

**Ustawa**  
**z dnia ..... 2009 r.**  
**o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym**

Art. 1. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.<sup>1)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

„11) centrum urazowe - wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy, w której specjalistyczne oddziały szpitala powiązane są ze sobą organizacyjnie i zadaniowo w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie ciężkich lub wielonarządowych obrażeń ciała u osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, spełniającą kryteria określone w art. 39b.”;

2) w art. 21:

a) w ust. 2 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, z późn. zm.<sup>2)</sup>) i terenów przez nie obsługiwanych,”

b) w ust. 3 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) informacje o lokalizacji centrum urazowego, jeżeli takie znajduje się na obszarze danego województwa.”;

3) w art. 26:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

---

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 52, poz. 452, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 100, poz. 835 i 836, z 2006 r. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590, z 2008 r. Nr 163, poz. 1015 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

„1. Dysponent jednostki właściwy dla miejsca lokalizacji centrum powiadamiania ratunkowego zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.”,

b) uchyla się ust. 1a;

4) w art. 27 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”;

5) w art. 32 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Z systemem współpracują centra urazowe, oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.”;

6) w art. 33 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. W razie konieczności zakład opieki zdrowotnej, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny osoby z ciężkimi lub wielonarządowymi obrażeniami ciała w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, zwanej dalej „pacjentem urazowym” lub osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.”;

7) po rozdziale 4 dodaje się rozdział 4a w brzmieniu:

„Rozdział 4a.

Centra urazowe

Art. 39a. W centrum urazowym świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 39c ust. 1, są udzielane pacjentom urazowym przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny, zwany dalej „zespołem urazowym”.

Art. 39b. Centrum urazowe:

- 1) zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. art. 39c ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny;
- 2) współpracuje z publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w zakresie kształcenia przed i podyplomowego kadr medycznych;
- 3) zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:
  - a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii zapewniającego gotowość co najmniej 2 stanowisk intensywnej terapii spełniających wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn.zm<sup>3)</sup>),
  - b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom urazowym,
  - c) całodobowej pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, a także pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej,
  - d) oddziałów, w szczególności:
    - chirurgii ogólnej lub oddziału obrażeń wielonarządowych,
    - ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
    - neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii,
    - chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń;
- 4) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub

---

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. Nr 123, poz. 849, 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1056, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 15760 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100.

torakochirurgii w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;

5) dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Art. 39c. 1. Centrum urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjentów urazowych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich lub wielonarządowych obrażeń ciała.

2. Centrum urazowe, po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, kieruje pacjentów urazowych do innego oddziału zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się centrum urazowe lub innego zakładu opieki zdrowotnej celem kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

3. Wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjentów urazowych zespół urazowy uzgadnia z oddziałem zakładu opieki zdrowotnej lub z zakładem opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, właściwymi ze względu na stan zdrowia pacjenta urazowego.

Art. 39d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,

2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego,

3) kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego do leczenia w centrum urazowym,

4) sposób postępowania z pacjentem urazowym

- uwzględniając konieczność zapewnienia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.”;

8) art. 45 otrzymuje brzmienie:

„Art. 45. 1. 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 centrum urazowego lub 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 centrum urazowego lub wskazanej jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza rejon działania dysponenta jednostki transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

2. W przypadku odmowy przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez centrum urazowe lub jednostkę, o której mowa w ust. 1, przepis art. 44 ust. 2 stosuje się odpowiednio.”;

9) w art. 46:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku gdy dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną, koszt medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego uwzględnia koszty związane z funkcjonowaniem tego dyspozytora medycznego.”,

b) ust. 4-6 otrzymują brzmienie:

„4. Na podstawie założeń, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, wraz z podziałem tych środków pomiędzy poszczególne województwa.

5. W celu ustalenia wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy poszczególne województwa należy kolejno obliczyć:

1) dla każdego województwa - sumę:

a) iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz

b) liczby zespołów specjalistycznych

- zwaną dalej "unormowaną liczbą zespołów”;

2) sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw;

3) dla każdego województwa - udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, o której mowa w pkt 2.

6. Wysokość środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego dla danego województwa stanowi iloczyn środków ustalonych w projekcie ustawie budżetowej z przeznaczeniem na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego i udziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 3.”,

c) dodaje się ust. 7 i 8 w brzmieniu:

”7. Liczby zespołów, o których mowa w ust. 5 pkt 1, ustala się na podstawie planów, uwzględniając współczynniki stanowiące stosunek okresu funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego w danym roku do całego roku.

