

Szpitalny oddział ratunkowy.

Dz.U.2019.1213 z dnia 2019.07.01

Status: Akt obowiązujący

Wersja od: 1 lipca 2019r.

Wejście w życie:

1 lipca 2019 r.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA ¹

z dnia 27 czerwca 2019 r.

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993) 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 Państwowe Ratownictwo Medyczne,
 - 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),
 - d) lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze, o których mowa w art. 140a ust. 5 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), oraz podmioty, o których mowa w art. 140b ust. 3 tej ustawy,

e) podmioty realizujące transport sanitarny na podstawie zlecenia lekarza albo felczera, w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) zgłaszających się samodzielnie.

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, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielnym 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 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.

11. Projekt lotniska lub lądowiska wymaga uzgodnienia z podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

§ 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 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959), udziela świadczeń zdrowotnych wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane 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 wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane 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 wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane jako kontynuacja wcześniej udzielanych świadczeń - oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci;
- 4) pracownia diagnostyki obrazowej;
- 5) miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

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) przyłóżkowy zestaw RTG;
- 3) przewoźny ultrasonograf.

4. Szpital, w którym funkcjonuje oddział, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do:

- 1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- 2) badania USG;
- 3) komputerowego badania tomograficznego;
- 4) 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 lokalizacji oddziału 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.
2. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewnia się:
 - 1) przeprowadzenie 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) jednoczesną segregację medyczną, rejestrację i przyjęcie co najmniej dwóch osób, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 3) warunki niezbędne do przeprowadzenia wywiadu z zespołami, jednostkami lub podmiotami, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, oraz z osobą, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, lub z osobą jej towarzyszącą.
3. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewnia się odpowiednią liczbę desek ortopedycznych z kompletem pasów, na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego.
4. 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 segregacji medycznej i rejestracji 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, kardiomonitor i 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;
 - 6) gabinety do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru.

5. W przypadku braku możliwości zlokalizowania stanowiska dekontaminacji w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć dopuszcza się odstępnie 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.

6. 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 niezwłocznie poddawane segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 9;
- 3) są rejestrowane na stanowisku rejestracji medycznej;
- 4) oczekują na pierwszy kontakt z lekarzem i kolejne etapy udzielenia im świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 ust. 1.

7. Segregację medyczną osób, o których mowa w § 2 ust. 1, przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia osoby, o której mowa w § 2 ust. 1, i zakwalifikowaniu jej do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 9, 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.

8. W razie potrzeby w ramach segregacji medycznej dodatkowo jest dokonywany pomiar poziomu glukozy we krwi włosniczkowej i temperatury ciała oraz jest wykonywane badanie EKG.

9. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba, o której mowa w § 2 ust. 1, jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej "kategorią pilności", 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 oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

10. Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu informują osobę, o której mowa w § 2 ust. 1, lub osobę jej towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem.

11. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

12. Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są określone w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej tego podmiotu i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

13. Za osoby przewiezione do oddziału przez zespoły, jednostki lub podmioty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, bilet pobiera członek tego zespołu, jednostki lub podmiotu.

14. Osoby, o których mowa w § 2 ust. 1, pozostają na terenie oddziału pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu i w razie potrzeby poddawane są ocenie ich stanu klinicznego. Ocena stanu klinicznego dokonywana jest nie rzadziej niż co 90 minut, licząc od chwili pobrania biletu, a jej wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

15. Czas wykonania wszystkich czynności wobec osoby, o której mowa w § 2 ust. 1, począwszy od pobrania biletu do zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale, jest odnotowywany 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 lub wózek transportowy z funkcją stołu zabiegowego;
- 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.
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 lub wózek transportowy z funkcją stołu zabiegowego;
 - 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,
 - e) stosowanie biernej tlenoterapii,
 - f) prowadzenie infuzji dożylnych;
- 2) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym;
 - 3) defibrylator półautomatyczny lub manualny;
 - 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 wyłącznie osobom do 18. roku życia lub osobom po ukończeniu 18. roku życia, którym świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane 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 posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
 - 2) pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 4 i 5;
 - 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;
 - 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 7-11, 14 i 15;
 - 5) 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 w poszczególnych kategoriach pilności.

2. Ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) lub wyznaczony przez niego spośród lekarzy systemu, o których mowa w ust. 1 pkt 3, lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, zwani dalej "lekarzem dyżurnym oddziału", koordynują pracę oddziału w systemie całodobowym.

3. Lekarz dyżurny oddziału:

- 1) udziela świadczeń zdrowotnych w oddziale;
- 2) kieruje pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział;
- 3) odmawia przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) potwierdza lub wystawia skierowanie z oddziału na leczenie w innym szpitalu;
- 5) wystawia zlecenie na lotniczy transport sanitarny.

4. Dopuszcza się udział personelu realizującego świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w oddziale.

§ 13.

1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział:

- 1) określa w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu maksymalny czas na podjęcie przez:
 - a) lekarza dyżurnego oddziału decyzji, o których mowa w § 12 ust. 3 pkt 2 i 3,
 - b) lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział;
- 2) zapewnia w tym szpitalu kontynuację leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie z oddziału.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział, i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

3. Liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się oddział, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z oddziału, jest ustalana przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału.

§ 14. 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.

§ 15. Oddziały spełnią wymagania, o których mowa w:

- 1) § 6 ust. 12 i w § 13 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 2 i 3 - do dnia 30 września 2019 r.;
- 2) § 6 ust. 3 - do dnia 31 grudnia 2019 r.;
- 3) § 4 ust. 1 pkt 5 i § 6 ust. 2 pkt 3 oraz ust. 4 pkt 6 - do dnia 30 czerwca 2020 r.;

4) § 3 ust. 7-10, § 5 ust. 2 i w § 6 ust. 4 pkt 4 - do dnia 1 stycznia 2021 r.

§ 16. Do dnia:

1) 31 grudnia 2020 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem),

2) 31 grudnia 2026 r. wyznaczonym lekarzem, o którym mowa w § 12 ust. 2

- jest lekarz systemu.

§ 17. Obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, o którym mowa w § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979), funkcjonujący na dzień wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, może wchodzić w skład oddziału do dnia 31 grudnia 2019 r.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r. ²

ZAŁĄCZNIK

WYMAGANIA DLA LĄDOWISK

grafika

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 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 traci moc z dniem 1 lipca 2019 r. zgodnie z art. 20 pkt 4 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, 999 i 1096).