

DECYZJA WYKONAWCZA KOMISJI (UE) 2018/142**z dnia 15 stycznia 2018 r.****zmieniająca decyzję wykonawczą 2014/762/UE ustanawiającą zasady wdrażania decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1313/2013/UE w sprawie Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności***(notyfikowana jako dokument nr C(2018) 71)***(Tekst mający znaczenie dla EOG)**

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

uwzględniając decyzję Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1313/2013/UE z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności ⁽¹⁾, w szczególności jej art. 32 ust. 1,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Decyzja wykonawcza Komisji 2014/762/UE ⁽²⁾ określa cele w zakresie zdolności, wymogi jakościowe i wymogi dotyczące interoperacyjności oraz procedurę rejestracji i certyfikacji europejskiej zdolności reagowania kryzysowego (EERC), jak również określa ogólne wymagania dotyczące modułów ochrony ludności.
- (2) Poważny niedobór zespołów ratownictwa medycznego i innych związanych z opieką zdrowotną zespołów interwencyjnych podczas kryzysu związanego z wirusem Ebola w Afryce Zachodniej przyczynił się do stworzenia pojęcia „europejskiego korpusu medycznego”, które odwołuje się do części EERC, jaka może zostać uruchomiona dla prowadzenia operacji reagowania w przypadku pojawienia się ognisk choroby i sytuacji wyjątkowych mogących mieć konsekwencje dla zdrowia. Celem jest zwiększenie zdolności Unii do reagowania na pojawienie się ognisk choroby i sytuacji nadzwyczajne mogące mieć konsekwencje dla zdrowia, które przerastają zdolności radzenia sobie krajów, w których wystąpiła taka sytuacja, zarówno na obszarze Unii, jak i poza nim.
- (3) Wymogi dotyczące modułów ochrony ludności muszą uwzględniać uznane procesy międzynarodowe, takie jak inicjatywa Światowej Organizacji Zdrowia, zmierzająca do klasyfikacji zespołów ratownictwa medycznego, oraz wytyczne Międzynarodowej Grupy Doradczej ds. Poszukiwań i Ratownictwa (INSARAG).
- (4) Decyzja wykonawcza 2014/762/UE nakłada na Komisję zadanie oceny – we współpracy z państwami członkowskimi – odpowiedniości celów w zakresie zdolności, wymogów jakościowych i wymogów dotyczących interoperacyjności oraz procedury certyfikacji i rejestracji zasobów w EERC, co najmniej raz na dwa lata, oraz zadanie dokonania ich korekty w razie potrzeby. Proces certyfikacji zasobów należy dostosować, tak aby uwzględnić doświadczenie zdobyte na początkowym etapie.
- (5) Należy zatem odpowiednio zmienić decyzję wykonawczą 2014/762/UE,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DECYZJĘ:

Artykuł 1

W decyzji wykonawczej 2014/762/UE wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) »europejski korpus medyczny« oznacza część EERC dostępną na potrzeby operacji reagowania w ramach unijnego mechanizmu w razie wystąpienia nagłego zagrożenia dla zdrowia.”;

2) art. 16 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Certyfikację modułu, zespołu wsparcia technicznego, innej zdolności reagowania lub eksperta poddaje się ponownej ocenie najpóźniej po upływie 5 lat, jeżeli dany zasób przedstawia się do ponownej rejestracji w EERC.”;

⁽¹⁾ Dz.U. L 347 z 20.12.2013, s. 924.⁽²⁾ Decyzja wykonawcza Komisji 2014/762/UE z dnia 16 października 2014 r. ustanawiająca zasady wdrażania decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1313/2013/UE w sprawie Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności oraz uchylająca decyzje Komisji 2004/277/WE, Euratom oraz 2007/606/WE, Euratom (Dz.U. L 320 z 6.11.2014, s. 1).

- 3) załącznik II zmienia się zgodnie z załącznikiem I do niniejszej decyzji;
- 4) załącznik III zastępuje się tekstem znajdującym w załączniku II do niniejszej decyzji;
- 5) załącznik V zmienia się zgodnie z załącznikiem III do niniejszej decyzji.

Artykuł 2

Niniejsza decyzja skierowana jest do państw członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia 15 stycznia 2018 r.

