

**Zarządzenie Nr 18/2019**

**Starosty Oleśnickiego**

**z dnia 28 marca 2019 r.**

**w sprawie ustalenia „Wytycznych Starosty Oleśnickiego dotyczących zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2019 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 2019 r. poz. 511 tj.) w oparciu o Wytyczne Wojewody Dolnośląskiego opracowane na podstawie Rekomendacji Ministra Zdrowia - grudzień 2018 r., dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2019 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 2019 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 15 kwietnia 2019 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 Zdrowia, Zarządzania Kryzysowego i Pomocy Konsumenckiej Starostwa Powiatowego w Oleśnicy.

§ 4

Nadzór i koordynację nad realizacją zarządzenia powierzam Naczelnikowi Wydziału Zdrowia, Zarządzania Kryzysowego i Pomocy Konsumenckiej Starostwa Powiatowego w Oleśnicy.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

STAROSTA  
Jan Długaj



Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Nr 18/2019  
Starosty Oleśnickiego  
z dnia 28 marca 2019 r.

**STAROSTWO POWIATOWE W OLEŚNICY**  
**WYDZIAŁ ZDROWIA, ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO I POMOCY KONSUMENCKIEJ**

**WYTYCZNE**  
**STAROSTY OLEŚNICKIEGO**

**opracowane na podstawie Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego**  
**określonych na podstawie Rekomendacji Ministra Zdrowia – grudzień 2018 rok**

***dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2019 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny***

**Oleśnica – marzec 2019**

## **I. Cel wydania niniejszych wytycznych**

Niniejsze *Wytyczne* zostały opracowane na podstawie Rekomendacji Ministra Zdrowia – grudzień 2018 oraz Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego i wydane w celu doprecyzowania/wskazania sposobu realizacji zadań spoczywających na organach administracji publicznej w powiecie oleśnickim związanych z obronnością państwa oraz zarządzaniem kryzysowym, które powinny być zrealizowane w ochronie zdrowia w 2019 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 ochrony zdrowia w 2019 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 państwa gospodarza) 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 tj.) 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 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 przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu gospodarczo-obronnym, wymienionych w części VII załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie wykazu przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu gospodarczo-obronnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1871 ze 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 2019 ROKU NALEŻY:**

#### **1. W zakresie przedsięwzięć dokumentacyjno – planistycznych:**

- 1) Posiadane plany przygotowania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa poddawać corocznej aktualizacji, zgodnie z przepisami §3 ust. 6 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 (zwane dalej „rozporządzeniem”);
- 2) Podczas aktualizacji planów dążyć do odzwierciedlenia faktycznych możliwości podmiotów leczniczych, w korelacji z określonymi wymogami i obowiązującymi wskaźnikami, dotyczącymi m. In. planowanego powiększenia bazy szpitalnej, w tym planowanej liczby łóżek zabiegowych;
- 3) W celu ujednolicenia danych przekazywanych przez wszystkie podmioty lecznicze na terenie powiatu, na potrzeby załącznika do planu dotyczącego bazy łóżkowej, przyjąć poniższe założenia:
  - a. jako łóżka zabiegowe należy zakwalifikować łóżka szpitalne znajdujące się na oddziałach zabiegowych takich, jak np.: chirurgia, neurochirurgia, kardiochirurgia, transplantologia, urologia, ortopedia, ginekologia, laryngologia, okulistyka, a także na oddziałach anestezjologii i intensywnej opieki/terapii, oddziałach leczenia jednego dnia (zabiegowych);
  - b. jako łóżka niezabiegowe należy kwalifikować łóżka szpitalne znajdujące się na oddziałach niezabiegowych (zachowawczych), zajmujących się szeroko rozumianą diagnostyką, z wyjątkiem wymienionych w punktach c, d, e, f. W szczególności należy zaliczyć tu łóżka znajdujące się na oddziałach: chorób wewnętrznych, hematologii, diabetologii, dermatologii, endokrynologii, geriatrii, gastroenterologii, nefrologii, toksykologii, medycyny paliatywnej, neurologii, onkologii, chorób płuc, reumatologii, pediatrii (z wyjątkiem łóżek noworodkowych i niemowlęcych), położnictwa, radioterapii itp.;

