

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW
z dnia 2009r.**

**zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu przygotowania
oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz
właściwości organów w tych sprawach**

Na podstawie art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2416, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. Nr 143, poz. 1515) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w pkt 1:

a) lit. c i d otrzymują brzmienie:

„c) działania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,

d) określenia norm i wskaźników zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej,”

b) lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) określenia sposobu realizacji świadczeń na rzecz jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej i Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,”

c) dodaje się lit. j - l w brzmieniu:

„j) określenia sposobów zabezpieczenia potrzeb kadrowych,

k) szkolenia w zakresie realizacji zadań wynikających z planów, o których mowa w § 2 ust. 1,

l) określenia sposobu realizacji świadczeń na rzecz jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujących zadania obronne;”

2) po § 1 dodaje się § 1 a w brzmieniu:

„§ 1a. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) jednostka organizacyjna publicznej służby zdrowia – zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 277, poz. 2742, z 2005 r. Nr 180, poz. 1496, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 107, poz. 732 i Nr 176, poz. 1242, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056, Nr 180, poz. 1109, Nr 206, poz. 1288, Nr 208, poz. 1308 i Nr 223, poz. 1458 oraz z 2009 r. Nr 22, poz. 120 i Nr 97, poz. 801.

zdrowotnej Dz.U. z 2007r., Nr 14, poz. 89, z późn zm.²⁾) z wyłączeniem ambulatoriów lub ambulatoriów z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej;

2) jednostka organizacyjna niepublicznej służby zdrowia – zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz:

- osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- grupową praktykę lekarską i grupową praktykę pielęgniarek, położnych prowadzącą działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych;
- osobę posiadającą kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej;

3) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;

4) świadczenia zdrowotne - świadczenia, o których mowa w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

5) właściwy miejscowo organ administracji zasobów kadrowych – Wojskową Komendę Uzupelnień, która administruje na terenie, na którym położona jest dana jednostka organizacyjna publicznej i niepublicznej służby zdrowia;

6) przedstawiciel resortowy – wskazana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego osoba, upoważniona do reprezentowania danego organu administracji w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych dla potrzeb służb mundurowych.”;

3) w § 2:

a) w ust. 1 dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia;

5) jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 5, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu odpowiednio z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, z

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817.

Ministrem Obrony Narodowej oraz Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, którzy zgłosili potrzeby, o których mowa w § 17 ust. 2.”,

c) dodaje się ust. 3 – 7 w brzmieniu:

„3. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 3, zatwierdza wojewoda.

4. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 4, zatwierdza właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa. Plany przedstawia się do zatwierdzenia po uzgodnieniu z podmiotami, które utworzyły jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia.

5. Organami właściwymi do organizowania, nakładania, nadzorowania i uruchamiania realizacji zadań wynikających z § 1, realizowanych przez podmioty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 - 5, są:

1) minister właściwy do spraw zdrowia - w odniesieniu do jednostek mu podległych lub przez niego nadzorowanych;

2) wojewoda - w odniesieniu do właściwych terytorialnie:

a) jednostek samorządu terytorialnego,

b) jednostek organizacyjnych niepublicznej służby zdrowia, na wniosek właściwego miejscowo wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starosty, marszałka województwa,

c) jednostek organizacyjnych publicznej służby zdrowia, innych niż utworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego, w uzgodnieniu z podmiotami, które utworzyły te jednostki;

3) wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa - w odniesieniu do jednostek organizacyjnych publicznej służby zdrowia, utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego.

6. Plany, o których mowa w ust. 1, podlegają corocznej aktualizacji.

7. Koszty związane z działaniami, o których mowa w ust. 5 pkt 2, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie w ramach programowania obronnego (dział obrona narodowa).”;

4) w § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Planowana liczba łóżek bazy szpitalnej w województwie powinna wynosić nie mniej niż 75 łóżek szpitalnych na 10 tysięcy mieszkańców, przy czym 50 % powinny stanowić łóżka zabiegowe, w tym łóżka przewidziane na potrzeby Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, wojsk sojusznicznych, organów i jednostek organizacyjnych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.”;

5) w § 4 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W procesie planowania zwiększenia łóżkowej bazy szpitalnej oraz tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych, o których mowa w § 8 ust. 1, dopuszcza się odstępstwa od wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.”;

6) § 8 otrzymuje brzmienie:

„§ 8. 1. W celu udzielania świadczeń zdrowotnych poszkodowanym, rannym i chorym oraz umożliwienia szybkiego zwolnienia łóżek szpitalnych, w wyznaczonych budynkach przygotowuje się i wyposaża miejsca do leżenia, zwane dalej „zastępczymi miejscami szpitalnymi”, stanowiące uzupełnienie łóżkowej bazy szpitalnej kraju w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

2. Liczbę i lokalizację zastępczych miejsc szpitalnych na obszarze województwa określa wojewoda w porozumieniu z właściwym miejscowo wójtem, (burmistrzem, prezydentem miasta), starostą, marszałkiem województwa.

3. Liczba zastępczych miejsc szpitalnych powinna wynosić nie mniej niż 50 na 10 tysięcy mieszkańców.

4. Zastępcze miejsca szpitalne funkcjonują w zespołach zastępczych miejsc szpitalnych nie większych niż 200 łóżek.

5. Zespoły zastępczych miejsc szpitalnych powinny posiadać co najmniej izbę przyjęć, punkt zabiegów sanitarnych i specjalnych, pomieszczenia dla chorych oraz pomieszczenia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

6. Zespoły zastępczych miejsc szpitalnych przewidziane są do:

1) udzielania świadczeń zdrowotnych poszkodowanym, rannym i chorym:

a) niewymagającym przyjęcia do szpitala,

b) oczekującym na przyjęcie do szpitala lub transport zgodnie ze wskazaniami medycznymi,

c) po zabiegach operacyjnych, niewymagającym pobytu w szpitalu oraz pacjentów, u których proces leczenia, rekonwalescencji i rehabilitacji może być kontynuowany w trybie innym niż pobyt w szpitalu;

2) zapewnienia leczenia objawowego oraz pielęgnacji pacjentów w stanach terminalnych.

7. Zespoły zastępczych miejsc szpitalnych rozpoczynają działanie na podstawie decyzji wojewody.

8. Wskazany przez wojewodę wójt, (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa, właściwy ze względu na lokalizację tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych, jest właściwy w sprawach przygotowania, organizacji i zapewnienia ich funkcjonowania.

