

364**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI¹⁾**

z dnia 14 marca 2007 r.

w sprawie plonów reprezentatywnych roślin energetycznych

Na podstawie art. 17 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 2007 r. o płatnościach do gruntów rolnych i płatności cukrowej (Dz. U. Nr 35, poz. 217) zarządza się, co następuje:

§ 1. Plon reprezentatywny roślin energetycznych wynosi:

- 1) 38 dt ziarna na hektar — w przypadku pszenicy;
- 2) 24 dt ziarna na hektar — w przypadku żyta;
- 3) 31 dt ziarna na hektar — w przypadku jęczmienia;
- 4) 24 dt ziarna na hektar — w przypadku owsa;
- 5) 27 dt ziarna na hektar — w przypadku mieszanek zbożowych;
- 6) 27 dt ziarna na hektar — w przypadku pszenżyta;
- 7) 55 dt ziarna na hektar — w przypadku kukurydzy;
- 8) 700 dt zielonej masy na hektar — w przypadku kukurydzy;
- 9) 23 dt ziarna na hektar — w przypadku prosa;
- 10) 12 dt ziarna na hektar — w przypadku gryki;
- 11) 20 dt nasion na hektar — w przypadku grochu;
- 12) 15 dt nasion na hektar — w przypadku szarłat;

- 13) 40 dt na hektar — w przypadku lnu;
- 14) 80 dt suchej masy na hektar — w przypadku wierzby;
- 15) 120 dt na hektar — w przypadku róży wielokwiatowej;
- 16) 150 dt na hektar — w przypadku ślazuwa pensylwańskiego;
- 17) 200 dt na hektar — w przypadku miskanta olbrzymiego;
- 18) 200 dt na hektar — w przypadku topinambura;
- 19) 170 dt na hektar — w przypadku spartiny preriej;
- 20) 400 dt korzeni na hektar — w przypadku buraków cukrowych;
- 21) 175 dt bulw na hektar — w przypadku ziemniaków;
- 22) 25 dt ziarna na hektar — w przypadku rzepaku i rzepiku;
- 23) 10 dt nasion na hektar — w przypadku lnianki;
- 24) 10 dt nasion na hektar — w przypadku gorczycy białej;
- 25) 10 dt nasion na hektar — w przypadku lnu oleistego;
- 26) 100 dt suchej masy na hektar — w przypadku traw.

¹⁾ Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi kieruje działami administracji rządowej — rolnictwo i rynki rolne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 1 i 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi (Dz. U. Nr 131, poz. 915 oraz z 2007 r. Nr 38, poz. 244).

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi: w z. *M. Zagórski*

365**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 15 marca 2007 r.

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410) zarządza się, co następuje:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych;

3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych.

§ 2. 1. Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej „oddziałem”, udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. Oddział może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego.

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

2. Wejście i wjazd do oddziału powinny być zadaszone, wjazd zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, przelotowy dla ruchu specjalistycznych środków transportu sanitarnego oraz wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojazdu i dojazdu.

3. Wjazd powinien zapewniać bezkolizyjny podjazd co najmniej dwóch specjalistycznych środków transportu sanitarnego jednocześnie.

4. Wejście i dojazd do oddziału organizuje się niezależnie od innych wejść i dojazdów do szpitala, przystosowując je również do potrzeb osób niepełnosprawnych.

5. Lokalizacja oddziału powinna zapewniać łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.

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

7. Oddział powinien dysponować lądowiskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

8. W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia wymagania określonego w ust. 7 dopuszcza się odległość lądowiska dla śmigłowca ratunkowego większą niż określona w ust. 7, pod warunkiem że oddział zabezpieczy specjalistyczny środek transportu sanitarnego i czas trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu lądowania śmigłowca ratunkowego.

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

- 1) oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową;
- 2) oddział chorób wewnętrznych;
- 3) oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) pracownia diagnostyki obrazowej;
- 5) medyczne laboratorium diagnostyczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.

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

3. W oddziale powinna być zapewniona możliwość wykonywania badań diagnostycznych, w tym w szczególności diagnostyki obrazowej przy łóżku pacjenta.

§ 5. Oddział składa się z następujących obszarów:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowego;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjnego;
- 7) laboratoryjno-diagnostycznego;
- 8) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- 9) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

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

- 1) przeprowadzenia wstępnej oceny osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, i bezkolizyjnego transportu tych osób do innych obszarów oddziału;
- 2) jednoczesnego przyjęcia i segregacji medycznej co najmniej czterech osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) warunków niezbędnych do przeprowadzenia wywiadu od zespołów ratownictwa medycznego oraz od osoby, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, i jej rodziny.

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

- 1) środki łączności zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego, a oddziałem oraz kompleksową łączność wewnątrzszpitalną, a także niezależny stały nastuch na kanale ogólnopolskim;
- 2) system bezprzewodowego przywoływania osób.

3. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się stanowisko rejestratorki medycznej, które wyposaża się w sprzęt niezbędny do rejestracji i przyjęć osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

4. W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć lokalizuje się stanowisko dekontaminacji.

§ 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. Powierzchnia przeznaczona na jedno stanowisko resuscytacyjne wynosi co najmniej 20 m².

3. 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.

4. Na minimalne wyposażenie w wyroby medyczne jednego stanowiska resuscytacyjnego składają się:

- 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) pompa infuzyjna;
- 6) aparat do szybkiego przetaczania płynów;
- 7) strzykawki automatyczne;
- 8) elektryczne urządzenie do ssania;
- 9) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru;
- 10) aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta;
- 11) przyłóżkowy zestaw rtg;
- 12) analizator parametrów krytycznych;
- 13) przewoźny ultrasonograf;

14) całodobowy dostęp do bronchoskopu, laryngofiberoskopu, gastrofiberoskopu i rektoskopu;

15) zestaw do trudnej intubacji.

5. W obszarze resuscytacyjno-zabiegowym powinien znajdować się co najmniej:

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

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

- 1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;
- 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
- 3) wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów;
- 4) prowadzenie resuscytacji płynowej;
- 5) leczenie bólu;
- 6) wstępne leczenie zatruc;
- 7) opracowywanie chirurgiczne ran i drobnych urazów;
- 8) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. W obszarze wstępnej 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. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

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

- 1) sali zabiegowej;
- 2) sali opatrunków gipsowych.

2. Pomieszczenie sali zabiegowej wynosi co najmniej 20 m² oraz 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) źródło tlenu, powietrza i próżni w liczbie nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru;

- 4) nie mniej niż osiem gniazd poboru energii elektrycznej;
- 5) zestaw niezbędnych narzędzi chirurgicznych na jedno stanowisko.

4. Pomieszczenie sali opatrunków gipsowych nie może być mniejsze niż 12 m² i powinno być wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych. W pomieszczeniu tym muszą być zapewnione dostęp do źródła tlenu, powietrza i próżni oraz przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulania z wyposażeniem.

§ 10. W skład obszaru obserwacji wchodzi co najmniej cztery stanowiska, o powierzchni co najmniej 12 m² każde, 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) źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku;
- 5) elektryczne urządzenie do odsysania, co najmniej jedno na cztery stanowiska.

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

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

§ 12. Obszar laboratoryjno-diagnostyczny jest wyposażony w wyroby medyczne zapewniające niezwłoczne przyłózkowe wykonanie podstawowych ba-

dań laboratoryjnych parametrów norm krytycznych, diagnostyki obrazowej, w tym badania ultrasonograficznego, a w miarę możliwości całodobowy natychmiastowy dostęp do komputerowego badania tomograficznego.

§ 13. 1. Jeżeli w strukturę oddziału wchodzi zespół ratownictwa medycznego, wydzielą się obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego.

2. Obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego zapewnia:

- 1) pomieszczenie na wyroby medyczne i produkty lecznicze;
- 2) system alarmowo-wyjazdowy oraz system łączności wewnętrzzszpitalnej;
- 3) zaplecze socjalne dla członków zespołów ratownictwa medycznego;
- 4) magazyn sprzętu;
- 5) miejsce wyposażone w źródła energii elektrycznej i wody.

§ 14. Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:

- 1) ordynator (kierownik) oddziału i pielęgniarka oddziałowa;
- 2) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 3) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

§ 15. W zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu szpitalny oddział ratunkowy musi spełniać także wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 16. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 74, poz. 687, z 2004 r. Nr 161, poz. 1686 oraz z 2006 r. Nr 60, poz. 430).

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

Wydawca: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Redakcja: Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 0-22 622-66-56

Skład, druk i kolportaż: Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 0-22 694-67-50, 0-22 694-67-52; faks 0-22 694-62-06 Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godz. 7³⁰–15³⁰)

www.cokprm.gov.pl
e-mail: dziust@cokprm.gov.pl

DU 0055 2007 wyd.00



Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa