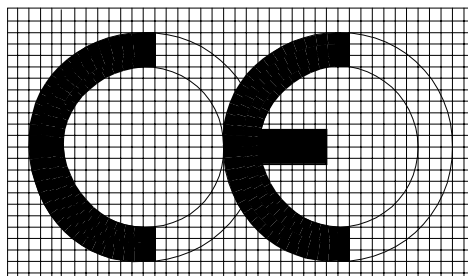


Załącznik do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 czerwca 2003 r. (poz. 1086)

## WZÓR OZNAKOWANIA CE

Oznakowanie CE składa się z liter „CE” o poniższych kształtach



W przypadku pomniejszania lub powiększania oznakowania CE należy zachować proporcje podane na powyższym rysunku.

Elementy oznakowania CE mają tę samą wysokość, nie mniejszą niż 5 mm. W przypadku elementów bezpieczeństwa o niewielkich rozmiarach dopuszcza się odstępstwo od tego warunku.

## 1087

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 16 czerwca 2003 r.

#### **w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne, oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu**

Na podstawie art. 103 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, Nr 73, poz. 660 i Nr 96, poz. 874) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Wojewódzki plan zdrowotny, zwany dalej „planem”, zawiera:

- 1) charakterystykę zdrowotną populacji zamieszkującej dane województwo, z uwzględnieniem czynników mających wpływ na stan zdrowia;
- 2) potrzeby zdrowotne wynikające z oceny stanu zdrowotnego obywateli, poprzez określenie liczby świadczeń zdrowotnych według wskazanych w rozporządzeniu rodzajów świadczeń zdrowotnych na 10 tys. ubezpieczonych;

3) kierunki działań ze wskazaniem priorytetów mających na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli oraz poprawę stanu ich zdrowia.

2. W planie, na podstawie oceny stanu zdrowotnego obywateli, określa się cele zdrowotne oraz działania, środki techniczne i organizacyjne służące osiągnięciu tych celów, a także terminy wykonania tych działań.

3. W planie, na podstawie oceny stanu zdrowotnego obywateli, można również określić długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia w okresie 4 lat począwszy od roku, którego plan dotyczy.

§ 2. Plan określa zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej, stomatologicznej, ambulatoryjnej, specjalistycznej i stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz zasady ich organizacji, uwzględniając:

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

- 1) strukturę demograficzną i sytuację epidemiologiczną na obszarze województwa;
- 2) infrastrukturę, w tym istniejący system dróg i połączeń komunikacyjnych środkami transportu publicznego;
- 3) istniejącą i niezbędną liczbę zakładów opieki zdrowotnej;
- 4) istniejącą i niezbędną liczbę osób udzielających świadczeń zdrowotnych gwarantujących odpowiednią dostępność, jakość i kompleksowość świadczeń;
- 5) możliwe do zrealizowania formy całodobowego zabezpieczenia świadczeń, w tym dostęp do świadczeń w dni powszednie w godzinach wieczornych, godzinach nocnych, w dni wolne od pracy wynikające z pięciodniowego tygodnia pracy, niedziele i święta.

§ 3. 1. W planie uwzględnia się konieczność zapewnienia ubezpieczonym w szczególności:

- 1) całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich, świadczeń pielęgniarek i położnych, w tym realizację tych świadczeń, w razie potrzeby, w domu chorego oraz w dni wolne od pracy;
- 2) ciągłości leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego, w tym dla osób przewlekle chorych;
- 3) realizacji innych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki stomatologicznej, ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki specjalistycznej, a w szczególności:
  - a) badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej,
  - b) rehabilitacji leczniczej,
  - c) profilaktyki zdrowotnej, w tym szczepień ochronnych i profilaktyki stomatologicznej,
  - d) opieki medycznej nad noworodkiem, niemowlęciem, dzieckiem i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, kobietą ciężarną i kobietą w okresie do 42 dni od dnia porodu, osobami niepełnosprawnymi oraz opieki paliatywnej;
- 4) promocji zdrowego stylu życia.

