

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie centrum urazowego dla dzieci

Na podstawie art. 39h ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 oraz z 2018 r. poz. 650) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci (Dz. U. z 2018 r. poz. 558) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3:

a) w pkt 1 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego,”

b) w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego,”;

2) w § 4:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi co najmniej:

1) lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;

2) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie neurochirurgii lub 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.”

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Kierownik zespołu urazowego dziecięcego:

- 1) decyduje o udziale w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych lekarzy określonych w ust. 1;
- 2) nawiązuje kontakt z zespołami ratownictwa medycznego oraz jednostkami organizacyjnymi szpitala, w którym znajduje się centrum, w celu zapewnienia koordynacji działań na rzecz pacjenta urazowego dziecięcego.

2b. Z zespołem urazowym dziecięcym współpracują wyznaczeni: ratownik medyczny i pielęgniarka systemu.”

c) w ust. 3:

– po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) wyznacza ratownika medycznego i pielęgniarkę systemu do współpracy z zespołem urazowym;”

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) zapewnia całodobową, niezwłoczną gotowość członków zespołu urazowego dziecięcego, o których mowa w ust. 1, oraz ratownika medycznego i pielęgniarki systemu, o których mowa w ust. 2b, do udzielania świadczeń zdrowotnych.”

d) w ust. 4 skreśla się wyrazy „w innych dziedzinach medycyny niż wymienione w ust. 1 i ust. 3 pkt 3”;

3) w § 5 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) występujące u niej co najmniej jedno spośród następujących obrażeń anatomicznych:

- a) penetrująca rana głowy lub tułowia lub uraz tępy z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej lub brzucha,
- b) amputacja kończyny powyżej nadgarstka lub stawu skokowego,
- c) rozległe zmiążdżenia kończyny,
- d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
- e) niestabilna klatka piersiowa,
- f) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń lub nerwów,
- g) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn (kość ramienna, kość udowa) lub miednicy;”

4) § 6 otrzymuje brzmienie:

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

2. Dyspozytor medyczny zgłasza kierownikowi zespołu urazowego dziecięcego transport pacjenta urazowego dziecięcego do tego centrum.

3. Przepisu ust. 1 w zakresie obowiązku pozostawania w kontakcie z kierownikiem zespołu urazowego dziecięcego szpitala, w którym znajduje się centrum, nie stosuje się do lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

4. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym brak jest centrum, albo lekarz przez niego wyznaczony, w przypadku stwierdzenia wystąpienia kryteriów, o których mowa w § 5 ust. 1, pozostaje w kontakcie z kierownikiem zespołu urazowego dziecięcego szpitala, w którym znajduje się centrum, najbliższego pod względem czasu dotarcia.”;

5) w § 7 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego dziecięcego w centrum odbywa się w specjalistycznym oddziale zabiegowym lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wskazanym przez kierownika zespołu urazowego dziecięcego.”.

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

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem prawnym, legislacyjnym i redakcyjnym

Konrad Miłoszewski, Dyrektor Departamentu Prawnego MZ

UZASADNIENIE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci (Dz. U. z 2018 r. poz. 558), zwane dalej „rozporządzeniem”, stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 39h ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 oraz z 2018 r. poz. 650).

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 przewiduje się, 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.

Projekt rozporządzenia 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt pozostaje bez wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.