**Uchwała nr 39**

**Rady Działalności Pożytku Publicznego**

**z dnia 18 lipca 2019 r.**

**w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

Na podstawie § 10 rozporządzenia Przewodniczącego Komitetu do spraw Pożytku Publicznego z dnia 24 października 2018 r. w sprawie Rady Działalności Pożytku Publicznego (Dz. U. poz. 2052) oraz art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688), uchwala się stanowisko Rady Działalności Pożytku Publicznego w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

**§ 1**

Rada Działalności Pożytku Publicznego negatywnie opiniuje projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

**§ 2**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UZASADNIENIE

Skutki proponowanego rozporządzenia mogą być dramatyczne dla całego systemu ratownictwa medycznego – wraz z wprowadzaniem kolejnych procedur i obowiązków, jeszcze bardziej zwiększy się niewydolność SORów. Okrojone ilości pracowników SOR zostaną jeszcze bardziej obciążone pracą administracyjną, dodatkowo wydaje się, że wbrew założeniom rozporządzenia, czas oczekiwania pacjentów w SOR, zamiast się skrócić, może się znacznie wydłużyć.

Proponowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia rozwiązania mogą powodować ryzyko, że personel SOR będzie zmuszony pracować „na czas”, na drugim miejscu pozostawiając jakość obsługi pacjenta, a tym samym ryzyko popełnienia błędu znacznie się zwiększy. Personel w SOR powinien przyjmować pacjenta zgodnie ze standardami i aktualną wiedzą medyczną zależną od stanu zdrowia pacjenta i wstępnego rozpoznania w czasie niezbędnym do pełnego zabezpieczenia pacjenta. Natomiast same uregulowania administracyjne i organizacyjne nie spowodują istotnej poprawy w udzielaniu świadczeń na SOR.

Pomimo planowanego wprowadzenia systemu TOPSOR Ministerstwo Zdrowia nie zapewniło o integracji nowo wprowadzonego systemu z systemami informatycznymi szpitala (HIS). W konsekwencji na SOR powstają dwa niezintegrowane ze sobą systemy informatyczne: TOPSOR oraz systemy informatyczne poszczególnych jednostek, w których lekarze SOR prowadzą dokumentację medyczną. Powiązanie systemu TOPSOR z systemami szpitalnymi jest konieczne. Wprowadzenie TOPSOR bez powiązania go z systemami operacyjnymi szpitala spowoduje zwiększenie obciążenia administracyjnego na każdym stanowisku, zarówno ratowników, pielęgniarki oraz lekarzy, co jednocześnie wydłuży czas zaopatrzenia pacjenta. Co prawda były prowadzone testy tego systemu w kilku szpitalach, jednak nie zostały przedstawione żadne raporty z tych testów, które zawierałyby zarówno opinie personelu SOR jak i pacjentów.

Projektowane przepisy podważają podstawy funkcjonowania jako odrębnej medycyny ratunkowej oraz jej wymagania specjalistyczne i organizacyjne z powodu dopuszczenia do kierowania SOR przez lekarza bez specjalizacji z medycyny ratunkowej.

Proponowany przez Ministra Zdrowia przepis o możliwości pełnienia funkcji ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem ratunkowym przez lekarza systemu nieposiadającego specjalizacji niesie za sobą zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Zgodnie z projektem, funkcję tę może pełnić lekarz bez tytułu specjalisty np. lekarz po 2 roku specjalizacji z chirurgii, ortopedii czy chorób wewnętrznych. Jest to chyba jedyny taki przypadek we wszystkich dziedzinach medycznych, w którym osoby bez specjalistycznych kwalifikacji medycznych będą pełnić funkcje kierownicze.

Ponadto uniemożliwia to utrzymanie standardów leczniczych na wymaganym poziomie w zakresie medycyny ratunkowej, gdyż ta specjalność nie ogranicza się wyłącznie do jednej dziedziny medycyny, lecz kompleksowo zajmuje się leczeniem i diagnostyką ostrych stanów.

Wydaje się zatem, że ordynatorem oddziału co do zasady powinien być lekarz ze specjalizacją medycyny ratunkowej (tak jak oddziału chirurgicznego – specjalista chirurg, a oddziału okulistyki - specjalista okulistyki), biorąc jednak pod uwagę dotychczasowe zasoby kadrowe w zakresie medycyny ratunkowej należy w drodze wyjątku - i to tylko niedługim okresie przejściowym - dopuścić możliwość pełnienia tej funkcji przez lekarza systemu, ale posiadającego specjalizację. Należy bowiem zauważyć, że zapis w projekcie jest niezgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami: „Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) i jego zastępca – tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej”.

Rozporządzenie nie zdefiniowało minimalnych wymogów personelu SOR. Określenie „w liczbie niezbędnej do funkcjonowania oddziału” nie pozwala na zaplanowanie liczby personelu, a co za tym idzie kosztów utrzymania SOR. W konsekwencji, w dobie powszechnych oszczędności, taka sytuacja może doprowadzić do minimalizacji ilości personelu obecnego na każdym z dyżurów, a przy obecnym obciążeniu pracą i wprowadzeniu jeszcze nowych obowiązków opisanych w przedmiotowym rozporządzeniu przepracowania i odchodzenia pracowników z pracy na SOR. Już obecnie SOR mają problem z zapełnieniem grafików dyżurowych wynikający z przeciążenia tych oddziałów.

Niezależnie od proponowanej nowelizacji przepisów, konieczna jest szeroka akcja informacyjna prowadzona także w publicznych środkach masowego przekazu do jakich celów konkretnie przeznaczony jest SOR. W dużej mierze pomocny byłby ten przekaz, celem uświadomienia ludzi, do jakich celów powołane zostały Szpitalne Oddziały Ratunkowe.