

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia r.

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 2) szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych;
- 3) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych;
- 4) 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:

- 1) przetransportowanych przez:
 - a) zespoły ratownictwa medycznego,
 - b) jednostki współpracujące z systemem,
 - c) zespoły wyjazdowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1870 oraz z 2019 r. poz. 61 i 125);
- 2) zgłaszających się samodzielnie.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1115, 1544, 1629 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 15, 60, 235, 399 i 730.

2. W oddziale nie odbywają się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym.

§ 3. 1. Oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielonym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

2. Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego są zadaszone, podjazd 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. Zapewnia się bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego pod oddział.

4. Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego organizuje się niezależnie od innych wejść i podjazdów do szpitala, przystosowując je również do potrzeb osób niepełnosprawnych.

5. Lokalizacja oddziału zapewnia łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem 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 całodobowe 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 art. 93 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2, 4, 5 i 9 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2018 r. poz. 1183, 1629 i 1637 oraz z 2019 r. poz. 235 i 730), w wytycznych i instrukcjach wydawanych przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego na podstawie art. 21 ust. 2 pkt 16 i art. 23 ust. 2 pkt 2 tej ustawy 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 oddział zabezpieczy specjalistyczny środek transportu sanitarnego, a czas trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego do oddziału, nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu przekazania pacjenta przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego do specjalistycznego środka transportu sanitarnego.

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

- 1) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, a w przypadku szpitala, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 1629 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 952), udziela świadczeń zdrowotnych osobom do 18 r. ż. lub osobom po ukończeniu 18 r. ż, którym świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń – oddział chirurgii dziecięcej;
- 2) oddział chorób wewnętrznych, a w przypadku szpitala, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, udziela świadczeń zdrowotnych osobom do 18 r. ż. lub osobom po ukończeniu 18 r. ż, którym świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń – oddział pediatrii;
- 3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku szpitala, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, udziela świadczeń zdrowotnych osobom do 18 r. ż. lub osobom po ukończeniu 18 r. ż, którym świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń – oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci;
- 4) pracownia diagnostyki obrazowej, zapewniająca całodobowy dostęp do badań RTG, USG i tomografii komputerowej.

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

3. Na minimalne wyposażenie oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań składa się:

- 1) analizator parametrów krytycznych;
- 2) przyłózkowy zestaw RTG;
- 3) przewoźny ultrasonograf.

4. W lokalizacji szpitala, w którym znajduje się oddział zapewnia się całodobowy, niezwłoczny dostęp do:

- 1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- 2) badania tomografii komputerowej wraz z opisem;
- 3) badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

§ 5. 1. W skład oddziału wchodzi obszary:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowy;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjny;
- 7) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

2. W oddziale zapewnia się możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną.

§ 6. 1. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego w celu zapewnienia:

- 1) przeprowadzenia wstępnej oceny osób, o których mowa w § 2 ust. 1, i bezkolizyjnego transportu tych osób do innych obszarów oddziału lub do innego oddziału szpitala;
- 2) jednoczesnego przyjęcia, rejestracji i segregacji medycznej co najmniej czterech osób, o których mowa w § 2 ust. 1;
- 3) warunków niezbędnych do przeprowadzenia wywiadu z zespołami lub jednostkami, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, lub z osobą jej towarzyszącą.

2. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewnia się odpowiednią liczbę desek ortopedycznych z kompletem pasów, na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego.

3. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewnia się:

- 1) środki łączności na potrzeby łączności z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, centrum urazowym dla dzieci oraz z jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzszpitalną oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim;
- 2) system bezprzewodowego przywoływania osób, o których mowa w § 12;
- 3) sprzęt niezbędny do rejestracji i segregacji medycznej osób, o których mowa w § 2 ust. 1, w ilości niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym: automat biletowy, wyświetlacz zbiorczy, terminal stanowiskowy, wyświetlacz stanowiskowy, nabiurkowa drukarka do biletów, tablety medyczne dla osób przeprowadzających segregację medyczną;
- 4) co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- 5) stanowisko dekontaminacji.

4. W przypadku braku możliwości zlokalizowania stanowiska dekontaminacji w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, dopuszcza się odstępianie od tego wymagania, pod warunkiem zapewnienia możliwości niezwłocznego zorganizowania czasowego stanowiska dekontaminacji możliwie najbliżej wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, w przypadku konieczności przeprowadzenia dekontaminacji.

5. Osoby, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2:

- 1) pobierają w automacie biletowym bilet z oznaczeniem indywidualnego numeru oraz czasu przybycia do oddziału;
- 2) są rejestrowane na stanowisku rejestracji medycznej;
- 3) są poddawane segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan jest oceniany pod kątem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 8;
- 4) oczekują na kolejne etapy udzielenia im świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 ust. 1.

6. Segregację medyczną osób, o których mowa w § 2 ust. 1, przeprowadza pielęgniarka lub ratownik medyczny przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych

służących ocenie stanu zdrowia pacjenta i zakwalifikowaniu go do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 8, z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, o którym mowa w art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

7. W razie potrzeby pielęgniarka lub ratownik medyczny, o których mowa w ust. 6, dokonują dodatkowo pomiaru poziomu glukozy we krwi włośniczkowej i temperatury ciała oraz wykonują badanie EKG.

8. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej pacjent jest przydzielany do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia mu świadczeń zdrowotnych, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony;
- 5) kolor niebieski.

