

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2011 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, z późn. zm.<sup>2)</sup>) 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 oddzielnym od trasy wjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

2. Wejście i wjazd do oddziału są zadaszony, wjazd jest 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 zapewnia 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 zapewnia łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.

6. Oddział posiada własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.

7. Oddział posiada całodobowe lotnisko, zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

8. W przypadku braku możliwości spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 7, oddział posiada lądowisko, zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

9. Lądowisko, o którym mowa w ust. 8, spełnia wymagania określone w ustawie z dnia

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 219, poz. 1443 oraz z 2011 r. Nr 30, poz. 151 i Nr 112, poz. 654.

3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696, z późn. zm.<sup>3)</sup>) oraz w załączniku do rozporządzenia.

10. W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia wymagań określonych w ust. 7 lub 8 dopuszcza się odległość oddziału od lotniska lub lądowiska większą niż określona w ust. 7 lub 8, pod warunkiem, że czas trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu lądowania śmigłowca ratunkowego.

**§ 4.** 1. Oddział organizuje się w szpitalu, w którym znajdują się co najmniej:

- 1) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową lub w przypadku szpitali dla dzieci -oddział chirurgii dziecięcej;
- 2) oddział chorób wewnętrznych lub w przypadku szpitali dla dzieci - oddział pediatrii;
- 3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii.

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

3. W oddziale zapewnia się przyłóżkowe wykonywanie badań:

- 1) parametrów krytycznych;
- 2) radiologicznych;
- 3) endoskopowych, w tym w szczególności: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii;
- 4) ultrasonograficznych.

4. Zapewnia się całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym oraz komputerowego badania tomograficznego.

**§ 5.** W skład oddziału wchodzi obszary:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowej;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) interwencji zabiegowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjny;
- 7) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- 8) 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 do przeprowadzenia wywiadu z zespołami ratownictwa medycznego, osobą, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i jej bliskimi.

2. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się:

- 1) stanowisko wyposażone w:
  - a) środki łączności zapewniające łączność z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania

---

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 141, poz. 1008, Nr 170, poz. 1217 i Nr 249, poz. 1829, z 2007 r. Nr 50, poz. 331 i Nr 82, poz. 558, z 2008 r. Nr 97, poz. 625, Nr 144, poz. 901, Nr 177, poz. 1095, Nr 180, poz. 1113 i Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 42, poz. 340, z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 80, poz. 432 i Nr 106, poz. 622.

świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzszpitalną oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim,

b) system bezprzewodowego przywoływania osób;

2) stanowisko rejestratorki medycznej, które wyposaża się w sprzęt niezbędny do rejestracji i przyjęć osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

3) stanowisko dekontaminacji.

5. W przypadku braku możliwości spełnienia wymagania, o którym mowa w ust. 2 pkt 3, dopuszcza się organizację stanowiska dekontaminacji przed tym szpitalem, możliwie najbliżej przed wejściem do oddziału.

**§ 7. 1.** Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się co najmniej z dwóch sal resuscytacyjno-zabiegowych z jednym stanowiskiem resuscytacyjnym w każdej z tych sal albo jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi.

2. Wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego zapewnia co najmniej:

1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;

2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;

3) prowadzenie resuscytacji okołourazowej;

4) wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów.

3. Minimalne wyposażenie w wyroby medyczne obszaru resuscytacyjno-zabiegowego stanowią:

1) dwa stoły zabiegowe z lampą operacyjną;

2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, mobilny, jeden na dwa stanowiska obszaru;

3) dwa zestawy 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) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca w liczbie co najmniej jeden na obszar;

5) dwa zestawy do przetaczania i dawkowania leków i płynów;

6) dwa elektryczne urządzenia do ssania;

7) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru na stanowisko;

8) jeden aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta;

9) zestaw do trudnej intubacji.

**§ 8. 1.** Do zadań obszaru wstępnej intensywnej terapii należy w szczególności:

1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;

2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;

3) wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia;

4) prowadzenie resuscytacji płynowej;

5) leczenie bólu;

6) wstępne leczenie zatruc;

7) opracowywanie chirurgiczne ran i drobnych urazów.

2. W obszarze wstępnej intensywnej terapii lokalizuje się co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii.

3. Dopuszcza się organizację obszaru wstępnej intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii położonym w bezpośrednim sąsiedztwie oddziału, pod warunkiem wyodrębnienia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii co najmniej jednego stanowiska intensywnej terapii, o którym mowa w ust. 2, na potrzeby realizacji zadań oddziału.

**§ 9. 1.** Obszar interwencji zabiegowej składa się z:

1) sali zabiegowej;

2) sali opatrunków gipsowych.

2. Sala zabiegowa jest wyposażona w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych u osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym co najmniej w znieczuleniu miejscowym i regionalnym. W pomieszczeniu tym zapewnia się dostęp do centralnego źródła tlenu, powietrza i próżni.

3. Sala opatrunków gipsowych jest wyposażona w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych. W sali tej zapewnia się dostęp do centralnego źródła tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru oraz stanowisko do znieczulania regionalnego i miejscowego.

**§ 10.** W skład obszaru obserwacji wchodzi co najmniej cztery stanowiska, o powierzchni wystarczającej dla prawidłowego funkcjonowania obszaru, wyposażone w:

- 1) wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające:
  - a) monitorowanie rytmu serca i oddechu,
  - b) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi,
  - c) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny,
  - d) monitorowanie temperatury powierzchniowej i głębokiej,
  - e) stosowanie biernej tlenoterapii,
  - f) prowadzenie infuzji dożylnych;
- 2) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym;
- 3) defibrylator półautomatyczny;
- 4) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku;
- 5) elektryczne urządzenie do odsysania, co najmniej jedno na cztery stanowiska.

