



PROGRAM FUNKCJONALNO-UŻYTKOWY

dla projektu pn:

„Wykonanie wielobranżowej dokumentacji technicznej (projektowo-kosztorysowej) projektowego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej”.

Adres: ZAGŁĘBIOWSKIE CENTRUM ONKOLOGII SZPITAL SPECJALISTYCZNY im. Sz. Starkiewicza w DĄBROWIE GÓRNICZEJ z siedzibą: 41-300 Dąbrowa Górnicza ul. Szpitalna 13 – woj. śląskie

STRONA TYTUŁOWA

Zamawiający: **ZAGŁĘBIOWSKIE CENTRUM ONKOLOGII SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Sz. Starkiewicza w DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

Adres: **41-300 Dąbrowa Górnicza ul. Szpitalna 13**

PROGRAM FUNKCJONALNO-UŻYTKOWY

opracowany zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019r. (tekst jednolity Dz.U.2024 poz. 336 z późniejszymi zmianami) Prawo zamówień publicznych i zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 29 grudnia 2021r. (Dz.U. – 2021 poz. 2454) w sprawie szczegółowego zakresu i formy dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych oraz programu funkcjonalno użytkowego)

Nazwa zamówienia:

"„Wykonanie wielobranżowej dokumentacji technicznej (projektowo-kosztorysowej) projektowego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej”.

Adres: **ZAGŁĘBIOWSKIE CENTRUM ONKOLOGII - SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej z siedzibą: 41-300 Dąbrowa Górnicza ul.
Szpitalna 13 – woj. śląskie**

Nazwy i kody zamówienia wg CPV::

ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r.
zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie
Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu
Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV

CPV 71000000-8 Usługi architektoniczne, budowlane, inżynieryjne i kontrolne

Załącznik do strony tytułowej

SPIS ZAWARTOŚCI PROGRAMU FUNKCJONALNO-UŻYTKOWEGO:

A. Strona tytułowa	str. nr 2
Spis zawartości	str. nr 3
B. Część opisowa	str. nr 4
1. Opis ogólny przedmiotu zamówienia	str. nr 5
a) charakterystyczne parametry określające wielkość obiektu lub zakres robót budowlanych	
b) aktualne uwarunkowania wykonania przedmiotu zamówienia	
c) ogólne właściwości funkcjonalno-użytkowe	
d) szczegółowe właściwości funkcjonalno-użytkowe wyrażone we wskaźnikach powierzchniowo-kubaturowych	
2. Opis wymagań zamawiającego w stosunku do przedmiotu zamówienia - cechy obiektu dotyczące rozwiązań budowlano-konstrukcyjnych i wskaźników ekonomicznych oraz warunki wykonania i odbioru robót budowlanych odpowiadających zawartości specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych	
.....	str. nr 10
Część informacyjna	str. nr 21
1. Dokumenty potwierdzające zgodność zamierzenia budowlanego z wymaganiami wynikającymi z odrębnych przepisów	
.....	str. nr 21
2. Oświadczenie zamawiającego o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane	str. nr 21
3. Wskazanie przepisów prawnych i norm związanych z projektowaniem i wykonaniem zamierzenia budowlanego	str. nr 23
4. Inne posiadane informacje i dokumenty niezbędne do zaprojektowania robót Budowlanych	str. nr 37

CZEŚĆ OPISOWA.

1. Opis ogólny przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest kompleksowe wykonanie przez Wykonawcę: dokumentacji technicznej (projektowo-kosztorysowej) projektowego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgodnie z wytycznymi zawartymi w dalszej części niniejszego opracowania.

Termin realizacji:

1. Etap 1:

- przygotowanie koncepcji – 7 dni od daty podpisania umowy.
Zamawiający zobowiązuje się zatwierdzić przygotowaną i przekazaną przez Wykonawcę koncepcję w terminie 3 dni.

