

Zarządzenie Nr 13./2017

Starosty Oleśnickiego

z dnia 15. marca 2017 r.

w sprawie ustalenia „Wytycznych Starosty Oleśnickiego dotyczących zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2017 w przypadkach wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny”

Na podstawie art. 34 ust. 1 w związku z art. 4 ust.1 pkt 20 ustawy o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 814 z późn. zm.) w oparciu o Wytyczne Wojewody Dolnośląskiego opracowane na podstawie Rekomendacji Ministra Zdrowia - grudzień 2016 r., dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2017 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, zarządzam co następuje:

§ 1

Ustala się „Wytyczne Starosty Oleśnickiego dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2017 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny”, stanowiące załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Nakładam na jednostki samorządu terytorialnego powiatu oraz Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, obowiązek uaktualnienia posiadanych „Planów wydawania tabletek jodku potasu w przypadku wystąpienia zdarzenia radiacyjnego na terenie powiatu oleśnickiego” oraz gminnych planów wydawania tabletek jodku potasu **do dnia 30 marca 2017 roku.**

§ 3

Zobowiązuje do realizacji wytycznych, o których mowa w § 1:

- 1) Wójtów i Burmistrzów gmin powiatu oleśnickiego,
- 2) Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali z siedzibą w Oleśnicy,
- 3) Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Oleśnicy,
- 4) Naczelnika Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego Starostwa.

§ 4

Nadzór i koordynację nad realizacją zarządzenia powierzam Naczelnikowi Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego.

§ 5

Traci moc Zarządzenie Nr 4/2016 Starosty Oleśnickiego z dnia 9 lutego 2016 r. w sprawie ustalenia „Wytycznych Starosty Oleśnickiego dotyczących zasad przygotowań obronnych ochrony zdrowia do działań w roku 2016 w przypadkach wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

§ 6

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

STAROSTA
Wojciech Kociński
mgr inż. Wojciech Kociński

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 43/2017
Starosty Oleśnickiego
z dnia 45 marca 2017 r.

STAROSTWO POWIATOWE W OLEŚNICY
WYDZIAŁ SPRAW OBYWATELSKICH I ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO

WYTYCZNE
STAROSTY OLEŚNICKIEGO

**opracowane na podstawie Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego
określonych na podstawie Rekomendacji Ministra Zdrowia – grudzień 2016 rok**

dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2017 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny

Oleśnica – marzec 2017

**WYTYCZNE
STAROSTY OLEŚNICKIEGO**

**dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia w 2016 roku w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny
wraz z terminarzem realizacji.**

I. Cel wydania niniejszych wytycznych

Niniejsze *Wytyczne* wydane zostały, w celu doprecyzowania/wskazania sposobu realizacji zadań spoczywających na organach administracji publicznej w powiecie związanych z obronnością państwa oraz zarządzaniem kryzysowym, które powinny być zrealizowane w ochronie zdrowia w 2017 roku. Wytyczne te mogą być pomocne przy opracowywaniu własnych wytycznych, zarządzeń i planów przedsięwzięć obronnych, przez właściwe komórki organizacyjne urzędów miast i gmin odpowiedzialnych za przygotowania ochrony zdrowia do realizacji zadań obronnych w przedmiotowym zakresie. W ramach zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w czasie pokoju, w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny – przystępując do wykonywania przedsięwzięć w ochronie zdrowia, w zakresie zarządzania kryzysowego i realizacji zadań obronnych, określonych postanowieniami obowiązujących aktów prawnych, należy mieć na uwadze zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia, spowodowanych skutkami klęsk żywiołowych i innymi zagrożeniami.

II. Najważniejsze przedsięwzięcia związane z przygotowaniem obronnymi w zakresie wytycznych w ochronie zdrowia w 2017 r.

1. Realizacja zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. z 2012 r. poz. 741).
2. Realizacja zadań określonych w wojewódzkim Programie Pozamilitarnych Przygotowań Obronnych RP w latach 2013 – 2022 w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia.
3. Realizacja przedsięwzięć przygotowawczych dotyczących działu administracji rządowej „zdrowie”, zapewniających gotowość naszego kraju do realizacji zadań wynikających z obowiązków państwa – gospodarza (HNS – wsparcie dla wojsk sojusznicznych) zarówno w czasie pokoju, jak i w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa oraz w czasie wojny.
4. Zapewnienie odpowiednich środków finansowych w budżetach jednostek samorządu terytorialnego na realizację zadań obronnych w ochronie zdrowia.
5. Zapewnienie zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, (Dz.U. z 2017 r., poz.209) odpowiednich środków finansowych w budżetach na realizację zadań z zakresu zarządzania kryzysowego.
6. Planowanie oraz prowadzenie szkoleń obronnych (z uwzględnieniem jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, ujętych w *Planach przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych powiatu i gmin na potrzeby obronne państwa*, znajdujących się na administrowanym terenie i wykonujących zadania obronne na rzecz zabezpieczenia szpitalnej bazy łóżkowej powiatu/miasta/gminy, zabezpieczenia w krew i preparaty krwiopochodne oraz przedsięwzięć o szczególnym znaczeniu gospodarczo-obronnym, wymienionych w części VII załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 paź-

dziennika 2010 r. w sprawie wykazu przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu gospodarczo-obronnym (Dz. U. z 2014 r. poz. 303 z późn. zm.).

7. Realizacja zadań z zakresu planowania cywilnego wynikających z art. 4 i 5 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 o zarządzaniu kryzysowym.