2. W zakresie organizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i opieki stomatologicznej w planie uwzględnia się w szczególności prawo ubezpieczonego do:

- 1) uzyskania świadczenia w dniu zgłoszenia, w przypadku zachorowania i gdy wymaga tego stan jego zdrowia;
- 2) dostępu do świadczeniodawcy w czasie nie dłuższym niż godzina dojazdu środkami transportu publicznego;

- 3) realizacji badań określonych w odrębnych przepisach w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą;
- 4) realizacji badań określonych w odrębnych przepisach w zakresie opieki nad kobietami w ciąży oraz kobietami w okresie do 42 dni od dnia porodu.

§ 4. 1. W planie określa się liczbę świadczeniodawców w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym lekarzy rodzinnych, lekarzy medycyny ogólnej, lekarzy chorób wewnętrznych, lekarzy pediatrów, pielęgniarek i położnych środowiskowych, rodzinnych oraz pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania, umożliwiającą organizację zabezpieczenia podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa.

2. W planie określa się liczbę świadczeniodawców w zakresie opieki stomatologicznej, umożliwiającą organizację zabezpieczenia tej opieki.

3. Przy ustalaniu liczby świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1 i 2, uwzględnia się wskaźniki określone w ust. 12 załącznika do rozporządzenia.

§ 5. 1. Plan jest przygotowywany co najmniej na jeden rok kalendarzowy.

2. Plan tworzy się uwzględniając przede wszystkim charakterystykę województwa pod względem:

- 1) stanu zdrowia obywateli;
- 2) czynników społeczno-ekonomicznych;
- 3) środowiska fizycznego.

3. Plan zawiera również projekt zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, który określa w szczególności:

- 1) krótkoterminowe i długoterminowe — cele strategiczne;
- 2) kierunki działań;
- 3) warunki zaspokojenia potrzeb zdrowotnych;
- 4) plan działań operacyjnych.

4. Szczegółowe warunki, jakim ma odpowiadać plan, oraz zakres danych niezbędnych do jego przygotowania są określone w załączniku do rozporządzenia.

5. Plan przygotowuje się w wersji drukowanej i elektronicznej.

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

Załącznik do rozporządzenia Ministra  
Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r.  
(poz. 1087)

### SZCZEGÓŁOWE WARUNKI, JAKIM MA ODPOWIADAĆ PLAN, ORAZ ZAKRES DANYCH NIEZBĘDNYCH DO JEGO PRZYGOTOWANIA

1. Plan składa się co najmniej z dwóch części.
  2. W części I planu należy przedstawić charakterystykę populacji województwa, biorąc pod uwagę najistotniejsze parametry określające stan zdrowia jego mieszkańców.
  3. Najważniejszymi elementami charakterystyki populacji są:
    - 1) diagnoza stanu zdrowia;
    - 2) chorobowość i zapadalność;
    - 3) zapobieganie chorobom;
    - 4) czynniki ryzyka mieszkańców województwa;
    - 5) czynniki społeczno-ekonomiczne;
    - 6) środowisko fizyczne.
  4. Dla postawienia diagnozy stanu zdrowia populacji województwa należy skorzystać przede wszystkim ze wskaźników ogólnej charakterystyki urodzeń oraz umieralności i jej przyczyn, w okresie co najmniej dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, a w szczególności z następujących współczynników i danych:
    - 1) współczynnika żywych urodzeń na 1 000 osób, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś;
    - 2) współczynnika noworodków z niską masą urodzeniową poniżej 2500g, w tym poniżej 1000g, na 1000 żywych urodzeń, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach;
    - 3) współczynnika zgonów na 10 tys. osób, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś;
    - 4) współczynnika zgonów na 10 tys. osób, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe i płeć; grupy wiekowe należy określać z postępowaniem 5 lat;
    - 5) współczynnika umieralności niemowląt na 1000 urodzeń żywych, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś;
    - 6) współczynnika umieralności na 1000 osób z powodu wszystkich zgonów, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe i płeć; grupy wiekowe należy określać z postępowaniem 5 lat;
  - 7) głównych przyczyn zgonów zgodnie z klasyfikacją międzynarodową ICD-10, zwaną dalej „ICD-10”, w systemie kategorii 3-znakowych, ogółem w województwie według grup wiekowych; grupy wiekowe należy określać z postępowaniem 5 lat;
  - 8) głównych przyczyn zgonów zgodnie z ICD-10, według grup, w poszczególnych powiatach według grup wiekowych; grupy wiekowe należy określać z postępowaniem 5 lat.
5. Chorobowość i zapadalność wyraża się w szczególności w postaci:
- 1) struktury hospitalizacji ogólnych i psychiatrycznych wykonanych w zakładach opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie województwa na rzecz:
    - a) mieszkańców województwa,
    - b) ubezpieczonych zamieszkujących na terenie innych województw— według przyczyn leczenia — według ICD-10, w systemie kategorii 3-znakowych — w okresie co najmniej dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan;
  - 2) zapadalności mieszkańców województwa na wybrane choroby zakaźne i zatrucia związkami chemicznymi — według ICD-10 w systemie kategorii 3-znakowych — w okresie co najmniej dwóch następujących po sobie lat poprzedzających o 2 lata rok, dla którego jest przygotowywany plan, według następującej listy chorób:
    - a) grypa (kody ICD-10: J10, J11),
    - b) zatrucia i zakażenia pokarmowe (A02.0, A05),
    - c) gruźlica (A15-A19),
    - d) kiła (A51- A53),
    - e) rzeżączka (A54),
    - f) AIDS (B20-B22),
    - g) zakażenia HIV,
    - h) zapalenie opon mózgowych (A39.0, A87, B00.3, B02.1, G00, G03),
    - i) zapalenie mózgu (A39.8, A83-A86, B00.4, B02.0, B25.8, B04.0, G04.2-G04.9),
    - j) krztusiec (A37),
    - k) borelioza (A69.2),
    - l) różyczka (B06, P35.0),
    - m) ospa wietrzna (B01),
    - n) wirusowe zapalenie wątroby (B15-B19);

