

Stanowisko Nr 8
Zespołu Konsultacyjnego
dotyczącego pakietu rekomendacji
w zakresie zmian w prawie
ze stosowaniem zasad dostępności.

Tytuł projektu: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”.

Działanie 2.16. Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Data spotkania: 06.08.2022

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: Stanisław Maćkowiak

Miejsce spotkania: Hotel Czarna Perła, Przejazdowo, ul. Główna 18A.

W spotkaniu uczestniczyło 10 osób

- 10 przedstawicieli Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



SPIS TREŚCI

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (MZ 1316)

- | | | |
|-----|---|--------|
| I. | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 3 |
| II. | Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego | Str. 5 |



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (MZ 1316)

I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048), zwanego dalej „rozporządzeniem SOR”, ma na celu umożliwienie podmiotom leczniczym dostosowanie się do wymagań określonych w tym rozporządzeniu w zakresie:

- 1) organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanych dalej „NIŚOZ”;
- 2) zapewnienia specjalisty medycyny ratunkowej na stanowisku ordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego bądź jego kierownika;
- 3) posiadania lotniska bądź lądowiska.

Zgodnie z § 15 pkt 4 i 5 rozporządzenia SOR istnieje obowiązek spełnienia ww. wymagań w terminie do dnia 1 lipca 2022 r. Obecnie 44 podmioty lecznicze w kraju nie spełniają co najmniej jednego z ww. warunków. Oddziały te są zagrożone utratą możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłym w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia po 30 czerwca 2022 r., co mogłoby się wiązać z brakiem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i pogorszeniem sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, w strukturach których te oddziały pozostają.

Spełnienie ww. wymagań przez te podmioty lecznicze nie jest możliwe, gdyż obecnie są one w trakcie realizacji inwestycji związanych z budową lądowisk przy szpitalnym oddziale ratunkowym, zwanym dalej „SOR”, oraz organizacji miejsc udzielania świadczeń NIŚOZ. Planuje się ich finansowanie m.in. z Funduszu Medycznego. Czynniki opóźniające inwestycje w ww. zakresie to: stan epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 oraz wzrost cen materiałów budowlanych i usług. Podmioty lecznicze powinny mieć zagwarantowany dodatkowy czas na dokończenie inwestycji, bez sankcji w postaci



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



rozwiązania umów z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia na funkcjonowanie SOR.

Ponadto szpitale sygnalizują problemy z zapewnieniem specjalistów medycyny ratunkowej w SOR, nie tylko na stanowisku kierownika tego oddziału, ale również jako bieżącej obsady. Stąd konieczność przedłużenia dotychczas obowiązujących regulacji, aby SOR-em mógł kierować lekarz systemu, co pozwoli na kontynuowanie realizacji umowy z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proponuje się, aby SOR-y spełniły wymaganie określone w wyżej wskazanych pkt 1 i 2 do dnia 30 czerwca 2023 r., zaś w pkt 3 – do dnia 31 grudnia 2024 r.

Zmiana w § 3 ust. 11 rozporządzenia SOR wynika stąd, że uzyskanie pozytywnej opinii występuje obligatoryjnie w dokumentach żądanych przez Urząd Lotnictwa Cywilnego podczas procesu wpisywania lądowiska do ewidencji lądowisk. Taką pozytywną opinię wystawia (lub nie) Polska Agencja Żeglugi Powietrznej po sprawdzeniu Instrukcji Operacyjnej lądowiska. Opinia wystawiana jest po zakończeniu uzgadniania postanowień w niej zawartych i wprowadzeniu poprawek. Dlatego w procesie uzgadniania projektu lądowiska przy SOR powinna być zastosowana podobna konstrukcja. Zmiana parametru maksymalnej masy startowej (MTOM) w zakresie nośności lądowiska z 6000 kg na 5700 kg wynika ze stosowanej powszechnie klasyfikacji lądowisk i statków powietrznych.