8. Usprawnienie zakresu i obiegu informacji w sytuacjach kryzysowych w ramach współdziałania zgodnie z art. 20a ustawy o zarządzaniu kryzysowym.

III. REALIZUJĄC ZADANIA OBRONNE ORAZ ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO W 2017 ROKU NALEŻY:

1. W zakresie przedsięwzięć dokumentacyjno – planistycznych:

- 1) W związku z opracowaniem planów przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia, o których mowa w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach, że w niektórych z nich przyjęto rozwiązania i wielkości odbiegające od obowiązujących zasad i wymagań (np. wskaźniki dotyczące bazy łóżkowej i profile łóżek), należy kontynuować prace planistyczne, **aktualizując nowe plany przygotowań podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa** zgodnie z Zarządzeniem Nr 554 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2012 r. w sprawie wykonywania zadań obronnych podmiotów leczniczych w ramach powszechnego obowiązku obrony w powiecie/mieście na podstawie nałożonych i otrzymanych w 2014 r. decyzji Wojewody Dolnośląskiego dotyczących obowiązku realizacji zadań obronnych przez podmioty lecznicze znajdujące się na terenie województwa dolnośląskiego, bez względu na formę własności.
- 2) Dokonując aktualizacji nowych planów pamiętać należy o ustaleniach i zaleceniach dotyczących opracowywania planów, przekazanych w niniejszych „Wytocznych dotyczących zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2017”, w tym

w szczególności dotyczących planowanego powiększenia bazy szpitalnej i tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych oraz ich pełnego zabezpieczenia kadrowego.

- 3) W korygowanym i aktualizowanym załączniku do planu, przedstawiającym rozwinięcie łóżek szpitalnych, wyszczególnić obok łóżek zabiegowych i wewnętrznych, także łóżka **psychiatryczne, rehabilitacyjne, zakażne i obserwacyjno-zakażne** (nie we wszystkich planach zostają wyszczególnione). Wyodrębnienie łóżek psychiatrycznych i rehabilitacyjnych jest niezbędne z uwagi na wydzielanie tego typu łóżek również dla służb mundurowych, a w przypadku łóżek zakażnych i obserwacyjno-zakażnych z uwagi na najbardziej prawdopodobne w obecnym okresie, spośród innych zagrożeń, zagrożenie epidemiczne (pandemiczne).

- 4) Zmiany dotyczące zaplanowanych do wydzielenia łóżek szpitalnych dla służb mundurowych **mogą być dokonywane wyłącznie po uzgodnieniu** z Wydziałem Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego DUW.

- 5) W związku z tym, że przepisy ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2016 r., poz.1635), nie przewidują dedykowania wybranym organom, czy też podmiotom określonych konkretnych rezerw strategicznych, należy zadbać, aby Agencja Rezerw Materiałowych (ARM) posiadała wiedzę o planowanym przez powiat i jego gminy rodzaju i liczbie planowanych do wykorzystania zestawów medycznych na poszerzoną bazę szpitalną i tworzone zastępcze miejsca szpitalne. W tym celu należy takie informacje przesłać za pośrednictwem organu samorządu powiatowego do Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego DUW po każdej zmianie w planie. Pamiętać należy, że liczba i rodzaj potrzebnych zestawów powinna wynikać z opracowanych planów przygotowań na potrzeby obronne państwa przez podmioty lecznicze i jednostki samorządu terytorialnego każdego szczebla. Takie działania, a także wcześniejsze przygotowanie stosownych wniosków na udostępnienie tych rezerw jest w interesie jednostek samorządu terytorialnego województwa dolnośląskiego.

Aktualnie wszystkie zestawy medyczne są przechowywane wyłącznie w składnicach ARM. Zasady planowania wykorzystania zestawów medycznych przez jednostki organizacyjne nie ulegają zmianie. Zmianie uległy jedynie zasady ich udostępniania

(wymaga to m.in. zaplanowania transportu, w celu ewentualnego przetransportowania z magazynów ARM do miejsca docelowego). Zgodnie z regulacjami ustawy *o rezerwach strategicznych* asortyment w nich zgromadzony nie jest dedykowany wybranym organom czy też podmiotom.

- 6) Należy pamiętać o corocznie przeprowadzanych, w ramach planowania obronnego, analizach danych liczbowych ocen stanu przygotowań obronnych. W obszarze ochrony zdrowia dotyczy to m. In. Planowanej bazy szpitalnej, tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych oraz zabezpieczenia personelu medycznego. W sporządzanym bilansie personelu medycznego należy uwzględnić wszystkie osoby uprawnione do wykonywania zawodu w danej grupie medycznej. Bez znaczenia jest tu sposób i miejsce ich zatrudnienia (bez ujmowania zatrudnionych w podmiotach tworzonych przez MON, MSWiA). **Sporządzany bilans ma być informacją o liczbie personelu medycznego możliwego do wykorzystania, w chwili zagrożenia bezpieczeństwa państwa.**

- 7) Zgodnie z zapisami art. 19 ust. 2 ustawy *o rezerwach strategicznych*, podmiot któremu udostępnione rezerwy strategiczne zostały wydane:

- 1) dokonuje ich odbioru i zapewnia ich ochronę,
- 2) zapewnia przetransportowanie udostępnionych rezerw strategicznych, z zachowaniem odpowiednich warunków, jeżeli są wymagane,
- 3) dystrybuuje udostępnione rezerwy strategiczne do odbiorców ostatecznych,
- 4) zapewnia przetrzymanie udostępnionych rezerw strategicznych, jeżeli jest taka potrzeba,
- 5) wykorzystuje udostępnione rezerwy strategiczne zgodnie z ich przeznaczeniem,
- 6) zwraca Agencji niewykorzystaną część udostępnionych rezerw strategicznych.

