



www.krasp.org.pl

Konferencja  
Rektorów  
Akademickich  
Szkół  
Polskich

Przewodniczący:

prof. zw. dr hab.  
Wiesław Banyś  
Rektor

Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach  
wieslaw.banys@krasp.org.pl

**Biuro KRASP:**

Krakowskie Przedmieście 26/28  
00-927 Warszawa  
tel.: 22 55 20 352  
fax: 22 55 21 567  
biuro@krasp.org.pl

Warszawa, 4 września 2015 r.

KRASP/333/2015

Szanowny Pan  
Adam Podgórski  
Zastępca Szefa  
Kancelarii Sejmu  
ul. Wiejska 4/6/8  
00-902 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo nr GMS-WP-173-233/15 z 14 sierpnia 2015 r. w załączeniu przesyłam uwagi Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych działającej w ramach Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich dotyczące *poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.*

Z wyrazami szacunku

prof. zw. dr hab. Wiesław Banyś  
Przewodniczący KRASP

**Uwagi**  
**Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych**  
**działającej w ramach**  
**Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich**  
**dotyczące poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym**  
**Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o**  
**zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw**  
(projekt przekazany przez Kancelarię Sejmu pismem z dn. 14 sierpnia 2015 r.)

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w pełni popiera koncepcję utworzenia centrów urazowych dla dzieci. Wprowadzenie powyższej regulacji stanowi odpowiedź na opinie i apele formułowane przez środowisko medyczne i z pewnością przyczyni się do zapewnienia kompleksowej diagnostyki i leczenia wielu obrażeń u osób poniżej 18 roku życia oraz stworzy podstawy prawne do uzyskania finansowania nakładów inwestycyjnych ze środków unijnych w perspektywie lat 2014-2020, na co wskazano w uzasadnieniu do niniejszego projektu. Obecnie funkcjonujące centra nie są przeznaczone ani dostosowane do leczenia pacjentów małoletnich, gdyż nie posiadają też odpowiedniego zaplecza.

Uwagi szczegółowe odnoszące się do projektu

Art. 1 pkt 1 lit. a

Z zapisu wynika, że warunkiem funkcjonowania centrum urazowego dla dzieci jest istnienie szpitalnego oddziału ratunkowego, do którego nie odnoszą się kryteria wiekowe. Nie jest jasne, czy w danym szpitalu mogą jednocześnie funkcjonować centra urazowe dla dzieci i dorosłych.

Art. 1 pkt 1 lit. b

Kryterium 18 roku życia nie ma znaczenia praktycznego. U osób niepełnoletnich procedury, instrumentarium i dawki dostosowane są do ich stopnia rozwoju i wagi ciała – praktycznie wszystkie osoby tuż przed 18 urodzinami wymagają procedur i technik stosowanych u dorosłych – w ich przypadku specjalne rozwiązania pediatryczne nie są potrzebne. Proponujemy zmienić kryteria kwalifikacji według kryteriów anatomiczno-czynnościowych.

Art. 1 pkt 3 (art. 39f pkt 7)

Zapis jest nie jasny. Brak kryteriów wykorzystania/rezygnacji w odniesieniu do specjalistycznego środka transportu sanitarnego. Proponujemy zapisać wymóg maksymalnego czasu transportu z wykorzystaniem odpowiednio skonfigurowanych (sprzęt leczniczo-monitorujący, uchwyty, mocowania) środków transportu w stałej dyspozycji szpitala.

Art. 1 pkt 3 (art. 39h pkt 4)

Sposób postępowania wynika z wiedzy medycznej, umiejętności, doświadczenia i wyposażenia personelu i nie jest możliwy do precyzyjnego określenia w dokumencie ministerialnym. Proponujemy zamiast „sposób” wpisać „zalecenia dotyczące”.

Art. 1 pkt 4

Jeżeli kryteria skierowania do centrum urazowego dla dzieci opracowane będą podobnie do kryteriów dotyczących centrów urazowych, to zachodzi ryzyko wystąpienia niebezpiecznych dla życia dziecka sytuacji, kiedy będące w stanie ciężkim dziecko, np. z krwotokiem wewnętrznym, będzie transportowane do szpitala odległego o 90 min. transportu, ewentualnie mijając po drodze oddział chirurgii dziecięcej. Proponujemy odpowiednio

przygotować fizjologiczne kryteria skierowania do centrum urazowego dla dzieci z wykorzystaniem zobowiązań i możliwości kontaktowych świadczeń oddziałów chirurgii dziecięcej.

### Art. 3

Uwaga do Ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, w brzmieniu proponowanym przedmiotowym projektem:

Wobec rozbieżności w zakresie wyznaczenia terminu wprowadzającego obowiązek posiadania przez podmioty lecznicze ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, wnosimy o jednoznaczne określenie, czy będzie to 1 stycznia 2017 r., jak wskazano w art. 3 projektu ustawy, czy też 1 stycznia 2018 r., jak wskazano w uzasadnieniu do projektu.