9. Pacjenci oddziału pozostają na jego terenie pod opieką pielęgniarki lub ratownika medycznego, o których mowa ust. 6, i w razie potrzeby są poddawani ponownej segregacji medycznej, przy czym w odniesieniu do pacjentów przypisanych do kategorii oznaczonych kolorem zielonym i niebieskim, ponowną segregację medyczną wykonuje się nie rzadziej niż jeden raz w ciągu każdej godziny oczekiwania pacjenta na pierwszy kontakt z lekarzem.

10. Pielęgniarka lub ratownik medyczny, o których mowa w ust. 6, informują pacjenta lub osobę mu towarzyszącą o przydzielonej kategorii (kolorze) oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem. Osoby, którym przydzielono kolor zielony lub niebieski mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jeżeli miejsca takie znajdują się w lokalizacji oddziału.

11. Za osoby przewiezione do oddziału przez zespoły lub jednostki, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, czynności, o których mowa w ust. 5 pkt 1, dokonuje członek tego zespołu lub jednostki.

12. Czas rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi w oddziale jest odnotowywany przez lekarza w systemie, o którym mowa w art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

§ 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 jednego stanowiska resuscytacyjnego stanowi:

- 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) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca;
- 5) zestaw do przetaczania i dawkowania leków i płynów oraz zestaw do szybkiego przetaczania płynów;
- 6) elektryczne urządzenie do ssania;
- 7) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru na stanowisko;
- 8) aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta;
- 9) zestaw do trudnej intubacji.

4. Na wyposażeniu obszaru resuscytacyjno-zabiegowego pozostają:

- 1) respirator transportowy – jeden na dwa stanowiska;
- 2) respirator stacjonarny – jeden na obszar;
- 3) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych – jeden na dwa stanowiska.

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

- 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 umożliwiające wykonywanie zadań określonych w ust. 1.

§ 9. 1. Obszar terapii natychmiastowej składa się z sali:

- 1) zabiegowej;
- 2) opatrunków gipsowych.

2. Pomieszczenie sali zabiegowej 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 składają się:

- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
- 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym;
- 3) nie mniej niż po dwa gniazda poboru tlenu, powietrza i próżni;
- 4) nie mniej niż osiem gniazd poboru energii elektrycznej;
- 5) zestaw niezbędnych narzędzi chirurgicznych na jedno stanowisko.

4. Sala opatrunków gipsowych jest wyposażona w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych, dostęp do źródła tlenu, powietrza i próżni; w sali opatrunków gipsowych zapewnia się przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulania z wyposażeniem.

§ 10. 1. 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.

2. Wymaganie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, nie dotyczy oddziału znajdującego się w szpitalu, który zgodnie z postanowieniami regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, udziela świadczeń zdrowotnych osobom do 18 r. ż. lub osobom po ukończeniu 18 r. ż, którym świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń.

§ 11. 1. W skład obszaru konsultacyjnego wchodzi gabinet lub boksy badań lekarskich w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru. Gabinety lub boksy wewnętrzne są połączone traktem komunikacyjnym.

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

§ 12. 1. Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem systemu;
- 2) pielęgniarka oddziałowa, będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, którzy ukończyli studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 5 i 6;
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, o którym mowa w § 6 ust. 8, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale powinien być lekarzem systemu;
- 5) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 6–10;

6) rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, o których mowa w § 6 ust. 8.

2. W sytuacji, gdy w lokalizacji oddziału są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, dopuszcza się udział personelu realizującego te świadczenia w realizacji świadczeń zdrowotnych w oddziale.

§ 13. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, oddział spełnia także wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 14. Oddziały:

1) znajdujące się w podmiotach leczniczych innych niż te, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo samorząd województwa, spełniają wymagania, o których mowa w § 6 ust. 3 pkt 3 i ust. 5–12,

2) spełniają wymagania, o których mowa w § 3 ust. 7–10, § 5 ust. 2 i w § 6 ust. 3 pkt 4
- do dnia 1 stycznia 2021 r.

§ 16. Do ładowisk wpisanych do ewidencji ładowisk przed dniem 1 lipca 2019 r. stosuje się wymagania określone w przepisach dotychczasowych.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.³⁾

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979), które utraciło moc z dniem 30 czerwca 2019 r. na podstawie art. 20 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399).

MINISTER ZDROWIA

**ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I
REDAKCYJNYM**

ALINA BUDZISZEWSKA-MAKULSKA

ZASTĘPCA DYREKTORA

DEPARTAMENTU PRAWNEGO MINISTERSTWA ZDROWIA

/PODPISANO KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM/

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia2019 r.
(Dz. U. poz.)

I. Wymagania dla lądowisk szpitalnych oddziałów ratunkowych

1. Rozróżnia się dwa typy lądowisk:

- 1) lądowisko naziemne, zlokalizowane bezpośrednio na powierzchni ziemi lub na konstrukcji, którego środek znajduje się nie wyżej niż 3,0 m ponad średnią wysokość terenu na którym znajduje się lądowisko;
- 2) lądowisko wyniesione, zlokalizowane na budynku lub na konstrukcji, którego środek znajduje się na wysokości większej niż 3,0 m ponad średnią wysokość terenu na którym jest usytuowane.

2. Konstrukcja lądowiska musi mieć zdolność przenoszenia obciążeń, wystarczającą do przyjmowania przerwanych startów śmigłowców operujących w 1 klasie osiągnięć o minimalnej masie do startu (MTOM) 6 ton.

II. Wymagania dla lądowisk naziemnych

1. Lądowiskiem jest obszar wyznaczony przez strefę podejścia końcowego i startu FATO z otaczającą ją strefą bezpieczeństwa (SA) oraz strefą przyziemienia (TLOF).