Projekt zakłada też, że lądowiska powstałe przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, które ze względów konstrukcyjnych nie mogą uzyskać wymaganej minimalnej nośności 5700 kg MTOM lub nie mogą przyjąć śmigłowców o maksymalnym wymiarze $D=15m$, lub nie posiadają wymaganej przestrzeni airgap lub przestrzeń ta nie spełnia swojej roli w wyniku posiadania parametrów niezgodnych z wymaganiami wynikającymi z załącznika do rozporządzenia SOR, będą mogły być użytkowane w dalszym ciągu. Warunkiem koniecznym będzie jednak uzyskanie wpisu o ograniczeniach użytkowych w instrukcji operacyjnej podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa

medycznego, zatwierdzonej przez Urząd Lotnictwa Cywilnego. Lądowiska takie będą mogły być dalej użytkowane, z uwzględnieniem ograniczeń, o których mowa powyżej.

Wejście w życie projektu rozporządzenia spowoduje, że podmioty lecznicze będą miały realną możliwość wywiązania się z obowiązku zapewnienia właściwej organizacji SOR, zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu SOR w dłuższej perspektywie czasowej.

W projekcie rozporządzenia zawarto także zmianę dotyczącą § 6 ust. 6 rozporządzenia SOR. Zmiana ma na celu zmianę kolejności czynności w zakresie segregacji medycznej (bez zmiany zakresu tych czynności).

Projekt rozporządzenia może oddziaływać na rodzinę, obywateli oraz gospodarstwa domowe, jak również na osoby starsze i niepełnosprawne, przez umożliwienie funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, które obecnie nie spełniają wszystkich wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Ze względu na obecny termin dostosowania się do ww. wymagań - dzień 1 lipca 2022 r., planuje się wejście w życie przedmiotowej regulacji z dniem 30 czerwca 2022 r.

II. Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego

Dla środowisk pacjenckich reprezentowanych przez członków Zespołu Konsultacyjnego, szpitalne oddziały ratunkowe, z oczywistych względów, stanowią bardzo ważny element systemu opieki zdrowotnej. Pomoc w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) obejmuje świadczenia, które wymagają szybkiej diagnostyki i leczenia. Ale lekarz SOR kieruje wyłącznie na badania i konsultacje niezbędne ze względu na stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W razie potrzeby SOR kieruje pacjenta na leczenie szpitalne lub zapewnia transport do innej specjalistycznej placówki.



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zespół Konsultacyjny ma pełną świadomość, że SOR nie zastępuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ani lekarza poradni specjalistycznej. Na SOR nie powinno się iść w razie przeziębienia czy niestrawności. Nie jest to też miejsce, do którego przychodzi się po receptę na leki lub skierowanie na badania.

W szpitalnym oddziale ratunkowym nie obowiązuje kolejność zgłoszeń według czasu przybycia. To profesjonalista medyczny (nie pracownik rejestracji) decyduje na podstawie stanu zdrowia pacjentów kogo ratować w pierwszej kolejności.

Coraz więcej szpitali prowadzi wśród pacjentów SOR tzw. triaż. To metoda segregacji pacjentów na tych, którzy potrzebują pomocy natychmiast bądź pilnie, i tych, którzy mogą z medycznego punktu widzenia na pomoc poczekać.

Należy przypomnieć, że podstawowe kody triażu wyglądają następująco:

- czerwony – bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia – pomoc musi być udzielona natychmiast;
- żółty – przypadek pilny – pacjent powinien być przyjęty jak najszybciej;
- zielony – przypadek stabilny – nie ma zagrożenia życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu – pacjent zostanie przyjęty po pacjentach z kodem czerwonym i żółtym.

W niektórych szpitalach są dodatkowe kody: pomarańczowy i niebieski (im bardziej gorący odcień koloru, tym pilniejszy przypadek).

Podczas pobytu na SOR można być po diagnostyce skierowanym na odpowiedni oddział szpitala, na obserwację lub wypisany do domu.

SOR to miejsce, w którym ratuje się życie osób potrzebujących pilnej opieki medycznej. SOR funkcjonuje 24 godziny na dobę. Na SOR trafiają osoby, które uległy wypadkowi lub których stan zdrowia nagle się pogorszył. SOR jest wyposażony w sprzęt, którego

zadaniem jest ratowanie życia. Pracownicy SOR to wykwalifikowana kadra, która potrafi poradzić sobie w najróżniejszych przypadkach medycznych.