- 3) struktury niepełnosprawności z podziałem według stopni tej niepełnosprawności, orzeczonych przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności — w okresie co najmniej dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, ogółem i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe i płeć; grupy wiekowe należy określać z postępem 5 lat;
  - 4) struktury niepełnosprawności z podziałem według przyczyn tej niepełnosprawności — zgodnie z ICD-10 w systemie kategorii 3-znakowych — orzeczonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w okresie co najmniej dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, ogółem i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe i płeć; grupy wiekowe należy określać z postępem 5 lat.
6. Zapobieganie chorobom przedstawia się z uwzględnieniem w szczególności:
- 1) liczby zrealizowanych szczepień wśród dzieci i młodzieży (wyszczepialność), w stosunku do zobowiązania wynikającego z kalendarza szczepień obowiązkowych, w podziale na powiaty oraz poszczególne rodzaje szczepień, w okresie co najmniej dwóch następujących po sobie lat poprzedzających o 2 lata rok, dla którego jest przygotowywany plan;
  - 2) liczby osób objętych badaniami przesiewowymi dotyczącymi raka piersi, z podziałem według źródeł finansowania i wniosków wynikających z tych badań dotyczących zaspokajania potrzeb w tym zakresie;
  - 3) liczby osób objętych badaniami przesiewowymi dotyczącymi raka szyjki macicy z podziałem według źródeł finansowania i wniosków wynikających z tych badań dotyczących zaspokajania potrzeb w tym zakresie;
  - 4) liczby osób objętych badaniami przesiewowymi dotyczącymi raka prostaty z podziałem według źródeł finansowania i wniosków wynikających z tych badań dotyczących zaspokajania potrzeb w tym zakresie;
  - 5) liczby osób objętych badaniami przesiewowymi dotyczącymi stomatologii, z podziałem według źródeł finansowania i wniosków wynikających z tych badań dotyczących zaspokajania potrzeb w tym zakresie;
  - 6) innych zrealizowanych programów profilaktycznych, ważnych ze względu na istniejące na terenie województwa problemy zdrowotne, przedstawiając liczbę osób objętych badaniami przesiewowymi z podziałem według źródeł finansowania i wniosków wynikających z tych badań dotyczących zaspokajania potrzeb w tym zakresie.
7. Czynniki ryzyka mieszkańców województwa są charakteryzowane na podstawie dostępnych na terenie województwa danych w okresie dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, dotyczących zachowań zdrowotnych mieszkańców przede wszystkim w zakresie:
- 1) szacowanej populacji regularnie palących papierosy;
  - 2) szacowanej populacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych;
  - 3) innych zachowań ważnych ze względu na powstawanie problemów zdrowotnych mieszkańców województwa.
8. Czynniki społeczno-ekonomiczne mające wpływ na powstawanie potrzeb zdrowotnych i ich zaspokajanie określa się na podstawie w szczególności następujących informacji:
- 1) populacji ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś, w okresie dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, według stanu na dzień 31 grudnia każdego z tych lat;
  - 2) struktury populacji według płci i wieku ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś, w okresie dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, według stanu na dzień 31 grudnia każdego z tych lat; grupy wiekowe należy określać z postępem 5 lat;
  - 3) zmian demograficznych populacji na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w okresie co najmniej pięciu następujących po sobie lat poprzedzających o 2 lata rok, dla którego jest przygotowywany plan, według struktury wiekowej, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś;
  - 4) aktualnej prognozy ludności na podstawie danych GUS dla województwa i powiatów, z uwzględnieniem struktury wieku oraz podziału miasto—wieś na okres 4 lat następujących po roku, w którym jest przygotowywany plan;
  - 5) rocznego wzrostu albo spadku przyrostu naturalnego w okresie co najmniej czterech następujących po sobie lat poprzedzających o 2 lata rok, dla którego jest przygotowywany plan, ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś;
  - 6) współczynnika płodności kobiet w województwie według następujących przedziałów wiekowych:
    - a) 15—19 lat,
    - b) 20—24 lata,
    - c) 25—29 lat,