Należy spowodować aby harmonogram ww. czynności został umieszczony w planach podmiotów leczniczych realizujących zadania obronne z wykorzystaniem zestawów medycznych zgromadzonych w rezerwach strategicznych.

W 2015 r. Agencja Rezerw Materiałowych rozpoczęła przeformowywanie istniejących aktualnie w rezerwach strategicznych zestawów medycznych typu: C-5, C-3, S, S-ob, U, U-ob i Ł-SU.

W związku z powyższym, dotychczasowe zestawy medyczne zostały zastąpione przez nowe typy zestawów narzędziowo-sprzętowych: **zestaw na 50 łózek, zestaw na 100 łózek, zestaw kwaterunkowy na 100 łózek oraz zestaw chirurgiczny.**

W nowych zestawach nie utrzymuje się łózek polowych, które stanowią oddzielną pozycję asortymentową, aby możliwe było ich zaplanowanie w ilościach koniecznych do zabezpieczenia potrzeb. Należy zadbać, aby Agencja Rezerw Materiałowych posiadała wiedzę o planowanym wykorzystaniu liczby i rodzaju zestawów medycznych rezerw strategicznych, niezbędnych na potrzeby poszerzanej bazy szpitalnej i tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych. Każdorazowo, po dokonanych zmianach w planach przygotowania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa, rzutuujących na rodzaj i liczbę potrzebnych zestawów, należy stosowną informację przesłać do Agencji Rezerw Materiałowych i **do wiadomości WBIZK DUW we Wrocławiu.**

8) Dokonać aktualizacji opracowanych planów przez jednostki samorządu terytorialnego oraz podmioty lecznicze zobowiązane do realizacji zadań obronnych;

9) W terminie **do 10 lutego br.** burmistrzowie/wójtowie oraz dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, zobowiązani są do przesłania do Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego Starostwa Powiatowego w Oleśnicy, **aktualnego bilansu personelu medycznego w mieście/gminie wg stanu na dzień 31 grudnia roku 2016.**

10) Dostosowując wielkość planowej bazy szpitalnej (85/10000) i planowaną liczbę zastępczych miejsc szpitalnych (50/10000) należy brać przede wszystkim pod uwagę możliwości rozwinięcia dodatkowych łózek w obiektach własnych szpitali, liczbę posiadanych odpowiednich obiektów do rozwinięcia zastępczych miejsc szpitalnych oraz posiadane zasoby personelu medycznego. Należy także uwzględnić liczbę i rodzaj przewidzianych zestawów medycznych rezerw strategicznych, planując ich wy-

korzystanie w maksymalnym wymiarze, w pierwszej kolejności na powiększenia bazy szpitalnej, a w drugiej – dla stworzonych zastępczych miejsc szpitalnych. Jednocześnie należy przeanalizować możliwość **wykluczenia z dotychczasowych planów zamierzeń wątpliwych do zrealizowania, bez dostatecznego zabezpieczenia lokalowego, kadrowego i materialowego,**

11) W procesie planowania zabezpieczenia medycznego zespołów zastępczych miejsc szpitalnych, zdecydowanie należy zwiększyć rolę, zaangażowanie i udział jednostek innych niż szpitale, dla których organami tworzącymi jest samorząd terytorialny.

12) Pełne zabezpieczenie kadrowe tworzonej bazy szpitalnej i zespołów zastępczych miejsc szpitalnych, należy uzyskać poprzez: właściwe rozmieszczenie personelu medycznego oraz prowadzone przez podmioty lecznicze postępowania reklamacyjne pracowników w wojskowych komendach uzupełnień (rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 września 2004 r. w sprawie reklamowania od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny – Dz. U. Nr 210, poz. 2136, z późn. zm.),

13) W planowaniu realizacji powyższych zadań przez podmioty lecznicze, należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość samodzielnego działania pod względem administracyjno – gospodarczym i technicznym (kuchnie, pralnie, sterylizatornie, agregaty prądowców itp.). W przypadku realizowania zabezpieczenia logistycznego podmiotów leczniczych w oparciu o usługi i firmy zewnętrzne, przewidzieć możliwość zapewnienia ciągłości świadczenia ww. usług jednostkom w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, poprzez zawieranie stosownych umów z usługodawcami, wykorzystując także drogę postępowania administracyjnego w oparciu o ustawę z dnia 23 sierpnia 2001 r. *o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców* (Dz. U. z 2001 r. Nr 122, poz. 1320 z późn. zm.),

14) Planując wykorzystanie zestawów medycznych rezerw strategicznych, pamiętać należy, że każdy zestaw medyczny powinien mieć swojego adresata i określone przeznaczenie, a sporządzane plany dotyczące: rozwinięcia łóżek szpitalnych i tworzenia

zastępczych miejsc szpitalnych w mieście/gminie powinny być spójne ze sporządzanym wykazem zestawów medycznych rezerw strategicznych przewidzianych do wykorzystania na poszerzenie bazy szpitalnej miasta/gminy,

15) W aktualizowanym planie rozwiniecia łóżek szpitalnych, z liczby przygotowywanych łóżek „ogółem” należy wyszczególnić obok łóżek „zabiegowych” i „niezabiegowych”, dodatkowo także „**łóżka zakaźne**” i „**obserwacyjno-zakaźne**”.

16) Włączyć do planu, ze względu na niezbędne potrzeby informacyjne, aktualny załącznik o nazwie „**Wykaz wybranej specjalistycznej aparatury medycznej w powiecie**”, zawierający liczbę sprzętu wykazywanego przez szpitale ogólne w sprawozdaniach „MZ-29”.