**§ 11.** 1. W skład obszaru konsultacyjnego wchodzi gabinety lub boksy badań lekarskich w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru. 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.** 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 wewnętrznej;
- 3) zaplecze socjalne oraz sanitarno-higieniczne dla członków zespołów ratownictwa medycznego;
- 4) magazyn sprzętu;
- 5) miejsce wyposażone w źródła energii elektrycznej i wody.

**§ 13.** Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator (kierownik) oddziału i pielęgniarka oddziałowa;
- 2) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania 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.

**§ 14.** W zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu szpitalny oddział ratunkowy spełnia także wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

**§ 15.** Podmioty lecznicze dostosowują oddziały do wymagań określonych w § 3 ust. 7-10 w terminie do dnia 1 stycznia 2014 r.

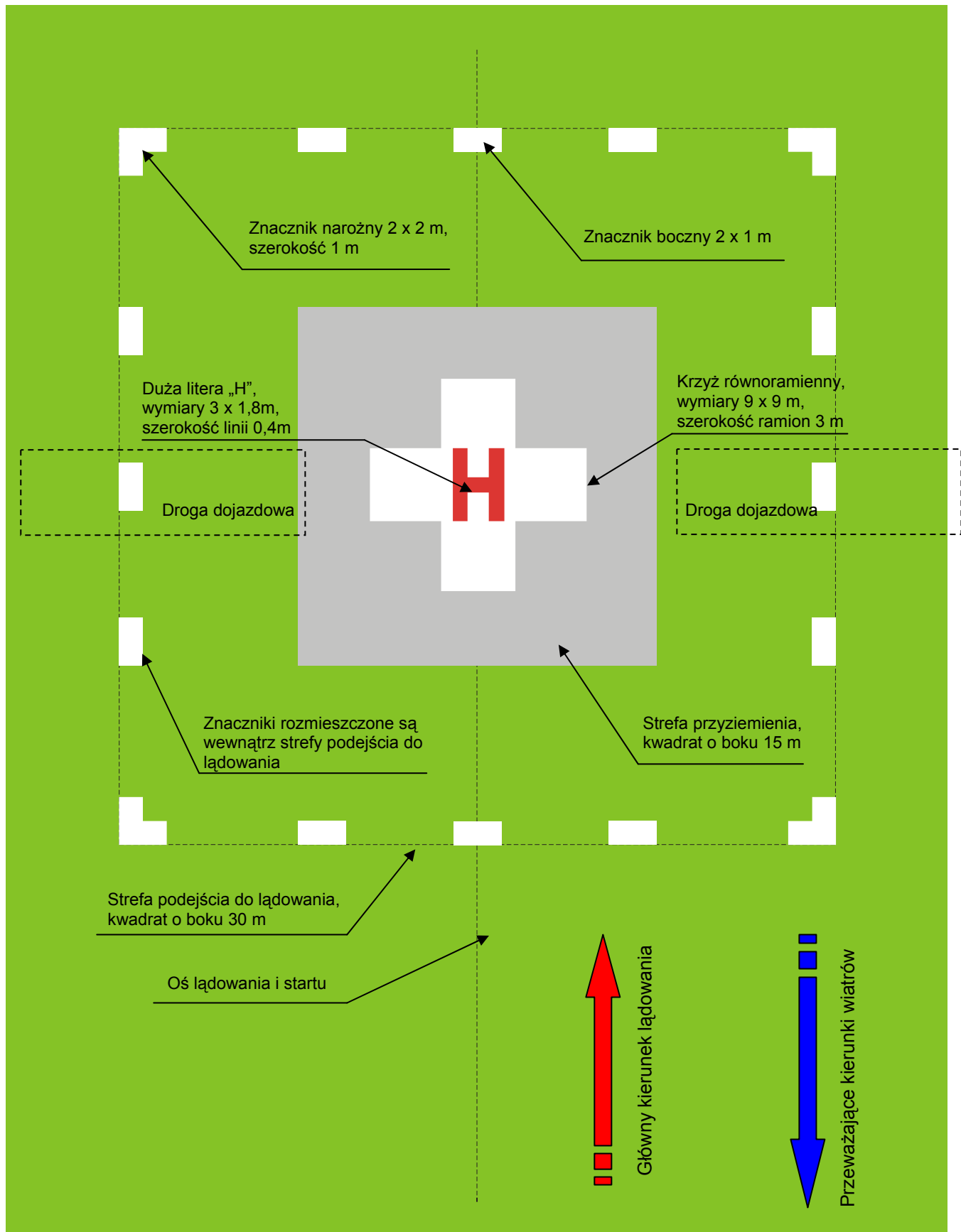
**§ 16.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365).

**§ 17.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

### **Wymagania dla lądowisk szpitalnych oddziałów ratunkowych**

1. Lądowisko wyznaczone jest przez strefę podejścia do lądowania i startu, którą stanowi płaska, pozioma, niepyłająca nawierzchnia (niepokryta piaskiem, żwirem, kamieniami lub innym luźnym materiałem), utwardzona lub trawiasta, wolna od przeszkód, w kształcie kwadratu o wymiarach 30 x 30m. Strefa podejścia do lądowania i startu wyznaczona jest przez umieszczone wewnątrz jej krawędzi znaczniki narożne i boczne. Znaczniki powinny być w kolorze białym i utwardzone (beton, asfalt odporny na działanie wysokich temperatur lub kostka brukowa), o wymiarach: znaczniki narożne - 2 x 2 m, znaczniki boczne - 2 x 1 m, szerokość linii – 1 m.
2. W środku strefy podejścia do lądowania i startu znajduje się strefa przyziemienia. Jest to płaska, pozioma, niepyłająca, utwardzona nawierzchnia (beton, asfalt odporny na działanie wysokich temperatur lub kostka brukowa), wolna od przeszkód, w kształcie kwadratu o wymiarach 15 x 15m.
3. W środku strefy lądowania namalowany jest krzyż równoramienny, koloru białego o wymiarach: 9 x 9 m, szerokości ramion 3 m.
4. W środku krzyża namalowana jest duża litera „H”, koloru czerwonego, ustawiona zgodnie z kierunkiem osi lądowania i startu, o wymiarach: wysokość - 3m, szerokość 1,8 m, szerokość linii 0,4 m.
5. Do miejsca lądowania śmigłowca prowadzi droga dojazdowa. W przypadku trawiastej strefy podejścia do lądowania i startu, droga dojazdowa umożliwi dojazd do strefy przyziemienia. Zaleca się, aby droga dojazdowa nie leżała w osi lądowania i startu. Droga powinna dochodzić z boku, prostopadłe do miejsca lądowania śmigłowca.
6. Schemat lądowiska i jego oznaczeń określa Rysunek 1.