- c. jako łóżka psychiatryczne należy zakwalifikować łóżka szpitalne znajdujące się na oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień w szpitalach wielospecjalistycznych oraz wszystkie łóżka w szpitalach psychiatrycznych;
  - d. jako łóżka rehabilitacyjne należy zakwalifikować łóżka szpitalne znajdujące się na oddziałach rehabilitacyjnych w szpitalach oraz łóżka znajdujące się w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego;
  - e. jako łóżka pielęgnacyjne należy zakwalifikować łóżka znajdujące się w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjach itp.;
  - f. jako łóżka zakaźne i obserwacyjno-zakaźne należy zakwalifikować łóżka szpitalne znajdujące się na oddziałach zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych;
  - g. jako łóżka inne należy zakwalifikować łóżka szpitalne znajdujące się w izbach przyjęć szpitala, szpitalnym oddziale ratunkowym, stacjach dializ itp., a także łóżka noworodkowe i niemowlęce;
  - h. nie należy zaliczać do łóżek bazy szpitalnej: inkubatorów, stołów operacyjnych, łóżek porodowych, kozetek lekarskich itp. sprzętu stanowiącego wyposażenie podmiotu leczniczego.
- 4) W przypadku braku sal operacyjnych w podmiocie leczniczym, nie jest możliwe rozwinięcie łóżek zabiegowych ani ich wydzielanie dla służb mundurowych;
- 5) Wydzielanie łóżek zabiegowych, niezabiegowych, rehabilitacyjnych i psychiatrycznych dla służb mundurowych należy planować w podmiotach leczniczych, które rozwijają na potrzeby obronne wystarczającą liczbę każdego rodzaju łóżek;
- 6) Na podstawie przepisów § 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*, należy dokonać analizy dostępności w szpitalach rezerwowych źródeł zaopatrzenia w wodę oraz energię elektryczną.

Dostosowując wielkość planowej bazy szpitalnej (75/10000) i planowaną liczbę zastępczych miejsc szpitalnych (50/10000), należy brać przede wszystkim pod uwagę możliwości rozwinięcia dodatkowych łóżek 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 wykorzystanie w maksymalnym wymiarze, w pierwszej kolejności na powiększenie bazy szpitalnej, a w drugiej – dla tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych. Jednocześnie należy przeanalizować możliwość **wykluczenia z dotychczasowych planów zamierzeń wątpliwych do zrealizowania, ze względu na brak dostatecznego zabezpieczenia lokalowego, kadrowego i materiałowego**.

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. 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. z 2004 r. Nr 210, poz. 2136, ze zm.).

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 prądotwórcze 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, ze zm.). Planując wykorzystanie zestawów medycznych rezerw strategicznych, pamiętać należy, że każdy zestaw medyczny powinien mieć swojego adresata i określone przeznaczenie, a sporządzone plany dotyczące: rozwinięcia łóżek szpitalnych i tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych w powiecie/mieście powinny być spójne ze sporządzonym wykazem zestawów medycznych rezerw strategicznych przewidzianych do wykorzystania na poszerzenie bazy szpitalnej powiatu/miasta.

## **2. W zakresie tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych (ZMSz):**

- 1) Zespoły ZMSz organizować przede wszystkim w oparciu o obiekty przystosowane do wielodobowej obsługi przebywających w nich osób, takich jak: internaty, domy studenta, bursy, hotele, hostele itp. Zaplanowanie zespołów ZMSz w obiektach posiadających odpowiednią infrastrukturę wpłynie na zminimalizowanie problemów logistycznych, dotyczących m.in. zapewnienia odpowiedniej liczby pomieszczeń, łóżek, sanitariatów, zaplecza żywieniowego, zachowania odpowiednich warunków sanitarno-epidemiologicznych itp.
- 2) Brakujące wyposażenie zaplanować w oparciu o wcześniej uzgodnione rezerwy strategiczne, pamiętając o konieczności pobrania ich ze składnicy Agencji Rezerw Materiałowych i dowieszenia we własnym zakresie.