8. W terminie określonym w art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informację o wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, które będą ujęte w projekcie ustawy budżetowej.”;

10) art. 47 otrzymuje brzmienie:

„Art. 47. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych dla ratownictwa medycznego są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom urazowym odbywa się oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. ”;

11) w art. 50 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, wojewodowie, oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego - w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24;
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych;
- 3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.”;

12) po art. 63 dodaje się art. 63a w brzmieniu:

„Art. 63a. Do czasu zorganizowania centrum powiadamiania ratunkowego, dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.”.

Art. 2. Do dnia 31 grudnia 2013 r. za centrum urazowe uważa się również wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy, w której specjalistyczne oddziały szpitala powiązane są ze sobą organizacyjnie i zadaniowo w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie ciężkich lub wielonarządowych obrażeń ciała u osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, spełniająca wymagania określone w art. 39b pkt 1, 2, 3 lit. a - c, oraz co najmniej trzy z wymagań określonych w art. 39b pkt 3 lit. d.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

## Uzasadnienie

Celem zmian w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest utworzenie w Polsce centrów urazowych współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, które zabezpieczą ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu zaopatrującym ciężkie lub wielonarządowe obrażenia ciała u osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, przyczyniając się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Centra urazowe stanowią również bazę dydaktyczną i szkoleniową dla kadry medycznej zapewniającą szkolenie w zakresie aktualnych światowych standardów diagnostycznych i leczniczych. Powyższa organizacja świadczeń zdrowotnych zmniejszy koszty leczenia i rehabilitacji pacjenta, bowiem świadczenia zdrowotne będą udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym zakładzie opieki zdrowotnej przez zespół lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, zwany „zespołem urazowym”. Podobnie, koszty wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, a także utrzymywania w stałej gotowości pełnej diagnostyki i zespołu specjalistów w kilkunastu szpitalach, a nie w kilkuset w Polsce będą stosunkowo niższe, zapewniając jednocześnie optymalną i jakościową organizację świadczeń związanych z leczeniem mnogich obrażeń ciała, przy minimalnym w skali kraju obciążeniu finansowym. Proponowane rozwiązania organizacyjne centrów urazowych stanowią przedsięwzięcie logistyczno-zadaniowe, a nie propozycję tworzenia nowych zakładów opieki zdrowotnej. Powyższe założenia odzwierciedla definicja zawarta w dodanym do nowelizowanej ustawy art. 3 pkt 11 mówiąca o „wydzielonej funkcjonalnie części zakładu opieki zdrowotnej”. Jednocześnie centra urazowe nie będą przejmowały bieżących zadań realizowanych przez poszczególne oddziały szpitala. Podstawą działania będzie gotowość do udzielania pacjentom urazowym świadczeń, o których mowa w dodawanym art. 39 c ust. 1 projektu ustawy, przez zespół lekarzy specjalistów („zespół urazowy”) rozpoczynających się już na poziomie szpitalnego oddziału ratunkowego. Projekt ustawy przyjmuje jednolite założenia dotyczące wymagań organizacyjnych, jakie powinny spełniać centra urazowe.



Organizacja i proces udzielania świadczeń zdrowotnych w centrum urazowym będą określone w regulaminie porządkowym zakładu opieki zdrowotnej, w myśl art. 18a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

Procedurą wyłaniania zakładów opieki zdrowotnej, które będą bazą dla funkcjonowania centrów urazowych w Polsce, będzie procedura wpisania przez wojewodę do Planu Działania Systemu lokalizacji centrum urazowego spełniającego wymogi ustawy, jeżeli takie znajduje się na obszarze danego województwa, a następnie zatwierdzenie ww. Planu przez Ministra Zdrowia. Wskazane do Planu zakłady opieki zdrowotnej, w których będą funkcjonowały centra urazowe, będą musiały spełnić wymagania, określone w art. 39b pkt 1, 2, 3 lit. a, b, c, oraz co najmniej trzy z wymagań określonych w art. 39b pkt 3 lit. d. Konieczność wypełnienia ich jednocześnie zapewni wielospecjalistyczną, wysoką jakość udzielanych przez centra urazowe świadczeń zdrowotnych oraz ograniczy możliwość tworzenia obok siebie podobnych centrów. Przewiduje się w chwili obecnej utworzenie w Polsce równomiernie rozmieszczonych ok. 10 – 12 centrów urazowych, zapewniających właściwy dostęp do świadczeń.

Do 31 grudnia 2013 r. ustawa przewiduje okres przejściowy, umożliwiający dostosowanie niektórych tylko wymogów organizacyjnych centrów urazowych do założeń zawartych w projekcie ustawy. Wejście w życie ustawy bez tego przepisu może spowodować brak możliwości wskazania lokalizacji centrów urazowych w Polsce, z uwagi na to, że obecne zakłady opieki zdrowotnej w różnym stopniu je wypełniają.