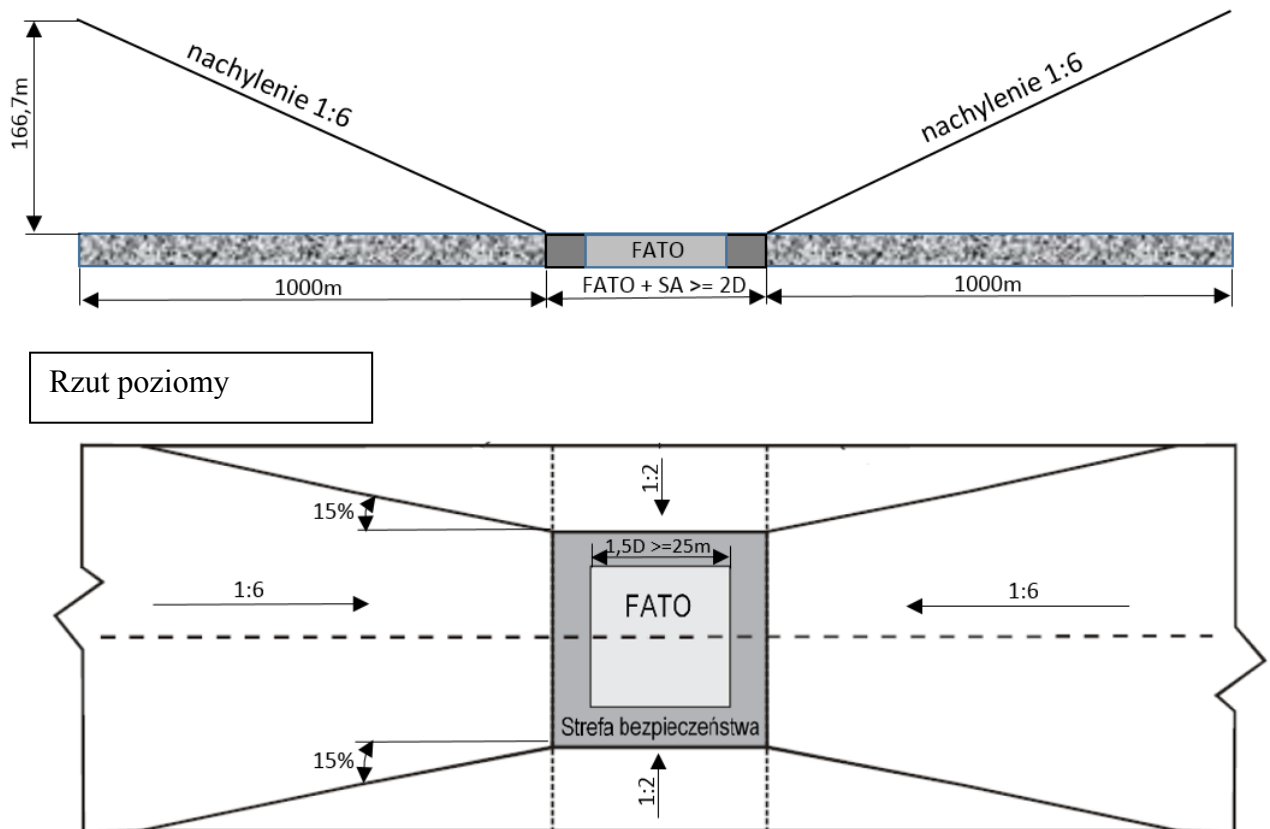
- 1) Strefę podejścia końcowego i startu FATO stanowi płaska, pozioma, niepyłająca nawierzchnia (niepokryta piaskiem, żwirem, kamieniami lub innym luźnym materiałem), utwardzona lub trawiasta wolna od przeszkód, w kształcie:
 - a) kwadratu o wymiarach co najmniej 25 m x 25 m lub 1,5D x 1,5D śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „D” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa, albo
 - b) koła o średnicy co najmniej 25 m lub równej 1,5D śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „D” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa;
- 2) Strefę bezpieczeństwa („Safety Area”) stanowi powierzchnia, która nie musi być powierzchnią stałą, a:
 - a) rozciąga się na zewnątrz od obrzeża strefy końcowego podejścia i startu FATO na odległość co najmniej 3,0 m lub 0,25 D śmigłowca, dla którego jest przeznaczone

ładowisko, gdzie „D” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa,

- b) nie znajdują się na niej obiekty stałe, z wyjątkiem obiektów łamliwych, które ze względu na swoją funkcję muszą znajdować się w tej strefie;
- 3) Strefę przyziemienia i wznoszenia TLOF, znajdującą się w środku strefy końcowego podejścia i startu FATO, stanowi płaska, pozioma, niepyląca, utwardzona nawierzchnia (beton, asfalt odporny na działanie wysokich temperatur, kostka brukowa), wolna od przeszkód, w kształcie:
- a) kwadratu o wymiarach co najmniej 15 m x 15 m lub $1,2D \times 1,2D$ śmigłowca, dla którego jest przeznaczone ładowisko, gdzie „D” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa, albo
 - b) koła o średnicy co najmniej 15 m lub $1,2D$ śmigłowca, dla którego jest przeznaczone ładowisko, gdzie „D” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa.

2. Schemat powierzchni ograniczających wysokość obiektów naturalnych i sztucznych

w otoczeniu ładowiska naziemnego dla śmigłowców określa Rysunek nr 1 .



Rysunek nr 1. Schemat powierzchni ograniczających wysokość obiektów naturalnych i sztucznych w otoczeniu lądowiska naziemnego dla śmigłowców z kierunków podejścia i wznoszenia

3. Przeszkody usytuowane na osi lądowania i startu dla lądowiska naziemnego 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.

