

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia.....2007 r.

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz.1410) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych;
- 3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych.

§ 2.

1. Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej „oddziałem”, udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Oddział może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego.

§ 3.

1. Oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i wjazdu specjalistycznych środków transportu z osobnym wejściem dla pieszych, oddzielonym od trasy wjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.
2. Wejście i wjazd do oddziału powinny być zadaszone, wjazd zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, przelotowy dla ruchu specjalistycznych środków transportu sanitarnego oraz wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojścia i dojazdu.
3. Wjazd powinien zapewniać bezkolizyjny podjazd co najmniej dwóch specjalistycznych środków transportu sanitarnego jednocześnie.
4. Wejście i dojazd do oddziału organizuje się niezależnie od innych wejść i dojazdów do szpitala, przystosowując je również do potrzeb osób niepełnosprawnych.
5. Lokalizacja oddziału powinna zapewniać łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej opieki, zespołem operacyjnym, obszarem diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.
6. Oddział powinien posiadać własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.
7. Oddział powinien dysponować lądowiskiem 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.

8. W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia wymagania określonego w ust. 7, dopuszcza się odległość lądowiska dla śmigłowca ratunkowego większą niż określoną w ust. 7, pod warunkiem, że oddział zabezpieczy specjalistyczny środek transportu sanitarnego i czas trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu lądowania śmigłowca ratunkowego.

§ 4.

1. Oddział organizuje się w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym znajdują się co najmniej:

- 1) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową;
- 2) oddział chorób wewnętrznych;
- 3) oddział anestezjologii z intensywną terapią;
- 4) pracownia diagnostyki obrazowej;
- 5) medyczne laboratorium diagnostyczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.

2. Oddział powinien posiadać powierzchnię wystarczającą dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów wymienionych w § 5.

3. W oddziale powinna być zapewniona możliwość wykonania badań diagnostycznych, w tym w szczególności diagnostyki obrazowej przy łóżku pacjenta.

§ 5.

Oddział składa się z następujących obszarów:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowego;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjnego;
- 7) laboratoryjno-diagnostycznego;
- 8) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeśli oddział posiada w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- 9) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

§ 6.

1. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się bezpośrednio przy wejściu i wjeździe do oddziału w celu zapewnienia:

- 1) przeprowadzenia wstępnej oceny osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i bezkolizyjnego transportu tych osób do innych obszarów oddziału;
- 2) jednoczesnego przyjęcia i segregacji medycznej co najmniej czterech osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

- 3) warunków niezbędnych dla przeprowadzenia wywiadu od zespołów ratownictwa medycznego oraz od osoby, która znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i jego rodziny.
2. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się stanowisko wyposażone w:
 - 1) środki łączności zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego, a oddziałem oraz kompleksową łączność wewnątrzszpitalną, a także niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim;
 - 2) system bezprzewodowego przywoływania osób.
3. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się stanowisko rejestratorki medycznej, które wyposaża się w sprzęt niezbędny do rejestracji i przyjęć osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
4. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się stanowisko dekontaminacji.

7.

1. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się co najmniej z jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi lub dwóch sal resuscytacyjno-zabiegowych.
2. Powierzchnia przeznaczona na jedno stanowisko resuscytacyjne wynosi co najmniej 20 m²
3. Wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego zapewnia co najmniej:
 - 1) monitorowanie i podtrzymanie funkcji życiowych;
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
 - 3) prowadzenie resuscytacji okołourazowej;
 - 4) wykonanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów.
4. Na minimalne wyposażenie w wyroby medyczne jednego stanowiska obszaru resuscytacyjno-zabiegowego składa się:
 - 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
 - 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, mobilny, jeden na dwa stanowiska obszaru;
 - 3) zestaw do monitorowania czynności życiowych, w tym co najmniej: rytmu serca, ciśnienia tętniczego i żylnego, wysycenia tlenowego hemoglobiny, końcowo wydechowego stężenia dwutlenku węgla, temperatury powierzchniowej i głębokiej ciała;
 - 4) respirator transportowy – jeden na dwa stanowiska obszaru;
 - 5) respirator stacjonarny – jeden na obszar;
 - 6) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca;
 - 7) pompa infuzyjna;
 - 8) aparat do szybkiego przetaczania płynów;
 - 9) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych - jeden na dwa stanowiska;
 - 10) strzykawki automatyczne;