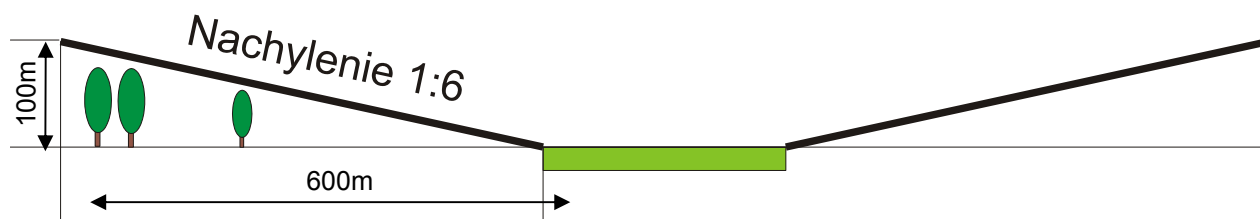
Rysunek 1. Schemat oznaczenia lądowiska

7. Przeszkody usytuowane na osi lądowania i startu, nie mogą być wyższe, niż wynika to z granicznej płaszczyzny o nachyleniu 1:6 w stosunku do poziomu lądowiska. Maksymalne wysokości tych przeszkód określa Tabela 1.

Odległość przeszkody od strefy podejścia do lądowania i startu [m]	2	6	12	50	100	200	400	600
Maksymalna wysokość przeszkody, ponad poziom lądowiska [m]	0,33	1	2	8,33	16,67	33,33	66,67	100

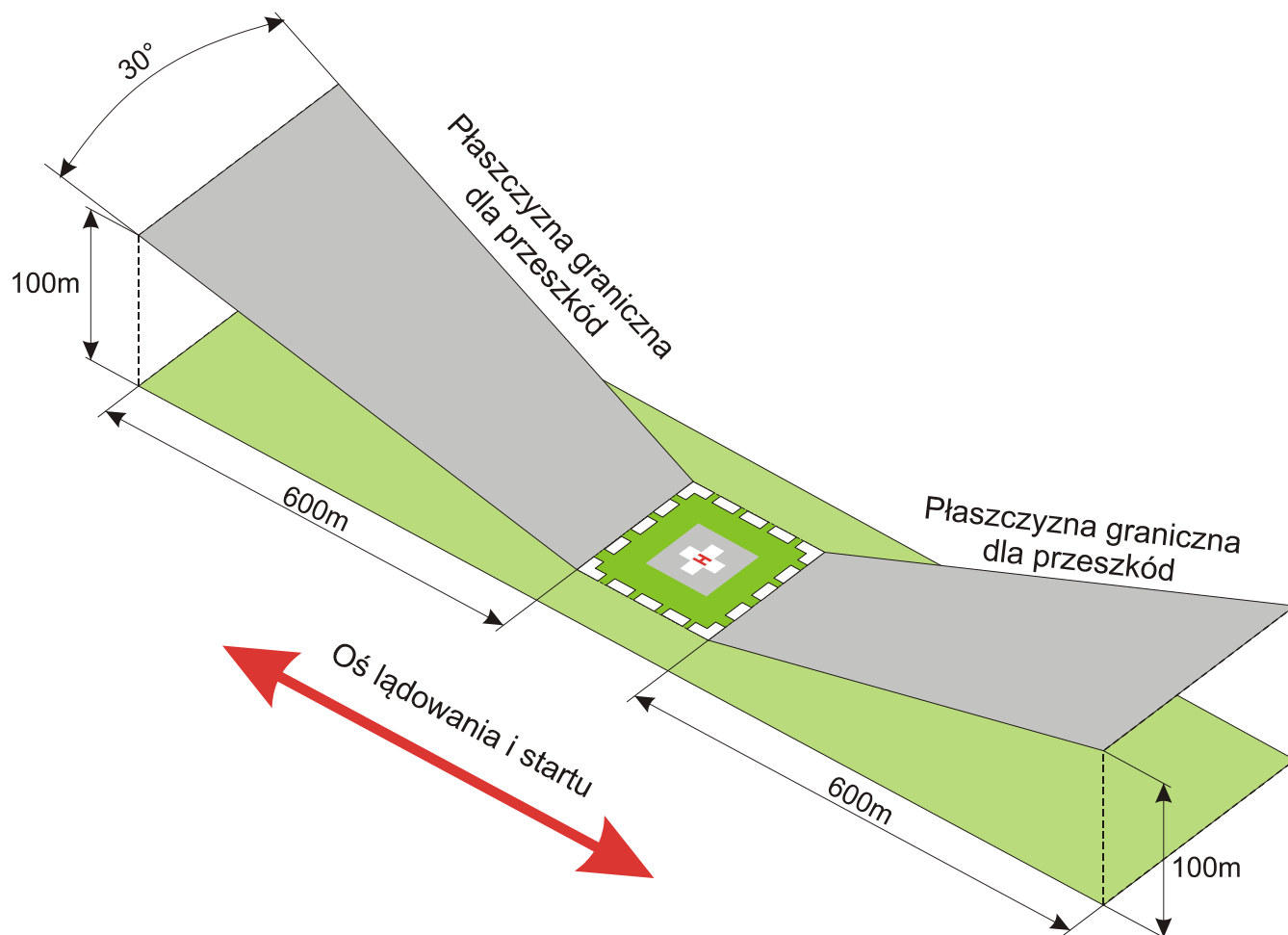
Tabela 1. Przeszkody w osi lądowania i startu

