



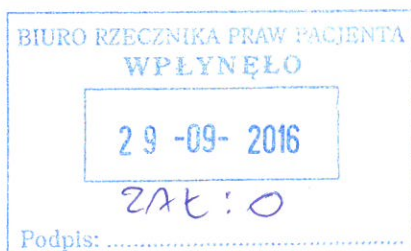
Minister Zdrowia

Warszawa,

2016 -09- 2 6

55

IK: 675044



Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta

W odpowiedzi na pismo, znak: RzPP-WPR.420.45.2016.AGL, dotyczące dostępności do świadczeń replantacyjnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na pierwsze oraz drugie pytanie Pani Minister, pragnę wyjaśnić, iż pierwsza korespondencja, świadcząca o problemach w przedmiotowym zakresie, wpłynęła do Ministerstwa Zdrowia w dniu 31 grudnia 2015 r. (pismo Pana Profesora Andrzeja Żyłuka, Kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, z dnia 13 grudnia 2015 r., w sprawie wyodrębnienia w przepisach rozporządzenia „koszykowego” z zakresu leczenia szpitalnego warunków realizacji świadczeń obejmujących replantacje amputowanych kończyn górnych).

Ponadto, w styczniu br. wpłynęło pismo Pani Doktor Anny Chrapusty, Kierownika Małopolskiego Centrum Oparzeniowo-Plastycznego, Replantacji Kończyn z Ośrodkiem Terapii Hiperbarycznej, w sprawie finansowania Oddziału Chirurgii Plastycznej oraz Oddziału Oparzeń, do rozpatrzenia w części dotyczącej propozycji utworzenia sieci placówek wykonujących procedury: „ostrej ręki i replantacji kończyn” oraz „oparzeń”.

Jednocześnie, uprzejmie informuję, iż w przedmiotowej sprawie, z inicjatywy Ministra Zdrowia, zostało zorganizowane spotkanie z Panem Profesorem Andrzejem Żyłukiem, podczas którego omówione zostały kwestie funkcjonowania ośrodków replantacyjnych



w Polsce. W wyniku spotkania, została wypracowana wstępna propozycja funkcjonowania Serwisu Replantacyjnego, natomiast w chwili obecnej, trwa analizowanie wypracowanych propozycji, pod kątem możliwości zastosowania ich w systemie opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi, na trzecie pytanie Pani Minister, na wstępie należy wskazać, że zgodnie z art. 3 pkt 11 ww. ustawy o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* centrum urazowe to wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie. Analogiczna definicja obowiązuje w odniesieniu do centrów urazowych dla dzieci. W Polsce działa obecnie 14 centrów urazowych dla dorosłych, przy czym planuje się utworzenie trzech kolejnych centrów w województwach: zachodniopomorskim, świętokrzyskim i śląskim.

Centra urazowe dla dzieci są w trakcie tworzenia. Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w *sprawie centrum urazowego*, osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum urazowym w przypadku, gdy jest pacjentem urazowym w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, spełniającym następujące kryteria:

- 1) występujące co najmniej **dwa spośród następujących** obrażeń anatomicznych:
 - a) penetrujące rany głowy lub tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha,
 - b) **amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia,**
 - c) rozległe zmiążdżenia kończyn,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,
 - f) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;
- 2) towarzyszące co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych:
 - a) ciśnienie skurczowe krwi równe lub poniżej 80 mm Hg,
 - b) tętno co najmniej 120 na minutę,
 - c) częstość oddechu poniżej 10 lub powyżej 29 na minutę,
 - d) stan świadomości w skali Glasgow (GCS) równy lub poniżej 8,
 - e) saturacja krwi tętniczej równa lub poniżej 90 %.

Tym samym centra urazowe dedykowane są pacjentom z najcięższymi obrażeniami wielonarządowymi, wśród których mogą (lecz nie muszą) występować również amputacje kończyn (powyżej łokcia lub kolana) oraz inne urazy, z towarzyszącymi zaburzeniami parametrów fizjologicznych. Pacjent urazowy powinien być przewieziony z miejsca zdarzenia bezpośrednio do centrum urazowego, które wyposażone jest zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz rozporządzenia w sprawie centrum urazowego.