9. Wojewoda koordynuje i nadzoruje tworzenie oraz funkcjonowanie zespołów zastępczych miejsc szpitalnych na terenie województwa.”;

7) po § 8 dodaje się § 8a w brzmieniu:

„§ 8a. 1. Organy jednostek samorządu terytorialnego, o których mowa w § 8 ust. 8, we współpracy z jednostkami organizacyjnymi publicznej i niepublicznej służby zdrowia właściwymi ze względu na lokalizację tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych, są właściwe w sprawach opracowywania planów organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, zawierają:

1) wskazanie podstawy prawnej do przygotowania planu;

2) nazwę organu jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialnego za przygotowanie, organizację i funkcjonowanie zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;

- 3) nazwy i adresy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia wyznaczonych do zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach zastępczych miejsc szpitalnych;
 - 4) plan sytuacyjny obiektów z zaznaczeniem dróg dojazdowych i ewakuacyjnych uwzględniający rozmieszczenie komórek organizacyjnych zespołu zastępczych miejsc szpitalnych, o których mowa w § 8 ust. 5;
 - 5) regulamin porządkowy zawierający opis struktury organizacyjnej i zadań komórek organizacyjnych zespołu zastępczych miejsc szpitalnych, o których mowa w § 8 ust. 5;
 - 6) wskazania kierownika, określenie obsady kadrowej oraz obowiązków personelu zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
 - 7) wskazanie zasad organizacji zabezpieczenia logistycznego zespołu zastępczych miejsc szpitalnych dotyczących:
 - a) zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne, wraz z określeniem jakościowo – ilościowym, oraz sposobu ich pozyskiwania i uzupełniania,
 - b) zaopatrzenia w pozostałe wyposażenie niezbędne do funkcjonowania zespołu zastępczych miejsc szpitalnych oraz sposobu jego pozyskiwania,
 - c) zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną (zasilanie awaryjne),
 - d) organizacji żywienia,
 - e) postępowania z odpadami medycznymi,
 - f) zabezpieczenia usług pralniczych oraz środków czystości i higieny osobistej,
 - g) organizacji i zabezpieczenia systemu łączności,
 - h) realizacji świadczeń osobistych i rzeczowych, o których mowa w przepisach o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) określenie dokumentacji medycznej wykorzystywanej w działaniu zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
 - 9) sposób postępowania ze zwłokami.
3. Plany, o których mowa w ust. 1, są opracowywane według instrukcji dotyczących planowania, organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych przygotowanych przez wojewodę.
4. Plany, o których mowa w ust. 1, są tworzone w dwóch egzemplarzach i przechowywane przez:
- 1) organy jednostek samorządu terytorialnego, o których mowa w § 8 ust. 8;
 - 2) jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1.
5. Plany, o których mowa w ust. 1, są zatwierdzane przez wojewodę i podlegają corocznej aktualizacji.
6. Plany, o których mowa w ust. 1, stanowią załączniki do planów, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 i 4.”;

8) § 9 i 10 otrzymują brzmienie:

„§ 9. 1. Kierownik jednostki organizacyjnej, o której mowa w § 8a ust. 1, zapewnia obsadę stanowisk personelu medycznego w zespole zastępczych miejsc szpitalnych zgodnie z planem, o którym mowa w § 8a.

2. W przypadku braku możliwości zapewnienia obsady personelu medycznego dla zespołu zastępczych miejsc szpitalnych poprzez skierowanie do pracy w tym zespole osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej, o której mowa w § 8a ust. 1, kierownik tej jednostki informuje organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 8 ust. 8, o braku możliwości zabezpieczenia potrzeb kadrowych.

§ 10. Do obowiązków kierownika zespołu zastępczych miejsc szpitalnych należy:

- 1) zapewnienie sprawnego wykonywania zadań zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
- 2) współdziałanie w zakresie bieżącej działalności zespołu zastępczych miejsc szpitalnych z:
 - a) podmiotami świadczącymi usługi dla zespołu zastępczych miejsc szpitalnych,
 - b) organem jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 8 ust. 8, oraz kierownikami jednostek organizacyjnych, o których mowa w § 8a ust. 1;
- 3) bieżące ustalanie ilościowo-jakościowej listy produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz pozostałego wyposażenia niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
- 4) składanie sprawozdań organowi jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 8 ust. 8, określonych przez ten organ, stosownie do zaistniałych potrzeb.”;

9) po § 10 dodaje się § 10a w brzmieniu:

„§ 10a. 1. Wyposażenie zespołów zastępczych miejsc szpitalnych stanowią w szczególności:

- 1) rezerwy państwowe produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w przepisach o rezerwach państwowych;
- 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne będące w dyspozycji jednostek organizacyjnych, o których mowa w § 8a ust. 1;
- 3) sprzęt gospodarczy, środki transportowe, łóżka, materace, bielizna pościelowa, środki spożywcze i inne pozyskane w oparciu o świadczenia rzeczowe, o których mowa w przepisach o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 8 ust. 8, jest właściwy do zapewnienia wyposażenia, o którym mowa w ust. 1.”;

10) w § 11 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Wojewoda dokonuje przeniesień, o których mowa w ust. 2, kierując się potrzebą zapewnienia prawidłowego funkcjonowania bazy szpitalnej na obszarze województwa oraz wojewódzkim planem przeniesień kadrowych, o którym mowa w § 12 ust. 5.”;

11) § 12 otrzymuje brzmienie:

„§ 12. 1. Potrzeby kadrowe zwiększonej na potrzeby obronne państwa bazy szpitalnej, w tym zastępczych miejsc szpitalnych, planuje się według norm i wskaźników zatrudnienia, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Wójt, (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa są właściwi w sprawie sporządzania, na podstawie norm i wskaźników, o których mowa w ust. 1, corocznego bilansu

personelu medycznego za rok ubiegły i przesyłania go wojewodzie w terminie do dnia 28 lutego następnego roku.

3. Bilansem, o którym mowa w ust. 2, obejmuje się:

- 1) uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych, uwzględniając miejsce pracy, przynależność do właściwego terytorialnie samorządu zawodu medycznego;
- 2) studentów ostatniego roku studiów medycznych.

4. Bilansem, o którym mowa w ust. 2, nie obejmuje się personelu medycznego posiadającego przydziały mobilizacyjne oraz zatrudnionego w jednostkach organizacyjnych, utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej i Szefa Agencji Wywiadu.