## **3. W zakresie tworzenia Bilansu personelu medycznego.**

- 1) W sporządzanym bilansie personelu medycznego uwzględnić wszystkie osoby uprawnione do wykonywania zawodu w danej grupie zawodowej (z wyłączeniem zatrudnionych w podmiotach utworzonych przez MON, MSWiA i MS). Bilans stanowi informację o personalnym medycznym możliwym do wykorzystania przez wojewodę w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.
- 2) W celu ujednolicenia sposobu planowania zatrudnienia personelu medycznego według wskaźników zatrudnienia na potrzeby zwiększanej bazy szpitalnej, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia jako podstawę do obliczeń minimalnego wskaźnika zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek:
  - dla oddziałów, na których znajdują się łóżka zakwalifikowane jako zabiegowe – przyjąć wskaźnik zatrudnienia określony w rozporządzeniu dla oddziałów chirurgicznych i innych oddziałów zabiegowych (1 lekarz na 25 łózek, 1 pielęgniarka na 8 łózek),
  - dla oddziałów, na których znajdują się łóżka zakwalifikowane jako niezabiegowe, psychiatryczne, rehabilitacyjne, pielęgniacyjne, zakaźne i obserwacyjno-zakaźne oraz inne (zgodnie z przedstawioną wyżej kwalifikacją) – przyjąć wskaźnik zatrudnienia określony w rozporządzeniu dla oddziałów wewnętrznych (1 lekarz na 30 łózek, 1 pielęgniarka na 10 łózek).
- 3) **Dążyć do urealnienia obsady personelu medycznego.** Zaplanowanie pracy personelu na jedną zmianę nie rozwiązuje problemu funkcjonowania podmiotów leczniczych ani zespołów ZMSz. W dłuższym przedziale czasowym niewystarczające będzie również zaplanowanie pracy na dwie zmiany.
- 4) Lekarzy nie należy obciążać pełnieniem funkcji kierowniczych w zespołach ZMSz, ponieważ ich zadaniem jest udzielanie specjalistycznej pomocy medycznej.
- 5) Personel medyczny do obsady ZMSz kompletować również w oparciu o osoby wykonujące zawód w podmiotach wykonujących działalność leczniczą nierelizujących zadań obronnych, wydając stosowne decyzje w tej sprawie.

#### **IV. Wykorzystanie rezerw strategicznych.**

1. Rezerwy strategiczne stanowią zasób, możliwy do uruchomienia wyłącznie w przypadku braku dostępności danego asortymentu z innych źródeł.

2. Zabezpieczenie potrzeb wynikających z procesu poszerzania łóżkowej bazy szpitalnej oraz tworzenia ZMSz należy planować w pierwszej kolejności z zasobów własnych, a następnie poprzez racjonalne użycie rezerw strategicznych: zestawów sprzętowych oraz oddzielnie łóżek polowych. Należy wyeliminować nieuzasadnione planowanie wykorzystania zestawów i łóżek polowych np. dla podmiotów leczniczych, które nie planują poszerzenia bazy łóżkowej ani zmiany profilu łóżek.

#### **V. W zakresie przedsięwzięć organizacyjnych:**

1. W statutach i regulaminach organizacyjnych podmiotów leczniczych oraz jednostek samorządu terytorialnego, wykonujących zadania obronne, umieścić 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 z odpowiednio § 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).

#### **VI. 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 - 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 - art. 4 ust. 1 pkt 2) 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 - art. 22 stanowi, iż „Wojewoda odpowiada za wykonywanie polityki Rady Ministrów w województwie, a w szczególności: (...) 2) zapewnienia współdziałania 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 względem medycznym imprezy masowej (w tym imprezy masowej podwyższonego ryzyka).
3. Mając na uwadze powyższe oraz zapisy art. 14, 17, 19 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, 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 ww. 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;
  - 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, prezydent miasta 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 napływu 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 kłęski żywiołowej* (t. j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1897) lub w gdy 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 przez te, których udział w zabezpieczeniu medycznym sytuacji kryzysowych przewidują plany zarządzania kryzysowego szczebla samorządowego i wojewódzkiego.

## **VII. 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 inne plany 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 – z uwzględnieniem miejsc ewakuacji i środków transportu;

- 2) prowadzenie analizy możliwości transportowych na terenie powiatu, w celu zapewnienia właściwego transportu osobom wymagającym ciągłej opieki 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 zarządzania kryzysowego gmin (miast). 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 ze służbami sanitarno – epidemiologicznymi miasta/powiatu kontynuować działania zmierzające do zabezpieczenia przeciwepidemicznego ludności, ochrony przed skażeniami i zakażeniami oraz ich wykrywania.