2. Etap 2:

- Realizacja etapu II w terminie 30 dni od daty zatwierdzenia przez Zamawiającego koncepcji. Zakres:
- przygotowanie projektu budowlanego do zatwierdzenia przez Zamawiającego wraz z kosztorysami inwestorskimi i przedmiarami robót w zakresie umożliwiającym przeprowadzenie procedury przetargowej na wyłonienie Wykonawcy robót.
- Uzyskanie dokumentu umożliwiającego rozpoczęcie robót budowlanych.

Powyższe należy wykonać zgodnie z wymaganiami Inwestora przedstawionymi w niniejszym Programie Funkcjonalno - Użytkowym, który opisuje wymagania i oczekiwania Zamawiającego stawiane przedmiotowej inwestycji zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 1994r Prawo Budowlane (tekst jednolity Dz.U. 2023 poz. 682 z późniejszymi zmianami) wraz aktami wykonawczymi w szczególności Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst jednolity Dz.U. 2022 poz. 1225 z późniejszymi zmianami), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tekst jednolity Dz.U. 2022 poz. 402 z późniejszymi zmianami) oraz przepisami związanymi.

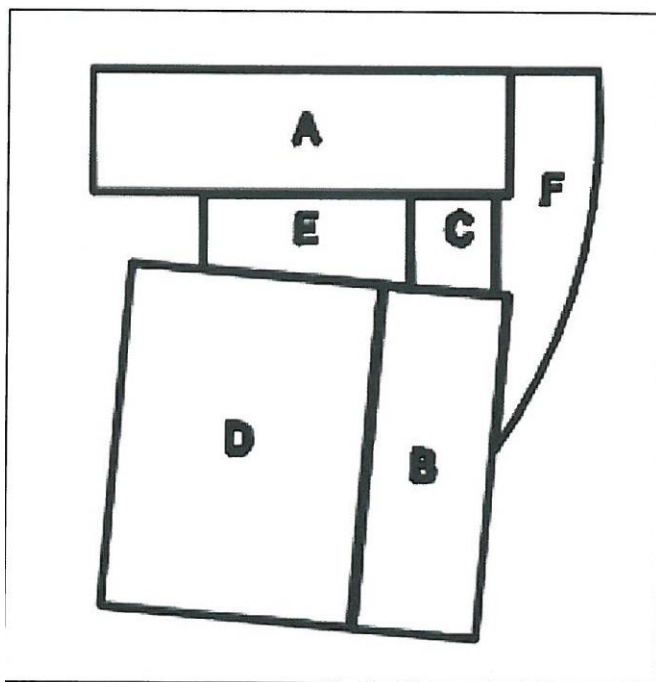
Program Funkcjonalno - Użytkowy służy do ustalenia planowanych kosztów prac projektowych i robót budowlanych, przygotowania oferty szczególnie w zakresie obliczenia ceny ofertowej - stanowi podstawę do sporządzenia ofertowej kalkulacji na kompleksową

realizację zadania obejmującego zaprojektowanie i wykonanie wszelkich robót rozbiórkowych, budowlanych, instalacyjnych i wykończeniowych wraz z rozruchem technologicznym i przekazaniem obiektu do użytkowania.

a) Aktualne uwarunkowania wykonania przedmiotu zamówienia

Stan istniejący:

Nowy budynek „O” Zagłębiowskiego Centrum Onkologii w Dąbrowie Górniczej, którego rozbudowa stanowi przedmiot opracowania, jest obiektem częściowo wykończonym i użytkowanym - w zachodniej części parteru mieści się Hall wejściowy, Przychodnia, Zakład Radioterapii, Zespół Diagnostyki Obrazowej. Budynek połączony jest komunikacyjnie z pozostałymi zabudowaniami Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza. Budynek składa się z dwóch 5-cio kondygnacyjnych skrzydeł (A oraz B) połączonych łącznikiem (C) oraz 2-kondygnacyjnej niskiej części zespalającej bryły w całość (D, E oraz F). Poszczególne segmenty są od siebie oddylatowane, różnią się również gabarytami i funkcją użytkową.