Dodany art. 39d nowelizowanej ustawy przewiduje również delegację do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego :

- 5) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,
- 6) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego,
- 7) kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego do leczenia w centrum urazowym,
- 8) sposób postępowania z pacjentem urazowym.

Urazy są jedną z trzech najczęstszych przyczyny nagłych zgonów w Polsce. Organizacja sieci ośrodków wysokospecjalistycznych, jakimi są centra urazowe (TRAUMA CENTER) stworzyłaby lepsze warunki do leczenia osób po urazach oraz pozwoliłaby zbliżyć wyniki leczenia pacjentów urazowych do standardów europejskich i światowych. Centra takie, współpracujące z systemem rozwijającej się medycyny ratunkowej powstały i funkcjonują już m.in. w: USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Danii, Szwecji, Holandii, Francji, Włoszech, Czechach, Szwajcarii, Rosji, Słowacji, Chorwacji, Słowenii. Od dłuższego czasu specjaliści chirurgii skupieni w Sekcji Chirurgii Urazowej Towarzystwa Chirurgów Polskich zgłaszali konieczność utworzenia podobnych centrów w Polsce.

W Polsce rocznie obrażeniom ciała ulega około 3 milionów osób. Spośród nich 300 tysięcy wymaga hospitalizacji, a 30 000 umiera. Śmiertelność po urazach wynosi w naszym kraju 75/100 000 rocznie. To o połowę więcej niż w USA i w Europie Zachodniej, gdzie śmiertelność szpitalną po urazach ocenia się na 1,5%, w Polsce natomiast na 4%. Kalectwo pourazowe w Polsce szacuje się na 25% hospitalizowanych z powodu urazów. To o 100% więcej niż w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej.

Doświadczenia krajów zachodnich mówią o tworzeniu centrów urazowych dla populacji minimum 1 miliona ludzi, a optymalnie dla 2 milionów i więcej. Wynika to nie tylko z wysokich kosztów, ale też z konieczności odpowiednio dużego napływu pacjentów, celem zapewnienia wykorzystania posiadanych środków dla jak największej liczby poszkodowanych oraz nabywania i zachowania niezbędnego doświadczenia i sprawności zawodowej zatrudnionej tam kadry medycznej.

Ponadto projektowana ustawa przedłuża obowiązywanie aktualnego mechanizmu podziału środków na zadania ratownictwa medycznego na kolejne lata, zawieszając tym samym stosowanie powszechnie krytykowanego „algorytmu podziału środków”. W związku z tym zmieniony art. 46 nowelizowanej ustawy utrzymuje mechanizm finansowania zespołów ratownictwa medycznego określony w brzmieniu art. 56 a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 237, poz. 1653) obowiązujący tylko w 2009 r.

W projekcie, na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, wprowadzono zmiany w art. 21 ust. 2 pkt 7, art. 26 oraz dodano art. 63a, które mają charakter wyłącznie redakcyjny.

Zmiana w art. 50 likwiduje ograniczenia nakładów inwestycyjnych związanych z działalnością jednostek systemu, centrum urazowym oraz stanowiskiem dyspozytorów medycznych, które mogą być finansowane lub dofinansowywane przez podmioty w nim wymienione, dodając do nich również organy, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej. Obowiązujące brzmienie art. 50 nie uwzględnia możliwości finansowania lub dofinansowania nakładów przez np. Uniwersytety /Akademie Medyczne będące organami założycielskimi dla szpitali klinicznych.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r., o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 169, poz. 1414) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. W tym trybie podmioty nie zgłosiły uwag.

## Ocena Skutków Regulacji

### **1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny.**

Projekt ustawy dotyczy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, szpitali, w tym szpitali klinicznych oraz podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej może organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej.

### **2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych**

Wejście w życie projektowanej ustawy nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Projekt nie zakłada budowy centrów urazowych, lecz wyłonienie 10-12 lokalizacji centrów urazowych w już działających zakładach opieki zdrowotnej, w których nastąpi reorganizacja funkcjonalna udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych skierowanych do „pacjentów urazowych”. Obecnie świadczenia udzielane „pacjentom urazowym” są realizowane w sposób rozproszony, co wymusza konieczność wielokrotnej hospitalizacji w różnych zakładach opieki zdrowotnej. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych „pacjentom urazowym” odbywać się będzie oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, na zasadach i w trybie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwzględnieniem funkcjonowania w szpitalu centrum urazowego. Oznacza to, że oddziały szpitalne wchodzące w obszar funkcjonowania centrum urazowego będą finansowane za bieżące udzielanie świadczeń, uzupełnione dodatkowo (w momencie pojawienia się „pacjenta urazowego” spełniającego kryteria kwalifikacji do centrum urazowego) o finansowanie procedur określonych przez NFZ skierowanych do pacjenta urazowego. Nastąpi przesunięcie do centrów urazowych środków finansowych za udzielanie świadczeń pacjentom urazowym z dotychczasowych rozproszonych miejsc (zoz-ów), gdzie były udzielane, z uwagi na to, że pacjent ten nie będzie obciążał finansowo innych szpitali, bowiem przewieziony zostanie bezpośrednio do centrum urazowego.