Członkowie Zespołu Konsultacyjnego obserwują, że na SOR trafiają także pacjenci, którzy powinni w pierwszej kolejności zgłosić się do lekarza rodzinnego lub specjalisty, a nie korzystać z opieki na SOR. Jest to niezwykle istotne, ponieważ w ten sposób osoby zabierają cenne miejsce tym, którzy naprawdę potrzebują pilnej opieki lekarskiej. Na SOR powinny zgłaszać się tylko osoby, które wymagają udzielenia pomocy medycznej w sytuacji, gdy nastąpiło nagłe zagrożenie zdrowia i życia. Nagły stan polega na pojawieniu się w tym momencie lub za chwilę objawów pogorszenia zdrowia, których bezpośrednią konsekwencją może być upośledzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia. Do oceny, czy w danej sytuacji u pacjenta wystąpił stan nagły uprawniony jest wyłącznie lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego.

Oczywisty wydaje się postulat, iż jeśli zachorujemy nagle lub nasz stan zdrowia się pogorszy, ale nie zagraża on bezpośrednio naszemu życiu, zamiast na SOR należy udać się do placówki świadczącej usługi w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. NiŚOZ czynne są od 18:00 do 8:00 od poniedziałku do piątku oraz całą dobę w soboty, niedziele i dni świąteczne.

Należy jednak zauważyć, że każdy pacjent, który zgłosi się na SOR ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego w momencie, jeśli jego zdrowie lub życie jest zagrożone. Nie ma przy tym znaczenia, czy ta osoba zgłosiła się do SORu sama, czy została przywieziona przez karetkę pogotowia.

Na SOR można się zgłosić w dowolnym miejscu, niezależnie od miejsca zamieszkania. Nie ma w tym momencie mowy o rejonizacji.

SOR można podzielić na obszary. Pierwszy z nich to obszar segregacji medycznej i przyjęć pacjentów. To tutaj dokonuje się rejestracji i przyjęć chorych do szpitala. Podejmuje



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



się także decyzje o tym w jaki sposób pacjent będzie leczony. Na tym etapie udziela się także informacji o stanie zdrowia pacjenta upoważnionym osobom.

Kolejny obszar SOR to sala obserwacji. Tutaj obserwuje się pacjentów, którzy nie należą do ciężkich przypadków lub są po zabiegach nieskomplikowanych w znieczuleniu miejscowym.

SOR to także sala resuscytacyjno-zabiegowa. Jest ona wyposażona w specjalistyczny sprzęt, który pozwala na przywracanie funkcji życiowych pacjenta. SOR to także gabinety konsultacyjne, w których udziela się porad specjalistycznych.

Jednak członkowie Zespołu Konsultacyjnego zauważają, że w wielu oddziałach SOR rzeczywista sytuacja daleko odbiega od modelu organizacyjnego, głównie z powodu braków kadrowych i finansowania. Najczęstsze zastrzeżenia zgłaszane przez pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta to brak zainteresowania personelu problemami oczekujących – 62 proc., długi okres oczekiwania na pomoc – 60 proc., błędy diagnostyczne i w udzieleniu świadczenia – 19 proc., etyka pracowników medycznych – aż 31 proc.

Jak ustaliła Najwyższa Izba Kontroli, wielodobowe - bez minimalnego odpoczynku - dyżury lekarzy, nieodpowiednie warunki realizacji świadczeń, nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej i niedostosowanie zasad segregacji medycznej pacjentów do nowych przepisów – to główne nieprawidłowości w funkcjonowaniu oddziałów ratunkowych pięciu szpitali w województwie śląskim. Zdaniem Izby, źródłem większości problemów są coraz większe braki kadrowe i niewystarczające środki, jakie na pokrycie kosztów funkcjonowania tych oddziałów szpitale otrzymują w ramach ryczałtu z NFZ. W niektóre dni nie było lekarzy zatrudnionych na SOR-ach, a świadczeń udzielali lekarze wezwani z dyżurów na innych oddziałach. W niektórych szpitalach kilkakrotnie taka sytuacja była uwzględniana nawet na etapie planowania dyżurów. Przy braku wyodrębnionej opieki lekarskiej, posiłkowano się także personelem niezgłoszonym w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Tego typu działania były sprzeczne z zarządzeniem Prezesa NFZ, zgodnie z którym opieka na SOR-ach ma być wyodrębniona, całodobowa i niezależna od opieki lekarskiej sprawowanej na innych oddziałach szpitala.

