



Departament
Bezpieczeństwa

DBR.055.25.2024.EK
Warszawa, 10 grudnia 2024

Pani

Szanowna Pani,

w związku z petycją z dnia 13 września 2024 r., znak: _____, w sprawie wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. z 2024 r. poz. 336 z późn. zm.), proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W § 6 ust. 3 rozporządzenia wskazano, że w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewnia się odpowiednią liczbę desek ortopedycznych z kompletem pasów, na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego. Wynika to z konieczności uzupełnienia niezbędnego wyposażenia ambulansu zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) w zamian za deskę, która pozostaje w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) wraz z pacjentem w sytuacji, gdy np. niewskazane jest przekładanie unieruchomionego pacjenta z deski będącej własnością ZRM na łóżko szpitalne. Nie jest jednak konieczne uzupełnianie braków wyrobów medycznych czy innego sprzętu ZRM w szpitalnym oddziale ratunkowym, gdyż wyposażenie ambulansu jest obowiązkiem dysponenta ZRM.

W odniesieniu do propozycji uzupełnienia § 6 ust. 6 o zapis wskazujący na brak konieczności rejestracji w SOR pacjentów zakwalifikowanych do kategorii pilności zielonej lub niebieskiej zaznaczyć należy, że kategoria pilności nadawana jest w wyniku segregacji medycznej pacjentów w SOR. W związku z tym, że triaż rozpoczyna proces obsługi pacjenta w SOR, pacjent powinien być wcześniej zarejestrowany w oddziale, nawet w sytuacji, gdy następstwem triażu będzie przekierowanie tego pacjenta do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W kwestii elektronicznego przesyłania przez ZRM do SOR karty medycznych czynności ratunkowych, celem dokonania rejestracji pacjenta, informuję, że obecnie prowadzone są prace nad wdrożeniem elektronicznej dokumentacji medycznej w ZRM, co ułatwić ma przesyłanie dokumentacji medycznej do szpitala. Natomiast już obecnie do SOR wysyłane są zapowiedzi o ZRM transportującym pacjenta do szpitala.

Jeśli zaś chodzi o wykonywanie przez ZRM pomiarów parametrów życiowych pacjenta oraz sporządzanie przez ZRM karty segregacji medycznej, która następnie ma być drukowana w SOR, wskazać trzeba, że ZRM przed przekazaniem pacjenta do SOR monitoruje stan tego pacjenta i w razie potrzeby, a także posiadanych możliwości, dokonuje pomiarów parametrów życiowych, a ich wyniki zapisuje w karcie medycznych czynności ratunkowych, która jest przekazywana do SOR. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że stan pacjenta może ulec zmianie, ponadto ZRM nie dysponuje takimi możliwościami w zakresie diagnostyki, jak

SOR. Dlatego też w zależności od stanu pacjenta i potrzeby powtórzenia/wykonania niezbędnych badań, badania te wykonywane są również w szpitalu. ZRM nie tworzy też karty segregacji, gdyż jak sama nazwa wskazuje, segregacja medyczna dotyczy wielu pacjentów, a jej celem jest nadanie pacjentom priorytetu pilności, aby osoby w stanie ciężkim otrzymały niezbędne zabezpieczenie medyczne przed pacjentami, dla których pomoc może zostać na pewien czas odroczone. Dlatego też segregacja medyczna dokonywana jest w SOR. Jednocześnie trzeba wskazać, że karta segregacji medycznej jest drukowana i wydawana w pacjentowi zakwalifikowanemu do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, który został przekierowany z SOR do miejsca udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej/nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wówczas karta segregacji medycznej stanowi dokumentację zewnętrzną, gdyż jest końcowym dokumentem wytworzonym w SOR, wydawanym pacjentowi, dla którego udzielanie świadczeń zdrowotnych w SOR zostało zakończone na etapie triażu. W pozostałych przypadkach karta segregacji medycznej stanowi dokumentację wewnętrzną szpitala i nie ma potrzeby jej drukowania w SOR.

