

Projekt z dnia 15.11.2024 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2024 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652 i 1222) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 336 i 795) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 12:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym:

a) tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo

b) specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii i jednocześnie:

– będącym po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, kontynuującym szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie lub

– posiadającym doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w wymiarze co najmniej 3 tysięcy godzin, nabyte w szpitalnym oddziale ratunkowym, w okresie ostatnich 3 lat;”

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) lub wyznaczony przez niego spośród lekarzy systemu, o których mowa w ust. 1 pkt 3, lekarz spełniający

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

wymagania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zwani dalej „lekarzem dyżurnym oddziału”, koordynują pracę oddziału w systemie całodobowym.”;

2) w § 15 pkt 4a i 5 otrzymują brzmienie:

„4a) § 4 ust. 1 pkt 5 - do dnia 31 grudnia 2026 r.;

5) § 3 ust. 7–10 – do dnia 31 grudnia 2026 r.”;

3) po § 16 dodaje się § 16a w brzmieniu:

„§ 16a. 1. Lądowiska powstałe przed dniem 31 grudnia 2024 r., które ze względów konstrukcyjnych:

1) nie mogą uzyskać nośności 5700 kg MTOM,

2) nie mogą przyjąć śmigłowców o maksymalnym wymiarze $D=15m$,

3) nie posiadają wymaganej niezabudowanej przestrzeni – Airgap albo przestrzeń ta nie spełnia swojej roli w wyniku posiadania parametrów niezgodnych z wymaganiami załącznika do rozporządzenia

– mogą być użytkowane w zakresie, w jakim otrzymują wpis o ograniczeniach użytkowych w dokumentacji podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

2. Lądowiska powstałe przed dniem 31 grudnia 2024 r. mogą być użytkowane w zakresie określonym w dokumentacji podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, nawet w przypadku, gdy w obszarze powierzchni ograniczających wysokość obiektów, określonych w przepisach Rozdziału 2 ust. 6–9 oraz Rozdziału 3 ust. 8–11 załącznika do rozporządzenia, znajdują się sztuczne obiekty wyższe, niż wynika to z granicznej wysokości płaszczyzny o wymaganym dla danego lądowiska nachyleniu od granicy strefy bezpieczeństwa (SA), jeżeli:

1) w dokumentacji tego podmiotu leczniczego znajduje się wpis o ograniczeniach użytkowych,

2) studium aeronautyczne dla lądowiska, które zostało zaakceptowane przez ten podmiot leczniczy potwierdza, że sztuczny obiekt nie wpłynie negatywnie na bezpieczeństwo ani regularność operacji wykonywanych przez jego śmigłowce

- przy czym ograniczenie wysokości obiektów w płaszczyznach może być osiągnięte poprzez odpowiednie zmniejszenie wymiarów strefy podejścia końcowego i startu FATO

oraz otaczającej ją strefy bezpieczeństwa (SA), zgodnie z przepisami Rozdziału 2 ust. 1-4 oraz Rozdziału 3 ust. 2-4 załącznika do rozporządzenia.”.

§ 2. Przy ustalaniu wymiaru godzinowego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 12 pkt 1 lit b tiret drugie rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, uwzględnia się również doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym nabyte przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2024 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652 i 1222) i wprowadza zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 336 i 795), zwanym dalej „rozporządzeniem SOR”.

Projektowane rozporządzenie ma na celu umożliwienie podmiotom leczniczym dostosowania się do wymagań określonych w rozporządzeniu SOR w zakresie:

- 1) zapewnienia na stanowisku ordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego bądź jego kierownika, lekarza o określonych kwalifikacjach;
- 2) organizacji w lokalizacji szpitalnego oddziału ratunkowego, zwanego dalej również „SOR”, miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 3) posiadania lotniska lub lądowiska.

Zgodnie z aktualnym brzmieniem § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) może być lekarz:

- posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo
- po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne i posiada jednocześnie specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii.

Jednocześnie § 16 pkt 1 rozporządzenia SOR wskazuje, że do dnia 31 grudnia 2024 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) może być lekarz systemu.