5. Wojewoda sporządza bilans personelu medycznego na obszarze województwa i opracowuje wojewódzki plan przeniesień personelu medycznego na podstawie bilansów, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem norm i wskaźników, o których mowa w ust. 1, oraz z uwzględnieniem planu, o którym mowa w § 13 ust. 1.

6. Wojewoda corocznie, w terminie do dnia 31 marca, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia bilans, o którym mowa w ust. 5 oraz dane za rok ubiegły dotyczące planowania i realizacji zadań, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. a i b.”;

12) w § 13:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Plany, o których mowa w ust. 1, realizują kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia, kierując wskazanym imiennie personelem medycznym do wyznaczonych jednostek organizacyjnych.”,

b) dodaje się ust 4 - 6 w brzmieniu:

„4. Skierowanie personelu medycznego do jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 3, następuje w drodze nadania przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych do służby w obronie cywilnej.

5. Organem właściwym w sprawie wydania decyzji o skierowaniu personelu medycznego do jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 3, jest:

- 1) w razie skierowania do pracy na terenie województwa, w którym osoba skierowana zamieszkuje lub jest zatrudniona – właściwy wojewoda;
- 2) w razie skierowania do pracy na obszar innego województwa niż to, o którym mowa w pkt 1 - minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek zainteresowanego wojewody.

6. Koszty skierowania personelu medycznego do jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 3, finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie, o których mowa w ust. 5.”;

13) § 14 otrzymuje brzmienie:

„§ 14. 1. Przygotowanie jednostek organizacyjnych służby krwi do wykonywania zadań na potrzeby obronne państwa realizują w formie planów:

- 1) Narodowe Centrum Krwi, utworzone na podstawie odrębnych przepisów – zbiorczo za całą służbę krwi;
- 2) Instytut w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.³⁾);
- 3) regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- 4) Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;
- 5) Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, uwzględniają w szczególności:

- 1) przygotowanie do zwiększonego co najmniej o 100 % poboru, przetwarzania, przechowywania i wydawania krwi oraz preparatów krwiopochodnych;
- 2) zabezpieczenie odpowiedniej ilości zapasów pojemników, odczynników chemicznych i innych materiałów niezbędnych do pobierania, przechowywania i preparatyki krwi;
- 3) zabezpieczenie odpowiednich zapasów surowic wzorcowych oraz testów do badania krwiodawców w kierunku HIV, WZW, kiły i innych - w zależności od potrzeb;
- 4) zwiększenie liczby punktów poboru krwi.

3. Plan, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia, w uzgodnieniu odpowiednio z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

4. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 2 - 5, zatwierdza Narodowe Centrum Krwi.

5. Realizację zadań wynikających z planów, o których mowa w ust. 1, koordynuje, uzgadnia i nadzoruje Narodowe Centrum Krwi.

14) w § 15:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Planowanie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego polega na przygotowaniu dokumentów wchodzących w skład planów, o których mowa w § 2 ust. 1.”,

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Zadania, o których mowa w ust. 2, realizuje, w uzgodnieniu z właściwym wójtem, (burmistrzem, prezydentem miasta), starostą, marszałkiem województwa, państwowa inspekcja sanitarna i państwowa inspekcja sanitarna utworzona przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i administracji na zasadach o których mowa w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2006r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.⁴⁾).”;

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756, z 2001 r. Nr 126, poz. 1382, z 2003 r. Nr 223, poz. 2215 oraz z 2007 r. Nr 166, poz. 1172.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1032, Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 20, poz. 106.

15) w § 17 otrzymuje brzmienie:

„§ 17. 1. W planach, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 - 4, ujmuje się świadczenia planowane do realizacji na potrzeby jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej i Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizują podmioty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 i 4.”,

3. W ramach potrzeb zgłoszonych przez Ministra Obrony Narodowej planuje się świadczenia dla wojsk sojusznicznych.”;

16) po § 17 dodaje się § 17a – 17c w brzmieniu:

„§ 17a. 1. Świadczenia, o których mowa w § 17 ust. 1, są realizowane w szczególności poprzez wydzielanie łóżek przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia dla potrzeb służb mundurowych.

2. Wydzielenie łóżek dla potrzeb służb mundurowych polega na przygotowaniu i utrzymywaniu w gotowości i dyspozycji określonej liczby łóżek wraz z urządzeniami, wyposażeniem, zabezpieczeniem materiałowym, w tym produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych dla potrzeb służb mundurowych.

3. Kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia na podstawie decyzji organu, o którym mowa w § 2 ust. 5, w sprawie liczby i profilu wydzielanych łóżek dla potrzeb służb mundurowych, opracowują dokumenty, które powinny zawierać w szczególności:

1) szkice sytuacyjne obiektów, uwzględniające rozmieszczenie łóżek w poszczególnych budynkach (pomieszczeniach) oraz funkcjonalne powiązanie tych łóżek z zapleczem diagnostyczno-leczniczym i techniczno-gospodarczym jednostki;

2) zestawienie wyposażenia pomieszczeń wydzielonych do rozwinięcia bazy łóżkowej dla potrzeb służb mundurowych ze wskazaniem źródeł uzupełnienia wyposażenia;

3) wykaz prac adaptacyjnych, niezbędnych do wykonania w związku z wydzieleniem bazy łóżkowej, ze wskazaniem niezbędnych środków materiałowych, urządzeń, źródeł zaopatrzenia oraz osób niezbędnych do wykonania tych prac. W przypadkach wymagających większego zaangażowania sił i środków należy sporządzić dokumentację techniczną prac adaptacyjnych;

4) kalkulację w zakresie personelu medycznego i pomocniczego niezbędnego do zabezpieczenia funkcjonowania wydzielonych łóżek dla potrzeb służb mundurowych; do kalkulacji sporządza się wykazy obsady personalnej wydzielanej bazy łóżkowej uwzględniające zarówno osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej jak również personel pozyskiwany w ramach planów przeniesień personelu medycznego;

- 5) zasady organizacji zabezpieczenia logistycznego w zakresie:
 - a) zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
 - b) zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną (zasilania awaryjne),
 - c) organizacji żywienia,
 - d) zakwaterowania personelu medycznego i pomocniczego, o którym mowa w pkt 4,
 - e) postępowania z odpadami medycznymi;
 - 6) sposób przyjęcia decyzji o zarządzeniu wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych oraz powiadamiania podległego personelu;
 - 7) wykaz osób odpowiedzialnych za kierowanie oraz terminowe wykonanie prac związanych z wydzieleniem łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, stanowią załącznik do planów, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4.
5. Kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia planują i organizują szkolenia kadry i personelu medycznego biorących udział w opracowywaniu dokumentów, o których mowa w ust. 3, w oparciu o przepisy dotyczące szkolenia obronnego.
6. Sposób wydzielania łóżek szpitalnych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia dla potrzeb służb mundurowych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 17b. 1. Przedstawiciel resortowy jest właściwy w sprawach:

