

## **Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (MZ 1129)**

### **I. Opis sytuacji problemowej**

Nowelizacja rozporządzenia ma na celu umożliwienie podmiotom leczniczym dostosowanie do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, w zakresie:

- 1) organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 2) organizacji gabinetu do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru;
- 3) zapewnienia, aby ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) był lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 4) miejsca izolacji w oddziale;
- 5) pomieszczeń sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych;
- 6) posiadania lotniska bądź lądowiska.

Obecna treść rozporządzenia SOR wprowadza obowiązek spełnienia wymagań określonych w pkt 1-5 w terminie do dnia 1 lipca 2021 r., a w przypadku pkt 6 do dnia 1 stycznia 2022 r. Spełnienie tych wymagań w terminach wskazanych w rozporządzeniu SOR przez niektóre podmioty lecznicze nie jest możliwe, głównie z uwagi na konieczność realizacji innych zadań związanych z zagrożeniem epidemicznym spowodowanym wirusem SARS-CoV-2. Grozi to wyłączeniem tych oddziałów z realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w ramach umów z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia. W obliczu epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 może to z kolei zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli.

Ponadto należy podkreślić, że prowadzone przez szpitale prace dostosowawcze w obecnej sytuacji w znacznej mierze są utrudnione, czy wręcz niemożliwe ze względu na reorganizację funkcjonowania szpitali celem przyjęcia pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu do zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Ponadto wiele podmiotów leczniczych działa obecnie w warunkach podwyższonej gotowości, a lekarze medycyny ratunkowej mogą być kierowani do innych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych niż Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR), w sytuacjach tego wymagających.

W chwili obecnej są prowadzone w Ministerstwie Zdrowia działania mające na celu przedłużenie obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) do dnia 30 czerwca 2022 r. Jednocześnie są także podejmowane prace nad istotnymi zmianami koncepcji sieci szpitali, co powoduje konieczność zmian w rozporządzeniu SOR.

Za takim rozwiązaniem przemawia, zdaniem Projektodawcy, również fakt, że kolejny etap kwalifikacji szpitali do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zakończy się również do dnia 30 czerwca 2022 r. Szpitale posiadające SOR, które spełnią wymagania wynikające z rozporządzenia SOR będą mogły ubiegać się o zakwalifikowanie do tego systemu. Ponadto dostosowano termin wejścia przepisów odnoszących się do segregacji medycznej w oparciu o system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR), do terminu określonego w art. 19 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ustalonego na dzień 1 lipca 2021 r.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia ma spowodować, że podmioty lecznicze prowadzone przez mikroprzedsiębiorstwa, małe i średnie przedsiębiorstwa będą miały realną

możliwość wywiązania się z obowiązku zapewnienia właściwej organizacji SOR oraz kadry medycznej zgodnej z wymaganiami określonymi w przedmiotowym rozporządzeniu w dłuższej perspektywie czasowej.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych, w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Projekt rozporządzenia przewiduje jego termin wejścia w życie w dniu następującym po dniu ogłoszenia, co wynika z konieczności obowiązywania tych przepisów w możliwie najkrótszym terminie.

Projektodawca twierdzi, że umożliwi to podmiotom leczniczym odpowiednie rozłożenie w czasie zaplanowanych robót dostosowawczych, a także dostosuje przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego do postanowień ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, która przesunęła termin dostosowania szpitalnych oddziałów ratunkowych w zakresie wdrożenia systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR) z dnia 1 stycznia 2021 r. na dzień 1 lipca 2021 r.

## II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich.

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



1. Czy Pani/Pana zdaniem szpitalne oddziały ratunkowe powinny zorganizować w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	7
Nie	1
Nie mam zdania	2

2. Czy Pani/Pana zdaniem szpitalne oddziały ratunkowe powinny zorganizować w szpitalu gabinety do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	4
Nie	2
Nie mam zdania	4

3. Czy Pani/Pana zdaniem szpitalne oddziały ratunkowe powinny zorganizować w szpitalu pomieszczenia sanitarno-higieniczne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?

Warianty odpowiedzi	Ilość
Tak	8

Nie 0

Nie mam zdania 2

4. Czy Pani/Pana zdaniem w sytuacji pandemii lekarze medycyny ratunkowej mogą być kierowani do innych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych niż Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR), w sytuacjach tego wymagających?

Warianty odpowiedzi Ilość

Tak 3

Nie 4

Nie mam zdania 3

5. Czy Pani/Pana zdaniem podmioty lecznicze powinny mieć możliwość wywiązania się z obowiązku zapewnienia właściwej organizacji SOR oraz kadry medycznej zgodnej z wymaganiami określonymi w przedmiotowym rozporządzeniu w dłuższej perspektywie czasowej niż 2-3 miesiące?

Warianty odpowiedzi Ilość

Tak 7

Nie 1

Nie mam zdania 2

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

### III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Zapisy zawarte w przedmiotowym projekcie rozporządzenia staraj się rozwiązać ważny dylemat – czy placówki medyczne powinny dostosować się do nowych wymagań dotyczących szpitalnych oddziałów ratunkowych niezależnie od chaosu organizacyjnego, jaki powstał w tych placówkach w wyniku pandemii i konieczności dostosowania sposobu pracy do wymogów związanych z nadzwyczajnym zagrożeniem życia pacjentów chorych na Covid-19.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2019 roku, szpitalne oddziały ratunkowe mogą powstać w placówkach, w których znajduje się co najmniej:

- oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową,
- oddział chirurgii dziecięcej – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci;
- oddział chorób wewnętrznych,
- oddział pediatrii – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci;
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- pracownia diagnostyki obrazowej.