Wprowadzony w 2019 r. termin dostosowania SOR do wymagania dotyczącego zapewnienia specjalisty medycyny ratunkowej na stanowisku ordynatora oddziału (lekarza kierującego oddziałem) był już kilkakrotnie wydłużany, dopuszczając tymczasowo zatrudnienie na tym stanowisku lekarza systemu, zgodnie z definicją określoną w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Nowelizacją rozporządzenia SOR z 2023 r. rozszerzono listę lekarzy kwalifikujących się na stanowisko lekarza kierującego SOR o lekarzy będących w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej,

spełniających wymagania określone w § 12 ust. 1 pkt 1 tiret drugie tego rozporządzenia. Obecnie szpitale nadal sygnalizują problemy z zapewnieniem w SOR specjalistów medycyny ratunkowej lub lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie, nie tylko na stanowisku kierownika tego oddziału, ale również jako bieżącej obsady oddziału ratunkowego. Na 249 funkcjonujących SOR, kierownikiem 182 oddziałów jest lekarz spełniający wymagania wskazane w rozporządzeniu SOR. Natomiast 47 spośród 67 pozostałych SOR, co stanowi blisko 19 % wszystkich SOR w kraju, informuje, że do końca 2024 r. nie zdoła spełnić tego wymogu. Dane te wskazują na konieczność dostosowania obecnych regulacji do faktycznej sytuacji na rynku pracy, jednak w tym zakresie niezasadne jest dalsze wydłużanie okresu przejściowego lecz dopuszczenie możliwości kierowania oddziałem również przez lekarzy innych specjalności niż medycyna ratunkowa, przewidzianych dla lekarzy systemu, z zastrzeżeniem dotyczącym jednoczesnego spełnienia warunku posiadania doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w wymiarze co najmniej 3 tysięcy godzin, nabytego w SOR, w okresie ostatnich 3 lat. Okres ten będzie się również odnosił do doświadczenia nabytego przed dniem wejścia w życie projektu rozporządzenia (§ 2 projektu). Tym samym lekarze, którzy obecnie udzielają świadczeń zdrowotnych w SOR i posiadają wymagane doświadczenie, będą nadal mogli pełnić funkcję ordynatora oddziału (lekarza kierującego oddziałem). Natomiast innym lekarzom do wymaganego okresu doświadczenia, będzie zaliczał się również okres doświadczenia w SOR, w którym udzielali świadczeń zdrowotnych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia.

W związku z tym, że lekarz dyżurny oddziału, który kieruje SOR-em po godzinach pracy ordynatora (kierownika) SOR, powinien mieć takie same kwalifikacje, jak ordynator (kierownik) SOR, zmieniony został analogicznie przepis regulujący wymagania dla lekarza dyżurnego SOR, z tym, że do końca 2026 r. lekarzem tym będzie mógł pozostawać lekarz systemu.

Ponadto należy wskazać, że zgodnie z aktualnym brzmieniem § 15 pkt 4a rozporządzenia SOR obowiązek dotyczący zapewnienia w lokalizacji SOR miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powinien być spełniony do dnia 31 grudnia 2024 r. Obecnie w kraju funkcjonuje 249 SOR, z których, według danych z września 2024 r., 42 (tj. blisko 17 %) nie zapewniało nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w lokalizacji oddziału. Wydłużenie terminu na dostosowanie się do ww. wymagań powinno umożliwić SOR-om dalsze funkcjonowanie.

Blisko 80 % SOR ma również trudności w spełnieniu warunków dotyczących dostępu do lotniska lub lądowiska spełniającego wymagania określone w załączniku do rozporządzenia SOR. Znaczna część lądowisk przyszpitalnych wymaga modernizacji. Są również SOR, przy których jest konieczna budowa nowego lądowiska. Działania te wymagają czasu i znacznych nakładów finansowych.

Ponadto w związku korzystaniem przez niektóre szpitale wprost z postanowień Załącznika 14, tom II do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym, sporządzonej w Chicago dnia 7 grudnia 1944 r. (Dz.Urz. ULC nr 21, poz. 209):

- pkt 4.2.5, zgodnie z którym „Nie zezwala się na wznoszenie nowych lub powiększanie istniejących obiektów, które wystawałyby ponad powierzchnie, o których mowa w punktach 4.2.1 i 4.2.2, chyba że znajdują się one w cieniu stałego obiektu już istniejącego lub po przeprowadzeniu studium aeronautycznego zatwierdzonego przez właściwą władzę stwierdzono, że dany obiekt nie wpłynie negatywnie na bezpieczeństwo lub regularność operacji wykonywanych przez śmigłowce. Uwaga. — Okoliczności, w których w racjonalny sposób można skorzystać z zasady cienia, są opisane w „Podręczniku służb lotniskowych” (Doc 9137) Części 6 Przeszkody lotnicze.”, oraz

- pkt 4.2.6, zgodnie z którym „Zalecenie. — Obiekty już istniejące, wystające ponad powierzchnie wymienione w punktach od 4.2.1 i 4.2.2, w miarę możliwości, powinny być usunięte, z wyjątkiem przypadku, gdy obiekt znajduje się w cieniu już istniejącego obiektu stałego lub przeprowadzone studium aeronautyczne, zatwierdzone przez właściwą władzę, wykaże, że obiekt ten nie wpłynie negatywnie na bezpieczeństwo operacji lotniczych ani nie zakłóci w odczuwalny sposób regularności tych operacji wykonywanych przez śmigłowiec. Uwaga. — Sposobem na złagodzenie problemów stwarzanych przez obiekty wystające ponad wymienione powierzchnie określone w punktach 4.1.5 czy 4.1.18 jest zastosowanie zakrzywionych powierzchni podejścia/wznoszenia przy starcie.”,

zasadne jest wprowadzenie przepisu umożliwiającego funkcjonowanie części lądowisk, pomimo że nie spełniają one wszystkich wymagań określonych w załączniku do rozporządzenia SOR. Jego wprowadzenie umożliwi dalszą eksploatację niektórych lądowisk w dotychczasowych lokalizacjach, przy dopuszczeniu występowania niektórych przeszkód sztucznych (stałych). Odnosi się to wyłącznie do lądowisk, które powstały przed dniem 31 grudnia 2024 r. Natomiast lądowiska powstałe od 1 stycznia 2025 r. będą obowiązane spełnić wszystkie wymagania, przy zastrzeżeniu zmienianego § 15 pkt 5 rozporządzenia SOR.

Przykładami takich lądowisk są obecnie: H005 Chojnice - lądowisko naziemne przy Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach; H010 Gdańsk UCK – lądowisko przy Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku; H807 Koszalin - lądowisko przy Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie; H767 Szczecin Unia Lubelska - lądowisko naziemne przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie; H548 Warszawa Szaserów – lądowisko naziemne przy Wojskowym Instytucie Medycznym PIB w Warszawie.

W związku z trwającymi obecnie oraz planowanymi w najbliższym czasie pracami związanymi z modernizacją istniejących lub budową nowych całodobowych lotnisk lub lądowisk przy SOR, jest konieczne wydłużenie terminu dostosowania SOR do wymagań w tym zakresie do końca 2026 r. Da to szpitalom czas na realizację podjętych inwestycji.

Zmiana wymagań dla ordynatora (kierownika) SOR, a także wydłużenie do końca 2026 r. terminu na dostosowanie się oddziałów do wymagań dotyczących lądowisk przyszpitalnych oraz miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, pozwoli szpitalom na kontynuowanie realizacji umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Wejście w życie rozporządzenia spowoduje, że podmioty lecznicze będą miały realną możliwość wywiązania się z obowiązku zapewnienia właściwej organizacji SOR, zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu SOR.

Ponadto w celu zapewnienia przejrzystości przepisów w zakresie odstępstw od wymagań określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 336 i 795), treść § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1305) została przeniesiona do § 16a ust. 1 rozporządzenia SOR.

Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 31 grudnia 2024 r. Ten sam termin wejścia w życie przewiduje projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (MZ 1724).

Projekt rozporządzenia może oddziaływać na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw przez umożliwienie funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, które po 31 grudnia 2024 r. nie spełnią wymagań rozporządzenia SOR w zakresie dostępu do całodobowego lotniska lub lądowiska oraz wymagań na stanowisku ordynatora SOR.

Projekt rozporządzenia 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 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

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.