Art. 12a ust. 3b. ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje na możliwość wystąpienia wójta (burmistrza, prezydenta miasta) 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 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i 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 poddania się m. in. obowiązkowi szczepień ochronnych, badaniom sanitarno-

epidemiologicznym, poddaniu się leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu. Ponadto zgodnie z ww. ustawą powiatowy inspektor sanitarny w celu zapobieżeniu szerzeniu się choroby zakaźnej może nałożyć inne, konieczne do ochrony zdrowia publicznego, obowiązki i ograniczenia.

#### **VIII. Do zadań organów administracji samorządowej oraz rządowej w terenie należą:**

1. 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 epidemii lub pandemii grypy zgodnie z zaleceniami właściwych miejscowo służb nadzoru sanitarno – epidemiologicznego;
2. 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;
3. pozyskiwać oraz korzystać z danych publikowanych na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego ([www.gis.gov.pl](http://www.gis.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.

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

1. 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 przez wchłonięciem radioaktywnego jodu. Zgodnie z Decyzją Ministra Energii Nr 15/R/16 z dnia 19.09.2016 r. w sprawie udostępniania rezerw strategicznych tabletek jodku potasu, wydanie przez Agencję Rezerw Materiałowych (ARM) asortymentu w ilościach określonych w pkt 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
2. Grupy ryzyka i dawkowanie preparatu jodowego w poszczególnych grupach:

- 1) noworodki i niemowlęta do 3 miesiąca życia otrzymują jednorazowo 12,5 mg jodu (1/2 tabletki = 12,5 mg jodu);
  - 2) niemowlęta powyżej 3 miesiąca życia i do dzieci do 2 roku życia otrzymują jednorazowo 25 mg jodu (1 tabletka = 25 mg jodu);
  - 3) dzieci powyżej 2 roku życia do 6 lat otrzymują jednorazowo 50 mg jodu (2 tabletki = 50 mg jodu);
  - 4) dzieci powyżej 6 roku życia i młodzież do 16 lat otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki = 100 mg jodu);
  - 5) kobiety ciężarne otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki = 100 mg jodu);
  - 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 = 100 mg jodu), z jednoczesnym stanowczym zaleceniem powstrzymania się przez 48 godz. 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 -jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki = 100 mg jodu), **~5% tej populacji - „nakładka”**.
3. Szczegółowy plan przygotowania i dystrybucji preparatów stabilnego jodu jest zawarty, zgodnie z zapisami art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2017 r., poz. 576 z późn. zm.) w Wojewódzkim Planie Postępowania Awaryjnego w części dotyczącej działań interwencyjnych podejmowanych w przypadku zdarzenia radiacyjnego.
- 1) podstawowymi miejscami dystrybucji preparatów jodowych powinny być: jednostki służby zdrowia, apteki, stacje sanitarno - epidemiologiczne, a także szkoły i przedszkola;
  - 2) bezpośrednio 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 województwa określa wojewoda;
  - 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 z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych.

#### **X. W zakresie gospodarki rezerwami strategicznymi produktów leczniczych i wyrobów medycznych należy:**

1. Zapewnić racjonalne planowanie wykorzystania rezerw strategicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu zabezpieczenia procesu po-

szerzenia bazy szpitalnej oraz tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych.

2. 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.
3. Planować wykorzystanie przeznaczonych dla województwa rezerw strategicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z regulacjami zawartymi w rozporządzeniu 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.*
4. W zakresie udostępniania rezerw strategicznych wnioski do ministra właściwego do spraw energii powinni składać w pierwszej kolejności wojewodowie, po wcześniejszych uzgodnieniach z podmiotami leczniczymi, dysponując informacjami o aktualnym stanie wyposażenia tych podmiotów i ewentualnych potrzebach. Wskazanym 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 2014-2017, i pozostają aktualne.
5. 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.