Zespół Konsultacyjny, podobnie jak NIK, uznaje takie praktyki za niedopuszczalne także dlatego, że SOR jest miejscem, do którego trafiają osoby w stanach nagłego zagrożenia zdrowia, a nawet życia. Lekarze specjaliści świadczący pracę na innych oddziałach winni jedynie wspierać, np. w formie konsultacji medycznych, personel szpitalnych oddziałów ratunkowych zadeklarowany w NFZ.

Ponadto, poważnym problemem SOR-ów jest to, że duża część pacjentów w ogóle nie powinna tam trafiać. Szacunki wykazują, że ok. 60-70 proc. osób zgłasza się na SOR bez uzasadnionej przyczyny. Niektórzy dyrektorzy mówią nawet o 80 proc. Gdyby trafiali tam chorzy tylko w uzasadnianych przypadkach, personel medyczny miałby ponad dwukrotnie więcej czasu na to, żeby się nimi zająć. Być może nie byłoby wówczas aż tylu zagrożeń związanych z rutyną czy przeciążeniem pracą. Należy zorganizować system tak, żeby ci pacjenci trafiali do nocnej pomocy lekarskiej (NPL) albo do specjalistów, a nie na SOR.

Członkowie Zespołu Konsultacyjnego zgadzają się z propozycją ekspertów, aby przy każdym oddziale ratunkowym obligatoryjnie funkcjonowała nocna pomoc lekarska. Ale nie w budynku oddalonym o kilka kilometrów, tylko w tym samym miejscu. Wówczas pacjent, który nie wymagałby pilnej pomocy, mógłby być skierowany do NPL-u. Inna koncepcja zakłada, by skupić się na placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, które – rotacyjnie, w ramach dyżurów – byłyby czynne przez całą dobę.

Ponadto potrzebne jest wdrożenie obowiązku tzw. re-tirage'u. ponieważ stan pacjenta w ciągu kilku godzin może się zmienić. Ważne, aby był na terenie SOR członek personelu medycznego, który obserwuje wstępnie posegregowanych chorych, rozmawia z nimi i w razie potrzeby może zareagować. W wielu oddziałach objętych kontrolą NIK stwierdzono brak sprzętu niezbędnego do segregacji medycznej pacjentów, który miał

znacznie usprawnić pracę SOR-ów (co także zostało określone w rozporządzeniu). Chodzi o automaty biletowe umożliwiające sprawdzenie jak długo pacjent czeka na pierwszy kontakt z lekarzem, wyświetlacze zbiorcze i stanowiskowe, terminale stanowiskowe, drukarki do biletów, kardiomonitoring oraz tablety medyczne dla osób przeprowadzających segregację medyczną.

Środowiska pacjenckie, w szczególności te, reprezentowane przez członków Zespołu Konsultacyjnego, zbierając informacje na temat funkcjonowania SOR-ów w praktyce, mają świadomość potrzeby jednoczesnego edukowania samych pacjentów - w jakich przypadkach powinni się zgłaszać właśnie tam, a nie np. do NPL. Jednak mają też świadomość, że bez systemowego rozwiązania wyżej wymienionych problemów, nawet pacjenci bardzo dobrze poinformowani o przeznaczeniu i charakterze działania SOR, będą, w sytuacjach uznanych przez nich samych za zagrażające ich zdrowiu – kierować się w pierwszej kolejności do miejsca, które z ich perspektywy jest najłatwiej dostępne.

Stanowisko Zespołu konsultacyjnego moderował i opracował:

Stanisław Maćkowiak

Ekspert Projektu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