Płaszczyzna ograniczająca przeszkody w osi lądowania i startu, rozszerza się pod kątem 30° w stosunku do krawędzi bocznych strefy podejścia do lądowania i startu. Zaleca się unikania przeszkód punktowych (maszty, kominy, pojedyncze drzewa) w osi lądowania i startu. Schematy położenia płaszczyzn ograniczających przeszkody w osi lądowania i startu określają Rysunek 2 i Rysunek 4.



Rysunek 2. Powierzchnie ograniczające przeszkody w osi lądowania i startu





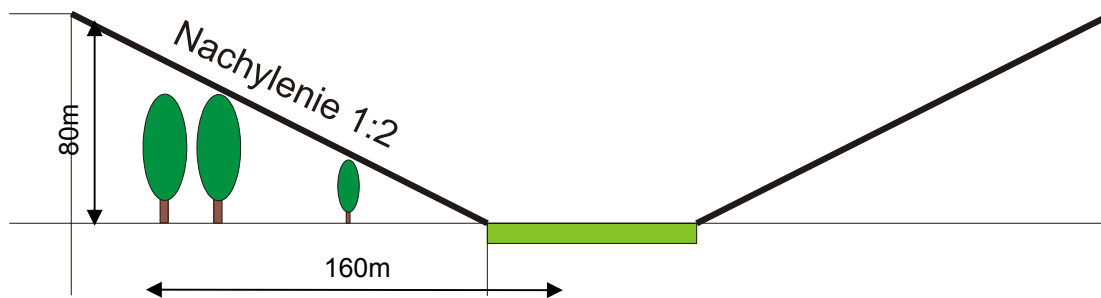
Rysunek 4. Powierzchnie ograniczające przeszkody w osi lądowania i startu

8. Przeszkody usytuowane po bokach od osi lądowania i startu, nie mogą być wyższe niż wynika to z granicznej płaszczyzny o nachyleniu 1:2 w stosunku do poziomu lądowiska. Maksymalne wysokości tych przeszkód określa Tabela 2.

Odległość przeszkody od strefy podejścia do lądowania i startu [m]	2	5	10	15	25	50	100	160
Maksymalna wysokość przeszkody, ponad poziom lądowiska [m]	1	2,5	5	7,5	12,5	25	50	80

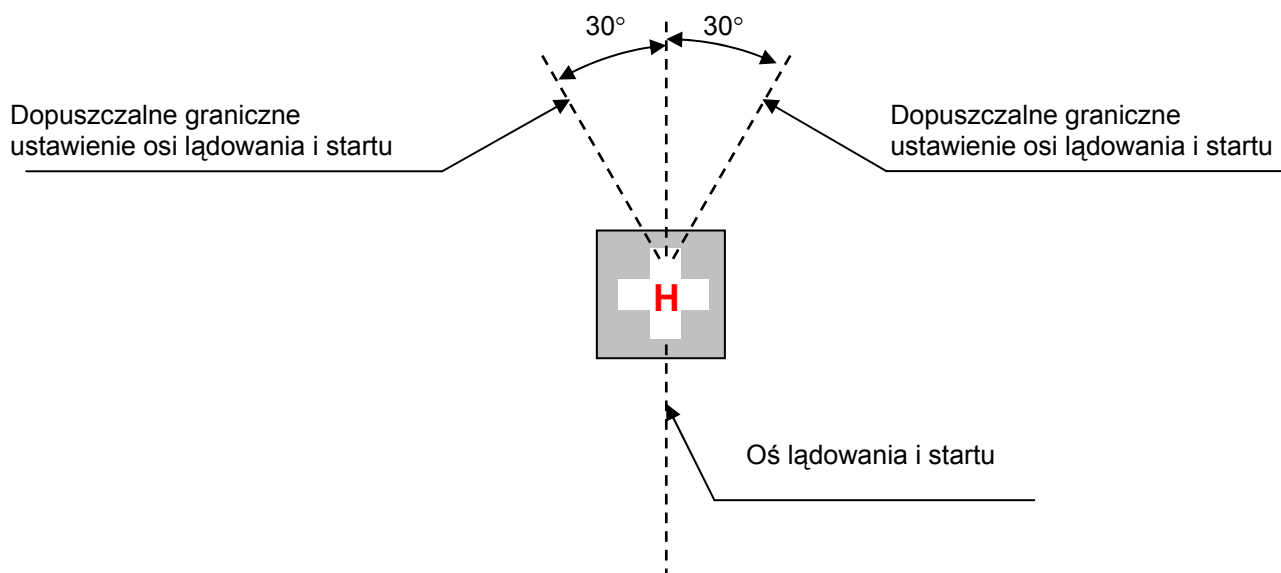
Tabela 2. Przeszkody boczne w stosunku do osi lądowania i startu

Schemat położenia płaszczyzn ograniczających przeszkody usytuowane po bokach od osi lądowania i startu określa Rysunek 3.