2. W zakresie przedsięwzięć organizacyjnych należy:

1. Dążyć do tego, aby w **statutach i regulaminach organizacyjnych** podmiotów leczniczych oraz jednostek samorządu terytorialnego, wykonujących zadania obronne, umieszczony został zapis dotyczący realizacji tych zadań na potrzeby obronne państwa. W przypadku braku takiego zapisu spowodować, aby zostały one wpisane do powyższych dokumentów. Należy pamiętać, aby stosowne zapisy w tym zakresie zostały umieszczone w ramach zadań wykonywanych przez wszystkie komórki organizacyjne uczestniczące w procesie przygotowań obronnych, jak również dokonać odpowiednich zapisów w zakresach obowiązków pracowników wykonujących zadania na potrzeby obronne państwa.

2. Posiadać aktualne plany działania jednostek ochrony zdrowia na wypadek katastrof i klęsk żywiołowych, gdzie należy zwrócić uwagę na:

- 1) aktualność instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i planów ewakuacji,
- 2) ustalenie zasad współdziałania służb ratowniczych, porządkowych i obrony cywilnej,

- 3) zapewnienie właściwej obsady stanowisk inspektorów ds. obronnych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia,
- 4) zabezpieczenie logistyczne potrzeb szpitala na poziomie zapewniającym właściwe funkcjonowanie placówki.
3. Dokonać sprawdzenia pod kątem rezerwowych źródeł zaopatrzenia w wodę oraz rezerwowych źródeł zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną, zgodnie odpowiednio z § 40 i § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r. poz.739).

3. W zakresie zarządzania kryzysowego:

1. Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. *o zarządzaniu kryzysowym* obowiązek podjęcia działań w zakresie zarządzania kryzysowego spoczywa na organie właściwym w sprawach zarządzania kryzysowego.
2. Zadania w zakresie ochrony zdrowia realizowane są przez organy samorządowe oraz organy administracji terenowej w województwie na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 8 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym* w art. 7 ust. 1 pkt 5 ochronę zdrowia wskazuje jako jedno z zadań własnych gminy,
 - 2) ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie powiatowym* w art. 4 ust. 1 nakłada na powiat obowiązek wykonywania zadań o charakterze ponadgminnym m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia,
 - 3) ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. *o wojewodzie i administracji rządowej w województwie* w art. 22 stanowi, iż „Wojewoda odpowiada za wykonywanie polityki Rady Ministrów w województwie, a w szczególności: (...) 2) zapewnia współdziałanie wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej w województwie i kieruje ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia, zdrowia (...)”.

4) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. *w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej* (w tym imprezy masowej podwyższonego ryzyka).

3. Mając na uwadze powyższe oraz zapisy ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. *o zarządzaniu kryzysowym* (art. 14, 17, 19), które nakładają obowiązki w zakresie zarządzania kryzysowego na organy administracji publicznej, budowany system w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności podczas zdarzeń kryzysowych powinien być spójny, a zadania powinny być planowane i realizowane od najniższego szczebla administracji.

4. W myśl tego należy dążyć aby w procesie planowania i w dalszej perspektywie podczas zabezpieczenia sytuacji kryzysowych, wykorzystywane były te siły i środki (m.in. podmioty lecznicze), w oparciu o które organy administracji na danym obszarze realizują zadania ustawowe w zakresie ochrony zdrowia. Jednocześnie zgodnie z art. 5 ust. 5 w/w ustawy, plany zarządzania kryzysowego uzgadnia się z kierownikami jednostek organizacyjnych (kierownikiem podmiotu leczniczego), planowanych do wykorzystania przy realizacji przedsięwzięć określonych w planie.

5. Realizację zadań w zakresie uczestnictwa podmiotów leczniczych w reagowaniu na sytuacji kryzysowe należy prowadzić zgodnie z zapisami ustawy o zarządzaniu kryzysowym w części obejmującej:

- 1) zadania i obowiązki uczestników zarządzania kryzysowego,
- 2) zestawienia sił i środków planowanych do wykorzystania w sytuacjach kryzysowych oraz zasad ich współdziałania,
- 3) tryb uruchamiania niezbędnych sił i środków, uczestniczących w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej,
- 4) organizację ratownictwa, opieki medycznej, pomocy społecznej oraz pomocy psychologicznej,
- 5) wykaz umów i porozumień zawartych z podmiotami leczniczymi, obejmujących realizację zadań wynikających z planów zarządzania kryzysowego, przy uwzględnieniu faktu, iż w skład zespołów zarządzania kryzysowego szczebla powiatu (gminy), którymi kierują odpowiednio starosta, wójt, burmistrz, mogą wchodzić m.in. osoby zatrudnione w powiatowych (gminnych)

jednostkach organizacyjnych lub jednostkach organizacyjnych stanowiących aparat pomocniczy, kierowników zespołonych służb, inspekcji i straży powiatowych (gminnych, przedstawiciele społecznych organizacji ratowniczych oraz inne osoby zaproszone przez „kierownika zespołu zarządzania kryzysowego” (przedstawiciele podmiotów leczniczych biorących udział w reagowaniu kryzysowym odpowiedniego szczebla).