W Priorytecie XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko przewidziane są środki finansowe w wysokości 34,8 mln euro ( w tym 29,6 mln euro z EFRR) na dofinansowanie rozbudowy, remonty i wyposażenie centrów urazowych, a także środki finansowe w wysokości 104,1 mln euro (w tym alokacja 101 mln zł z EFRR na

2012 r.) przeznaczone na przebudowę, rozbudowę i remont szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz budowę i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do nich. Ponadto w Priorytecie XII w ramach Działania 12.2 występuje alokacja środków w wysokości 176, 5 mln euro (w tym 235 mln zł ze środków EFRR na 2010 r.) na inwestycje związane z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

### **3. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Wejście w życie przedmiotowego projektu nie ma wpływu na rynek pracy.

### **4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój.

### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość**

Wejście w życie projektowanej regulacji nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

### **6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności.**

Wejście w życie ustawy poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Zabezpieczy ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu zaopatrującym ciężkie lub wielonarządowe obrażenia ciała, przyczyniając się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Współpraca z publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w zakresie kształcenia przed i podyplomowego kadr medycznych zapewni rozwój wiedzy medycznej i szkolenie kadr medycznych zbliżając działania medyczne do leczenia w standardach światowych.

### **7. Konsultacje społeczne.**

W toku uzgodnień projekt ustawy został przedłożony celem zaopiniowania przez: organizacje reprezentujące jednostki samorządu terytorialnego, Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Instytut Ratownictwa

Medycznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof oraz uczelnie medyczne.

W toku konsultacji społecznych zostały zgłoszone uwagi przez Naczelną Radę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Służb Ratowniczych, Konsultanta Krajowego ds. chirurgii dziecięcej, Uniwersytety Medyczne: Śląski i Warszawski, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Uwagi dotyczyły:

1) wprowadzenia definicji centrum urazowego do słowniczka zawartego w art. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jak również zawarcia precyzyjnej definicji. Uwaga została uwzględniona poprzez wprowadzenie art. 3 pkt 11 i zmianę definicji (centrum urazowe jako wydzielona funkcjonalnie część zakładu opieki zdrowotnej...);

2) finansowania świadczeń udzielanych przez centra urazowe poprzez dookreślenie, że są one finansowane na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwzględnieniem funkcjonowania w szpitalu centrum urazowego;

3) funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego w centrum urazowym poprzez wprowadzenie zasady funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego kategorii III w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym funkcjonuje centrum urazowe;

Uwaga nie może być uwzględniona, ponieważ założenia projektu ustawy nie dotyczą odmiennego regulowania organizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych.

4) rozszerzenia katalogu zadań dyspozytora medycznego o powiadamianie centrów urazowych o zdarzeniu w przypadku takiej konieczności;

5) funkcjonowania centrum urazowego, jako oddzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Uwaga nie może być uwzględniona, gdyż założenia projektu ustawy dotyczą centrów urazowych jako wydzielonej funkcjonalnie części zakładu opieki zdrowotnej;

6) wprowadzenia szczegółowych przepisów dla określenia dziecięcych centrów urazowych. Przedmiotowy wniosek nie został uwzględniony z uwagi na fakt, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie odnosi się w sposób szczególny do ratownictwa medycznego dotyczącego dzieci. Wszystkie wymagania w niej określone nie wykluczają świadczeń dla dzieci;

- 7) uszczegółowienia funkcjonowania specjalistycznych oddziałów zabiegowych poprzez zapewnienie gotowości co najmniej 2 stanowisk intensywnej terapii, dodania do zapisów projektu ustawy oddziału obrażeń wielonarządowych, neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii, chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń;
- 8) zapewnienia dostępności w czasie nie dłuższym niż 30 minut lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii;
- 9) dookreślenia wymagań dotyczących okresu przejściowego w zakresie centrów urazowych.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r., o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 169, poz. 1414) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. W trybie tym nie było zainteresowania pracami.

#### **8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności.**

Wejście w życie projektu rozporządzenia nie ma wpływu na warunki życia ludności.

#### **9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej.**

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.