Odrębną kwestią pozostaje zabezpieczenia pacjentów po amputacji. Wychodząc naprzeciw potrzebie poprawy dostępności i organizacji świadczeń replantacyjnych, w roku 2015 zostało wydane obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2015 r. w sprawie ustalenia wykazu oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru dla potrzeb realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Obwieszczenie to reguluje m. in. zasady dostępu do świadczeń replantacyjnych. Obwieszczenie i wykazy oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru dostępne są na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w zakładce System Ochrony Zdrowia/Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wykaz ośrodków replantacyjnych stanowi załącznik nr 2 i 2a.

Zgodnie z zasadami ujętymi w ww. obwieszczeniu MZ, pacjent po amputacji jest każdorazowo transportowany do SOR lub izby przyjęć szpitala najbliższego miejscu zdarzenia.

1. Wymagane jest, aby pacjenta po amputacji zgłosił lekarz specjalista (chirurg lub ortopeda). Nie są akceptowane zgłoszenia od innych lekarzy SOR/izb przyjęć, rezydentów ani ratowników medycznych. Wynika to z konieczności posiadania doświadczenia do właściwej oceny stanu amputowanej kończyny oraz stanu pacjenta, tj.: czy kończyna nadaje się do replantacji, a chory do transportu.
2. Bezpośredni kontakt lekarza zgłaszającego przypadek amputacji z lekarzem dyżurnym oddziału szpitala pierwszego wyboru powinien uwzględniać grafik konsultacji.
3. Wymagane jest przesłanie za pośrednictwem MMS fotografii amputowanej kończyny i kikuta.
4. Konsultacja lekarza chirurga lub ortopedy ze szpitala kierującego i analiza otrzymanych fotografii stanowi podstawę do podjęcia decyzji o przyjęciu, lub odmowie przyjęcia zgłoszenia przez oddział szpitala pierwszego wyboru.
5. Szpital kierujący chorego organizuje transport sanitarny. Nawet w przypadku akceptacji zgłoszenia przez lekarza dyżurnego oddziału pierwszego wyboru, należy skalkulować, jaki będzie czas transportu.

6. Za prawidłowe zabezpieczenie amputowanej kończyny i pacjenta na czas transportu do oddziału szpitala pierwszego wyboru odpowiada lekarz zgłaszający osobę do replantacji.

Oddział szpitalny pierwszego wyboru może odmówić przyjęcia pacjenta do wykonania procedury replantacji w szczególnej sytuacji, np. gdy jest to drugie lub kolejne zgłoszenie tego samego dnia do tego ośrodka. W takiej sytuacji oddział szpitalny pierwszego wyboru powinien wskazać sposób dalszego postępowania z pacjentem po amputacji.

Grafik dyżurów ośrodków replantacyjnych dostępny jest na stronie internetowej SP ZOZ Lotniczego pogotowia Ratunkowego pod adresem: <http://www.lpr.com.pl/replantacje.html>. Podkreślenia bowiem wymaga, że z uwagi na znikomą liczbę lekarzy dokonujących zabiegów replantacji, nie ma możliwości, aby każdy z tych ośrodków działał w systemie 24/7. Taki obowiązek spoczywa natomiast na centrach urazowych.

Z powyższych kryteriów wynika więc, że pacjent urazowy i pacjent do replantacji, jakkolwiek obaj dotknięci są urazem, nie stanowią tożsamej kategorii pacjentów. Ciężki stan ogólny pacjenta z urazem wielonarządowym stanowi często przeciwwskazanie do replantacji. Różne są też wymagania dotyczące zaplecza diagnostyczno – zabiegowego i personelu medycznego. W przypadku świadczeń replantacyjnych konieczne jest wyposażenie do prowadzenia zabiegów mikrochirurgicznych oraz personel medyczny posiadający doświadczenie w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnienia, proponujemy nie wiązać istnienia centrów urazowych z jednoczesnym obowiązkiem udzielania świadczeń replantacyjnych. Nie poprawi to bowiem dostępności do świadczeń replantacyjnych, a może zagrozić istnieniu centrów urazowych. Nie ma natomiast przeciwwskazań, żeby szpital na bazie którego działa centrum urazowe przyjmował jednocześnie pacjentów do replantacji.