Na chwilę obecną wyłączone z użytkowania są:

- w całości segment A,
- kondygnacje nadziemne (od +1 w górę) segmentu B,
- część kondygnacji podziemnej segmentu D,

- kondygnacja nadziemna (parter) segmentu E,
- część segmentu F.

Na parterze budynku znajduje się część diagnostyczno-zabiegową, w skład której wchodzi:

- Hall wejściowy,
- Przychodnia,
- Zakład Radioterapii,
- Zakład Diagnostyki Obrazowej.

Hall wejściowy wraz z pomieszczeniami towarzyszącymi zajmować miał centralną część budynku (segment C oraz F). Przychodnie według projektu zlokalizowano we wschodnim skrzydle obiektu (segment A). W zachodnim skrzydle budynku (segment B i część segmentu D) znajdować się miał Zakład Diagnostyki Obrazowej. Pozostałą część segmentu D przeznaczono na Zakład Radioterapii, w którym zaprojektowano masywne bunkry dla akceleratorów. W jego sąsiedztwie zlokalizowano Zakład Brachyterapii (segment E).

W piwnicach pod segmentami A do E znajdują się pomieszczenia techniczne, szatnie personelu, magazyny oraz powierzchnie nie zagospodarowane (pustostan) przeznaczone pod centralną sterylizatornię, kolejne szatnie pracownicze i pomieszczenia techniczne (w tym centrale wentylacyjne). Pod parterowym segmentem F zaprojektowano kanał instalacyjny łączący się z węzłem cieplnym pod segmentem C. W poziomie piwnic segmentu B istnieje łącznik prowadzący do budynku pawilonu rehabilitacyjnego, znajdującego się na zachód od przedmiotowego budynku.

Na piętrach 1. i 2. przewidziano oddziały łóżkowe, a na piętrze 3. oddział łóżkowy oraz blok operacyjny z zapleczem. Na dachu segmentu B zaprojektowano centralę wentylacyjno-klimatyzacyjną w formie zadaszanej nadbudówki.

W budynku występują 3 klatki schodowe: w północno-wschodnim i południowo-wschodnim narożniku (segment A) oraz w południowo-zachodnim narożniku (segment B). W hallu wejściowym zaprojektowano dwie windy, kolejne dwie w segmentach A oraz B.

Budynek zaprojektowany został jako sekwencja prostopadłościennych brył. Z uwagi na zmiany w czasie realizacji w stosunku do pierwotnego projektu, budynek finalnie uzyskał jednak mniej zwartą i symetryczną formę. Elewacje segmentów A i B perforowane są pionowymi oknami w regularnym rytmie. Naroża tych segmentów wykonane są w technologii ściany kurtynowej. Ściana kurtynowa została również zastosowana

w segmencie F oraz w łącznikach. Pozostałe elewacje są wykonane jako pełne bez większych perforacji.

Elewacje zostały wykonane białym oraz szarym tynkiem, poza miejscami, gdzie budowa została przerwana. Ślusarka okienna oraz drzwiowa jest w kolorze ciemnoszarym.

Zmiany w stosunku do dokumentacji pierwotnej obejmują w szczególności segment „A” i są widoczne na elewacji zachodniej, gdzie charakterystyczne przewyższenia są efektem niewykonania środkowych części segmentu. Inne rozbieżności występujące na elewacjach to m.in. różnice w materiale wykończenia (tynk zamiast elewacji w technologii wentylowanej z wykończeniem ceramiką) oraz nieznaczne różnice w umiejscowieniu otworów okiennych i drzwiowych, wynikające prawdopodobnie z niedokładności wykonawczych.

Podobne rozbieżności znaleźć można na elewacjach łącznika, czy w przejściach pomiędzy budynkami A, C i w budynku F, gdzie zrezygnowano ze ścian kurtynowych na rzecz ścian pełnych lub zmieniono wysokość szklenia.