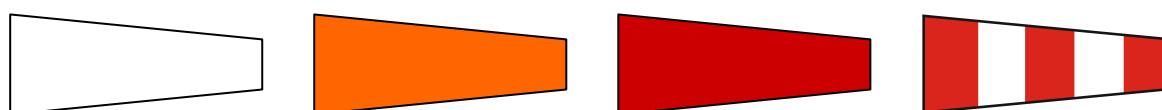
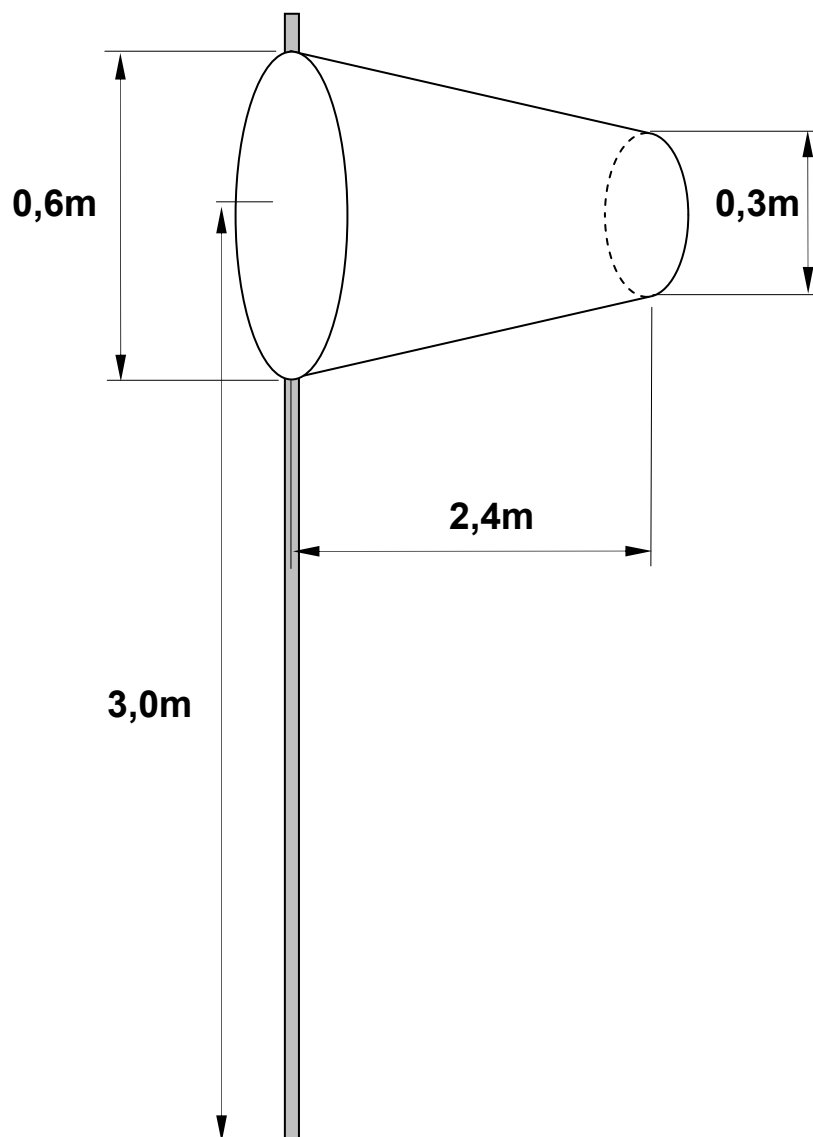
Rysunek 3. Powierzchnie ograniczające przeszkody z boku od osi lądowania i startu

9. Oś lądowania i startu lądowiska powinna być zgodna z przeważającymi kierunkami wiatru na danym terenie. Zaleca się, aby kierunki startów i lądowań leżały na jednej prostej. Dopuszcza się skrócenie kierunku startu w stosunku do kierunku lądowania o maksymalnie  $30^\circ$  w prawo lub w lewo, zgodnie z Rysunkiem 5.



Rysunek 5. Powierzchnie ograniczające przeszkody w osi lądowania i startu

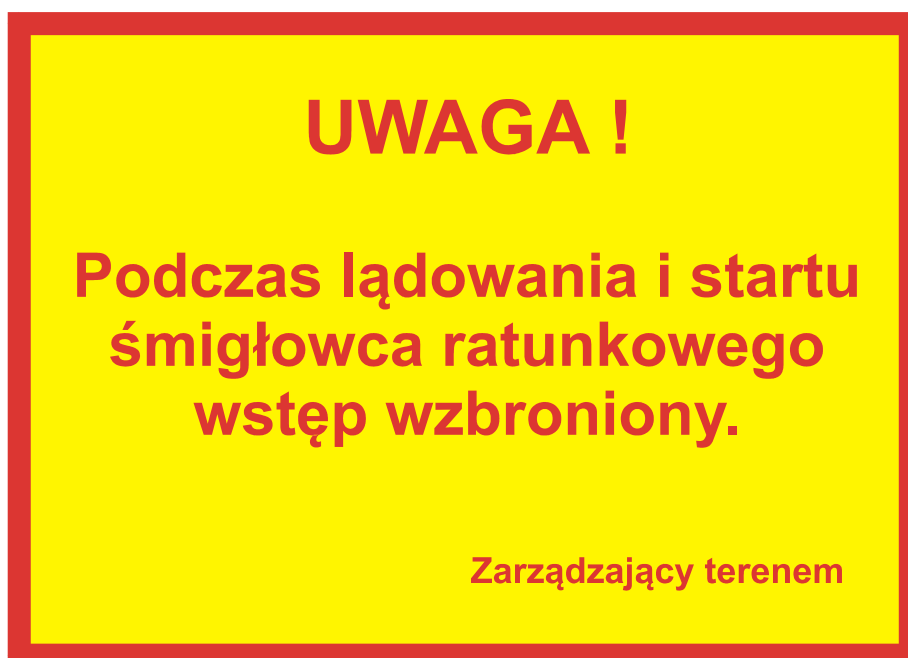
10. Z prawej strony strefy podejścia do lądowania, od strony głównego kierunku podejścia do lądowania, w odległości co najmniej 15 m od krawędzi strefy podejścia do lądowania, umieszcza się wskaźnik kierunku wiatru. Wskaźnik jest zwężającym się rękawem o długości 2,4m, o większej średnicy - 0,6 m, mniejszej - 0,3 m i wysokości masztu 3 m. Są to wymiary minimalne. Wskaźnik powinien być wykonany w jednolitym kolorze białym, pomarańczowym lub czerwonym. Dopuszcza się wykonanie wskaźnika w dwóch kontrastowych kolorach (białym i pomarańczowym lub białym i czerwonym), w postaci pięciu poprzecznych pasów, przy czym skrajne pasy są wykonane w kolorze pomarańczowym lub czerwonym. Kształt, wymiary i kolorystyka wskaźnika określa Rysunek 6.