- 11) elektryczne urządzenie do ssania;
- 12) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w ilości nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru;
- 13) aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta;
- 14) przyłóżkowy zestaw rtg;
- 15) analizator parametrów krytycznych;
- 16) przewodny ultrasonograf;
- 17) całodobowy dostęp do bronchoskopu, laryngofiberoskopu, gastrofiberoskopu i rektoskopu;
- 18) zestaw do trudnej intubacji.

§ 8.

1. Do zadań obszaru wstępnej intensywnej terapii należy:
 - 1) monitorowanie i podtrzymanie funkcji życiowych;
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
 - 3) wykonanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów;
 - 4) prowadzenie resuscytacji płynowej;
 - 5) leczenie bólu;
 - 6) wstępne leczenie zatruc;
 - 7) opracowanie chirurgiczne ran i drobnych urazów;
 - 8) wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. W obszarze wstępnej intensywnej terapii lokalizuje się co najmniej dwa stanowiska intensywnej terapii, które są usytuowane i wyposażone w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾).

§ 9.

1. Obszar terapii natychmiastowej składa się z:
 - 1) sali zabiegowej;
 - 2) sali opatrunków gipsowych.
2. Pomieszczenie sali zabiegowej wynosi co najmniej 20 m² oraz jest wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych u osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
3. Na minimalne wyposażenie sali zabiegowej składa się:
 - 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
 - 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym;
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni w ilości nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru;
 - 4) nie mniej niż osiem gniazd poboru energii elektrycznej;
 - 5) zestaw niezbędnych narzędzi chirurgicznych na jedno stanowisko.
4. Pomieszczenie sali opatrunków gipsowych nie może być mniejsze niż 12 m² i powinno być wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające

zakładanie opatrunków gipsowych. W pomieszczeniu tym musi być zapewniony dostęp do źródła tlenu, powietrza i próżni oraz przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulania z wyposażeniem.

§ 10.

W skład obszaru obserwacji wchodzi co najmniej cztery stanowiska, o powierzchni co najmniej 12 m² każde, wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające:

- 1) monitorowanie rytmu serca i oddechu;
- 2) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi;
- 3) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny;
- 4) monitorowanie temperatury powierzchniowej i głębokiej;
- 5) stosowanie biernej tlenoterapii;
- 6) prowadzenie infuzji dożylnych;
- 7) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym;
- 8) defibrylator półautomatyczny;
- 9) źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku;
- 10) elektryczne urządzenie do odsysania co najmniej jedno na cztery stanowiska.

§ 11.

1. W skład obszaru konsultacyjnego wchodzi gabinet lub boksy badań lekarskich w ilości niezbędnej do potrzeb. Gabinety lub boksy wewnętrzne połączone są traktem komunikacyjnym.

2. Wyposażenie obszaru konsultacyjnego w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwia przeprowadzanie badań lekarskich i konsultacji specjalistycznych.

§ 12.

Obszar laboratoryjno-diagnostyczny jest wyposażony w wyroby medyczne zapewniające niezwłoczne przyłózkowe wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych parametrów norm krytycznych, diagnostyki obrazowej w tym badania ultrasonograficznego, a w miarę możliwości całodobowy natychmiastowy dostęp do komputerowego badania tomograficznego.

§ 13.

1. Jeżeli w strukturę oddziału wchodzi zespół ratownictwa medycznego wydziela się obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego.

2. Obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zapewnia:

- 1) pomieszczenie na wyroby medyczne i produkty lecznicze;
- 2) system alarmowo-wyjazdowy oraz system łączności wewnętrzzszpitalnej;
- 3) zaplecze socjalne dla członków zespołów ratownictwa medycznego;

- 4) magazyn sprzętu;
- 5) miejsce wyposażone w źródła energii elektrycznej i wody.

§ 14.

Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator (kierownik) oddziału i pielęgniarka oddziałowa;
- 2) lekarze w liczbie zabezpieczającej prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 3) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

§ 15.

Przepisy rozporządzenia nie naruszają przepisów wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 16.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U Nr 74, poz. 687, z 2004 r. Nr 161, poz. 1686 oraz z 2006 r. Nr 60, poz. 430).

§ 17.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹)wia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

²)ionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r, Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5 poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420, Nr 239, poz. 2020, Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518, Nr 143, poz. 1032 i Nr 191, poz. 1410.

Uzasadnienie

Rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).

Szpitalny oddział ratunkowy budowany jest na bazie izby przyjęć szpitala i jako nowa struktura organizacyjna znacznie rozszerza jej zadania. W szpitalnym oddziale ratunkowym przeprowadzone będą procedury ratujące życie, bez względu na przyczyny powstania zagrożenia zarówno u dorosłych, jak i dzieci. Profesjonalny personel, dobra organizacja pracy, prawidłowa architektura oddziału i wyposażenie w potrzebny i właściwy sprzęt medyczny spowodują zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów w stanach zagrożenia życia, a szczególnie ilość tzw. „zgonów do uniknięcia”.

Wymagania, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ratunkowy, dotyczą właściwej lokalizacji oddziału, która ma umożliwić realizację zadań, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych ofiarom katastrof i innych zdarzeń. Lokalizacja ta powinna zapewniać właściwy dojazd (łącznie z miejscem do lądowania dla helikopterów) oraz taki system powiązania z innymi oddziałami szpitalnymi, by możliwe było dalsze leczenie i diagnozowanie ofiar katastrof i innych nagłych zdarzeń. Szpitalny oddział ratunkowy musi posiadać strukturę organizacyjną, polegającą na wydzieleniu obszarów, w których będzie udzielana pomoc medyczna w zależności od stanu zdrowia i potrzeb pacjenta. Poszczególne obszary powinny posiadać odpowiedniej wielkości powierzchnie oraz powinny być wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną zapewniającą możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych stosownie do zadań poszczególnych obszarów oddziału.

Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Ocena skutków regulacji

Podmioty, na które oddziałuje ustawa.

Wejście w życie przepisów projektowanego rozporządzenia będzie oddziaływać na zakłady opieki zdrowotnej.

Obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych.

W toku uzgodnień projekt przedmiotowego rozporządzenia został przedłożony celem zaopiniowania przez: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W ramach konsultacji międzyresortowych i społecznych uwagi zgłosiły: Główny Inspektor Sanitarny, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Rządowe Centrum Legislacji, Minister Finansów, Minister Budownictwa, Śląski Urząd Wojewódzki Oddział Koordynacji Ratownictwa Medycznego, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, ZZOZ Cieszyn, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Wojewódzki Szpital w Elblągu, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej oraz Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ. Dnia 22 grudnia 2006 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa. Podczas konferencji uzgodniono przepisy dotyczące obszarów szpitalnego oddziału ratunkowego, wymagań budowlanych oraz wymagań dla poszczególnych obszarów. Nie uwzględniono natomiast uwagi m. in. Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej dotyczącej umieszczenia w oddziale dyspozytora medycznego oraz rozróżnienia kategorii oddziałów.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414) projekt rozporządzenia został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sektor finansów publicznych.

Wpływ regulacji na rynek pracy.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na rynek pracy.

Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz zwiększy dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ratownictwa medycznego.

Zgodność z prawem Unii Europejskiej.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.