Pod względem konstrukcyjnym budynek stanowi w przeważającej większości przestrzenny układ płytowo-słupowy z zewnętrznymi ścianami nośnymi, usztywniony trzema pionami komunikacyjnymi w trzech narożnikach, oraz żelbetowym bunkrem w czwartym. Posadowiony jest na ławach i stopach fundamentowych. Fundamenty jak i konstrukcja poszczególnych sekcji są od siebie oddylatowane. Z uwagi na brak podpiwniczenia i głębokie posadowienie stóp fundamentowych, w segmencie F przewidziano konstrukcję stężającą słupy bezpośrednio pod płytą posadzki. Słupy, ściany oraz płyty nad piwnicą, płyty stropowe i stropodachu wykonano jako żelbetowe.

W 2020 roku została opracowana na zlecenie ZCO w Dąbrowie Górniczej szczegółowa inwentaryzacja stanu istniejącego, wykonana w standardzie BIM wraz ze szczegółową ekspertyzą stanu technicznego poszczególnych elementów konstrukcyjno-budowlanych a rozbieżności pomiędzy stanem projektowanym a faktycznym szczegółowo opisane w oddzielnym opracowaniu.

Teren wokół budynku „O” jest zagospodarowany w formie układu chodników, dróg manewrowych z wjazdem z ul. Andrzeja Strugi, wyposażonym w szlaban obsługiwany przez portiera przebywającego w budynku obok oraz miejsc postojowych dla samochodów osobowych o nawierzchnie z kostki brukowej. Pozostałe tereny zagospodarowane w formie trawników.

Stan projektowany:

W ramach niniejszego postępowania planuje się wykonanie na 1 piętrze istniejącego budynku „O” 8-mio łóżkowego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii + cztery izolatki (2 sale czterołożkowe ze stanowiskiem nadzoru + 4 jednołożkowe izolatki). Dostosowanie istniejącego obiektu wykonanego na dzień dzisiejszy w stanie surowym zamkniętym.

Założenia projektowe:

Przebudowa istniejącej części budynku „O” w zakresie 2-ch kondygnacji, w tym:

- 1-sza kondygnacja (piwnice) – część techniczna, pomieszczenia dla lokalizacji urządzeń technicznych i technologicznych dla przebudowanego zakresu tj. m.in. centrale wentylacyjne i inne.
- 3-cia kondygnacja (1 piętro) – powierzchnia z przeznaczeniem na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy uwzględnieniu możliwości przeprowadzenia niezbędnych szachtów instalacyjnych z poziomu piwnic, poprzez poziom parteru (2-ga kondygnacja), gdzie planowane jest wykonanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (ogłoszone postępowanie przetargowe).

W ramach odrębnego postępowania planuje się wykonanie na parterze segmentu A budynku „O” Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) wraz z podjazdem dla karettek dowożących pacjentów na SOR oraz przebudowa istniejącego układu drogowego, w tym przebudową zjazdów z ul. Andrzeja Strugi, celem rozdzielenia ruchu samochodowego na terenie Szpitala – odrębny zjazd z drogi publicznej dla karettek kierujących się na SOR i pozostałych pojazdów poruszających się po terenie Szpitala.

b) Charakterystyczne parametry określające wielkość obiektu lub zakres robót budowlanych

Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii – w dotychczasowej lokalizacji udzielał pomocy: średnia ilość hospitalizacji w 2023r. – 167 osób.

c) ogólne właściwości funkcjonalno-użytkowe

Obszar intensywnej opieki medycznej obejmował będzie dwie sale czterołożkowe ze stanowiskiem nadzoru oraz cztery jednołożkowe izolatki (8+ 4).