SOR musi mieć zapewniony całodobowy dostęp do:

- badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- komputerowego badania tomograficznego oraz do badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii;
- sprzętu do badań przy łóżku pacjenta (analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG oraz przewoźny ultrasonograf).

- Ponadto oddział powinien mieć całodobowe lotnisko lub lądowisko. Powinno ono być na tyle blisko, aby SOR mógł przyjąć pacjentów bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.
- Dopuszcza się położenie lądowiska w pewnej odległości od SOR. Czas transportu pacjenta z lądowiska nie może jednak przekraczać 5 minut.

Powyższe wymogi dotyczące lądowisk miały obowiązywać bezwarunkowo od 1 lipca 2021r.

Jak wskazują eksperci medyczni, uzasadnieniem wprowadzenia zmian systemowych było dążenie do prowadzenia centralnej polityki w zakresie organizacji pracy w SOR. Ujednolicenie zasad prowadzenia segregacji medycznej ma zwiększać bezpieczeństwo pacjentów i poprawiać komfort pracy personelu odpowiedzialnego za prawidłową ocenę stanu oraz zaopatrzenie chorych.

W wyniku wprowadzonych zmian w przepisach pojawił się nowy termin „segregacja medyczna”. Zgodnie z treścią przepisów, segregacja medyczna to proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób. Zgodnie z nowymi przepisami segregacja medyczna ma być prowadzona na wszystkich SOR-ach.

Osobami upoważnionymi do prowadzenia segregacji medycznej są pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu. Pacjenci po przybyciu na SOR są niezwłocznie poddawani segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali, gdzie:

kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;  
kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;  
kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;  
kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;  
kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu informują pacjenta lub osobę mu towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem.

Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z SOR do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z treścią rozporządzenia, „Szpital, w którym funkcjonuje oddział, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do: badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.”

We wcześniej obowiązującym rozporządzeniu też była mowa o konieczności zapewnienia całodobowego dostępu do niektórych badań, ale najważniejszą „nowością”, która pojawiła się teraz w przepisach jest termin „niezwłoczny dostęp”. Termin „niezwłoczny” oznacza, że dostęp do tych badań ma być zapewniony bez zbędnej zwłoki. Właśnie ta przesłanka powinna przesądzić o zlokalizowaniu m. in. aparatu do tomografii komputerowej na terenie SOR.

Niestety nie wszystkie szpitale mogą mieć taką możliwość – z uwagi na warunki lokalowe czy też ze względów finansowych. Z kolei niezapewnienie takiego aparatu na terenie SOR-u może skutkować zarzutami dotyczącymi niezapewnienia „niezwłocznego” dostępu do badań, a to z



kolei może się przekładać na późniejszą odpowiedzialność szpitala. Szpital może być w takim przypadku pociągnięty do odpowiedzialności za naruszenie praw pacjentów do świadczeń zdrowotnych. W sytuacjach skrajnych można sobie wyobrazić, że kierownicy jednostek będą pociągnięci do odpowiedzialności karnej za narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku za zdrowiu.

Rozporządzenie rozszerza uprawnienia lekarzy SOR oraz zwiększa ich decyzyjność. Lekarz dyżurny oddziału, poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych w oddziale, ma także m.in. podejmować decyzję o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR. Wcześniej zdarzały się sytuacje, które były oczywiście negatywnie oceniane, w których pacjent kierowany z SOR do oddziału był z tego oddziału odsyłany z powrotem do SOR. Po zmianach, decyzję w tym zakresie ma podejmować lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Założeniem nowych przepisów było także wyeliminowanie z SOR-ów osób, które nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Dlatego też, po wejściu w życie zmian, lekarz dyżurny SOR może podjąć decyzję o odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Odmowa przyjęcia może nastąpić oczywiście dopiero po przeprowadzeniu etapu segregacji medycznej.

Jeśli na SOR pojawi się pacjent, u którego podejrzewa się lub stwierdzi chorobę zakaźną, personel zobowiązany jest umieścić go w odizolowanym pomieszczeniu. W lokalizacji oddziału trzeba więc zapewnić dodatkowe pomieszczenie, na wypadek takiej sytuacji. Założeniem wprowadzonej zmiany było zminimalizowanie ryzyka rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, w tym w szczególności poprzez zminimalizowanie ryzyka zakażenia innych pacjentów, przebywających w tym czasie na SOR.

Jednak już od początku obowiązywania ww. zapisów eksperci wskazywali, że dostosowanie SOR-ów do wyższych standardów udzielanych świadczeń w niektórych szpitalach może dla

mniejszych jednostek oznaczać konieczność zlikwidowania SOR-u, bo nie będą w stanie spełnić wyższych wymagań. Zmiana organizacji pracy na SOR w niektórych szpitalach oznacza konieczność przebudowy infrastruktury, dokupienia dodatkowego sprzętu i zwiększenia zatrudnienia.

Jednak w obecnej sytuacji, kiedy szpitale zostały niezwykle obciążone zadaniami walki z pandemią Covid-19, wydaje się, że powinny przeważać argumenty za przesunięciem w czasie wcześniej założonych przez ministerstwo terminów dostosowania SOR-ów do nowych, wyższych standardów. I to pomimo tego, że w niektórych wypadkach może to oznaczać zmniejszenie dostępności pacjentów do określonych świadczeń medycznych, lub obniżenie ich jakości.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu