

687**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 10 maja 2002 r.

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Na podstawie art. 23 ust. 4 pkt 1, 3, 4 i 7 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji w strukturze szpitala oraz warunków technicznych i budowlanych, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ratunkowy,
- 3) strukturę organizacyjną szpitalnego oddziału ratunkowego,
- 4) dodatkowe wymagania w zakresie wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych.

§ 2. Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej „oddziałem”, realizuje następujące zadania:

- 1) udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci,
- 2) udziela świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonymi w pkt 1, poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach,
- 3) dokonuje zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizuje transport do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

§ 3. 1. Oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i wjazdu ambulansów z osobnym wejściem dla pieszych, oddzielonym od trasy wjazdu ambulansów.

2. Oddział posiada zadaszone wejście i wjazd; obszar wjazdu musi być zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, przelotowy dla ruchu ambulansów i wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojścia i dojazdu.

3. Obszar wjazdu zapewnia bezkolizyjny podjazd co najmniej dwóch ambulansów 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 opieki, ze-

spółem operacyjnym, oddziałem diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.

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

7. Oddział dysponuje miejscem do lądowania śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie chorego bez pośrednictwa środków transportu drogowego.

8. W przypadku braku możliwości technicznych realizacji wymagania określonego w ust. 7 dopuszcza się odległość lądowiska dla śmigłowca ratunkowego większą niż określona w ust. 7, pod warunkiem że oddział zabezpieczy transport ambulansem ratunkowym i czas transportu chorego do oddziału nie przekroczy 5 minut.

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

- 1) chirurgii ogólnej z częścią urazową,
- 2) chorób wewnętrznych,
- 3) anestezjologii z intensywną terapią,

oraz istnieje zaplecze diagnostyczne z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej oraz badań realizowanych przez laboratorium analityczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.

2. Oddział posiada powierzchnię wystarczającą dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów, wymienionych w § 5. Architektura oddziału zapewnia możliwość wykonania badań diagnostycznych, w szczególności diagnostyki obrazowej przy łóżku pacjenta.

§ 5. Oddział składa się z następujących obszarów:

- 1) segregacji medycznej i przyjęć,
- 2) resuscytacyjno-zabiegowego,
- 3) krótkotrwałej intensywnej terapii,
- 4) obserwacji,
- 5) konsultacyjnego,
- 6) laboratoryjno-diagnostycznego,
- 7) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
- 8) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