Oddział prowadzić będzie leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu,

w szczególności chorych z niewydolnością układu oddechowego i związaną z tym respiratoroterapią. Do zadań oddziału należeć będzie w szczególności:

- 1) ciągłe przyłózkowe monitorowanie EKG;
- 2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną;
- 3) ciągły pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną;
- 4) pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego;
- 5) pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
- 6) ciągły pomiar ciśnienia w tętnicy płucnej metodą inwazyjną;
- 7) pomiar rzutu serca;
- 8) zabezpieczenie drożności dróg oddechowych;
- 9) przedłużona wentylacja płuc z użyciem respiratora z regulacją stężenia tlenu w respiratorze w zakresie: 21-100%;
- 10) wziernikowanie dróg oddechowych za pomocą bronchofiberoskopu;
- 11) terapia płynami infuzyjnymi za pomocą pomp infuzyjnych, strzykawk automatycznych;
- 12) toaleta dróg oddechowych za pomocą urządzeń ssących;
- 13) ciągłe leczenie nerkozastępcze;
- 14) przyłózkowa diagnostyka rtg i usg;
- 15) monitorowanie temperatury ciała;
- 16) defibrylacja, kardiowersja, stymulacja zewnętrzna serca;
- 17) pulsoksymetria;
- 18) kapnometria.

d) szczegółowe właściwości funkcjonalno-użytkowe wyrażone we wskaźnikach powierzchniowo-kubaturowych

Planowany w ramach niniejszego opracowania **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii** winien zapewniać komfortową, obsługę 10 stanowisk intensywnej terapii:

powierzchnia użytkowa: ~750,0 m²

powierzchnia całkowita: ~900,0 m²

kubatura: ~2250,0 m³

ilość kondygnacji: 1

2. Opis wymagań zamawiającego w stosunku do przedmiotu zamówienia - cechy obiektu dotyczące rozwiązań budowlano-konstrukcyjnych i wskaźników ekonomicznych oraz warunki wykonania i odbioru robót budowlanych odpowiadających zawartości specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych

Dokumentacja techniczna

Przed wykonaniem dokumentacji projektowej wykonawca zapozna się z posiadaną przez Zamawiającego inwentaryzacją stanu istniejącego (w tym również wykonaną w standardzie BIM), zweryfikuje dane i materiały niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia przekazane przez Zamawiającego. Wykonawca pozyska na swój koszt inne wymagane materiały, analizy i opracowania, niezbędne do prawidłowego wykonania dokumentacji projektowej i późniejszej realizacji robót. Dokumentację techniczną należy przygotować z uwzględnieniem zasady minimalizacji nakładów finansowych na fizyczną realizację projektu. Projekt winien zawierać rozwiązania pod kątem energetycznym, tak aby obiekty Szpitala po zakończeniu inwestycji spełniały minimalne wymagania dla budynków użyteczności publicznej na dzień złożenia wniosku o pozwolenie na budowę/uzyskania dokumentu umożliwiającego rozpoczęcie robót budowlanych.

Dokumentacja techniczna powinna być opracowana z uwzględnieniem uzgodnień jak również wytycznych Zamawiającego i ma służyć realizacji dla potrzeb wykonawstwa. Jeżeli względy praktyczne wymagają, aby niektóre dokumenty Wykonawcy były poddane weryfikacji lub uzgodnieniu przez odpowiednie osoby lub służby to przeprowadza je na swój koszt. Dokumentacja projektowa powinna być wykonana w wersji papierowej i elektronicznej po 3 egzemplarze dla każdej branży, oraz składać się m.in. z następujących części:

- 1. Projekt budowlany** opracowany zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 29 grudnia 2021r. (Dz.U. – 2021 poz. 2454) w sprawie szczegółowego zakresu i formy dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych oraz programu funkcjonalno-użytkowego) obejmujący części podlegające zatwierdzeniu przez organ administracji architektoniczno-budowlanej,
- 2. Projekt Zagospodarowania Terenu,**
- 3. Projekt Architektoniczno-Budowlany,**

4. Załączniki do Projektu Budowlanego

oraz

5. Projekt Techniczny wszystkich branż w tym:

- projekt zagospodarowania terenu w zakresie planowanych wejść do budynku i ewentualnych instalacji zewnętrznych;
- projekt architektoniczny;
- projekt wnętrz uwzględniający: aranżację i wykończenia wnętrz (projekt winien zawierać rysunki ogólne i detale wnętrza objętego opracowaniem z zestawieniami kolorystycznymi i materiałowymi wszystkich powierzchni i elementów);
- projekt konstrukcji;
- projekt instalacji wodno- kanalizacyjnych (sanitarnych) w tym wody do celów p.poż.;
- projekt instalacji centralnego ogrzewania (klimakonwektory);
- projekt instalacji wentylacji mechanicznej i klimatyzacji;
- projekt instalacji c.o. oraz cwu;
- projekt gazów medycznych;
- projekt poczty pneumatycznej;
- projekt instalacji elektrycznych: oświetlenie ogólne i ewakuacyjne /zastosowanie czujników obecności osób i czujników natężenia oświetlenia uwzględniające światło dzienne;
- projekt instalacji niskoprądowych: instalacji sygnalizacji SAP, instalacji IT, instalacji przyzywowej, instalacji audiovideo, instalacji monitoringu, instalacji DSO (jeśli jest wymagana), telefonicznej, kontroli dostępu;
- projekt systemu automatyki BMS uwzględniający między innymi sterowania komfortem tj.: sterowanie klimatyzacją, wentylacją, ogrzewaniem i oświetleniem, i inne niezbędne dla prawidłowego działania planowanych funkcji obiektu.
- Projekty Wykonawcze poszczególnych elementów;
- Projekty wykonawcze we wszystkich branżach, włącznie z projektami wnętrz wraz z informacją wizualną;

- Opracowanie kart zaprojektowanych produktów i urządzeń ze wskazaniem min. 3-ch producentów/ dostawców;
- Projekt technologii medycznej z wyszczególnieniem całości wyposażenia medycznego i niemedycznego.

Projekt winien zostać opracowany w sposób umożliwiający etapowanie robót budowlanych.

Każda z w/w części dokumentacji technicznej winna zawierać:

- część opisową,
- część rysunkową: rzuty, przekroje i detale istotnych elementów instalacji,
- obliczenia,
- przedmiary robót we wszystkich branżach,
- specyfikację wykonania i odbioru robót budowlanych we wszystkich branżach,
- wszelkie niezbędne uzgodnienia i pozwolenia towarzyszące.

Dokumentacja ma być opracowana w wersji drukowanej oraz elektronicznej (części opisowe i obliczeniowe – pliki .doc, .xls i plik .pdf, część rysunkowa – pliki .dwg i .pdf). Rozwiązania materiałowe powinny spełniać wszystkie wymagania wynikające z obowiązujących przepisów, w tym przepisów dotyczących obiektów ochrony zdrowia (posiadać aprobaty, atesty, deklaracje zgodności, certyfikaty).

Wykonawca uzyska w imieniu i na rzecz Zamawiającego, wszelkie wymagane zgodnie z prawem polskim uzgodnienia, opinie i decyzje administracyjne niezbędne do zaprojektowania i wybudowania obiektu oraz pokrycie związanych z tym kosztów.

Wykonawca przygotuje również przedmiar robót, kosztorysy oraz specyfikacje techniczne wykonania i odbioru robót (opracowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rozwoju i Technologii z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie określenia metod i podstaw sporządzania kosztorysu inwestorskiego, obliczania planowanych kosztów prac projektowych oraz planowanych kosztów robót budowlanych określonych w programie funkcjonalno-użytkowym Dz.U. 2021 poz. 2458).



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 8 marca 2024 r.

Poz. 332

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 lutego 2024 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2022 r. poz. 392), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2841);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2804).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2841), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2022 r.”;
- 2) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2804), który stanowi:
„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2023 r.”.