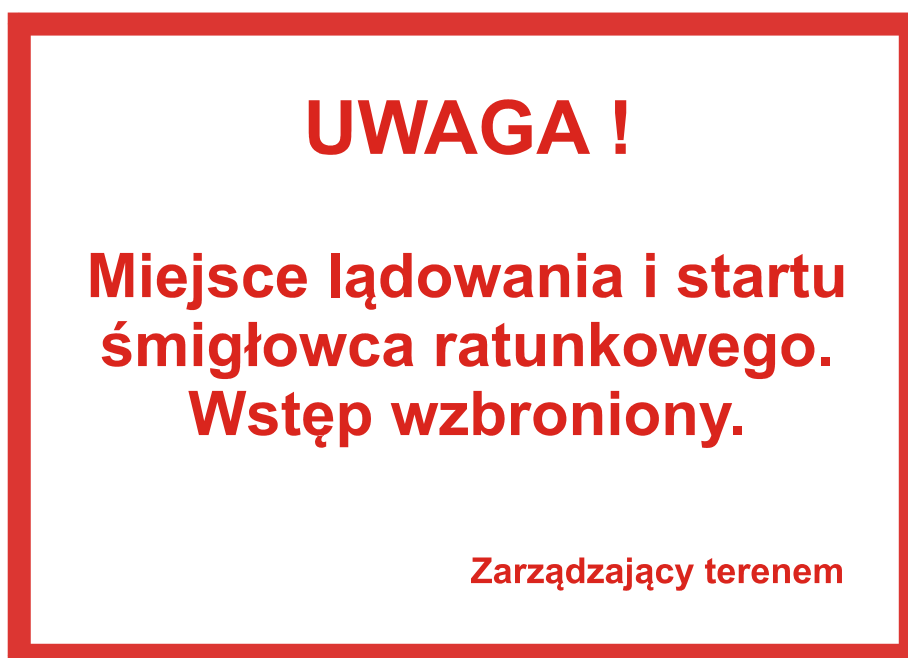
Rysunek 6. Wskaźnik kierunku wiatru

Wskaźnik kierunku wiatru ustawia się w miejscu wolnym od przeszkód, które mogłyby wprowadzać błąd w jego wskazaniach (wskaźnik nie może być osłonięty od wiatru). Zaleca się montowanie drugiego wskaźnika na dachu najwyższego budynku położonego w pobliżu lądowiska.

11. Lądowisko oznacza się co najmniej dwiema tablicami informacyjnymi, zgodnymi z wzorem określonym na Rysunku 7 - dla lądowiska położonego na terenie ogólnodostępnym oraz na Rysunku 8 - dla lądowiska położonego na terenie zamkniętym. Kolor liter i tła dowolny, lecz kontrastujący ze sobą. Dopuszcza się umieszczanie na tablicach symboli graficznych (śmigłowiec, logo szpitala itp.). Tablice o wymiarach 297 X 420 mm.

