra urazowe dla dzieci, które zostaną wskazane przez krajowy nadzór w zakresie chirurgii dziecięcej i wojewodów jako planowane, lecz na chwilę obecną nie spełniające wymagań, zostaną wpisane do planów działania systemu jako przewidywane do utworzenia. To im pozwoli na pozyskanie środków unijnych na dostosowanie się do wymagań.

Projekt ustawy nie podlega procedurze 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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie centrum urazowego dla dzieci	Data sporządzenia 04.11.2015 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: Art. 39h ustawy z dnia 8 września 2006 r.
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.)
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Mateusz Komza - Dyrektor Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego, i Ochrony Informacji Niejawnych – tel. 22 63 49 443	Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ 290

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ostatnie lata funkcjonowania centrów urazowych dla dorosłych wskazały na potrzebę stworzenia analogicznych ośrodków dla pacjentów do ukończenia 18 r. ż. - w celu leczenia ciężkich, mnogich i wielonarządowych obrażeń w tej grupie pacjentów.

Postulat utworzenia takich centrów był zgłaszany od kilku lat przez konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz przez środowisko medyczne, w tym realizatorów zadań systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Głównym, powtarzającym się argumentem był brak w kraju wyspecjalizowanych ośrodków o najwyższym poziomie referencyjności, które kompleksowo i w jednym miejscu udzielałyby świadczeń zdrowotnych najciężej poszkodowanym dzieciom. Temu ma służyć opisanie wymagań w odniesieniu do centrów urazowych dla dzieci, w których wykonywana będzie kompleksowa diagnostyka i leczenie najcięższych obrażeń. Najczęstszymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży (1-19 lat), stanowiącymi ponad połowę wszystkich zgonów, są urazy i zatrucia. Około 50 % wszystkich urazów u dzieci spowodowane jest wypadkami komunikacyjnymi. Duża grupa dzieci ulega również wypadkom przy pracach rolniczych.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W celu zabezpieczenia możliwości leczenia pacjentów do ukończenia 18 r. ż. z obrażeniami ciężkimi, mnogimi i wielonarządowymi, do porządku prawnego implementuje się centra urazowe dla dzieci. Będą one organizowane na tej samej zasadzie, jak centra urazowe dla dorosłych, tj. jako struktura funkcjonalna, bez konieczności rejestrowania tych centrów jako jednostek organizacyjnych podmiotów leczniczych. Wymagania w stosunku do centrów urazowych dla dzieci zostały sformułowane, biorąc pod uwagę specyfikę świadczeń udzielanych w tej grupie wiekowej oraz rzeczywiste możliwości szpitali dziecięcych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W krajach UE/OECD istnieją centra urazowe dla dorosłych i/lub dzieci. Są one zróżnicowane pod względem poziomu referencyjności. Kluczowe elementy to 24-godzinny dostęp do chirurgów ogólnych i lekarzy takich specjalności jak ortopeda, neurochirurg, chirurg plastyczny (mający doświadczenie w leczeniu skutków obrażeń twarzy). W Stanach Zjednoczonych szpital może otrzymać status ośrodka urazowego poprzez spełnienie określonych kryteriów ustalonych przez American College of Surgeons (ACS). Oznaczenie szpitala jako centrum urazowego zależy od przepisów obowiązujących w poszczególnych krajach. Centra urazowe są klasyfikowane poprzez "Level - poziom", przy czym Level-1 jest najwyższym poziomem referencyjnym, zaś

Level - 3 jest najniższy (niektóre kraje mają pięć wyznaczonych poziomów, w tym przypadku poziom piąty Level-5 jest najniższy).

Główny nacisk, jaki stawia się w organizacji centrów urazowych polega na skomasowaniu wszelkich wymaganych świadczeń u ramach jednego usługodawcy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze	9	Ministerstwo Zdrowia	Zapewnienie właściwego udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom urazowym dziecięcym.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt podlegał konsultacjom wstępnym, w tym z konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii dziecięcej. Rozwiązania dotyczące centrów urazowych dla dzieci są wynikiem prac interdyscyplinarnego zespołu ekspertów.

Projekt został przesłany do konsultacji publicznych z 14-dniowym terminem zgłaszania uwag. Projekt został przekazany do zaopiniowania przez: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbę Aptekarską, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Polską Konfederację Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Związek Powiatów Polskich, Konwent Marszałków Województw, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej, Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych, Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego NZOZ, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Społeczny Komitet Ratowników Medycznych, Polską Radę Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie „Dla dobra pacjenta”, Polski Związek Niewidomych, Federację Pacjentów Polskich, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Radę Działalności Pożytku Publicznego.

Wyniki konsultacji publicznych zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

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, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Podmioty prowadzące działalność lobbingsową zgodnie z przepisami przywołanej powyżej ustawy będą mogły zgłosić

zainteresowanie pracami nad projektem ustawy. Projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2015 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]										
Dochody ogółem											
budżet państwa											
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											
Wydatki ogółem											
budżet państwa											
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											
Saldo ogółem											
budżet państwa											
JST											
pozostałe jednostki (oddzielnie)											
Źródła finansowania											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, centrum urazowe dla dzieci będzie wydzieloną funkcjonalnie częścią szpitala, nie zaś nowym podmiotem leczniczym. Proponowane rozwiązania organizacyjne centrów urazowych dla dzieci stanowią przedsięwzięcie o charakterze logistyczno-zadaniowym. Nastąpi przesunięcie do centrów urazowych dla dzieci środków finansowych za udzielanie świadczeń pacjentom urazowym dziecięcym z dotychczasowych rozproszonych miejsc (szpitali). Koszty leczenia pacjenta nie będą obciążały finansowo innych szpitali, bowiem pacjent zostanie przewieziony bezpośrednio do centrum urazowego dziecięcego.										

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	4	10	Łącznie (0-10)	
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa								

	domowe (dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
<input type="checkbox"/> nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:					<input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:			
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.					<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Komentarz:								
9. Wpływ na rynek pracy								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:			<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe			<input type="checkbox"/> - informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie		
Omówienie wpływu		Zmniejszy się liczba zgonów możliwych do uniknięcia oraz przypadków trwałego kalectwa pourazowego w grupie dzieci do ukończenia 18 r. ż. z ciężkimi, mnogimi i						

	wielonarządowymi obrażeniami ciała.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Rozporządzenie ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. wraz z wejściem w życie ustawy.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Liczba zgonów z powodu urazów w grupie osób poniżej 18 r. ż. wg danych GUS	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Nie dotyczy	