- d) 30—34 lata,
- e) 35—39 lat,
- f) 40—44 lata,
- g) 45—49 lat

— w okresie co najmniej czterech następujących po sobie lat poprzedzających o 2 lata rok, dla którego jest przygotowywany plan, w podziale na powiaty;

- 7) struktury populacji według poziomu wykształcenia ogółem w województwie i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś;
- 8) stopy bezrobocia — w podziale na powiaty i dla województwa;
- 9) liczby uprawnionych do pobierania zasiłku dla bezrobotnych ogółem i w poszczególnych powiatach, z uwzględnieniem podziału miasto—wieś.

9. Środowisko fizyczne przedstawia się poprzez określenie tych czynników fizycznych, które mają wpływ na stan zdrowotny człowieka, a w szczególności:

- 1) charakterystyki województwa i poszczególnych powiatów w zakresie stężenia w powietrzu:
    - a) tlenku węgla (CO),
    - b) dwutlenku siarki (SO<sub>2</sub>),
    - c) ołowiu (Pb),
    - d) ozonu (O<sub>3</sub>),
    - e) pyłu o średnicy aerodynamicznej ziaren do 10 μm (pyłu PM10)
- w zakresie dostępnych danych;

2) liczby ludności korzystającej z wody pitnej odpowiadającej warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2002 r. w sprawie wymagań dotyczących jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 203, poz. 1718), w stosunku do ogółu liczby mieszkańców w województwie i w poszczególnych powiatach;

3) stanu wodociągów oraz stopnia skanalizowania w województwie i w poszczególnych powiatach.

10. Zasoby systemu ochrony zdrowia są charakteryzowane poprzez wybrane elementy infrastruktury i zasobów kadrowych zakładów opieki zdrowotnej, według następującego układu danych dotyczących zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest:

- 1) sejmik województwa,
  - 2) rada powiatu,
  - 3) rada gminy,
  - 4) Minister Obrony Narodowej,
  - 5) minister właściwy do spraw wewnętrznych,
  - 6) minister właściwy do spraw zdrowia,
  - 7) organ państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
  - 8) inny niż wymieniony w pkt 1—7 organ
- według poniższego układu tabelarycznego wraz z podaniem dnia, na który te dane są ustalane:

Lp.	Charakterystyka globalna					
	kody i nazwy oddziałów według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia *	liczba łóżek	liczba personelu lekarskiego		liczba personelu pielęgniarek i położnych	
			zatrudnionego na podstawie umowy o pracę (w przeliczeniu na pełne etaty)	świadczącego pracę na podstawie umów cywilnoprawnych	zatrudnionego na podstawie umowy o pracę (w przeliczeniu na pełne etaty)	świadczącego pracę na podstawie umów cywilnoprawnych

\* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 30, poz. 379 oraz z 2002 r. Nr 223, poz. 1880).