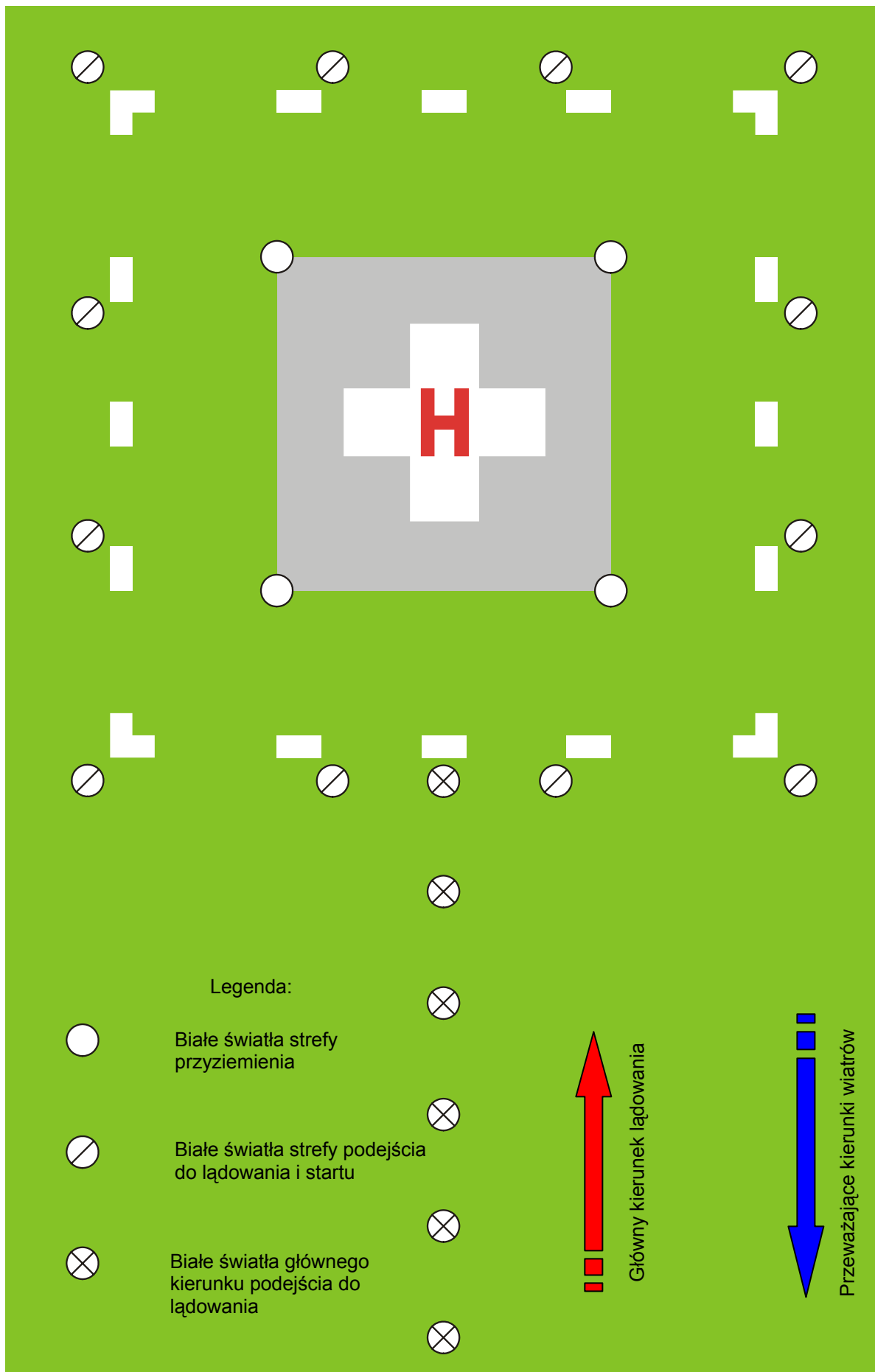


Rysunek 7. Tablica informacyjna dla lądowiska na terenie ogólnodostępnym



Rysunek 8. Tablica informacyjna dla lądowiska na terenie zamkniętym

12. Lądowisko wykorzystywane do lądowań i startów śmigłowców ratunkowych w nocy (między zachodem a wschodem słońca), wyposaża się w integralny system oświetlenia, w skład którego chodzą:
- a) światła strefy przyziemienia – cztery lampy, świecące w kolorze białym, rozmieszczone w rogach strefy przyziemienia; lampy powinny być zagłębione;
  - b) światła strefy podejścia końcowego i startu – lampy świecące w kolorze białym, rozmieszczone w odstępach co 10 m, po zewnętrznej stronie strefy podejścia końcowego i startu, w odległości 1m od krawędzi tej strefy; lampy powinny być zagłębione lub naziemne, lecz nie mogą wystawać więcej niż 25 cm ponad poziom lądowiska;
  - c) światła podejścia – sześć lamp świecących w kolorze białym, rozmieszczonych co 5m wzdłuż osi podejścia do lądowania i startu, ustawione na głównym kierunku podejścia do lądowania; lampy powinny być zagłębione lub naziemne, lecz nie mogą wystawać więcej niż 25 cm ponad poziom lądowiska;
  - d) oświetlony światłem białym wskaźnik kierunku wiatru ;
  - e) światła przeszkodowe – lampy koloru czerwonego, umieszczone na obiektach mogących stanowić przeszkodę stałą, w tym na wskaźniku kierunku wiatru;
  - f) lampa identyfikacyjna lądowiska – dookólna lampa błyskowa, świecąca w kolorze białym, umieszczona w pobliżu strefy podejścia końcowego i startu, w sposób uniemożliwiający oślepienie załogi śmigłowca ratunkowego; zaleca się instalację lampy na dachu budynku stojącego w bezpośredniej bliskości lądowiska.
- Integralny system oświetlenia spełnia wymagania określone w załączniku nr 14 tom II do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym. Schemat integralnego systemu oświetlenia określa Rysunek 9.



Rysunek 9. Schemat rozmieszczenia oświetlenia na lądowisku

## 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, z późn. zm.).

Powyższe rozporządzenie zastępuje dotychczas obowiązujące. Zakres zmian wprowadzanych w wymaganiach dla szpitalnego oddziału ratunkowego spowodował konieczność opracowania nowego projektu rozporządzenia nie zaś nowelizacji obecnie obowiązującego. Wymagania w określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego powinny zostać spełnione do końca 2011 r., zgodnie z art. 62 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Obecnie około 26% oddziałów spełnia wszystkie wymagania ustawowe. Reszta szpitalnych oddziałów ratunkowych w różnym zakresie nie jest w stanie spełnić do końca 2011 roku wszystkich warunków określonych w obowiązującym rozporządzeniu - w szczególności trudności dotyczą dysponowania lądowiskiem dla śmigłowca. Projekt rozporządzenia w tym zakresie, przygotowywany we współpracy z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, wprowadza przepisy odnoszące się do lotnisk i lądowisk. Rozporządzenie doprecyzowuje wymagania dotyczące dysponowania przez szpitalny oddział ratunkowy (dalej SOR) całodobowym lotniskiem odpowiadającym przepisom ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696 z późn. zm.) oraz załącznika nr 14 tom II do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym. W przypadku braku możliwości wybudowania przez SOR lotniska, dopuszcza się możliwość dysponowania lądowiskiem, przy czym szczegółowe wymagania dla lądowiska zostały określone w załączniku do rozporządzenia. Rozporządzenie zacznie obowiązywać w terminie 14 dni od dnia jego ogłoszenia, z tym, że wymagania dotyczące lotnisk i lądowisk będą musiały być spełnione do dnia 1 stycznia 2014. Projekt rozporządzenia wprowadza okres przejściowy na dostosowanie tych obiektów do wymagań rozporządzenia. Prace budowlane w tym zakresie trwają, przy czym 110 podmiotów leczniczych buduje lotniska lub lądowiska w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia* Działania 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*. W ramach tego programu finansowane jest zadanie polegające m. in. na budowie lądowisk dla śmigłowców. Realizacja ostatnich projektów zakończy się w roku 2013. Zasadne jest więc wprowadzenie okresu dostosowawczego na dokończenie rozpoczętych inwestycji, zachowanie możliwości realizacji świadczeń w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz spełnienie kryterium trwałości projektu. Przepisy dotyczące odległości lotniska lub lądowiska od SOR zostały zachowane.