Tabela 1. Przeszkody w osi lądowania i startu dla lądowiska naziemnego

4. Płaszczyzna ograniczająca przeszkody w osi lądowania i startu, rozszerza się o kąt równy 15 % (dywergencja) w stosunku do krawędzi bocznych strefy podejścia do lądowania i startu. Należy unikać przeszkód punktowych (maszty, kominy, pojedyncze drzewa) w osi lądowania i startu.

5. 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.

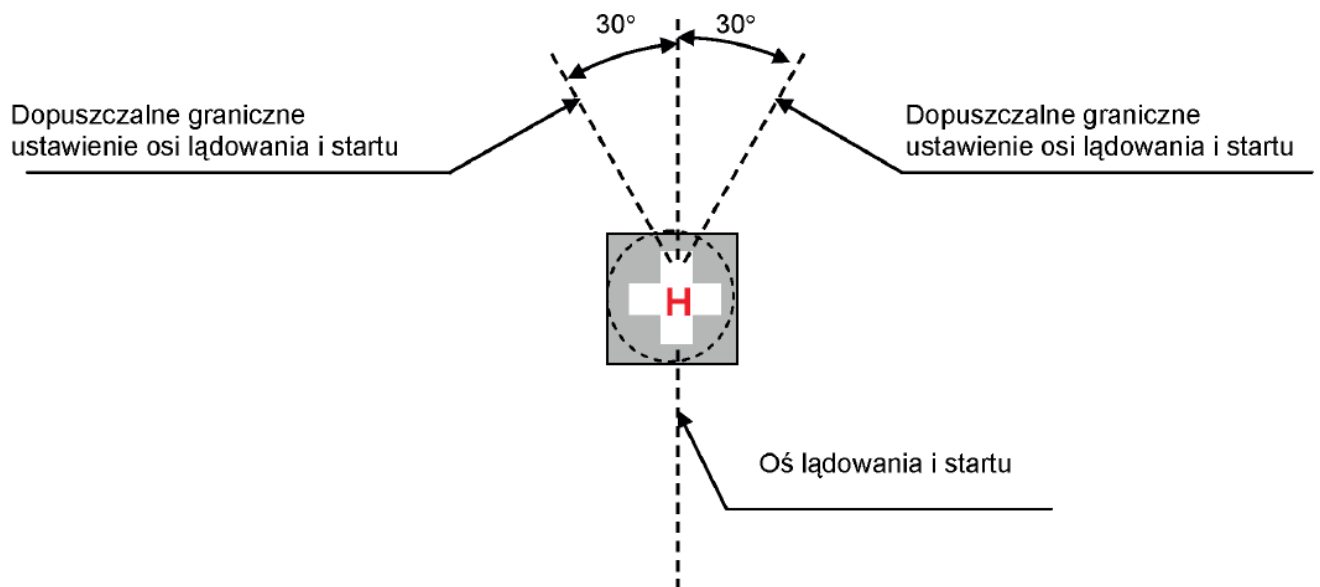
| Odległość przeszkody od strefy podejścia do lądowania i startu [m] | 2 | 5 | 10 | 15 | 25 | 50 | 100 | 160 |
|---|----------|------------|-----------|------------|-------------|-----------|------------|------------|
| Maksymalna wysokość przeszkody, ponad poziom lądowiska [m] | 1 | 2,5 | 5 | 7,5 |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

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

| | | | | | | | | | |
|--|------|---|----|------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Odległość przeszkody od strefy podejścia do lądowania i startu [m] | 2 | 6 | 12 | 50 | 100 | 200 | 400 | 600 | 1000 |
| Maksymalna wysokość przeszkody, ponad poziom lądowiska [m] | 0,33 | 1 | 2 | 8,33 | 16,67 | 33,33 | 66,67 | 100 | 166,7 |

6. W szczególnych przypadkach dopuszcza się istnienie przeszkód przebijających powierzchnię boczną, pod warunkiem, że są one zlokalizowane tylko po jednej stronie strefy FATO.

7. 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° w prawo lub w lewo, zgodnie z Rysunkiem nr 3.



Rysunek nr 3. Możliwa zmiana kierunków osi lądowania i startu

8. Do miejsca lądowania śmigłowca prowadzi droga dojazdowa. W przypadku trawiastej strefy podejścia do lądowania i startu, droga dojazdowa umożliwi dojazd do strefy przyziemienia. Droga dojazdowa nie znajduje się w osi lądowania i startu i dochodzi z boku, prostopadle do miejsca lądowania śmigłowca.

9. Sposób oznakowania poziomego lądowiska musi być zgodny z załącznikiem nr 14 tom II do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym, sporządzonej w Chicago dnia 7 grudnia 1944 r. (Dz.U. z 1959 r. Nr 35, poz. 212 i 214 z późn. zm.), zwanej dalej „Konwencją”.

10. Lądowisko wyposaża się w integralny system oświetlenia zgodny z Aneks 14 tom II Konwencji, w skład którego wchodzi:

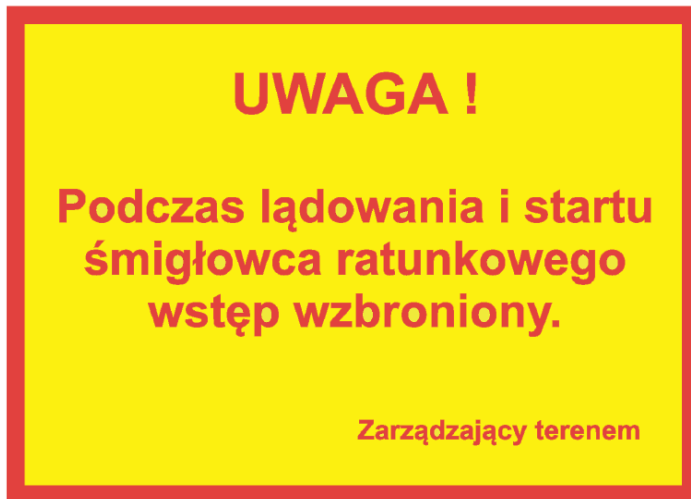
- 1) światła strefy przyziemienia i wznoszenia TLOF;