W imieniu Komisji
Christos STYLIANIDES
Członek Komisji

ZAŁĄCZNIK I

W załączniku II do decyzji wykonawczej 2014/762/UE wprowadza się następujące zmiany:

1) dodaje się sekcję 18 w brzmieniu:

„18. Zespół ratownictwa medycznego (EMT) typu 1 (stały): leczenie ambulatoryjne w nagłych wypadkach

Zadania	Wstępne leczenie ambulatoryjne w nagłych wypadkach obrażeń i zaspokojenie innych ważnych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, w tym następujące usługi: <ul style="list-style-type: none"> — wstępna selekcja, ocena stanu pacjenta, pierwsza pomoc, — stabilizacja i skierowanie poważnych nagłych przypadków związanych z urazami lub nie, — zapewnienie opieki w nagłych przypadkach mniejszej wagi związanych z urazami lub nie.
Zdolności	Usługi w godzinach dziennych obejmujące co najmniej 100 konsultacji w trybie ambulatoryjnym na dzień.
Główne elementy	Wymogi dotyczące zespołu i personelu: <ul style="list-style-type: none"> — zarządzanie: personel do objęcia funkcji lidera zespołu, zastępcy lidera zespołu, oficera łącznikowego (łącznik ośrodka recepcyjnego/powrotowego, centrum koordynacji działań na miejscu zdarzenia lub innego odpowiedniego mechanizmu koordynacji oraz lokalnego organu odpowiedzialnego za zarządzanie kryzysowe), funkcjonariusza ds. bezpieczeństwa i ochrony, — personel medyczny: zgodnie z minimalnymi standardami WHO, — logistyka: 1 kierownik zespołu ds. logistyki + zespół ds. logistyki zgodnie z wymogami samowystarczalności. <p>Zespół musi spełniać wymogi »Klasyfikacji i minimalnych standardów dla zagranicznych zespołów medycznych w przypadku nagłych katastrof« oraz późniejszych lub dodatkowych wytycznych wydanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).</p>
Samowystarczalność	Zespół powinien zapewnić samowystarczalność przez cały okres oddelegowania. Art. 12 ma zastosowanie, a także zastosowanie mają minimalne standardy WHO.
Oddelegowanie	Gotowość do wyjazdu w ciągu maksymalnie 24–48 godzin od przyjęcia oferty. Gotowość do prowadzenia działań przez co najmniej 14 dni.”

2) dodaje się sekcję 19 w brzmieniu:

„19. Zespół ratownictwa medycznego (EMT) typu 1 (mobilny): leczenie ambulatoryjne w nagłych wypadkach

Zadania	Wstępne leczenie ambulatoryjne w nagłych wypadkach obrażeń i zaspokojenie innych ważnych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, w tym następujące usługi: <ul style="list-style-type: none"> — wstępna selekcja, ocena stanu pacjenta, pierwsza pomoc, — stabilizacja i skierowanie poważnych nagłych przypadków związanych z urazami lub nie, — zapewnienie opieki w nagłych przypadkach mniejszej wagi związanych z urazami lub nie.
Zdolności	Usługi w godzinach dziennych obejmujące co najmniej 50 konsultacji w trybie ambulatoryjnym na dzień.
Główne elementy	Wymogi dotyczące zespołu i personelu: <ul style="list-style-type: none"> — zarządzanie: personel do objęcia funkcji lidera zespołu, zastępcy lidera zespołu, oficera łącznikowego (łącznik ośrodka recepcyjnego/powrotowego, centrum koordynacji działań na miejscu zdarzenia lub innego odpowiedniego mechanizmu koordynacji oraz lokalnego organu odpowiedzialnego za zarządzanie kryzysowe), funkcjonariusza ds. bezpieczeństwa i ochrony,

	<ul style="list-style-type: none"> — personel medyczny: zgodnie z minimalnymi standardami WHO, — logistyka: 1 kierownik zespołu ds. logistyki + zespół ds. logistyki zgodnie z wymogami samowystarczalności. <p>Zespół musi spełniać wymogi »Klasyfikacji i minimalnych standardów dla zagranicznych zespołów medycznych w przypadku nagłych katastrof« oraz późniejszych lub dodatkowych wytycznych wydanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).</p>
Samowystarczalność	Zespół powinien zapewnić samowystarczalność przez cały okres oddelegowania. Art. 12 ma zastosowanie, a także zastosowanie mają minimalne standardy WHO.
Oddelegowanie	Gotowość do wyjazdu w ciągu maksymalnie 24–48 godzin od przyjęcia oferty. Gotowość do prowadzenia działań przez co najmniej 14 dni.”