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

- 1) przeprowadzenia wstępnej oceny pacjenta i bezkolidyjnego transportu do innych obszarów oddziału,
 - 2) jednoczesnego przyjęcia i segregacji medycznej co najmniej czterech pacjentów,
 - 3) bliskiego dostępu do poczekalni dla pacjentów i rodzin,
 - 4) warunków niezbędnych dla przeprowadzenia wywiadu zdrowotnego od zespołów ratownictwa medycznego oraz od pacjenta i jego rodziny.
2. W obrębie obszaru segregacji medycznej i przyjęć lokalizuje się stanowisko wyposażone w:
- 1) środki łączności zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołami ratownictwa medycznego, a oddziałem oraz kompleksową łączność wewnątrzszpitalną,
 - 2) system bezprzewodowego przywoływania osób.
3. W obrębie obszaru segregacji medycznej i przyjęć lokalizuje się stanowisko rejestratora medycznego, które wyposaża się w sprzęt informatyczny służący do rejestracji i przyjęć pacjentów.
4. W obrębie obszaru segregacji i przyjęć lokalizuje się stanowisko dekontaminacji.
- § 7. 1. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się co najmniej z jednej sali z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi lub dwóch sal resuscytacyjnych oraz sali zabiegowej i sali zakładania opatrunków gipsowych.
2. Powierzchnia przeznaczona na jedno stanowisko resuscytacyjno-zabiegowe wynosi co najmniej 20 m².
3. Wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego umożliwia co najmniej:
- 1) monitorowanie i podtrzymanie funkcji życiowych,
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej,
 - 3) wykonanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów,
 - 4) prowadzenie resuscytacji płynowej,
 - 5) leczenie bólu,
 - 6) wstępne leczenie zatruc,
 - 7) opracowanie chirurgiczne ran i drobnych urazów,
 - 8) wszystkie inne działania ratunkowe w stanach zagrożenia zdrowia i życia u dorosłych i dzieci.
4. Na minimalne wyposażenie w wyroby medyczne jednego stanowiska obszaru resuscytacyjno-zabiegowego składa się:
- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną,
 - 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulenia, mobilny, jeden na dwa stanowiska obszaru,
 - 3) zestaw monitorowania czynności życiowych, w tym co najmniej zestaw do monitorowania czynności elektrograficznej serca, pomiaru ciśnienia tętniczego i żylnego, pulsoksymetr, kapnograf,
 - 4) respirator z możliwością wykorzystywania go do czynności transportowych — jeden na dwa stanowiska obszaru,
 - 5) defibrylator z funkcją kardiowersji i opcją elektrostymulacji serca,
 - 6) pompa infuzyjna,
 - 7) aparat do szybkiego przetaczania płynów,
 - 8) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych — jeden na dwa stanowiska,
 - 9) strzykawki automatyczne,
 - 10) elektryczne urządzenie do ssania,
 - 11) nie mniej niż po dwa gniazda poboru tlenu, powietrza i próżni z centralnego źródła i w miarę możliwości dodatkowe gniazdo poboru podtlenu azotu z centralnego źródła.
5. Pomieszczenie sali zabiegowej wynosi co najmniej 20 m² oraz jest wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych u chorych lub uszkodzowanych.
6. Na wyposażenie sali zabiegowej składa się:
- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną,
 - 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulenia, wraz z zestawem monitorującym,
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni w ilości nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru oraz w miarę możliwości centralne źródło podtlenu azotu,
 - 4) nie mniej niż dziesięć gniazd poboru energii elektrycznej,
 - 5) stanowisko narzędziowe chirurgiczne.
7. Pomieszczenie sali zakładania opatrunków gipsowych wynosi co najmniej 12 m² i jest wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych. W pomieszczeniu zapewnia się dostęp do źródła tlenu, powietrza i próżni i w miarę możliwości dostęp do centralnego źródła podtlenu azotu oraz odpowiednią przestrzeń do zorganizowania stanowiska do znieczulenia z wyposażeniem. Przyłącza elektryczne gwarantują możliwość pracy urządzeń diagnostycznych, a w szczególności urządzeń diagnostyki obrazowej.
8. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy, niezależnie od wyposażenia wymienionego w ust. 4—7, posiada:
- 1) przyłóżkowy zestaw rtg, opcjonalnie z ramieniem C i torem wizyjnym,
 - 2) analizator parametrów krytycznych,
 - 3) przewoźny ultrasonograf,
 - 4) całodobową dostępność do bronchoskopu, laryngofiberoskopu i gastrofiberoskopu.
- § 8. 1. Do zadań obszaru krótkotrwałej intensywnej terapii należy w odniesieniu do dorosłych i dzieci:
- 1) monitorowanie funkcji życiowych, zgodnie ze standardem intensywnej terapii,

- 2) kontynuowanie przedłużającej się resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- 3) wczesne leczenie zatruc,
- 4) przygotowanie i stabilizacja pacjentów przed doraźną interwencją chirurgiczną,
- 5) wstępne leczenie ostrej niewydolności oddechowej, w tym prowadzenie oddechu zastępczego,
- 6) wstępne leczenie ostrej niewydolności krążeniowej, w tym prowadzenie zewnętrznej stymulacji serca,
- 7) wstępne leczenie ostrych niewydolności narządowych, w tym terapii nerkozastępczej,
- 8) resuscytacja płynowa,
- 9) wstępne leczenie wstrząsu o różnej etiologii.

2. W obszarze krótkotrwałej intensywnej terapii lokalizuje się co najmniej dwa stanowiska intensywnej terapii, które są usytuowane i wyposażone w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382—1384 i Nr 128, poz. 1407).

§ 9. 1. Obszar obserwacji zawiera co najmniej cztery stanowiska, o powierzchni co najmniej 12 m² każde, wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające:

- 1) monitorowanie rytmu serca i toru oddechowego,
- 2) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi,
- 3) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny,
- 4) pomiar temperatury powierzchniowej i centralnej,
- 5) stosowanie biernej tlenoterapii,
- 6) prowadzenie infuzji dożylnych,
- 7) podjęcie natychmiastowej resuscytacji z defibrylacją i udrożnieniem dróg oddechowych na drodze intubacji lub konikotomii.

2. Obszar obserwacji posiada ponadto:

- 1) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym,
- 2) defibrylator z zestawem łyżek dla dorosłych i dla dzieci, z nie mniej niż pięcioma odprowadzeniami ekg i dwufazową falą defibrylacji,
- 3) źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku,
- 4) elektryczne urządzenie do odsysania jedno na cztery stanowiska obserwacyjne.

§ 10. 1. Obszar konsultacyjny posiada gabinety lub boksy badań lekarskich, w ilości niezbędnej do potrzeb, połączone wewnętrznym traktem komunikacyjnym.

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

§ 11. Obszar laboratoryjno-diagnostyczny wyposaża się w wyroby medyczne zapewniające natychmiastowe wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, diagnostykę obrazową, w tym badania ultrasonograficzne, oraz w miarę możliwości komputerowego badania tomograficznego.

§ 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 dodatkowe wyroby medyczne i produkty lecznicze,
- 2) system natychmiastowego powiadamiania zespołów ratownictwa medycznego oraz system łączności wewnętrzzszpitalnej,
- 3) zaplecze socjalne dla personelu zespołów ratownictwa medycznego,
- 4) magazyn sprzętu dla zabezpieczenia medycznego stanów wyjątkowych lub katastrof, zgodnie z planem zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych danego obszaru,
- 5) miejsce wyposażone w łatwy dostęp do źródła energii elektrycznej i wody.

§ 13. 1. Oddział udziela świadczeń zdrowotnych przez całą dobę.

2. W skład osobowy oddziału wchodzi:

- 1) ordynator oddziału i pielęgniarka oddziałowa,
- 2) personel lekarski w liczbie zabezpieczającej prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w szpitalnym oddziale ratunkowym,
- 3) personel średni i pomocniczy w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

3. Świadczeń zdrowotnych w oddziale udzielają, poza osobami określonymi w ust. 2, lekarze posiadający kwalifikacje odpowiednie do zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, pozostający w stałej gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie szpitala, w którym zlokalizowany jest oddział.

§ 14. Oddziały spełniają odpowiednie do zakresu ich działania wymagania dotyczące lokalizacji, warunków technicznych i budowlanych, określone dla szpitali i oddziałów szpitalnych w przepisach, o których mowa w § 8 ust. 2.

§ 15. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się oddział niespełniający wymagań określonych w § 2—13, może wystąpić z wnioskiem o wpis oddziału do rejestru jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć program dostosowania oddziału do wymagań

rozporządzenia w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2003 r.

§ 16. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2002 r.

Minister Zdrowia: *M. Łapiński*

688

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 5 czerwca 2002 r.

w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie koniecznego do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza stomatologa na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Na podstawie art. 5 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204) zarządza się, co następuje:

§ 1. Lekarz będący obywatelem innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, ubiegający się o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązany posiadać znajomość języka polskiego w mowie i piśmie w stopniu umożliwiającym:

- 1) rozumienie tekstu pisemnego, a w szczególności korzystanie z fachowej literatury i piśmiennictwa lekarskiego oraz przepisów regulujących wykonywanie zawodu lekarza w Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) porozumiewanie się z pacjentami, lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych,

a w szczególności poprawne przeprowadzanie wywiadu lekarskiego, udzielanie przystępnych i zrozumiałych dla pacjenta porad i informacji, przekazywanie danych o pacjencie i czynne uczestniczenie w konsyliach i konsultacjach, naradach i szkoleniach zawodowych,

- 3) pisanie zgodnie z zasadami ortografii, a w szczególności: poprawne prowadzenie dokumentacji medycznej, wypisywanie recept oraz skierowań na badania diagnostyczne i specjalistyczne, a także wydawanie orzeczeń i opinii.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem użycia przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

Minister Zdrowia: *M. Łapiński*

689

WYROK TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO

z dnia 28 maja 2002 r.

sygn. akt P. 10/01.

Trybunał Konstytucyjny w składzie:
Janusz Niemcewicz — przewodniczący,
Teresa Dębowska-Romanowska,
Marian Grzybowski,
Marek Mazurkiewicz,
Jadwiga Skórzewska-Łosiak — sprawozdawca,
protokolant: Grażyna Szałygo,

po rozpoznaniu, z udziałem Sejmu, Ministra Skarbu Państwa i Prokuratora Generalnego, na rozprawie w dniu 28 maja 2002 r. pytania prawnego Sądu Okręgowego Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku z siedzibą w Gdyni — Wydział VII Pracy o zbadanie zgodności art. 82 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 listopada 1990 r. o łączności, w brzmieniu po nowelizacji dokonanej ustawą z dnia 26 listopada 1998 r. o zmianie ustawy o łączności (Dz. U. Nr 150, poz. 984), z art. 1 i art. 32 Konstytucji,