11. Społeczną ocenę systemu ochrony zdrowia określa się na podstawie:

- 1) liczby i charakterystyki treści skarg pacjentów, z podziałem według miejsc ich składania w okresie co

najmniej dwóch następujących po sobie lat bezpośrednio poprzedzających rok, dla którego jest przygotowywany plan, według poniższego układu tabelarycznego:

Lp.	Miejsce złożenia	Ilość	20 najczęściej występujących tematów składanych skarg wraz z charakterystyką
1	Narodowy Fundusz Zdrowia		
2	Organy samorządu terytorialnego		
3	Urząd wojewódzki		
4	Okręgowe izby samorządów zawodów medycznych		
5	Inne (z określeniem)		

- 2) oceny przestrzegania praw pacjenta prezentowanej w szczególności przez badania opinii publicznej oraz stowarzyszenia, których celem statutowym jest ochrona zdrowia.

12. Część II planu zawiera plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, w którym znajduje się opis najważniejszych elementów mających związek z procesem zaspokajania potrzeb zdrowotnych określonych w części I, w tym:

- 1) celów strategicznych planu, a w szczególności:
- celów długoterminowych według hierarchii ważności,
  - celów krótkoterminowych według hierarchii ważności;
- 2) kierunków działań, które powinny odzwierciedlać wskazane w pkt 1 cele według priorytetów i być zaprezentowane według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Nazwa kierunku działania	Uzasadnienie
-----	--------------------------	--------------

- 3) warunków zaspokojenia potrzeb zdrowotnych:

- a) populacji gminy — plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnictwa i ginekologii, a także stomatologii, określa się na podstawie poniżej podanych wskaźników:

— podstawowa opieka zdrowotna:

Wskaźniki zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych grupach świadczeń dla określenia planu zabezpieczenia w podstawowej opiece zdrowotnej:

Świadczeniodawca (co najmniej jeden)	Liczba osób objętych opieką zdrowotną
Lekarz rodzinny lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	2,5 tys. ( $\pm 10\%$ )
Lekarz pediatra zatrudniony w podstawowej opiece zdrowotnej	1,2 tys. ( $\pm 10\%$ )
Lekarz ginekolog	10,0 tys. kobiet od 15 roku życia ( $\pm 10\%$ )
Pielęgniarka środowiskowa — rodzinna	2,5 tys. ( $\pm 10\%$ )
Położna środowiskowa — rodzinna	6,0 tys. populacji żeńskiej bez względu na wiek ( $\pm 10\%$ )
Pielęgniarka środowiskowa w środowisku nauczania i wychowania	800 uczniów ( $\pm 10\%$ )

Zbiorczy plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Nazwa powiatu/ gminy	Ludność*	Minimalna liczba etatów przeliczeniowych				
			lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	lekarze — ginekolodzy	pielęgniarki środowiskowe-rodzinne	położne środowiskowe-rodzinne	pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania

\* Według ostatnich dostępnych danych na dzień 31 grudnia;

— stomatologia:

Wskaźniki zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii na 10 tys. mieszkańców (według poniższego układu tabelarycznego):

Świadczeniodawca (co najmniej jeden)	Liczba osób objętych opieką zdrowotną
Lekarz stomatolog	3,0 tys. ( $\pm$ 10%)

Zbiorczy plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Nazwa powiatu/gminy	Ludność *	Minimalna liczba etatów przeliczeniowych
			Lekarze stomatolodzy

\* Według ostatnich dostępnych danych na dzień 31 grudnia,

b) populacji powiatu — plan zaspokojenia potrzeb w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej określa się na podstawie wskaźników wyrażonych liczbą porad na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych poradniach, zgodnie z nazwą i 4-znakowym kodem według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania, w następujących specjalnościach:

- alergologia,
- chirurgia ogólna,
- choroby płuc,
- dermatologia i wenerologia,
- diabetologia,

- kardiologia,
- neurologia,
- okulistyka,
- chirurgia urazowo-ortopedyczna,
- rehabilitacja narządu ruchu,
- otolaryngologia,
- położnictwo i ginekologia,
- psychiatria,
- rehabilitacja medyczna,
- reumatologia.