- 2) światła strefy końcowego podejścia i startu FATO;
- 3) światła podejścia:
 - a) dopuszcza się zastosowanie sześciu lamp świecących w kolorze białym, rozmieszczonych co 5 m wzdłuż osi podejścia do lądowania i startu, ustawione na głównym kierunku podejścia do lądowania, zagłębione lub naziemne, wystające ponad poziom lądowiska nie więcej niż 25 cm lub
 - b) światła podejścia mogą zostać zastąpione strzałkami kierunkowymi wyposażonymi w minimum 4 białe światła zagłębione; zaleca się stosowanie strzałek w przypadku zmiany kierunku startu w stosunku do kierunku lądowania. Wymiary strzałki określone w Aneksie 14 tom II pkt. 5.3.4.;
- 4) oświetlony światłem białym wskaźnik kierunku wiatru;
- 5) światła przeszkodowe — lampy koloru czerwonego, umieszczone na obiektach mogących stanowić przeszkodę stałą, w tym na wskaźniku kierunku wiatru;
- 6) lampa identyfikacyjna lądowiska — dookólna lampa błyskowa, świecąca w kolorze białym, umieszczona w pobliżu strefy podejścia do lądowania i startu, w sposób uniemożliwiający oślepienie załogi śmigłowca, zaleca się instalację lampy na dachu najwyższego budynku stojącego w bezpośredniej bliskości lądowiska; światło lampy musi być widoczne z pokładu śmigłowca z odległości co najmniej 5000 m w warunkach lotu VFR;
- 7) świetlne systemy wspomagające określenie kierunku i kąta podejścia do lądowania, należy zainstalować w przypadku lądowisk zlokalizowanych w miejscach wymagających precyzyjnego pozycjonowania śmigłowca podczas podejścia do lądowania.

11. W odległości co najmniej 20 m od krawędzi bocznej strefy końcowego podejścia i startu umieszcza się oświetlony światłem białym wskaźnik kierunku wiatru, posiadający również nocne oznakowanie przeszkodowe. Wskaźnik musi spełniać wymagania Aneksu 14 tom II Konwencji.

12. 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 oświetlonego wskaźnika na dachu najwyższego budynku położonego w pobliżu lądowiska. Wskaźnik kierunku lądowania musi być widoczny z lądowiska.

13. Lądowisko oznacza się co najmniej dwiema tablicami informacyjnymi, o wymiarach 297 mm x 420 mm, zgodnymi z wzorem określonym na Rysunku nr 4 — dla lądowiska położonego na terenie ogólnodostępnym oraz na Rysunku nr 5 — dla lądowiska położonego na terenie zamkniętym. Kolor liter i tła jest dowolny, lecz kontrastujący ze sobą. Dopuszcza się umieszczanie na tablicach symboli graficznych, w szczególności śmigłowca lub logo szpitala.



Rysunek nr 4. Tablica informacyjna dla lądowiska na terenie ogólnodostępnym



Rysunek nr 5. Tablica informacyjna dla lądowiska na terenie zamkniętym

14. Lądowisko musi spełniać wymagania w zakresie ratownictwa i gaszenia pożarów zgodnie z Aneks 14 tom II Konwencji.

III. Wymagania dla lądowisk wyniesionych.

1. Do projektowania lądowisk wyniesionych, realizowanych na potrzeby podmiotów leczniczych, należy stosować tak dalece jak to możliwe zasady i zalecenia zawarte w Aneksie 14 Tom II Konwencji oraz Podręczniku lotnisk dla śmigłowców (Doc 9261).

2. Lądowisko wyniesione dla śmigłowców jest to lądowisko zlokalizowane na budynku lub na konstrukcji, którego środek znajduje się na wysokości większej niż 3,0 m ponad średnią wysokość terenu na którym jest usytuowane.

3. Dla lądowisk wyniesionych wyznacza się strefę podejścia końcowego i startu FATO z otaczającą ją strefą bezpieczeństwa oraz ze strefą przyziemienia (TLOF).

- 1) Strefę podejścia końcowego i startu FATO stanowi płaska, pozioma, niepyląca, utwardzona nawierzchnia, zdolna do przenoszenia obciążeń dynamicznych, odporna na działanie podmuchu podwirnikowego oraz wolna od przeszkód, w kształcie:
 - a) kwadratu o wymiarach co najmniej 22,5 m x 22,5m lub 1,5D x 1,5D śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „D \geq 15m” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa, albo
 - b) koła o średnicy co najmniej 22,5 m lub równej 1,5D śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „D \geq 15m” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa;
- 2) Strefę bezpieczeństwa („Safety Area”) stanowi powierzchnia, która nie musi być powierzchnią stałą, a:
 - a) rozciąga się na zewnątrz od obrzeża strefy końcowego podejścia i startu FATO na odległość co najmniej 3,75 m lub 0,25 D śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „D \geq 15m” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, w zależności od tego, która z tych wartości jest większa,
 - b) nie znajdują się na niej obiekty stałe, z wyjątkiem obiektów łamliwych, które ze względu na swoją funkcję muszą znajdować się w tej strefie.
- 3) Strefę przyziemienia i wznoszenia TLOF, znajdującą się w środku strefy końcowego podejścia i startu FATO, stanowi płaska, pozioma, niepyląca, utwardzona nawierzchnia