6. Przygotowanie podmiotów leczniczych, w szczególności tych planowanych do wykorzystania w warunkach zwiększonego natężenia poszkodowanych i rannych, powinno się budować również na opracowaniu przez podmioty lecznicze Szpitalnych Planów Zarządzania Kryzysowego. W sytuacji kryzysowej, umożliwią m.in. szybkie podjęcie stosownych działań, dokonanie oceny możliwości przyjmowania, diagnozowania i leczenia pacjentów, dokonanie szybkiej oceny głównych problemów (np. zaburzenie wykonywania świadczeń), zapewnienie optymalnej opieki nad poszkodowanymi.

7. Zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* „W Przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. *o stanie klęski żywiołowej* lub gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, lekarz ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, działających na obszarze danego województwa” oraz art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy *o zarządzaniu kryzysowym* „kierowanie monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie województwa” należy do jednego z zadań wojewody. Uwzględniając powyższe należy dążyć do spowodowania opracowania Szpitalnych Planów Zarządzania Kryzysowego przez podmioty lecznicze, w szczególności te, których udział w zabezpieczeniu medycznym sytuacji kryzysowych przewidują plany zarządzania kryzysowego szczebla samorządowego i wojewódzkiego.

4. W zakresie zarządzania kryzysowego proces planistyczny podmiotów leczniczych powinien obejmować:

1. Dokonanie analizy możliwości wykorzystania do działania w sytuacji masowego napływu poszkodowanych, rannych i chorych (sytuacji kryzysowej) posiadanych planów sporządzanych m.in. w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. *w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach*, oraz innych planów podmiotu leczniczego.
2. Planowanie i organizację ewakuacji pacjentów do innych szpitali w przypadku sytuacji kryzysowych na terenie podmiotu leczniczego, w tym:
 - 1) Opracowanie i aktualizowanie instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i planów ewakuacji osób – ze szczególnym uwzględnieniem miejsc ewakuacji i środków transportu;
 - 2) Prowadzenie analizy możliwości transportowych na terenie powiatu, w celu zapewnienia właściwego transportu osobom wymagającym ciągłej pomocy medycznej;
 - 3) Kontynuowanie działań na rzecz zapewnienia bezpiecznych warunków ewakuacji ludzi z obiektów jednostek ochrony zdrowia (prowadzenie stosownych ćwiczeń).
3. Zasady współpracy i współdziałania z właściwymi miejscowo strukturami zarządzania kryzysowego (organami obrony cywilnej) oraz służbami (straż pożarna, policja, inspekcja sanitarna i inne) w zakresie zapewnienia pomocy medycznej poszkodowanej ludności w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych.
4. Opracowanie karty zadań dla wszystkich zaangażowanych osób funkcyjnych oraz wszystkich członków personelu.
5. Dokonanie kontroli i weryfikacji posiadanych:
 - 1) zapasowych źródeł energii (agregaty prądotwórcze),
 - 2) awaryjnych (zapasowych) ujęć wody,

3) alternatywnych źródeł ciepła (własne kotłownie),

6. Zapewnienie systemu łączności, również w relacji podmiot leczniczy – właściwe struktury realizujące zadania zarządzania kryzysowego miast/gmin. Niezbędne jest bowiem wypracowanie mechanizmu, który pozwoli w sytuacjach kryzysowych na niezwłoczne przekazywanie informacji do właściwych podmiotów zarządzania kryzysowego.

7. Zapewnienie odpowiednich szkoleń i przygotowanie wszelkich komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, biorących udział w usuwaniu skutków zdarzenia.

8. We współdziałaniu za służbami sanitarno-epidemiologicznymi powiatu kontynuować działania zmierzające do zabezpieczenia przeciwepidemicznego ludności, ochrony przed skażeniami i zakażeniami oraz ich wykrywania.

Art. 12a ust. 3b ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje na możliwość wystąpienia wójt/burmistrza w przypadkach bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego na terenie gminy a w szczególności zagrożenia życia lub zdrowia ludzi, do właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego z wnioskiem o podjęcie działań zmierzających do usunięcia tego zagrożenia. Zgodnie z art. 33 w związku z art. 5 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, państwowy powiatowy inspektor sanitarny może m.in. w drodze decyzji nakazać osobie, u której rozpoznano zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną poddanie się m.in. obo-
wiązkowi szczepień ochronnych, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, poddaniu się leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwaran-
tanie lub nadzorowi epidemiologicznemu. Ponadto, zgodnie z w/w ustawą powiatowy inspektor sanitarny, w celu zapobieżenia
szerzeniu się choroby zakaźnej może nałożyć inne, konieczne do ochrony zdrowia publicznego, obowiązki i ograniczenia.

Mając na uwadze powyższe, do zadań organów administracji samorządowej oraz rządowej w terenie należy:

- a) doskonalic system wczesnego ostrzegania i alarmowania z uwzględnieniem zagrożeń o charakterze terrorystycznym w miejscach gromadzenia się dużej liczby osób, takich jak centra handlowo-rozrywkowe, centra rekreacyjne, supermarkety, miejsca kultu religijnego oraz obiekty sportowe.
- b) dokonać aktualizacji wykazów posiadanych sił i środków, niezbędnych w przypadku konieczności podjęcia skutecznych działań przez odpowiednie służby w przypadku zagrożenia biologicznego, wystąpienia masowych zachorowań lub zagrożenia epidemią lub pandemią grypy zgodnie z zaleceniami właściwych miejscowo służb nadzoru sanitarno-epidemiologicznego;
- c) w oparciu o zaktualizowane wykazy, o których mowa powyżej, przeprowadzić analizę dotyczącą możliwości podjęcia skutecznych działań w aspekcie zagrożenia biologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem przygotowania jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego oraz podmiotów leczniczych do działań w przypadku szybko wzrastającej liczby chorych w trakcie epidemii lub pandemii grypy i jej powikłań.
- d) pozyskiwać oraz korzystać z danych publikowanych na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego (www.glis.gov.pl) dotyczących zagrożeń biologicznych, w tym także z danych zawartych w opracowanym w 2008 r. *Polskim Planie Pandemicznym*, który wraz z załącznikami jest okresowo uaktualniany.