3) dodaje się sekcję 20 w brzmieniu:

„20. Zespół ratownictwa medycznego (EMT) typu 2: szpitalne leczenie chirurgiczne w nagłych wypadkach

Zadania	<p>Zapewnienie szpitalnej opieki doraźnej, zabiegów chirurgicznych ogólnych i położniczych związanych z urazami i innymi poważnymi schorzeniami, w tym zapewnienie następujących usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> — przyjęcie/badanie przesiewowe nowych i skierowanych pacjentów, przekierowanie pacjentów, — wstępna selekcja i ocena stanu pacjenta na potrzeby zabiegów chirurgicznych, — specjalistyczne zabiegi resuscytacyjne, — ostateczne leczenie ran i podstawowe leczenie złamań prostych, — przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych zgodnie ze strategią »damage control«, — przeprowadzanie ogólnych lub położniczych zabiegów chirurgicznych w nagłych wypadkach, — leczenie szpitalne nagłych wypadków niezwiązanych z urazami, — przeprowadzanie znieczuleń ogólnych, badań RTG, wyjaławiania, badań laboratoryjnych i transfuzji krwi, — usługi w zakresie rehabilitacji i obserwacja stanu pacjenta. <p>Przystosowanie do przyjmowania i integracji zespołów opieki specjalistycznej do pracy w jego zakładzie, jeżeli on sam nie jest stanie zapewnić niektórych z powyższych usług</p>
Zdolności	<p>Dzienna i nocna opieka zdrowotna (w razie potrzeby dostępna przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu), w tym co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 1 blok operacyjny z 1 salą operacyjną; co najmniej 20 łóżek szpitalnych na każdy stół operacyjny, — możliwość przyjęcia 7 poważnych przypadków lub 15 przypadków mniejszej wagi dziennie.
Główne elementy	<p>Wymogi dotyczące zespołu i personelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> — zarządzanie: 1 lider zespołu; 1 zastępca lidera zespołu; 1 oficer łącznikowy (łącznik ośrodka recepcyjnego/powrotowego, centrum koordynacji działań na miejscu zdarzenia lub innego odpowiedniego mechanizmu koordynacji oraz lokalnego organu odpowiedzialnego za zarządzanie kryzysowe); 1 funkcjonariusz ds. bezpieczeństwa i ochrony, — personel medyczny: zgodnie z minimalnymi standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), — logistyka: 1 kierownik zespołu ds. logistyki + zespół ds. logistyki dla EMT i pacjentów hospitalizowanych. <p>Zespół musi spełniać wymogi »Klasyfikacji i minimalnych standardów dla zagranicznych zespołów medycznych w przypadku nagłych katastrof« oraz późniejszych lub dodatkowych wytycznych wydanych przez WHO.</p>
Samowystarczalność	Zespół powinien zapewnić samowystarczalność przez cały okres oddelegowania. Art. 12 ma zastosowanie, a także zastosowanie mają minimalne standardy WHO.

Oddelegowanie	<p>Gotowość do wyjazdu w ciągu maksymalnie 48–72 godzin od przyjęcia oferty, a także gotowość do prowadzenia działań na miejscu w ciągu 24–96 godzin.</p> <p>Gotowość do prowadzenia działań przez co najmniej 3 tygodnie poza obszarem Unii oraz przez co najmniej 14 dni na obszarze Unii.”</p>
---------------	---

4) dodaje się sekcję 21 w brzmieniu:

„21. Zespół ratownictwa medycznego (EMT) typu 3: opieka nad pacjentami skierowanymi na leczenie szpitalne