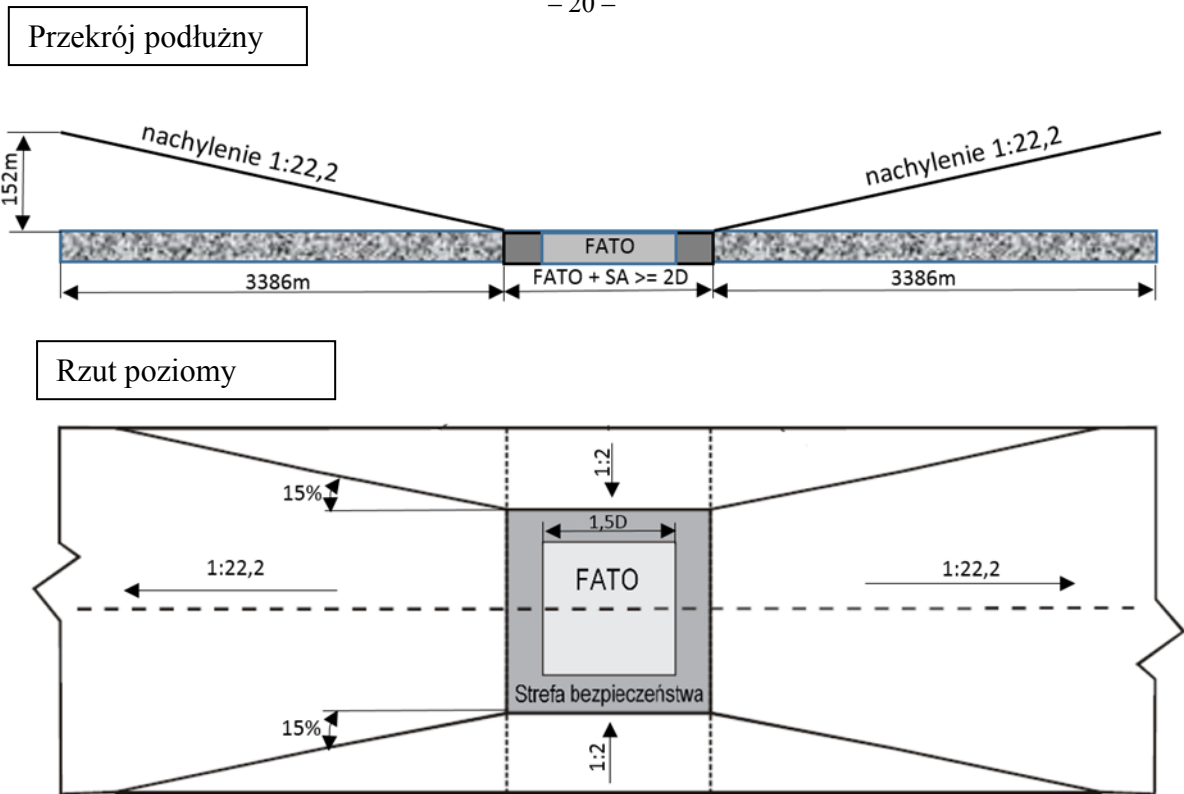
(beton, asfalt odporny na działanie wysokich temperatur, kostka brukowa), wolna od przeszkód, w kształcie:

- a) kwadratu o wymiarach co najmniej $1,2D \times 1,2D$ śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „ $D \geq 15m$ ” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca, albo
- b) koła o średnicy co najmniej $1,2D$ śmigłowca, dla którego jest przeznaczone lądowisko, gdzie „ $D \geq 15m$ ” oznacza największy gabarytowy wymiar tego śmigłowca.

4. Dla lądowisk wyniesionych strefa FATO musi zapewniać wykorzystanie wpływu ziemi.

5. Powierzchnie ograniczające wysokość przeszkód muszą być zgodne z Aneks 14 tom II Konwencji.

6. W szczególnych przypadkach dopuszcza się istnienie przeszkód przebijających powierzchnię boczną 1:2, pod warunkiem, że są one zlokalizowane tylko po jednej stronie strefy FATO.



Rysunek nr 6. Schemat powierzchni ograniczających wysokość obiektów naturalnych i sztucznych w otoczeniu lądowiska wyniesionego dla śmigłowców z kierunków podejścia i wznoszenia