5. W zakresie dystrybucji preparatów stabilnego jodu (tabletek jodku potasu) w ramach działań interwencyjnych na wypadek nadzwyczajnego zdarzenia radiacyjnego

- Ilość preparatów stabilnego jodu oraz miejsca ich przechowywania i dystrybucji na terenie województwa określa Wojewoda Dolnośląski, w porozumieniu z właściwymi organami jednostek samorządu terytorialnego, uwzględniając liczbę

mieszkańców należących do grup ryzyka, które powinny zostać w pierwszej kolejności objęte ochroną przed wchłonięciem radioaktywnego jodu. Zgodnie z Decyzją Ministra Energetyki Nr 15/R/16 z dnia 19.09.2016 r. w sprawie udostępniania rezerw strategicznych tabletek jodku potasu, wydanie przez ARM asortymentu w ilościach określonych w p. 1 niniejszej decyzji nastąpi niezwłocznie na wezwanie każdego wojewody w sytuacji zdarzenia radiacyjnego o zasięgu wojewódzkim wymagającego wprowadzenia działania interwencyjnego, o którym mowa w art. 90 pkt. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – *Prawo atomowe*.

Decyzja powyższa podlega natychmiastowemu wykonaniu przez ARM.

- Przeznaczone na zabezpieczenie działań interwencyjnych na terenie powiatu oleśnickiego tabletki jodku potasu, zgodnie z „**Planem wydawania tabletek jodku potasu w przypadku zdarzenia radiacyjnego na terenie powiatu oleśnickiego**” odbierane będą przez gminy powiatu z PSSE w Oleśnicy.

- **Grupy ryzyka i dawkowanie preparatu jodowego w poszczególnych grupach:**

- 1) noworodki i niemowlęta do 3 miesiąca życia otrzymują jednorazowo 12,5 mg jodu (0,5 tabletki);
- 2) niemowlęta powyżej 3 miesiąca życia i dzieci do 2 roku życia otrzymują jednorazowo 25 mg jodu (1 tabletkę);
- 3) dzieci powyżej 2 roku życia do 6 lat otrzymują jednorazowo 50 mg jodu (2 tabletki);
- 4) dzieci powyżej 6 roku życia i młodzież do 16 lat otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki);
- 5) kobiety ciężarne otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki);

6) kobiety karmiące piersią, które z racji grupy wiekowej (matki do 16 roku życia) kwalifikują się do tyreoprotekcji otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki), z jednoczesnym stanowczym zaleceniem powstrzymania się przez 48 godzin od karmienia piersią oraz przejście na żywienie dziecka preparatami mleka w proszku;

7) młodzież powyżej 16 roku życia do 18 roku życia i dorośli, którym ze wskazań lekarskich należy podać profilaktykę jodową w przypadku skażenia radiacyjnego otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki). ~5% tej populacji – „naukladka”

- Szczegółowy sposób dystrybucji preparatów stabilnego jodu zawarty jest w „**Planie wydawania tabletek jodku potasu w przypadku zdarzenia radiacyjnego na terenie powiatu oleśnickiego**”.

- 1) podstawowymi miejscami dystrybucji preparatów jodowych powinny być: jednostki służby zdrowia, apteki, stacje sanitarno-epidemiologiczne a także szkoły i przedszkola.
- 2) bezpośrednie wydawanie preparatów jodowych, w ramach działań interwencyjnych, powinien nadzorować pracownik służby zdrowia (np. lekarz, farmaceuta, pielęgniarka, ratownik medyczny).
- 3) jeden punkt wydawania preparatów jodowych powinien przypadać na nie więcej niż 5 000 mieszkańców.
- 4) sposób transportu tabletek jodowych do punktów dystrybucji na terenie powiatu określa „Plan wydawania tabletek jodku potasu w przypadku zdarzenia radiacyjnego na terenie powiatu oleśnickiego”.
- 5) Zgromadzone na wypadek zdarzenia radiacyjnego, preparaty jodowe w postaci tabletkowej należą do rezerw strategicznych produktów leczniczych.
- 6) Uruchomienie preparatów jodowych do prowadzenia działań interwencyjnych następuje zgodnie z zasadami określonymi przepisami art. 19 ustawy *o rezerwach strategicznych*