Informuję również, że segregacja medyczna w SOR przeprowadzana jest w systemie TOPSOR. Podczas segregacji medycznej, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego i oceny stanu zdrowia, pacjent kwalifikowany zostaje do jednej z pięciu kategorii pilności. W § 6 ust. 9 ww. rozporządzenia wskazana została pięciostopniowa skala kategorii pilności wraz z określeniem maksymalnego czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem dyżurnym SOR w zależności od przydzielonego priorytetu. Powyższe uregulowania są jednolite dla wszystkich SOR na terenie całego kraju, a pięciostopniowa skala jest do tego odpowiednia, dlatego też w najbliższym czasie nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

Odnosząc się natomiast do propozycji określenia maksymalnego czasu, w którym powinna nastąpić rejestracja i przeprowadzenie triażu, przy czym czas ten powinien być zróżnicowany w zależności od tego, czy pacjent został przetransportowany przez ZRM, transport sanitarny czy zgłosił się do SOR samodzielnie, informuję, że zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm.) szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego **niezwłocznie** udzielają świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziejącemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie § 6 ust. 6 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego wskazuje, że osoby, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 (tj. osoby, które zgłosiły się do SOR samodzielnie):

- 1) pobierają w automacie biletowym bilet z oznaczeniem indywidualnego numeru oraz czasu przybycia do oddziału;
- 2) są rejestrowane na stanowisku rejestracji medycznej;
- 3) są **niezwłocznie** poddawane segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 9;
- 4) oczekują na pierwszy kontakt z lekarzem i kolejne etapy udzielenia im świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 ust. 1.

Natomiast zgodnie z § 6 ust. 13 tego rozporządzenia za osoby przewiezione do oddziału przez zespoły, jednostki lub podmioty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, bilet pobiera członek tego zespołu, jednostki lub podmiotu.

Obecnie obowiązujące przepisy nie określają więc w tym zakresie konkretnych parametrów czasu, jednak „niezwłoczność” w sposób jasny i przejrzysty wskazuje, że czynność te powinny zostać podjęte bez zbędnej zwłoki. Informuję również, że w systemie TOPSOR odnotowywane są m.in. informacje o dacie i godzinie pobrania biletu, wezwaniu do rejestracji, rozpoczęciu i zakończeniu triażu oraz czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem dyżurnym SOR. Każdorazowo można więc zweryfikować zwłokę w wykonaniu tych czynności.

Pragnę też wskazać, że zgodnie z procedowaną obecnie nowelizacją ustawy *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* przewidziane jest wprowadzenie w art. 45a zapisu mówiącego, że maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala. Ma to na celu skrócenie czasu zajętości ZRM w szpitalu, uniknięcia przetrzymywania pacjentów w karetkach przed SOR oraz szybszy powrót ZRM do stanu gotowości do udzielania medycznych czynności ratunkowych wobec kolejnych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednocześnie w odniesieniu do użytych w petycji sformułowań należy sprostować, że ZRM nie wykonują transportów sanitarnych, jak również że kody pilności stosowane podczas dysponowania ZRM odnoszą się do wyjazdów ZRM do pacjenta, nie zaś do wykonywania transportów z pacjentem do szpitala.

Natomiast w kwestii wprowadzenia do rozporządzenia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* przepisu, w którym wymienione zostaną wszystkie badania oraz pomiary, które powinny zostać wykonane w ramach segregacji medycznej informuję, że jest to zapis zbędny. W § 6 ust. 7 rozporządzenia *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* wskazano, że segregacja medyczna pacjentów SOR przeprowadzana jest w systemie TOPSOR. Wyniki tej segregacji odnotowywane są w TOPSOR w karcie segregacji medycznej, a zawartość karty segregacji medycznej została szczegółowo określona w § 20a ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. z 2024 r. poz. 798). Wykonanie pacjentowi innych badań zależy już od zlecenia lekarza dyżurnego SOR.

Wobec powyższego informuję, że na chwilę obecną nie przewiduje się zmian w rozporządzeniu *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* w zakresie, o którym mowa w przedmiotowej petycji.

Z wyrazami szacunku

Agnieszka Tuderek-Kuleta
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/