- 1) współpracy z kierownikami jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia przy opracowywaniu planów, o których mowa w § 2 ust. 1, w zakresie, o którym mowa w § 17a ust. 3;
 - 2) przechowywania wyposażenia i uzbrojenia indywidualnego żołnierzy i funkcjonariuszy przyjętych na leczenie i rehabilitację w jednostkach organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia.
2. Przedstawiciel resortowy w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5, sprawuje nadzór nad:
- 1) wykorzystaniem wydzielonych łóżek oraz udzielaniem świadczeń zdrowotnych żołnierzom i funkcjonariuszom;
 - 2) leczeniem i rehabilitacją żołnierzy i funkcjonariuszy;
 - 3) zaopatrzeniem wydzielonej bazy łóżkowej w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 4) kierowaniem żołnierzy i funkcjonariuszy kończących leczenie do resortowych komisji lekarskich.

§ 17c. Jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujące zadania na potrzeby obronne państwa mogą wnioskować o świadczenia osobiste i rzeczowe, przewidziane

dla jednostek organizacyjnych wykonujących zadania obronne w rozumieniu przepisów o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.”;

17) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia;

18) dodaje się załącznik nr 4 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Plany, o których mowa w § 2 ust. 1:

- 1) pkt 1 – 3 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, sporządzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, dostosowuje się do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.
- 2) pkt 4 i 5 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Instrukcje, o których mowa w § 8a ust. 3 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 4. Plany o których mowa w § 8a ust. 1 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 5. Plany przeniesień, o których mowa w § 12 ust. 5 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, sporządzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, dostosowuje się do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 6. Plany, o których mowa w § 14 ust. 2:

- 1) pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, sporządzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, dostosowuje się do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia;
- 2) pkt 1 i 3 – 5 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

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

**PREZES
RADY MINISTRÓW**

**WSKAŹNIKI I NORMY ZATRUDNIENIA KADR MEDYCZNYCH W ZAKŁADACH OPIEKI
ZDROWOTNEJ
W SYTUACJACH ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA I WOJNY ¹⁾**

Na potrzeby obronne państwa ustala się wskaźniki zatrudnienia dla szpitali, oddziałów szpitalnych, zastępczych miejsc szpitalnych oraz regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa (RCKK):

1. Wskaźniki zatrudnienia dla szpitali:

1) lekarze

Lp.	Oddział szpitalny	Liczba personelu
1	Oddział chirurgiczny i inne oddziały zabiegowe	1 lekarz na 25 łóżek 1 anesteziolog na 60 łóżek
2	Oddział wewnętrzny	1 lekarz na 20 łóżek
3	Oddział intensywnej opieki medycznej	1 lekarz na 10 łóżek
4	Oddział zakaźny	1 lekarz na 30 łóżek
5	Oddział dziecięcy	1 lekarz na 25 łóżek
6	Oddział psychiatryczny	1 lekarz na 40 łóżek
7	Oddział położniczo-ginekologiczny	1 lekarz na 25 łóżek
8	Pracownia radiologiczna	1 lekarz na szpital
9	Pracownia diagnostyki laboratoryjnej	1 lekarz na szpital
10	Oddział rehabilitacji leczniczej	1 lekarz na szpital
11	Sala operacyjna	1 lekarz na salę
12	Izba przyjęć - szpitalny oddział ratunkowy	2 lekarzy na izbę

2) pielęgniarki i położne

Lp.	Oddział szpitalny	Liczba personelu
1	Oddział chirurgiczny i inne oddziały zabiegowe	1 pielęgniarka na 8 łóżek
2	Oddział wewnętrzny	1 pielęgniarka na 10 łóżek
3	Oddział intensywnej opieki medycznej	1 pielęgniarka na 5 łóżek
4	Oddział zakaźny	1 pielęgniarka na 10 łóżek
5	Oddział dziecięcy	1 pielęgniarka na 6 łóżek
6	Oddział psychiatryczny	1 pielęgniarka na 10 łóżek
7	Oddział położniczo-ginekologiczny	1 położna na 8 łóżek
8	Sala operacyjna	2 pielęgniarki-instrumentariuszki 2 pielęgniarki na salę
9	Sala opatrunkowa	3 pielęgniarki na salę
10	Izba przyjęć - szpitalny oddział ratunkowy	6 pielęgniarek na izbę
11	Punkt krwiodawstwa RCKiK	3 pielęgniarki na punkt

3) inne osoby wykonujące zawody medyczne

Lp.	Pracownia	Liczba personelu
1	Pracownia radiologiczna	2 techników elektroradiologii / licencjatów na kierunku lub w specjalności elektroradiologia
2	Pracownia diagnostyki laboratoryjnej	3 techników analityki medycznej / licencjatów analityki medycznej / diagnostów laboratoryjnych
3	Dział rehabilitacji leczniczej	1 fizjoterapeuta (technik / licencjat / magister fizjoterapii) na 40 łózek
4	Punkt krwiodawstwa RCKiK	5 techników analityki medycznej / licencjatów analityki medycznej / diagnostów laboratoryjnych

4) farmaceuci i technicy farmaceutyczni w aptekach szpitalnych

Lp.	Szpital/łożko	Liczba magistrów i techników farmacji
1	W szpitalach do 150 łózek	1 magister farmacji 1 technik farmaceutyczny
2	W szpitalach do 250 łózek	2 magistrów farmacji 1 technik farmaceutyczny
3	W szpitalach do 350 łózek	2 magistrów farmacji 2 techników farmaceutycznych
4	W szpitalach do 500 łózek	3 magistrów farmacji 3 techników farmaceutycznych
5	Powyżej 500 łózek	3 magistrów farmacji 3 techników farmaceutycznych

2. Wykaz specjalności lekarskich przewidzianych do obsady oddziałów zabiegowych:

- 1) anestezjologia i intensywne terapie;
- 2) chirurgia ogólna;
- 3) chirurgia ortopedyczna i traumatologia narządu ruchu;
- 4) chirurgia klatki piersiowej;
- 5) chirurgia dziecięca;
- 6) chirurgia stomatologiczna;
- 7) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 8) chirurgia plastyczna;
- 9) urologia;
- 10) otolaryngologia;
- 11) okulistyka;
- 12) położnictwo i ginekologia;
- 13) chirurgia onkologiczna;
- 14) neurochirurgia.