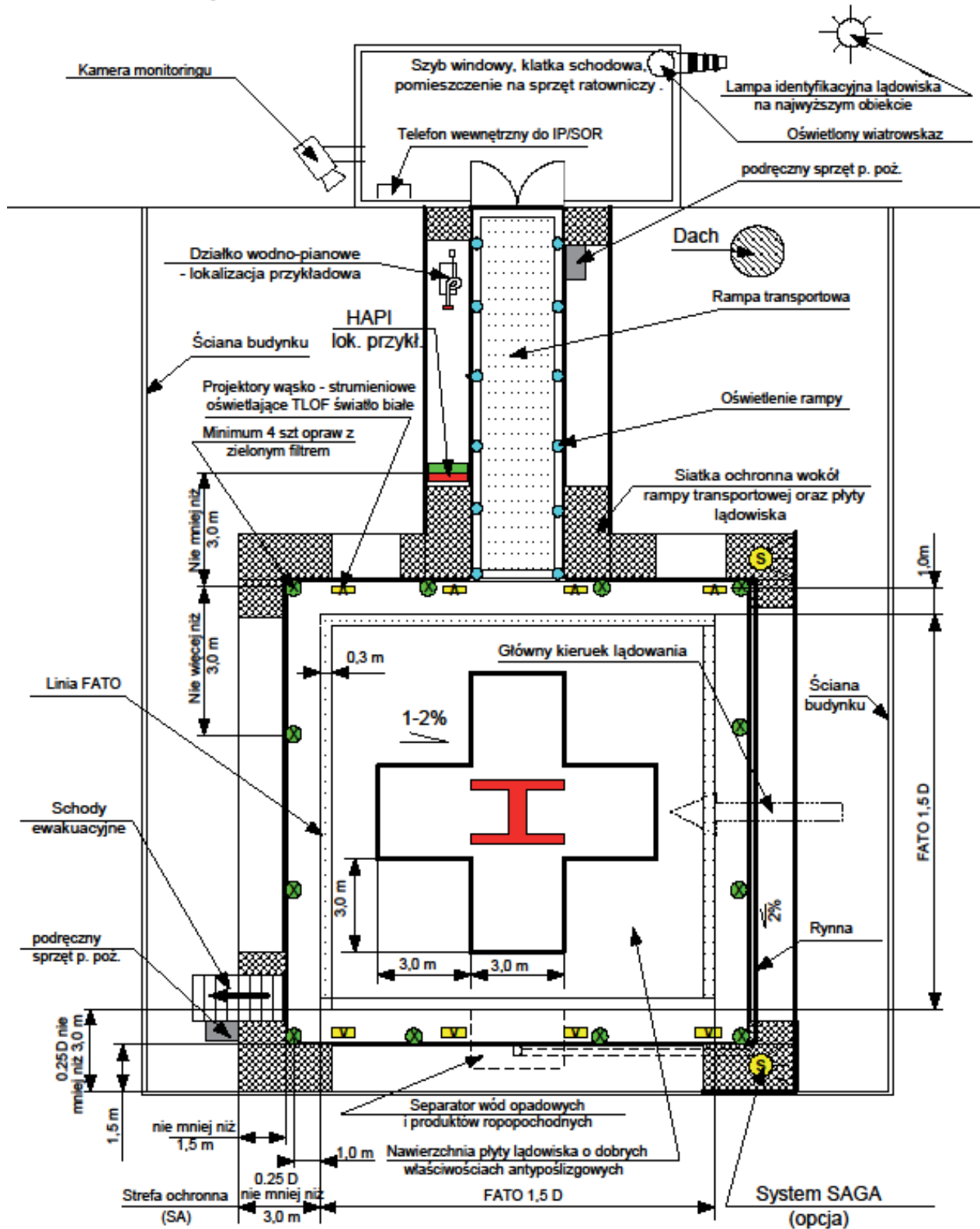
7. Oznakowanie, oświetlenie i wyposażenie lądowiska musi być zgodne z Aneksem 14 tom II Konwencji.

- a) oznakowanie winno zawierać wymiar śmigłowca D dla którego zostało zaprojektowane oraz dopuszczalną masę śmigłowca wyrażoną w tonach (t),
- b) zaleca się umieszczenie na płycie FATO oznakowania identyfikującego lub nazwy własnej lądowiska.

8. Lądowisko wyniesione musi spełniać wymagania w zakresie ratownictwa i gaszenia pożarów zgodnie z Aneksem 14 tom II Konwencji w zakresie wyposażenia jak niżej:

- a) działko wodno-pianowe gotowe do natychmiastowego użycia przez przeszkolony personel szpitala, dwa punkty p.poż. w tym jeden z wytwornicą piany ciężkiej (spełnienie warunków pkt. 6.2.10-Aneksu 14 tom II Konwencji, dla lądowisk kat H1 nie wymaga się równoczesności pracy systemów wytwarzania piany),
- b) niezabudowany Airgap o wys. min 3,0m pomiędzy spodem płyty lądowiska, a urządzeniami zainstalowanymi poniżej płyty lądowiska,
- c) wytyczone i oznakowane drogi ewakuacyjne prowadzące od dwóch zejść z płyty lądowiska o parametrach wymaganych w podmiotach leczniczych (szerokość minimalna 1,4m) prowadzących do klatek schodowych.

SCHEMAT ŁĄDOWISKA WYNIESIONEGO W KSZTAŁCIE KWADRATU



Uzasadnienie

Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.).

Znowelizowane upoważnienie ustawowe do wydania projektowanego rozporządzenia, przewiduje wprowadzenie dodatkowej regulacji w zakresie określenia szczegółowych warunków prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W chwili obecnej brak jest regulacji systemowych w zakresie prowadzenia segregacji medycznej i ruchu chorych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Decyzje dotyczące organizacji pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych są podejmowane samodzielnie przez kierowników poszczególnych podmiotów leczniczych. Jak wynika ze zgromadzonych danych w około 28 % szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie kraju praktycznie nie funkcjonuje procedura segregacji medycznej pacjentów. Tymczasem jest to postępowanie niezbędne w celu zapewnienia szybkiej i adekwatnej do potrzeb pomocy medycznej osobom zgłaszającym się do szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej również jako "SOR") samodzielnie lub przewożonym przez zespoły ratownictwa medycznego, w czasie dostosowanym do stopnia ciężkości ich stanu. Segregacja medyczna osób zgłaszających się do SOR prowadzona będzie z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR), monitorującego czas oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne w oddziale ratunkowym. Wprowadzenie wymogu prowadzenia segregacji medycznej pacjentów wg jednolitych warunków, z użyciem TOPSOR, pozwoli na skrócenie okresu oczekiwania na przyjęcie przez lekarza, co obecnie stanowi najczęstszą przyczynę skarg ze strony świadczeniobiorców. Projektowane rozporządzenie nakłada obowiązek wyznaczenia osoby lub osób odpowiedzialnych za realizację segregacji medycznej spośród pielęgniarek i ratowników medycznych.