Minister Zdrowia: wz. *W. Konieczny*

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).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 20 lutego 2024 r. (Dz. U. poz. 332)

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 16 grudnia 2016 r.

w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) anestezja – wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
- 2) intensywna terapia – postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;
- 3) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii – lekarza, który:
 - a) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
 - anestezjologii,
 - anestezjologii i reanimacji lub
 - anestezjologii i intensywnej terapii, lub
 - b) uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) lekarz anestezjolog – lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 7) resuscytacja – działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania;
- 8) sedacja – działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta;
- 9) zabieg w trybie natychmiastowym – zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;
- 10) zabieg w trybie pilnym – zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
- 11) zabieg w trybie przyspieszonym – zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
- 12) zabieg w trybie planowym – zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

¹⁾ Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, 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).

§ 3. Kwalifikacja pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 4. 1. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii.

2. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii dla dzieci.

3. Liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

4. Usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi.

5. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia się izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada służę umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych.

6. Ustala się następujące poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz pacjentów dorosłych oraz dzieci:

- 1) pierwszy poziom referencyjny;
- 2) drugi poziom referencyjny;
- 3) trzeci poziom referencyjny.

7. Warunki ogólne wymagane dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziałów anestezjologii lub oddziałów anestezjologii dla dzieci w szpitalach są określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia.

8. Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalach są określone w częściach II i III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

9. W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru poznieczuleniowego.

10. Kierującym oddziałem szpitala wymienionym w ust. 1 lub 2 powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

11. Pielęgniarką oddziałową oddziału szpitala wymienionego w ust. 1 lub 2 powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

§ 5. Standardy określone w § 9 pkt 5 i 7–15 oraz wymagania dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia stosuje się w:

- 1) ambulatorium lub zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne,
 - 2) pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa
- w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji.

§ 6. 1. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia bólu mogą być udzielane w szpitalu w ramach oddziału wymienionego w § 4 ust. 1 lub 2.

2. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziale anestezjologii lub oddziale anestezjologii dla dzieci w szpitalu może zostać utworzony zespół zajmujący się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego.

3. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu mogą być również hospitalizowani pacjenci wymagający, w celu leczenia bólu, wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych albo odpowiedniego monitorowania lub leczenia.

§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog, lub lekarz w trakcie specjalizacji po ukończeniu co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii przejmując na wezwanie prowadzenie resuscytacji. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog podejmując decyzję o jej zakończeniu. Lekarz w trakcie specjalizacji przed podjęciem decyzji przeprowadza konsultację z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 8. 1. W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach – za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.

3. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.

4. (uchylony).

5. Odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, o których mowa w ust. 3, potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.

§ 9. Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, zgodnie z którym:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyspieszonym i planowym;
- 2) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2, ustala sposób komunikacji alarmowej;
- 3) plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2; plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, w szczególności powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz wyposażenia podmiotu leczniczego w wyroby medyczne niezbędne do udzielania tych świadczeń;
- 4) w przypadku gdy w szpitalu są wykonywane zabiegi na rzecz pacjentów dorosłych oraz na rzecz dzieci, plan zabiegów powinien dodatkowo uwzględniać zasadę rozdziału czasowego lub przestrzennego wykonywania zabiegów dla tych grup pacjentów;
- 5) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia;
- 6) jeżeli pacjent jest małoletni, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, o którym mowa w pkt 5, nie może odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych;

- 7) lekarz kwalifikujący pacjenta do znieczulenia wypełnia podczas kwalifikacji kartę konsultacji anestezjologicznej;
- 8) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
- 9) lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;
- 10) przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący znieczulenie jest obowiązany:
 - a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
 - b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania,
 - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia,
 - d) przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
 - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
- 11) lekarz wykonujący znieczulenie znajduje się w bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
- 12) lekarz wykonujący znieczulenie wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniając w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania;
- 13) jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, lekarz ten ponosi odpowiedzialność za to znieczulenie od chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego pacjenta, przebiegu znieczulenia oraz wyrobów medycznych; przejście odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia;
- 14) lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna;
- 15) transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu;
- 16) w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.