3. Wskaźniki zatrudnienia dla zastępczych miejsc szpitalnych

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba personelu/200 miejsc
1	Lekarz medycyny	2
2	Lekarz dentysta	1
3	Pielęgniarki	10 (do opieki pielęgniarskiej należy również wykorzystać osoby przeszkolone na kursach PCK)

4. Wskaźniki zatrudnienia dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa²⁾

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba			
		roczna produkcja krwi konserwowanej w tysiącach litrów			
		do 10	do 20	do 30	do 40
1	Lekarze medycyny	5	6	7	8
2	Farmaceuci	4	4	5	6
3	Diagności laboratoryjni	7	7	7	7
4	Biolodzy i mikrobiolodzy	5	5	6	7
5	Technicy analityki medycznej i licencjaci analityki medycznej	18	20	21	22
6	Pielęgniarki, położne	16	17	20	24

¹⁾ Podane wskaźniki są wielkościami minimalnymi i mogą ulegać zwiększeniu stosownie do potrzeb.

²⁾ W regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w których produkcja krwi konserwowanej przekracza rocznie 40 tysięcy litrów, obsadę zwiększa się proporcjonalnie na każde 10 tysięcy litrów krwi o 1 lekarza, 1 farmaceutę, 1 biologa, 1 diagnostę laboratoryjnego, 2 techników i/lub licencjatów analityki medycznej, 4 pielęgniarki.

KARTA EWAKUACYJNA I ZNAKI KLASYFIKACJI RANNYCH I CHORYCH (AWERS)
 Rzeczywisty rozmiar to: szer. (388mm) x wys.(111mm)
 Składowe szerokości – 4(strony) x 97mm = 388mm



		ZGON		Godz.	Min.
		UWAGI:			
<small>Dane zamieszczone w niniejszym druku podlegają ochronie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)</small>					



KARTA SEGREGACYJNA

DANE OSOBOWE: Mężczyzna Kobieta Nr poszkodowanego:

Wiek: _____ Nazwisko i imię: _____ NN

DRÓŻNOŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH	UDROŻNIENIE
Zachowana <input type="checkbox"/>	Manewr ręczny <input type="checkbox"/>
Niedrożność <input type="checkbox"/>	Słanie <input type="checkbox"/>
ODDYCHANIE	Maska krztaniowa <input type="checkbox"/>
/oddm.	Rurka nosowo-gardłowa <input type="checkbox"/>
100% O ₂ <input type="checkbox"/>	Rurka ustno-gardłowa <input type="checkbox"/>
CMV / ASSIST <input type="checkbox"/>	Intubacja <input type="checkbox"/>
	Usunięcie ciała obcego <input type="checkbox"/>

KRAŻENIE: P L Opatrunek
 Tętno t. promieniowa Unieruchomienie
 Tętno t. szyjna Godz. rozpoczęcia wlewu
 Częstość: _____ /min dozyjnego Godz. Min.

Wstrząs: TAK NIE Kryształoidy 500 x
 Koloidy 500 x

Cisnienie krwi _____ mmHg

S KA Ż E N I E

Biologiczne Dekontaminacja:
 Chemiczne - wykonano
 Radiacyjne - niewykonano

CZAS UDZIELENIA POMOCY

Data	Godz.	Min.

KARTA EWAKUACYJNA I ZNAKI KLASYFIKACJI RANNYCH I CHORYCH (REWERS)
 Rzeczywisty rozmiar to: szer. (388mm) x wys.(111mm)
 Składowe szerokości – 4(strony) x 97mm = 388mm

OTWIERANIE OCZU:

Spejalistyczne 4
 Na podbicie 3
 Na bół 2
 Nie otwiera 1

ODPOWIEDZ NA SŁOWA:

Logiczne 5
 Mowa chaotyczna 4
 Wypowiedzi bez związku lub krzywe 4
 Niezrozumienie dźwięki 2
 Brak 1

ODPOWIEDZ RUCHOWA:

Wykazuje porażenia 6
 Lokalizuje bodźce bólowy 5
 Odsunięcie od źródła bólu 4
 Reakcja zyczącowa na ból 3
 Reakcja wyprostna na ból 2
 Brak reakcji 1

Suma punktów wg skali GLASGOW: _____

Punktacja skala GLASGOW

13 - 15	4
9 - 12	3
6 - 8	2
4 - 5	1
0	0

Częstość oddechu / min

10 - 25	4
ponad 25	3
6 - 9	2
1 - 5	1
0	0

Cisnienie Skurczowe [mmHg]

ponad 90	4
76 - 89	3
50 - 75	2
1 - 49	1
0	0

Segregacja poszkodowanych według punktacji

12 =	ODROCZONA 3
11 =	POMOC PILNA 2
10 i mniej	NATYCHMIASTOWA 1

CZAS: Godz. Min.



DIAGRAM OBRAŻEŃ

Zaznaczyć na diagramie okolice ciała odpowiednim symbolem

Krwotok (wew.)	K (W)
Przepięcie	P
Zmrożenie	ZM
Pora	R
Zmiana (skurczenie)	ZC (S)
Zranienie otwarte	ZO
Zwichnięcie	ZW
Struczenie	ST
Ciało obce	CO
Oparzenie Stopień I, II, III	OP
Odma	OD

PODANE LEKI DAWKA CZAS DROGA

PODPIS: Lekarza Ratownika Nr zespołu

PODPIS: _____

LISTA OSÓB POSZKODOWANYCH W ZDARZENIU MNOGIM / MASOWYM

MIEJSCE ZDARZENIA:	DATA:
---------------------------	--------------

Nazwisko i imię	Nr karty	Kod segregacji	Miejsce transportu	Kryptonim Zespołu
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Krótką historia choroby

Rozpoznanie

Pieczęć jednostki organizacyjnej publicznej lub niepublicznej służby zdrowia	Data	Przebieg leczenia	Wyniki badań dodatkowych	Zastosowane leczenie

Leczenie zakończono rozpoznaniem

Wynik leczenia

Zmarł dnia o godz. Przyczyna zgonu

Miejsce pochowania

Numer w księdze głównej

.....
(imię i nazwisko lekarza)

.....
(podpis i pieczęć)

Wkładka do krótkiej historii choroby

strona nr

Nazwisko imię imię ojca rok urodzenia

Rozpoznanie

Pieczęć jednostki organizacyjnej publicznej lub niepublicznej służby zdrowia	Data	Przebieg leczenia	Wyniki badań dodatkowych	Zastosowane leczenie

.....
(imię i nazwisko lekarza)

.....
(podpis i pieczęć)

Sposób wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujące zadania obronne, w czasie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, oraz współdziałania organów w tym zakresie, a także prowadzenia kontroli w zakresie realizowanych zadań.