Zbiorczy plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla populacji powiatów należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Nazwa powiatu	Kody i nazwy poradni według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia *	Liczba świadczeń na 10 tys. mieszkańców powiatu rocznie**
-----	---------------	---	---

\* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

\*\* Określona w tabeli liczba świadczeń w zakresie pediatrii powinna odnosić się do populacji dzieci w wieku od 0 do 18 roku życia, natomiast w zakresie położnictwa i ginekologii do populacji płci żeńskiej bez względu na wiek.

c) populacji województwa — plan zaspokojenia potrzeb na specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną należy określić na podstawie wskaźników wyrażonych liczbą porad na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych poradniach, zgodnie z nazwą i 4-znakowym kodem według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu re-

sortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

Zbiorczy plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla populacji województwa należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Kod i nazwa poradni według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia*	Liczba świadczeń na 10 tys. mieszkańców województwa rocznie **
-----	---	--

\* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

\*\* Określona w tabeli liczba świadczeń w zakresie pediatrii powinna odnosić się do populacji dzieci w wieku od 0 do 18 roku życia, natomiast w zakresie położnictwa i ginekologii do populacji płci żeńskiej bez względu na wiek.

d) dla populacji powiatu — plan zaspokojenia potrzeb w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej należy określić na podstawie wskaźników dla populacji wyrażonych liczbą łóżek na 10 tys. mieszkańców na oddziałach chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, pediatrycznych i chirurgicznych ogólnych, zgodnie z nazwą i 4-znakowym kodem według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

Zbiorczy plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej dla populacji powiatów należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Nazwa powiatu	Kod i nazwa oddziałów według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia*	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców powiatu **
		4000 Oddział chorób wewnętrznych	
		4401 Oddział pediatryczny	
		4450 Oddział ginekologiczno-położniczy	
		4500 Oddział chirurgiczny ogólny	

\* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

\*\* Określona w tabeli liczba świadczeń w zakresie pediatrii powinna odnosić się do populacji dzieci w wieku od 0 do 18 roku życia, natomiast w zakresie położnictwa i ginekologii do populacji płci żeńskiej bez względu na wiek.

e) dla populacji województwa — plan zaspokojenia potrzeb w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej należy określić na podstawie wskaźników dla populacji wyrażonych liczbą łóżek na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych oddziałach, zgodnie z nazwą i 4-znakowym kodem według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie sys-

temu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

Zbiorczy plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej dla populacji województwa należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Lp.	Kod i nazwa oddziałów według załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia*	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców województwa**
-----	---	---

\* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2000 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

\*\* Określona w tabeli liczba świadczeń w zakresie pediatrii powinna odnosić się do populacji dzieci w wieku od 0 do 18 roku życia, natomiast w zakresie położnictwa i ginekologii do populacji płci żeńskiej bez względu na wiek.



f) dla populacji województwa — plan realizacji programów profilaktycznych należy przedstawić w następującym układzie tabelarycznym:

Lp.	Nazwa programu	Adresaci programu	Opis zakładanych celów	Przewidywana liczba mieszkańców województwa objęta programem
-----	----------------	-------------------	------------------------	--

g) inne świadczenia zdrowotne, które z punktu widzenia istniejących potrzeb zdrowotnych należy zaplanować do realizacji w związku ze stwierdzonymi problemami zdrowotnymi. Ich opis stanowi uzupełnienie lit. a—f;

celów strategicznych i kierunków działań. Plan ten zawiera w szczególności opis następujących elementów:

a) założenia ogólne działań operacyjnych,

b) sposób zarządzania planem w postaci:

— zaplanowanych rozwiązań organizacyjnych (według poniższego układu tabelarycznego):

4) planu działań operacyjnych opisanego poprzez zamierzenia konkretnych czynności, które zostały zaplanowane celem wdrożenia zakładanych powyżej

Lp.	Opis przyjętego rozwiązania	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Osoba odpowiedzialna	Uwagi
-----	-----------------------------	------------------------------------	----------------------	-------

— zaplanowanej procedury bieżącego koordynowania wykorzystania zasobów placówek stacjonarnych na terenie województwa,

w tym w dużych aglomeracjach (według poniższego układu tabelarycznego):

Lp.	Opis przyjętego rozwiązania	Lokalizacja ośrodka zarządzającego	Osoba odpowiedzialna	Uwagi
-----	-----------------------------	------------------------------------	----------------------	-------

5) etapów realizacji planu, w syntetyczny sposób odzwierciedlających zakładaną realizację planu zaspo-

kajania potrzeb zdrowotnych, które należy przedstawić według następującego układu tabelarycznego:

Nazwa etapu	Główne cele etapu	Opis działań (sposobu realizacji)	Termin realizacji