§ 10. Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii.

§ 11. Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, zgodnie z którym:

- 1) prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, z zastrzeżeniem pkt 2a;
- 2a) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z wyjątkiem znieczulenia u pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów na nim przebywających;
- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;

- 5) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin medycyny lub staż podyplomowy, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej;
- 7) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

§ 12. 1. Leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny.

2. W razie gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania z zakresu intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala.

§ 13. W celu prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy prowadzący szpital zapewnia możliwość przeprowadzania w lokalizacji rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych.

§ 14. Lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przeprowadza raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami określonymi w § 9 pkt 1, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których mowa w *art. 67a²⁾* ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692 i 1972).

§ 14a. 1. Lekarz, o którym mowa w art. 7 ust. 2a i 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831 i 1972), który posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 8 tej ustawy, w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, może wykonywać czynności, o których mowa w § 9 pkt 5 i 15 oraz § 11 pkt 4.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, który wykonuje zawód w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez co najmniej 2 lata, może przejmować na wezwanie prowadzenie resuscytacji oraz po konsultacji z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii podejmować decyzję o jej zakończeniu.

3. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lekarz, o którym mowa w ust. 1, może wykonywać znieczulenie pacjentów, o których mowa w § 8 ust. 3, jeżeli:

- 1) wykonuje zawód lekarza przez okres co najmniej 2 lat w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz
- 2) posiada pisemne potwierdzenie wydane przez lekarza kierującego oddziałem, że dysponuje wiedzą i umiejętnościami odpowiednimi do wykonywania znieczulenia.

4. Lekarz, o którym mowa w art. 7 ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, może wykonywać czynności wskazane w ust. 1–3, jeżeli wskazane one zostały w decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 2b tej ustawy.

5. Potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, jest przechowywane w aktach osobowych lekarza.

§ 15. Ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przez lekarzy, o których mowa w § 11 pkt 3–5:

- 1) podstawowe – wymienione w części A załącznika nr 2 do rozporządzenia;
- 2) inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednie wyroby medyczne – wymienione w części B załącznika nr 2 do rozporządzenia.

²⁾ Uchylony przez art. 1 pkt 10 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1675), która weszła w życie z dniem 6 września 2023 r.

§ 15a. Warunków określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w części I i części II nie stosuje się do podmiotu leczniczego, któremu wojewoda lub minister właściwy do spraw zdrowia, działając odpowiednio na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b, art. 11 ust. 1 oraz art. 11 ust. 2 i 4³⁾ ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, 1429, 1723, 1860, 2029 i 2740), wydał polecenie dotyczące:

- 1) zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie pacjentom z potwierdzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zgodę na ich udzielanie również pacjentom innym niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2,
- 2) zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym łóżek respiratorowych z możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej

– przez okres obowiązywania tego polecenia.

§ 15b. W podmiotach leczniczych, o których mowa w § 15a, przez okres obowiązywania polecenia, o którym mowa w tym przepisie, świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz po czterech latach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, którzy odbyli co najmniej 6 miesięcy szkolenia w oddziale intensywnej terapii.

§ 16.⁴⁾ 1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2024 r.

2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2024 r.

3. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań określonych w § 4 ust. 10, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2024 r.

4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2024 r.

§ 17.⁴⁾ 1. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2024 r.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia”, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2024 r.

§ 18. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.⁵⁾

³⁾ Utraciły moc z dniem 5 września 2020 r. na podstawie art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, 1429, 1723, 1860, 2029 i 2740), która weszła w życie z dniem 8 marca 2020 r.

⁴⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2804), które weszło w życie z dniem 31 grudnia 2023 r.

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960).