I. Wydzielanie łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych

1. Organy, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia, przekazują kierownikom jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia informację w sprawie wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych
2. Komórki właściwe do spraw zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego wnoszą o wydzielenie łóżek szpitalnych dla swoich potrzeb do organów określonych w § 2 ust. 5 rozporządzenia.
3. Organy, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia, ustalą z kierownikami jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia, sposoby przekazywania informacji w sprawie wydzielania łóżek dla potrzeb służb mundurowych.

II. Czynności realizowane po zarządzeniu wydzielenia łóżek dla potrzeb służb mundurowych

4. Kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia może zostać obowiązany do zrealizowania kolejno:
 - 1) przedsięwzięć przygotowawczych w zakresie wydzielenia łóżek szpitalnych;
 - 2) wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych .
5. W przypadku otrzymania informacji o obowiązku realizacji przedsięwzięć przygotowawczych w zakresie wydzielenia łóżek szpitalnych kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia:
 - 1) wzywa osoby odpowiedzialne za opracowanie planu wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych oraz tych pracowników, którzy przewidziani są do zabezpieczenia obsługi wydzielanych łóżek celem sprawdzenia stawiennictwa;
 - 2) poleca dokonanie sprawdzenia i uaktualnienia dokumentacji;
 - 3) poleca dokonanie sprawdzenia aktualności nałożonych świadczeń rzeczowych i osobistych oraz możliwość ich realizacji przez świadczeniodawców;
 - 4) poleca wypisać ze szpitala chorych, których stan zdrowia na to pozwala, lub przenieść ich do innych sal (pomieszczeń, obiektów itp. zapewniających elementarne warunki opieki medycznej i pielęgnacji poszkodowanych, rannych i chorych), jeżeli zajmowane przez nich łóżka i pomieszczenia planowane są do rozwinięcia łóżek wydzielanych dla potrzeb służb mundurowych ;
 - 5) zarządza gotowość własnych magazynów do wydawania przechowywanego sprzętu lub pozyskiwania dodatkowego wyposażenia z innych źródeł oraz przygotowania do rozmieszczenia (zainstalowania, ustawienia);
 - 6) ustala odpowiedni tok pracy personelu.
6. Z chwilą otrzymania informacji o obowiązku wydzielenia łóżek szpitalnych kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia:

- 1) potwierdza zwrotnie wiarygodność otrzymanej informacji;
 - 2) niezwłocznie wzywa cały personel przewidziany do wykonania otrzymanego zadania;
 - 3) poleca wykonanie prac związanych z rozwinięciem i wydzieleniem łóżek zgodnie z posiadanym planem;
 - 4) poleca podjęcie działań mających na celu realizację świadczeń rzeczowych i osobistych na rzecz kierowanej przez niego jednostki organizacyjnej;
 - 5) organizuje urządzenie rozwijanej bazy łóżkowej w miarę napływu osób wezwanych do wykonania świadczeń osobistych i personelu medycznego oraz pomocniczego powołanego spoza jednostki macierzystej;
 - 6) powiadamia podmiot, który utworzył jednostkę organizacyjną publicznej lub niepublicznej służby zdrowia, zarządzający wydzielanie łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych i właściwego przedstawiciela resortowego o przebiegu i zakończeniu procesu wydzielania/rozwijania łóżek szpitalnych.
7. Kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia może otrzymać informację o obowiązku wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych bez uprzedniego przygotowania się do tego procesu.
8. Przedstawiciel resortowy właściwy miejscowo dla danej jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia, ustala z jej kierownikiem sposób i harmonogram informowania o przebiegu wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych oraz przebiegu i zakończeniu leczenia rannych żołnierzy i funkcjonariuszy.

III. System sprawozdawczo-meldunkowy

9. Kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia w zakresie wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych jest obowiązany do informowania o ruchu pacjentów (żołnierzy i funkcjonariuszy) przyjętych na leczenie do placówki oraz o liczbie i wykorzystaniu wydzielonych łóżek w trybie i na zasadach określonych przez przedstawiciela resortowego w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia
10. Przedstawiciel resortowy, stosownie do zaistniałych potrzeb realizacji zadań związanych z wydzielaniem łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia, może żądać nałożenia dodatkowych obowiązków informacyjnych oraz prowadzenia ewidencji rannych i poszkodowanych żołnierzy oraz funkcjonariuszy, przyjętych na leczenie w wydzielonej bazie łóżkowej dla potrzeb służb mundurowych ustalając wzory dokumentów i terminy ich składania wyłącznie w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia.
11. Przedstawiciel resortowy w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia, oraz kierownikami jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia ustala terminy i sposób przesyłania informacji o stanie wykorzystania łóżek.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach, ma na celu dostosowanie obowiązującego stanu prawnego w obszarze realizacji zadań obronnych do potrzeb, które pojawiły się w czasie ponad czteroletniego obowiązywania rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz.U. Nr 143, poz. 1515).

Nowelizacja rozporządzenia wynika z konieczności dokonania szeregu zmian polegających na doprecyzowaniu istniejących przepisów stosownie do potrzeb zgłaszanych przez organy administracji rządowej, samorządowej i jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia zaangażowane w realizację zadań na potrzeby obronne państwa oraz jest konsekwencją prac prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia nad bieżącą aktualizacją i funkcjonalnością merytoryczną ww. rozporządzenia.

Postępujące dynamicznie zmiany organizacyjne, strukturalne i własnościowe jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia, trwający proces restrukturyzacji rezerw państwowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz dynamiczne zmiany charakteru współczesnych zagrożeń, powodują, że czteroletni okres obowiązywania ww. rozporządzenia w obecnym brzmieniu wymaga uszczegółowienia i modyfikacji w zakresie procedur zmierzających do zwiększenia bezpieczeństwa i ochrony ludności, a także zabezpieczenia realizacji przedsięwzięć związanych z naszym uczestnictwem w strukturach NATO i UE.