6. W zakresie gospodarki rezerwami strategicznymi produktów leczniczych i wyrobów medycznych należy:

- Zapewnić racjonalne planowanie wykorzystania rezerw strategicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu zabezpieczenia procesu poszerzania bazy szpitalnej oraz tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych.
- Aktualizować na bieżąco, jednak nie rzadziej niż 1 raz na 6 miesięcy, dane dotyczące miejsc, liczby i rodzaju zestawów medycznych przechowywanych w magazynach ARM – przeznaczonych dla wskazanych w planach jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia.
- Planować wykorzystanie przeznaczonych dla województwa rezerw strategicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z regulacjami zawartymi w rozporządzeniu z dnia 27 czerwca 2012 r. *w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach* - Dz. U. z 2012 r. poz. 741,
- W zakresie udostępniania rezerw strategicznych wnioski do ministra właściwego do spraw gospodarki powinni składać w pierwszej kolejności wojewodowie, po wcześniejszych uzgodnieniach z podmiotami leczniczymi, dysponując informacjami o aktualnym stanie wyposażenia tych podmiotów i ewentualnych potrzebach. Wskazany jest więc wcześniejsze przygotowanie projektów stosownych wniosków o udostępnienie rezerw. Szczegółowe informacje w obszarze rezerw strategicznych – na jakich zasadach i w jakim trybie zostaną rezerwy udostępnione oraz zalecenia umożliwiające usprawnienie ich uzyskania przekazane zostały w Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego na lata 2014/2016 i pozostają aktualne.
- Agencja Rezerw Materiałowych nie może być źródłem zaopatrzenia podmiotów leczniczych w sprzęt, który jest niezbędny w normalnym funkcjonowaniu a jednocześnie jest dostępny u dystrybutorów. Jedynie wyczerpanie wszystkich możliwości na poziomie wojewódzkim, może upoważniać do wystąpienia o udostępnienie określonego asortymentu z rezerw strategicznych. Rezerwy strategiczne powinny być ostatnim źródłem zaopatrzenia, w sytuacji braku potrzebnego asortymentu na rynku.

7. W zakresie realizacji zadań publicznej służby krwi na potrzeby obronne państwa, wykonywane przez Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) we Wrocławiu i Wałbrzychu

Zgodnie z opracowaną ***Koncepcją realizacji zadań służby krwi w procesie realizacji zadań obronnych na potrzeby obronne państwa przez publiczną i niepubliczną służbę zdrowia***, zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. z 2012 r. poz.741) Narodowe Centrum Krewi (NCK) opracowało wzór ***Planu przygotowań jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (RCKiKO na potrzeby obronne państwa***. RCKiK na podstawie przesłanego wzoru, opracowały przedmiotowe plany, które zostały uzgodnione z właściwym miejscowo wojewodą. Opracowane plany są nadal obowiązujące.

W *Koncepcji* uwzględniono m.in. tematykę dotyczącą zgromadzenia i utrzymywania przez poszczególne RCKiK określonego zapasu preparatów krwi (koncentratu krwinek czerwonych – KKCz oraz osocza świeżo mrożonego – FFP) wynikającego z potrzeb Sił Zbrojnych RP, na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny oraz innych sytuacji kryzysowych. W związku z powyższym wszystkie RCKiK utworzyły zapasy preparatów krwi, a proces gromadzenia docelowych ilości zakończono w listopadzie 2009 r. Ponadto w *Koncepcji* zapisano, że w czasie pokoju, w sytuacji wystąpienia nagłego, zwiększonego zapotrzebowania na ww. składniki krwi w wyniku powstania masowych strat sanitarnych, np. po ataku terrorystycznym lub szkodliwym działaniu sił natury, dopuszcza się zwolnienie jednorazowo do 25% ilości zgromadzonego w RCKiK zapasu KKCz i FFP. W takiej sytuacji decyzję o zwolnieniu określonej przez RCKiK (na wniosek właściwego Dyrektora RCKiK) ilości składników krwi podejmuje właściwy wojewoda, który jednocześnie powiadamia o tym fakcie Ministra Zdrowia oraz Ministra Obrony Narodowej. Nadzór nad utrzymaniem przedmiotowych zapasów w cywilnych jednostkach służby krwi z ramienia Ministra Zdrowia sprawuje Departament

Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych MZ w porozumieniu z Narodowym Centrum Krwi, a z upoważnienia Ministra Obrony Narodowej, Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, a w jego imieniu Dyrektor Wojskowego Centrum Krwi i Krwiolecznictwa w Warszawie.

8. W zakresie szkoleń obronnych, zarządzania kryzysowego, kontroli i sprawozdawczości należy:

- Pracownik merytoryczny odpowiedzialny za „Plan przygotowań podmiotów leczniczych powiatu oleśnickiego na potrzeby obronne państwa” weźmie udział w szkoleniu organizowanym przez Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego DUW dotyczącym spraw obronnych w służbie zdrowia. Termin i miejsce w/w szkolenia zostaną przesłane odrębnym pismem.
- Realizować szkolenia specjalistyczne z personelem medycznym, przygotowując go do działań w sytuacjach kryzysowych oraz zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny,
- Prowadzić systematyczne szkolenie personelu odpowiedzialnego za profilaktykę i przeciwdziałania skażeniom i zakażeniom w sytuacjach skażenia środowiska w następstwie katastrof chemicznych, powodzi oraz innych zdarzeń nadzwyczajnych, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości wystąpienia na terenie powiatu niebezpiecznej choroby zakaźnej lub celowo dokonanego ataku bioterrorystycznego.
- Szkoleniem w podmiotach leczniczych realizujących zadania obronne, jak również na potrzeby zarządzania kryzysowego objąć zarówno osoby bezpośrednio odpowiedzialne za realizację przedmiotowej tematyki i zaangażowane w proces jej realizacji, jak również organy założycielskie sprawujące nadzór nad jednostkami organizacyjnymi, na które nałożono w/w zadania.
- Szkoleniem obronnym objąć również wszystkich pracowników odpowiedzialnych za przygotowanie do realizacji zadań na potrzeby obronne państwa w poszczególnych podmiotach leczniczych, w szczególności należy zwrócić uwagę na jednostki or-

ganicacyjne, które zostały ujęte w powiatowym i gminnych „Planach przygotowania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa”.