### Inne uwagi szczegółowe odnoszące się do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o których mowa w opiniowanym projekcie

Warto wprowadzić zmianę dotyczącą zasad transportu medycznego z SOR do Centrum. Art. 33 ust. 2 otrzymuje brzmienie: „w razie konieczności szpital ... itd.” Zapis ten utrwała istniejącą sytuację gdy pacjent trafiający do SOR lub izby przyjęć szpitala (bez SOR) po wstępnej diagnostyce, zaopatrzeniu powinien zostać przewieziony do centrum urazowego. Zlecenie transportu lotniczego czy też drogowego następuje zwykłym trybem (omijającym Ustawę o ratownictwie medycznym – szpital musi za to zapłacić i musi być zlecenie lekarskie itp. – LPR nie może wysłać zespołu dopóki nie ma dopełnionej formalności na piśmie, co przedłuża transport). Warto rozważyć wprowadzenie zapisu dotyczącego zlecenia transportu lotniczego z zastosowaniem przepisów ustawy, czyli na zlecenie ustne, telefoniczne lekarza SOR. Warto sprawdzić, jak przebiega ta decyzja od strony LPR.

Po wprowadzeniu przepisów tego projektu nastąpiłaby sytuacja, w której pacjent na chwilę zniknąłby z PRM. Pacjent z miejsca zdarzenia do SOR jest przewożony w ramach zespołów PRM. SOR diagnozuje lub zabezpiecza pacjenta, a następnie - gdy chce podjąć transport do Centrum Urazowego – działa jak zwykła jednostka szpitalna (zlecenie na transport, zgoda dyrektora placówki itp.). Po zamówieniu transportu lotniczego lub drogowego, poza Systemem PRM, pacjent pojawia się w Centrum Urazowym, które jest częścią PRM (pomimo że następuje ustalenie miejsca itp.) - za pacjenta nie odpowiada wówczas jednostka wchodząca w skład PRM.

Projekt nie odnosi się w ogóle do zmian w innych dziedzinach np. szkolenia ratowników i personelu medycznego działającego w PRM. Stosowane zapisy szkoleniowe oraz realizowany program szkolenia jest w swojej treści i formule przestarzały, oparty głównie na metodach wykładów i prezentacji, nie wprowadza metod Symulacji Medycznej w szkoleniu ratowników medycznych. Dodatkowo ujmowanie szkoleń w tzw. ramach punktowych 200 pkt. przez 5 lat – powoduje, że Ratownik Medyczny nie jest zobligowany do ciągłego doskonalenia.

Wnosimy o rezygnację ze wskazanego w art. 39f pkt 6 wymogu dotyczącego zapewnienia dostępności do świadczeń lekarza specjalisty chirurgii szczękowo-twarzowej, analogicznie jak w przypadku warunków obowiązujących dla funkcjonujących centrów urazowych. Zapis w proponowanym brzmieniu powoduje, iż dla centrów urazowych dla dzieci będą przewidziane wymogi wyższe niż dla obecnie działających centrów urazowych.

W celu jednoznacznego określenia zasad działania centrów urazowych dla dzieci w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, jak również w związku ze zmianą brzmienia art. 21 ust. 4 pkt 3 ustawy dotyczącego uwzględniania centrów urazowych dla dzieci w wojewódzkim planie działania systemu, proponujemy nadanie następującego nowego brzmienia art. 32 ust. 2 ustawy: „Z systemem współpracują centra urazowe, centra urazowe dla dzieci oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie”.

Proponujemy uwzględnienie centrów urazowych dla dzieci w zakresie art. 50 ust. 1 pkt 2 ustawy, dotyczącego możliwości finansowania lub dofinansowania przez ministra zdrowia, innych właściwych ministrów, podmioty tworzące podmioty lecznicze, wojewodów lub jednostki samorządu terytorialnego, nakładów na inwestycje związane z działalnością, podobnie jak zostało to określone dla szpitalnych oddziałów ratunkowych czy centrów urazowych.

W art. 39 g ust. 2 niezbędne jest wprowadzenie regulacji zobowiązującej 'inny podmiot leczniczy' do przyjęcia pacjenta skierowanego z Centrum Urazowego w celu kontynuacji leczenia lub rehabilitacji. Brak ustawowego obowiązku przyjęcia pacjenta przez inny podmiot tworzyć będzie sytuacje, w których Zespół Urazowy Dziecięcy kierujący Pacjenta do dalszego leczenia i rehabilitacji nie będzie mógł skutecznie skierować go do danej placówki z przyczyn leżących po stronie tej placówki.