Celem proponowanej regulacji jest jasne i precyzyjne zdefiniowanie stron – uczestników procesu przygotowania oraz wykorzystania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa. Proponowane zmiany nie służą nałożeniu dodatkowych zadań na właściwe organy i jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia, a mają na celu doprecyzowanie właściwości organów w procesie realizacji zadań obronnych, z jednoczesnym dookreśleniem szczebli decyzyjnych i wykonawczych oraz określenia uprawnień wynikających z odrębnych przepisów, a przysługujących w związku z realizacją przedmiotowych zadań.

Zmiany dotyczą również szczegółowego zdefiniowania wzajemnych obowiązków i powinności oraz rozdzielenia odpowiedzialności i kompetencji. Dotychczasowa regulacja przestała zapewniać pełną spójność i jednolitość działań podejmowanych w procesie przygotowania i wykorzystania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa powodując powstawanie wielu rozbieżności interpretacyjnych. W projektowanej nowelizacji rozporządzenia położono nacisk na określenie roli i pozycji samorządu terytorialnego jako organu tworzącego zdecydowanej większości jednostek organizacyjnych publicznej służby zdrowia, na którym opiera się koordynacja działań dotyczących realizacji zadań obronnych. Zbyt małe i nieprecyzyjne uwidocznienie roli samorządu terytorialnego w obecnym brzmieniu rozporządzenia powodowało umniejszanie jego roli i odpowiedzialności za podległe placówki.

Skutkowało to niejednokrotnie powstaniem sytuacji, w których kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia wykonujący zadania na potrzeby obronne państwa nie mogli liczyć na wsparcie samorządu, zaś administracja rządowa (urzędy wojewódzkie) nie miała możliwości pełnego oddziaływania i egzekwowania realizacji nałożonych zadań. Tym samym kierownicy jednostek organizacyjnych służby zdrowia pozostawieni sami sobie, pozbawieni byli możliwości oddziaływania i wnioskowania w szczególności o świadczenia osobiste lub rzeczowe, niezbędne do realizacji zadań obronnych.

Propozycja zastąpienia wyrazów „zakłady opieki zdrowotnej” wyrazami „jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia”, ma na celu z jednej strony zapewnienie przedmiotowym jednostkom organizacyjnym możliwości korzystania z uprawnień należnych jednostkom organizacyjnym realizującym zadania obronne, określonych w innych aktach prawnych, z drugiej zaś strony, poszerzyć katalog podmiotów (jednostek organizacyjnych, zwłaszcza niepublicznej służby zdrowia), w stosunku do których brak było możliwości nakładania zadań obronnych przez uprawnione organy i tym samym wykorzystania do realizacji przedmiotowych zadań personelu medycznego zatrudnionego w tych jednostkach (np.: lekarzy prowadzących indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie lub grupowe praktyki lekarskie).

Brak w dotychczasowym brzmieniu rozporządzenia przepisów mówiących w szczególności o obowiązku sporządzania odpowiednich dokumentów planistycznych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia utrudniał organom samorządowym i założycielskim nakładanie i egzekwowanie wykonania nałożonych zadań na służbę zdrowia powodując tym samym sytuację, w których jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia formalnie nie uczestniczyły bądź odmawiały udziału w procesie planowania i realizacji tych zadań, w tym także ich wykonania i szkolenia.

Obowiązek taki spoczywał na właściwych organach administracji nie dysponujących niejednokrotnie odpowiednią wiedzą merytoryczną i kwalifikacjami w zakresie możliwości i sposobów wykorzystania służby zdrowia w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych lub zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa.

Propozycja dookreślenia w projektowanym rozporządzeniu kompetencji w zakresie organizowania, nadzorowania i uruchamiania zadań, uzgadniania planów i właściwości organów w tych sprawach stanowi odniesienie odpowiednich kompetencji tych organów, w stosunku do jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia, zawartych w ustawie z dnia 23 sierpnia 2001r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców (Dz.U. Nr 122, poz. 1320).

Propozycja dopuszczenia w procesie powiększania szpitalnej bazy łóżkowej, w nowelizowanym rozporządzeniu, odstępstw od wymagań i norm zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2006r. Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.), ma na celu umożliwienie jednostkom organizacyjnym publicznej i niepublicznej służby zdrowia pełną realizację nałożonych zadań obronnych poprzez zagęszczenie łóżek w salach chorych, wykorzystanie do tego celu pomieszczeń pomocniczych typu świetlice, korytarze, lub też pełne

wykorzystanie obiektów przydzielonych na ten cel szpitalom w ramach świadczeń rzeczowych w szczególności (szkoły, internaty, domy kultury, sale gimnastyczne).

W projekcie rozporządzenia zaproponowano przepisy mówiące o obniżeniu dolnej granicy wskaźników liczby łóżek bazy szpitalnej i zastępczych miejsc szpitalnych, bez dookreślenia – jak było dotychczas – górnej granicy. Umożliwia to elastyczne dostosowywanie poszczególnych ilości łóżek tworzonej bazy zgodnie z, dokonywaną na terenie województwa, analizą zagrożeń oraz zadaniami nałożonymi na zakłady ochrony zdrowia. O wielkości tej bazy na terenie województwa, z uwzględnieniem potrzeb sił zbrojnych oraz społeczności cywilnej decyduje wojewoda, jako organ ustawowo odpowiedzialny za kierowanie sprawami obronności w województwie. Obniżenie przedmiotowych wskaźników jest spełnieniem postulatów zgłaszanych przez urzędy wojewódzkie, organy samorządu terytorialnego oraz jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia i wynika z potrzeby urealnienia możliwości rozwinięcia i realizacji nałożonych zadań obronnych na poszczególne podmioty dając jednocześnie zainteresowanym stronom możliwość ostatecznego decydowania o potrzebach własnych i końcowej wielkości bazy łóżkowej. Przeprowadzona przez Ministra Zdrowia wspólnie z przedstawicielami wszystkich zainteresowanych stron, analiza potrzeb i możliwości poszerzania i rozwijania łóżkowej bazy szpitalnej na terenie kraju, w zastawieniu z zadaniami obronnymi nałożonymi na poszczególne jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia, wskazuje iż przyjęcie takiego sposobu określania wskaźników liczby łóżek, nie wpłynie negatywnie na możliwości i potrzeby realizacji zadań obronnych w dziale zdrowie.

