



MINISTER ZDROWIA

MZ-OKR-RM-450-2841-21/MS/11

Wpłynęło do Biura Prac Senackich
dnia 4.08.11
nr 3982 podpis

Warszawa, 2011-08-02

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu RP

Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 4.08.11 z nr 3982 podpis

Sejmowemu Panu Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Senatora Stanisława Bisztygi przesłane przy piśmie z dnia 13 lipca 2011 r. (znak: BPS/DSK-043-3820/11) w sprawie funkcjonowania centrów urazowych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Centra urazowe zostały zaimplementowane do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), mocą ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 122, poz. 1007). Jednocześnie na podstawie art. 39d ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803). W myśl § 5 przywołanego rozporządzenia osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum urazowym w przypadku, gdy jest pacjentem urazowym w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, spełniającym następujące kryteria:

- 1) występujące co najmniej dwa 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 kolana lub łokcia,
 - c) rozległe zmiążdżenia kończyn,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,
 - f) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;
- 2) towarzyszące co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych:
 - a) ciśnienie skurczowe krwi równe lub poniżej 80 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) równy lub poniżej 8,

e) saturacja krwi tętniczej równa lub poniżej 90 %.

W odniesieniu o możliwości leczenia pacjentów urazowych w innych ośrodkach aniżeli centra urazowe należy wskazać, iż zgodnie z art. 44 ust 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego. Jednocześnie art. 45 ust. 1 ww. ustawy mówi, iż 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 operacyjny, transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

Z powyższego wynika więc, iż ustawodawca nie nałożył na świadczeniodawców (dysponentów zespołów ratownictwa medycznego) obowiązku transportowania pacjentów urazowych jedynie do centrów urazowych. Pacjenci, których stan zdrowia nie pozwala na przetransportowanie do centrum urazowego, zgodnie z wyżej wymienionymi przepisami, kierowani są z miejsca zdarzenia (wypadku) do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego bądź do innego szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że zarządzenie nr 17/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2011 r. *zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne* przewiduje finansowanie leczenia pacjentów urazowych poza centrum urazowym, poprzez zastosowanie odpowiedniego wskaźnika przeliczeniowego lub też każdy świadczeniodawca może dokonać indywidualnego rozliczenia pacjenta z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z definicji centrum urazowego wynika, że jest ona wydzieloną funkcjonalnie częścią szpitala, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy i w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie i zadaniowo w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego. Mając na uwadze fakt, że pacjent urazowy jest

w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego czynnikiem zewnętrznym, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała, niezbędne jest podjęcie przez interdyscyplinarny zespół lekarzy szybkiej diagnostyki i leczenia. Zapisy § 4 rozporządzenia wskazują wyłącznie na minimalny skład zespołu urazowego, precyzując dodatkowo ich kwalifikacje, tj.:

- 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 leczeniu pacjenta urazowego w szczególności chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii naczyniowej;
- 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.

W razie potrzeby, w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego, w skład zespołu urazowego wchodzi również 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. Zespół urazowy organizuje i podejmuje działania wyłącznie w sytuacji pojawienia się w szpitalnym oddziale ratunkowym pacjenta urazowego. Najczęściej są to lekarze dyżurujący jednocześnie na oddziałach, bowiem pacjenci urazowi mogą pojawiać się z różną częstotliwością w centrum urazowym. Wyjątek stanowią specjaliści w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii, którzy zgodnie z art. 39b ust. 5 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym mogą być zatrudnieni bezpośrednio w zakładzie opieki zdrowotnej lub przybędą do centrum urazowego w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiochirurgii lub torakochirurgii. Wskazać również trzeba, że w szpitalnym oddziale ratunkowym zlokalizowanym w szpitalu, w którym funkcjonuje centrum urazowe, zgodnie z § 7 ust. 1. ww. rozporządzenia, przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych. W przypadku rozbieżności pomiędzy członkami zespołu urazowego, co do kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego. Wskazuje on również oddział, na którym odbędzie się dalsza diagnostyka oraz wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego.

2 powazaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSSEKRETARZ STANU

Marek Haber