Zadania	<p>Kompleksowa opieka nad pacjentami skierowanymi na szpitalne leczenie chirurgiczne wraz z możliwością przeprowadzenia intensywnej terapii, w tym też zapewnienie następujących usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> — zdolność świadczenia usług EMT typu 2, — kompleksowa opieka w zakresie rekonstrukcji obrażeń i rekonstrukcji ortopedycznej, — przeprowadzanie badań RTG o udoskonalonej jakości, wyjaławiania, badań laboratoryjnych i transfuzji krwi, — usługi w zakresie rehabilitacji i obserwacja stanu pacjenta, — wysokiej jakości znieczulenia u dzieci i dorosłych, — zapewnienie łóżek do intensywnej terapii umożliwiających obserwację przez 24 godziny na dobę oraz posiadających wentylację, — stworzenie systemu przyjęć i skierowań na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego typu 1 i 2 oraz dla krajowego systemu opieki zdrowotnej. <p>Możliwe jest także udostępnienie specjalistycznych usług, takich jak: leczenie oparzeń; dializa oraz leczenie zespołu zmiążdżenia; chirurgia szczękowo-twarzowa; chirurgia plastyczno-ortopedyczna; intensywna rehabilitacja; opieka zdrowotna nad matkami; opieka nad noworodkami i dziećmi; transport medyczny.</p>
Zdolności	<p>Dzienna i nocna opieka zdrowotna (w razie potrzeby dostępna przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu), w tym co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 1 blok operacyjny z co najmniej 2 stołami operacyjnymi w dwóch osobnych pomieszczeniach znajdujących się w bloku operacyjnym, co najmniej 40 łóżek szpitalnych (po 20 na każdy stół operacyjny) oraz 4–6 łóżek na potrzeby intensywnej terapii. Każdy dodatkowy stół operacyjny będzie wymagał dodatkowych 20 łóżek szpitalnych, aby zapewnić odpowiednią przepustowość opieki pooperacyjnej, — możliwość przyjęcia 15 poważnych przypadków lub 30 przypadków mniejszej wagi dziennie.
Główne elementy	<p>Wymogi dotyczące zespołu i personelu:</p> <ul style="list-style-type: none"> — zarządzanie: 1 lider zespołu; 1 zastępca lidera zespołu; 1 oficer łącznikowy (łącznik ośrodka recepcyjnego/powrotowego, centrum koordynacji działań na miejscu zdarzenia lub innego odpowiedniego mechanizmu koordynacji oraz lokalnego organu odpowiedzialnego za zarządzanie kryzysowe); 1 funkcjonariusz ds. bezpieczeństwa i ochrony, — zespół personelu medycznego: zgodnie z minimalnymi standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), — zespół ds. logistyki: 1 kierownik zespołu ds. logistyki + zespół ds. logistyki dla EMT i pacjentów hospitalizowanych. <p>Zespół musi spełniać wymogi »Klasyfikacji i minimalnych standardów dla zagranicznych zespołów medycznych w przypadku nagłych katastrof« oraz późniejszych lub dodatkowych wytycznych wydanych przez WHO.</p>
Samowystarczalność	<p>Zespół powinien zapewnić samowystarczalność przez cały okres oddelegowania. Art. 12 ma zastosowanie, a także zastosowanie mają minimalne standardy WHO.</p>
Oddelegowanie	<p>Gotowość do wyjazdu w ciągu maksymalnie 48–72 godzin od przyjęcia oferty, a także gotowość do prowadzenia działań na miejscu w ciągu 5–7 dni.</p> <p>Gotowość do prowadzenia działań przez co najmniej 8 tygodni poza obszarem Unii oraz przez co najmniej 14 dni na obszarze Unii.”</p>

ZAŁĄCZNIK II

W załączniku III do decyzji wykonawczej 2014/762/UE wprowadza się następujące zmiany:

„ZAŁĄCZNIK III

CELE W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI EERC

Moduły

Moduł	Liczba modułów, które mogą być uruchomione jednocześnie (1)
Sprzęt pompujący o dużej wydajności	6
Miejskie akcje poszukiwawczo-ratownicze o średnim stopniu nasilenia – 1 w niskich temperaturach	6
Oczyszczanie wody	2
Gaszenie z powietrza pożarów lasów przy użyciu samolotów	2
Specjalistyczny punkt opieki medycznej	2 (2)
Prowizoryczne schronienie	2
Intensywne miejskie akcje poszukiwawczo-ratownicze	2
Wykrywanie skażeń chemicznych, biologicznych, radiologicznych i jądrowych oraz pobieranie próbek	2
Gaszenie z ziemi pożarów lasów	2
Gaszenie z ziemi pożarów lasów przy użyciu pojazdów	2
Działania poszukiwawczo-ratownicze w warunkach skażenia chemicznego, biologicznego, radiologicznego lub jądrowego	1
Specjalistyczny punkt opieki medycznej przeprowadzający zabiegi chirurgiczne	1 (2)
Zapobieganie rozprzestrzenianiu się powodzi	2
Ratowanie ofiar powodzi przy użyciu łodzi	2
Powietrzna ewakuacja medyczna ofiar katastrof	1
Szpital polowy	1 (2)
Gaszenie z powietrza pożarów lasów przy użyciu śmigłowców	2
Zespół ratownictwa medycznego typu 1: leczenie ambulatoryjne w nagłych wypadkach – stały	5
Zespół ratownictwa medycznego typu 1: leczenie ambulatoryjne w nagłych wypadkach – mobilny	2
Zespół ratownictwa medycznego typu 2: szpitalne zabiegi chirurgiczne w nagłych wypadkach	3
Zespół ratownictwa medycznego typu 3: opieka nad pacjentami skierowanymi na leczenie szpitalne	1

Zespoły wsparcia technicznego

Zespół wsparcia technicznego	Liczba zespołów wsparcia technicznego, które mogą działać jednocześnie ⁽¹⁾
Pomoc techniczna i zespoły wsparcia technicznego	2