Pozwoli natomiast zwiększyć odpowiedzialność kierowników jednostek organizacyjnych i samorządu terytorialnego oraz uelastyczni możliwości i swobodę podejmowania decyzji w przedmiotowym zakresie. Wprowadzenie w projektowanym rozporządzeniu zapisów wskazujących organy samorządu terytorialnego jako właściwych do sporządzania bilansów kadrowych w odniesieniu do personelu medycznego zamieszkałego na danym terenie, w sytuacji istnienia dużej migracji zarobkowej tej grupy zawodowej, ma na celu zapewnienie możliwości zgromadzenia i opracowywania rzetelnych i wiarygodnych danych do sporządzania bilansów kadrowych kolejnych szczebli oraz do opracowania planów przeniesień personelu medycznego na poszczególnych szczeblach. Utworzenie przez Ministra Zdrowia, jednostki organizacyjnej, której zadaniem jest koordynowanie działalności w zakresie organizacji pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew spowodowało potrzebę poszerzenia katalogu podmiotów realizujących zadania obronne z uwagi na fakt, iż przedmiotowa jednostka organizacyjna otrzymała uprawnienia, kompetencje i zadania bardzo istotne ze względu na realizację zadań obronnych służby krwi. Obniżenie wielkości poboru przetwarzania, przechowywania i wydawania krwi i preparatów krwiopochodnych, jest natomiast konsekwencją wspólnych negocjacji i ustaleń wszystkich podmiotów zainteresowanych przedmiotową problematyką tj. centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, przedstawicieli resortów – potencjalnych głównych beneficjentów (MON MSWiA ABW) i jednocześnie pozwala zapewnić realność możliwości realizacji zadań przez wszystkie podmioty biorące udział w gromadzeniu, przetwarzaniu, przechowywaniu i wydawaniu krwi i preparatów krwiopochodnych na potrzeby obronne państwa. Zdefiniowana również w projekcie rozporządzenia właściwość organów samorządu terytorialnego w zakresie uzgadniania planów działania inspekcji i służb zespolonych mających swoją siedzibę na terenie danego powiatu w zakresie realizacji zadań obronnych nie ma na celu nadania właściwym

organom samorządowym uprawnień do nakładania przedmiotowych zadań, a jedynie zapewnienie właściwej koordynacji i spójności działań planistycznych.

Uzupełnienie rozporządzenia o załącznik dotyczący procedur wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych przez publiczną i niepubliczną służbę zdrowia stanowi odpowiedź na wielokrotnie zgłaszane, przez organy administracji rządowej i terenowej oraz kierowników jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujących zadania na potrzeby obronne państwa, prośby i wnioski dotyczące uregulowania przedmiotowej tematyki, a także podyktowane zostało koniecznością systemowego ujednoczenia określonych procedur, sposobów i metod postępowania w zakresie rozwijania zastępczych miejsc szpitalnych oraz wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych. Jest to także konsekwencją wycofania z obiegu prawnego określonego „Zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, wyposażenia i działania w czasie wojny zastępczych miejsc szpitalnych” oraz „Instrukcji Ministra Obrony Narodowej w sprawie zabezpieczenia wydzielania przez zakłady społecznej służby zdrowia łóżek szpitalnych do stałego obłożenia dla potrzeb Sił Zbrojnych na okres wojny” i konieczności zdefiniowania nowych zasad wydzielania przedmiotowych łóżek zarówno dla potrzeb Sił Zbrojnych RP, służb MSWiA, ABW i wojsk sojuszniczych oraz rozwijania ZMSz. Jednocześnie proponowana treść załączników jest wynikiem współpracy i uzgodnień dokonanych pomiędzy Ministrem Zdrowia i Inspektoratem Wojskowej Służby Zdrowia MON (głównym beneficjentem świadczeń realizowanych przez publiczną i niepubliczną służbę zdrowia w przedmiotowym zakresie).

Zmiana w załączniku nr 2 do rozporządzenia dotyczy jedynie częstotliwości oddechu osoby rannej i poszkodowanej, a wynika wyłącznie z faktu wprowadzenia w trakcie cztero - letniego okresu funkcjonowania przedmiotowego rozporządzenia i załącznika nr 2 w obecnym brzmieniu, szeregu zmian w z zakresu medycyny ratunkowej zwłaszcza w zakresie sposobu oceny stanu zdrowia poszkodowanych.

Proponowana nowelizacja rozporządzenia swym zakresem oddziaływania odnosi się również do wskaźników i norm zawartych w obecnie obowiązującym rozporządzeniu, które z racji okoliczności, o których mowa na wstępie uzasadnienia, utraciły rację bytu i nie oddają rzeczywistych możliwości zarówno administracji terenowej jak i jednostek publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujących zadania na potrzeby obronne państwa.

Proponowane zmiany w zdecydowanej mierze mają charakter porządkujący, a aktualizacja obowiązujących norm i wskaźników dotyczy wyłącznie ich urealnienia i zapewnienia możliwości wykonania nałożonych zadań.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) przedmiotowy projekt został zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

Podmioty, o których mowa w ustawie nie zgłosiły zainteresowania pracami nad przedmiotowym projektem.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt rozporządzenia

Przedmiotowy projekt rozporządzenia nie zmienia kręgu podmiotów, których dotyczy rozporządzenie wynikające z upoważnienia ustawowego zawartego w art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy z dnia 21 listopada 1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2416, z późn. zm.), tj. ministrów właściwych do spraw zdrowia, obrony narodowej, spraw wewnętrznych i administracji, Szefa ABW, wojewodów, jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujących zadania obronne oraz organów jednostek samorządu terytorialnego, a jedynie uszczegóławia tryb i zakres realizacji nałożonych zadań obronnych wykonywanych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia oraz właściwe organy.

2. Konsultacje społeczne

Z uwagi na fakt, iż projekt dotyczy problematyki zadań obronnych realizowanych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia oraz właściwe organy, w ramach konsultacji społecznych został przesłany do uzgodnień z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego na posiedzeniu w dniu 26 listopada 2008r. pozytywnie zaopiniowała i uzgodniła przedmiotowy projekt rozporządzenia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projekt rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowany akt prawny nie będzie oddziaływał na rynek pracy, gdyż dotyczy wyłącznie problematyki planowania i realizacji zadań obronnych i nie wiąże się z powstaniem lub utratą miejsc pracy oraz nie odnosi się do problematyki zatrudnienia, rynków pracy i bezrobocia.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowany akt prawny nie będzie oddziaływał na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowany akt prawny nie będzie oddziaływał na sytuację i rozwój regionalny.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.