Zrezygnowano z przepisów wskazujących na konkretną minimalną powierzchnię pomieszczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym (obszar resuscytacyjno-zabiegowy, sala

zabiegowa, pomieszczenia sali opatrunków gipsowych, obszar obserwacji), wyrażoną w metrach kwadratowych, zastępując to ogólnym, lecz bardziej funkcjonalnym przepisem umożliwiającym dostosowanie obszarów do rzeczywistych potrzeb wszystkich szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Pozostały zakres zmian w odniesieniu do rozporządzenia z 15 marca 2007 r. dotyczy:

- konieczności posiadania oddziału pediatrii oraz oddziału chirurgii dziecięcej w przypadku szpitali dla dzieci, zamiast oddziału chorób wewnętrznych i oddziału chirurgii ogólnej. Dotychczas rozporządzenie stanowiło, że SOR lokalizuje się w szpitalu posiadającym m. in. oddział chorób wewnętrznych i oddział chirurgii ogólnej, co nie odpowiadało strukturze organizacyjnej szpitali dziecięcych (§ 4 ust. 1 pkt 1 i 2);
- zapewnienia całodobowego dostępu do badań pomiaru parametrów krytycznych, radiologicznych, endoskopowych, w tym w szczególności: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii i laryngoskopii oraz ultrasonograficznych (§ 4 ust. 3). Tym samym zrezygnowano z wydzielenia jednego obszaru laboratoryjno-diagnostycznego;
- obowiązku zapewnienia łączności z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksowej łączności wewnętrz szpitalnej, oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim w zakresie łączności radiowej § 6 ust. 2 pkt 1;
- zmieniono nazwę obszaru „terapii natychmiastowej” na obszar „interwencji zabiegowej”, pozostawiając wyłącznie funkcjonalny opis wyposażenia tego obszaru związanego z wykonywanymi w tym obszarze zadaniami. Obszar składać się będzie jak dotychczas z sali zabiegowej i sali opatrunków gipsowych, a jego przeznaczeniem będzie (jak dotychczas) wykonywanie drobnych zabiegów chirurgicznych oraz zakładanie opatrunków gipsowych, w tym co najmniej w znieczuleniu miejscowym i regionalnym (§ 9).

Rozporządzenie umożliwi organizację obszaru wstępnej intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii pod warunkiem wydzielenia w OAIT jednego stanowiska intensywnej terapii na potrzeby SOR. Dotychczas w obszarze wstępnej intensywnej terapii musiały się znajdować co najmniej dwa stanowiska intensywnej terapii, bez możliwości zorganizowania ich na bazie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Zasadnym wydaje się pozostawienie do decyzji kierownika podmiotu leczniczego organizację optymalnej oraz stosownej do potrzeb liczby stanowisk, bowiem nie ma uzasadnienia dla mnożenia drogich w utrzymaniu i wyposażeniu stanowisk intensywnej terapii w szpitalach przyjmujących mniejszą liczbę osób w nagłym stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co wiąże się także z koniecznością zapewnienia odrębnego, stałego nadzoru wykwalifikowanej kadry medycznej najczęściej anestezjologicznej.

Zrezygnowano ponadto z organizowania w oddziale obszaru laboratoryjno-diagnostycznego,



z pozostawieniem zapisów o obowiązku zapewnienia całodobowego dostępu do badań laboratoryjnych i obrazowych, w tym także wykonywanych przyłóżkowo.

Powyższe zmiany umożliwią właściwe funkcjonowanie szpitalnego oddziału ratunkowego dostosowując minimalne wymagania do możliwości i potrzeb zarówno mniejszych szpitali, gdzie przyjmowanych jest niewielu pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jak i większych, w których liczba pacjentów przyjmowanych w ciągu doby przekracza niejednokrotnie 100 osób.

Termin wejścia w życie rozporządzenia wynika z procedury postępowania prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Postępowanie to winno uwzględniać przepisy projektowanego rozporządzenia. Zmiany zawarte w projekcie umożliwią właściwe funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych dostosowując minimalne wymagania do możliwości i potrzeb zarówno mniejszych szpitali, gdzie przyjmowanych jest niewielu pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jak i większych placówek. Wejście w życie projektowanego rozporządzenia leży w interesie świadczeniodawców, gdyż pozwoli na kontynuację od 1 stycznia 2012 r. realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz w interesie świadczeniobiorców, gdyż zabezpieczy ciągłość dostępu do świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Wejście w życie rozporządzenia z dniem jego ogłoszenia jest uzasadnione ważnym interesem państwa, polegającym na zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, i nie narusza zasad demokratycznego państwa prawnego, a tym samym pozostaje w zgodzie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2002 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 17, poz. 95 z późn. zm.).

Projekt nie podlega notyfikacji oraz 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

### 1. Podmioty, na które oddziałuje ustawa.

Wejście w życie przepisów projektowanego rozporządzenia będzie oddziaływać na podmioty lecznicze posiadające w swoich strukturach szpitalne oddziały ratunkowe.

### 2. 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, Polską Radę Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

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

### 3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

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

### 4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

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

### 5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

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

### 6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

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

### 7. 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.

### 8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.