- Włączać do przedsięwzięć szkoleniowych przedstawicieli przedsiębiorców realizujących zadania obronne, w takim zakresie, aby wspomóc realizację powierzonych im zadań.
- Włączać do przedsięwzięć szkoleniowych przedstawicieli właściwych terytorialnie Oddziałów NFZ oraz przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu gospodarczo-obronnym, realizujących zadania obronne na rzecz jednostek ochrony zdrowia.
- Włączyć do współpracy, dotyczącej opracowywania i aktualizacji planów przygotowań na potrzeby obronne, w tym w zakresie poszerzania bazy szpitalnej oraz rozwijania ZMSz-y, przedstawicieli właściwych terytorialnie Oddziałów NFZ.
- Objać jednostki ochrony zdrowia kontrolami problemowymi w zakresie przygotowań obronnych i gotowości do działań w sytuacjach kryzysowych i stanach nadzwyczajnych, ze szczególnym uwzględnieniem:
 - 1) aktualnego stanu prawnego zapewniającego realizację zadań obronnych przez podmioty lecznicze;
 - 2) posiadania upoważnień do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” lub poświadczeń bezpieczeństwa przez osoby odpowiedzialne za nadzór nad realizacją tych zadań oraz osoby bezpośrednio zaangażowane w przygotowania i zabezpieczające ich realizację, jeśli informacje mają nadaną klauzulę tajności;
 - 3) zapewnienia udziału osób odpowiedzialnych w podmiotach leczniczych za nadzór merytoryczny i przygotowanie planów realizacji zadań na potrzeby obronne państwa, w przedsięwzięciach szkoleniowych realizowanych przez ich organy założycielskie, takich jak ćwiczenia i treningi;
 - 4) weryfikacji ilości i rodzaju zadań obronnych wynikających z planu powiatowego, nałożonych na podmioty lecznicze nie dające gwarancji rzetelnej i merytorycznej ich realizacji;
 - 5) zatrudniania pracowników komórek realizujących zadania obronne w niepełnym wymiarze godzin (kumulacja obowiązków bhp, ppoż., OC, rezerw i zaopatrzenia), co nie daje gwarancji właściwego wykonania nałożonych zadań przez pracownika;

6) doprowadzenia (w miarę możliwości) do równomiernego obciążania przygotowaniem do realizacji zadań na potrzeby obronne państwa, położonych na terenie gminy jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia.

9. W zakresie ochrony informacji niejawnych

1. W bieżącej działalności należy przestrzegać zapisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. *o ochronie informacji niejawnych* (Dz.U. z 2016 r., poz. 1167) oraz aktów wykonawczych do ustawy.

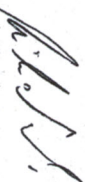
IV. Wykaz wybranych aktów prawnych niezbędnych do realizacji przedsięwzięć ujętych w przedmiotowych Wytycznych

- 1) ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. *o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z 2016 r., poz.1534 z późn. zm.);
- 2) ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. *o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców* (Dz. U. Nr 122, poz.1320 z późn. zm.);
- 3) ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. *o zarządzaniu kryzysowym* (Dz. U. z 2017 r., poz.209);
- 4) ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. *o wojewodzie i administracji rządowej w województwie* (Dz. U. z 2015 r. poz.525 z późn. zm.);
- 5) ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. *o samorządzie powiatowym* (Dz. U. z 2016 r., poz.814 z późn. zm.);
- 6) ustawa z dnia 8 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym* (Dz. U. z 2016 r., poz.446 z późn. zm.);
- 7) ustawa z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2015 r., poz.1412 z późn. zm.);

- 8) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r., poz.1866);
- 9) ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. z 2014 r., poz.333 z późn. zm.);
- 10) ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r., poz.1868);
- 11) ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r., poz.1512 z późn. zm.);
- 12) ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2016 r., poz.1635);
- 13) ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2016 r., poz.1167);
- 14) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. z 2012 r., poz.741);
- 15) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 listopada 2015 r. w sprawie szkolenia obronnego (Dz. U. z 2015 r., poz.1829);
- 16) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 stycznia 2004 r. w sprawie ogólnych zasad wykonywania zadań w ramach powszechnego obowiązku obrony (Dz. U. Nr 16, poz.152);
- 17) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 kwietnia 2004 r. w sprawie warunków i trybu planowania i finansowania zadań wykonywanych w ramach przygotowań obronnych przez organy administracji rządowej i organy samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 152, poz.1599 z późn. zm.);
- 18) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 września 2004 r. w sprawie reklamowania pracowników od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny (Dz. U. Nr 210, poz.2136 z późn. zm.);
- 19) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 września 2004 r. w sprawie świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz obrony w razie ogłoszenia mobilizacji w czasie wojny (Dz. U. nr 203, poz.2081 z późn. zm.);
- 20) rozporządzenie rady Ministrów z dnia 13 stycznia 2004 r. w sprawie kontroli wykonywania zadań obronnych (Dz. U. Nr 16, poz.151 z późn. zm.)

- 21) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U. z 2012 r., poz. 181);
- 22) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739);
- 23) Zarządzenie Wojewody Dolnośląskiego w sprawie planowania i realizacji w województwie dolnośląskim zadań na potrzeby obronne państwa przez podmioty lecznicze oraz jednostki samorządu terytorialnego;
- 24) Instrukcja opracowania planów przygotowań podmiotów leczniczych i jednostek samorządu terytorialnego na potrzeby obronne państwa;
- 25) Instrukcja dotycząca planowania, organizacji i funkcjonowania Zastępczych Miejsc Szpitalnych (ZMSz);
- 26) Instrukcja opracowania planu wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych.

NACZELNIK WSOIZK



WITOLD MICHAŁOWSKI

STAROSTA OLEŚNICKI



WOJCIECH KOCIŃSKI