Osoby przybywające do oddziału będą pobierały w biletomacie bilet z oznaczeniem czasu przybycia i indywidualnym numerem pacjenta. Po zarejestrowaniu przez rejestratorkę medyczną pacjent zostanie poddany segregacji medycznej, w wyniku której po przeanalizowaniu danych z wywiadu medycznego, zgłaszanych dolegliwości i wartości wybranych parametrów medycznych, zostanie zakwalifikowany do jednej z 5 kategorii, z różnym maksymalnym czasem oczekiwania na udzielenie pomocy medycznej (od pomocy natychmiastowej - kategoria czerwona do kategorii niebieskiej, świadczącej o braku

zagrożenia dla życia lub zdrowia świadczeniobiorcy). Informacje zebrane podczas segregacji medycznej będą odnotowywane w TOPSOR. Pacjent otrzyma informację o kategorii, do której został zakwalifikowany i przewidywanym czasie oczekiwania.

Podczas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, pacjenci SOR będą pozostawali pod opieką osób odpowiedzialnych za segregację medyczną. W razie konieczności segregacja może być przeprowadzona ponownie i w wyniku takiej oceny pacjent może być zakwalifikowany do innej kategorii, niż pierwotnie. W odniesieniu do osób zakwalifikowanych do kategorii zielonej lub niebieskiej ponowna segregacja będzie przeprowadzana nie rzadziej niż jeden raz w ciągu każdej godziny oczekiwania.

Osoby zakwalifikowane do dwóch grup świadczących o braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli do grupy zielonej lub niebieskiej, będą mogły być skierowane z SOR do miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o ile miejsce takie znajdować się będzie w lokalizacji szpitalnego oddziału ratunkowego. Przyczyni się to odciążenia oddziałów ratunkowych od przyjęć pacjentów niewymagających niezwłocznej pomocy medycznej. Pozostali pacjenci będą informowani o możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej. Wybór miejsca uzyskania świadczenia będzie należał do pacjenta - podobnie, jak ma to miejsce obecnie.

Na każdym etapie pobytu pacjenta w SOR, tj. od przybycia aż do wypisu z oddziału lub przekazania na inny oddział, w systemie TOPSOR będą odnotowane czasy wykonywania kolejnych czynności, z podziałem na zdefiniowane odcinki.

Wprowadzenie powyższych zmian umożliwi stosowanie jednolitych zasad w zakresie rejestracji i segregacji medycznej, a co za tym idzie organizacji tzw. ruchu chorych. Zwiększy się przez to bezpieczeństwo pacjentów, skróci się czas oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym i poprawie ulegnie komfort pracy personelu medycznego.

Wprowadzono również wymóg posiadania w szpitalnym oddziale ratunkowym sprzętu na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego, w zakresie desek ortopedycznych z kompletem pasów, w celu usprawnienia pracy zespołów ratownictwa medycznego i zapewnienia natychmiastowego powrotu do gotowości do przyjęcia kolejnego zgłoszenia, po przekazaniu pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Uszczegółowiono przepisy, które odnoszą się do minimalnych wymogów kadrowych poprzez dostosowanie liczby personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego do liczby osób przyjmowanych w oddziale. Liczba personelu medycznego powinna być wystarczająca do tego, aby nie były przekraczane maksymalne czasy oczekiwania pacjentów w poszczególnych kategoriach ustalonych w wyniku segregacji medycznej.

Ze względu na rosnący udział ratowników medycznych w strukturze zatrudnienia w szpitalnych oddziałach ratunkowych, oraz problemy z obsadą stanowisk pielęgniarek oddziałowych, rozporządzenie umożliwia utworzenie stanowiska pielęgniarki koordynującej lub ratownika medycznego koordynującego pracę innych ratowników medycznych oraz pielęgniarek, pod warunkiem spełnienia przez nich wymogów dotyczących wykształcenia i 5-letniego doświadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Usankcjonowano ponadto zapewnienie w szpitalnym oddziale ratunkowym rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego.

Rozporządzenie przewiduje również, że w SOR powinien być zapewniony natychmiastowy dostęp do badania tomografii komputerowej, wraz z opisem. W zakresie wymagań odnoszących się do posiadania w SOR pomieszczenia do izolacji oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarnego zastosowano przepisy analogiczne, jak w przypadku izb przyjęć, z obowiązkiem spełnienia tych wymagań do dnia 1 stycznia 2021 r.

W związku z nowelizacją załącznika 14 tomu II do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym sporządzonej w Chicago dnia 7 grudnia 1944 r. zaktualizowano także brzmienie załącznika do rozporządzenia. Opisano w nim również wymagania w odniesieniu do lądowisk wyniesionych, które są budowane przy szpitalnych oddziałach ratunkowych, w otoczeniu których nie ma warunków do powstania lądowiska naziemnego.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2019 r., z tym, że w stosunku do szpitalnych oddziałów ratunkowych znajdujących się w podmiotach leczniczych innych niż te, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna, przepisy dotyczące obowiązku prowadzenia segregacji medycznej z użyciem TOPSOR zaczną obowiązywać od dnia 1 stycznia 2021 r. Wynika to z konieczności stopniowego wdrażania tego systemu – najpierw w szpitalach największych, do których trafia najwięcej osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a w drugiej kolejności w szpitalach poziomu powiatowego, w których problem długiego czasu oczekiwania na przyjęcie w szpitalnym oddziale ratunkowym jest mniej nasilony.

Projekt regulacji nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia spowoduje, że podmioty lecznicze prowadzone przez mikroprzedsiębiorstwa, małe i średnie przedsiębiorstwa będą zobowiązane do odpowiedniej organizacji szpitalnego oddziału ratunkowego w tym zapewnienia kadry medycznej zgodnej z wymaganiami określonymi w przedmiotowym rozporządzeniu.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.