Inne możliwości reagowania

Inne możliwości reagowania	Ilość innych możliwości reagowania, które mogą działać jednocześnie ⁽¹⁾
Zespoły górskich akcji poszukiwawczo-ratowniczych	2
Zespoły wodnych akcji poszukiwawczo-ratowniczych	2
Zespoły jaskiniowych akcji poszukiwawczo-ratowniczych	2
Zespoły ze specjalistycznym wyposażeniem poszukiwawczo-ratowniczym, np. z robotami do poszukiwań	2
Zespoły z bezzałogowymi statkami powietrznymi	2
Zespoły reagowania na wypadki morskie	2
Zespoły inżynierii budowlanej – ocena szkód i bezpieczeństwa, ocena budynków do rozbiórki/naprawy, ocena infrastruktury, ostemplowanie średnioterminowe	2
Pomoc ewakuacyjna: w tym zespoły ds. zarządzania informacjami i logistyki	2
Straż pożarna: zespoły ds. doradztwa/oceny	2
Zespoły usuwania skażenia chemicznego, biologicznego, radiologicznego lub jądrowego	2
Przenośne laboratoria na wypadek ekologicznych sytuacji kryzysowych	2
Zespoły ds. komunikacji lub platformy umożliwiające szybkie przywrócenie komunikacji na terenach oddalonych	2
Medyczny samolot ewakuacyjny oraz medyczny helikopter ewakuacyjny – osobno dla Europy oraz całego świata	2
Dodatkowe możliwości schronienia: dla 250 osób (50 namiotów); w tym samowystarczalne jednostki dla personelu	100
Dodatkowe możliwości schronienia: dla 2 500 osób (500 plandek); z możliwością lokalnego zapewnienia zestawu narzędzi	6
Pompy wodne o minimalnej wydajności 800 l/min	100
Agregaty prądowórcze o mocy 5–150 kW	100
Agregaty prądowórcze o mocy powyżej 150 kW	10
Zdolność usuwania zanieczyszczeń na morzu	w razie potrzeby
Zespoły ratownictwa medycznego zajmujące się specjalistyczną opieką	8
Przenośne laboratoria ds. bezpieczeństwa biologicznego	4

Inne możliwości reagowania	Ilość innych możliwości reagowania, które mogą działać jednocześnie ⁽¹⁾
Stała zdolność inżynierska	1
Inne zdolności reagowania konieczne dla zaradzenia ujawnionemu ryzyku	w razie potrzeby

(¹) W celu zagwarantowania dostępności powinna istnieć możliwość zarejestrowania w EERC wyższej zdolności (np. na wypadek rotacji). Podobnie, jeśli państwa członkowskie udostępniają większą zdolność, wyższa zdolność może zostać zarejestrowana w EERC.

(²) Dla tego rodzaju modułu zarejestrowanie w EERC wyższej zdolności nie będzie możliwe. Cel w zakresie zdolności dla tego rodzaju modułu wygasa najpóźniej w dniu 31 grudnia 2019 r.”

ZAŁĄCZNIK III

W załączniku V do decyzji wykonawczej 2014/762/UE wprowadza się następujące zmiany:

1) tytuł załącznika otrzymuje brzmienie:

„PROCEDURA CERTYFIKACJI I REJESTRACJI EERC”;

2) tabela na końcu załącznika otrzymuje brzmienie:

„KROKI W PROCEDURZE CERTYFIKACJI

1. Proces certyfikacji musi obejmować wizyty konsultacyjne, ćwiczenia symulacyjne oraz ćwiczenia w terenie. Ćwiczenia w terenie można uchylić w odniesieniu do modułów związanych z pożarem, prowizorycznych obozów w sytuacjach wyjątkowych, modułów powietrznej ewakuacji medycznej i niektórych innych zdolności reagowania w indywidualnych przypadkach.
 2. Uważa się, że zespoły ds. miejskich akcji poszukiwawczo-ratowniczych (o średnim i intensywnym stopniu nasilenia) spełniają warunki certyfikacji, jeżeli poddano je zewnętrznej klasyfikacji INSARAG. Żaden odrębny proces certyfikacji takich zespołów nie zostanie utworzony w ramach EERC.
 3. Uważa się, że zespoły ratownictwa medycznego (typy 1, 2, 3 i zajmujące się specjalistyczną opieką) spełniają warunki certyfikacji, jeżeli zostały poddane weryfikacji przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Procedura certyfikacji i rejestracji zespołów ratownictwa medycznego w EERC jest uzupełnieniem procesu weryfikacji WHO.”.
-