Odpowiadając na ostatnie pytanie Pani Minister, dotyczące map potrzeb zdrowotnych, uprzejmie informuję, iż aktualnie Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad mapami potrzeb zdrowotnych w związku z realizacją projektu systemowego „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Wspomniane mapy zostaną opracowane dla 30. grup chorób (chorób najbardziej rozpowszechnionych i kosztotwórczych dla systemu ochrony zdrowia), w zakresie wszystkich zakresów leczenia (tj. leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej). Mają one być uzupełnieniem map

potrzeb zdrowotnych utworzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zbiór chorób, dla których zostaną opracowane modele i analizy został podzielony na dwa moduły:

Moduł A – zbiór następujących chorób:

- choroby układu kostno-mięśniowego,
- choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku starczego),
- choroby układu nerwowego (pozostałe choroby),
- choroby układu krążenia,
- choroby układu oddechowego (przewlekłe),
- choroby układu oddechowego (ostre),
- choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego,
- choroby dziecięce,
- choroby psychiczne,
- ciąża, poród poślóg,
- cukrzyca,
- hematologia (nowotwory),
- hematologia (pozostałe),
- nowotwory niezłośliwe,
- wady wrodzone.

Moduł B – zbiór następujących chorób:

- choroby metaboliczne,
- choroby oka i okolic,
- choroby skóry,
- choroby układu moczowo – płciowego (mężczyzn),
- choroby układu moczowo – płciowego (kobiet),
- choroby układu moczowo – płciowego (moczowy),
- choroby układu trawiennego (wątroba i trzustka),
- choroby układu trawiennego (górnny odcinek bez wątroby i trzustki),
- choroby układu trawiennego (dolny odcinek),
- choroby uszu i wyrostka sutkowatego,
- choroby zakaźne (WZW),
- choroby zakaźne (HIV),

- choroby zakaźne (inne),
- stomatologia,
- urazy (złamania, zatrucia etc.).

W drugiej połowie 2016 r., jednak nie później niż do dnia 31 grudnia 2016 r. zostanie opracowany zbiór danych i analiz do stworzenia 16 regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz mapy ogólnopolskiej w zakresie:

- leczenia zamkniętego (Moduł A, Moduł B),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Moduł A),
- podstawowej opieki zdrowotnej (Moduł A).

W pierwszej połowie 2017 roku powstanie zbiór danych i analiz dla:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Moduł B),
- podstawowej opieki zdrowotnej (Moduł B).

Mając powyższe na uwadze, w celu obiektywnej, tj. opartej na faktach, identyfikacji potrzeb zdrowotnych oraz bieżących wyzwań i problemów poszczególnych obszarów systemu opieki zdrowotnej, każda z map ma być tworzona przez wybranych w ramach postępowania przetargowego ekspertów z zakresu danej dziedziny medycyny, w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wiedzę ekspercką. Wyniki prac są dodatkowo konsultowane z wojewódzkimi radami ds. potrzeb zdrowotnych.

W ramach każdej z ww. grup chorób analizowane są ścieżki pacjenta, a każdy problem systemowy zgłaszany przez ekspertów jest poddawany analizie.

Na tym tle, odnosząc się do problematyki dostępności serwisu replantacyjnego uprzejmie wskazuję, iż w ramach szeroko zakrojonych konsultacji kwestię tę poruszono w grupie chorób układu krążenia w kontekście amputacji kończyn dolnych przy stopie cukrzycowej i w tej mierze prowadzone są dalsze analizy.



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Krzysztof Łanda

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Polityki Lekowej i Farmacji
00-952 Warszawa
ul. Miodowa 15



326037 2016-09-27 02 POLECONA

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
Młynarska 46
01-171 Warszawa

216121