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

1. Zgodnie z „Koncepcją realizacji zadań służby krwi w procesie realizacji zadań obronnych na potrzeby państwa przez publiczną i niepubliczną służbę zdrowia”, Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa przechowują określony zapas preparatów krwi (koncentratu krwinek czerwonych – KKCz oraz osocza świeżo mrożonego – FFP), którego dysponentem jest MON. W sytuacji wystąpienia nagłego, zwiększonego zapotrzebowania na ww. składniki krwi, dopuszcza się zwolnienie jednorazowo do 25% ilości zgromadzonego w RCKiK zapasu KKCz i FFP. Na wniosek Dyrektora RCKiK, decyzję o zwolnieniu określonej ilości składników krwi podejmuje wojewoda, który jednocześnie powiadamia o tym fakcie MZ oraz MON.

2. Przechowywanie ww. zapasu składników krwi, a także wynikające z rozporządzenia zadanie zwiększenia co najmniej o 100% poboru, przetwarzania, przechowywania i wydawania krwi oraz preparatów krwiopochodnych, wiąże się z potrzebą stałego zasilania urzędów chłodniczych, w których preparaty krwi są przetwarzane.

## **XII. W zakresie szkoleń obronnych, zarządzania kryzysowego, kontroli i sprawozdawczości należy:**

1. Realizować szkolenia specjalistyczne z personelem medycznym, przygotowując go do działań w sytuacjach kryzysowych oraz zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny.
2. 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 województwa niebezpiecznej choroby zakaźnej lub celowo dokonanego ataku bioterrorystycznego.
3. 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 ww. zadania.
4. 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 organizacyjne, które zostały ujęte w *Planie gminy/miasta przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa*, w tym również uniwersytetów medycznych, szpitali klinicznych, instytutów i regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
5. Włączyć do przedsięwzięć szkoleniowych przedstawicieli przedsiębiorców realizujących zadania obronne, w takim zakresie, aby wspomóc realizację powierzonych im zadań.
6. Włączyć do przedsięwzięć szkoleniowych przedstawicieli właściwych terytorialnie Oddziałów NFZ oraz przedsiębiorców o szczególnym znaczeniu gospodarczo – obronnym, realizujących zadania obronne na rzecz jednostek ochrony zdrowia.
7. 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.
8. Objąć 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 przygotowanie 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 planów miejskich/powiatowych, 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 przygotowaniami do realizacji zadań na potrzeby obronne państwa, położonych na terenie miasta/powiatu jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia.
9. Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego DUW zaplanował przeprowadzenie kontroli problemowych zgodnie z *Planem okresowym kontroli realizowanych przez Oddział Spraw Obronnych Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu w I półroczu 2019 r.* z zakresu realizacji zadań obronnych.

**XIII. W zakresie ochrony informacji niejawnych** - w bieżącej działalności należy przestrzegać zapisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (t. j. Dz.U. z 2016 r, poz. 1167) oraz aktów wykonawczych do ustawy.

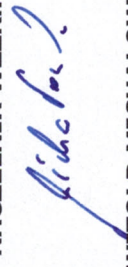
W terminie **do 5 kwietnia br.**, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali z siedzibą w Oleśnicy zobowiązany jest do wykonania uaktualnionego planu rozwinęcia łóżek szpitalnych w Powiatowym Zespole Szpitali z siedzibą w Oleśnicy i przesłania go do Wydziału Zdrowia, Zarządzania Kryzysowego i Pomocy Konsumentów Starostwa Powiatowego w Oleśnicy.

**Wykaz wybranych aktów prawnych niezbędnych do realizacji przedsięwzięć ujętych w przedmiotowych Wytocznych:**

1. ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1459 tj.);
2. ustawa z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców (Dz. U. z 2001r. Nr 122, poz. 1320, ze zm.);
3. ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1401 tj.);
4. ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2234);
5. ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 511 tj.);
6. ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 506 tj.);
7. ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59 tj.);
8. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 151 ze zm.);
9. 9) ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłeski żywiołowej (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1897);
10. ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195);
11. ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 792 tj.);
12. ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1846);
13. ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 412 tj.);
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 8 października 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. z 2004 r. Nr 16, poz. 152);
17. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 kwietnia 2004 r. w sprawie warunków i trybu planowania i finansowania zadań wykonywanych w ramach przygotowań obronnych państwa przez organy administracji rządowej i organy samorządu terytorialnego (Dz. U. z 2004 r. Nr 152, poz. 1599, ze 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. z 2004 r. Nr 210, poz. 2136, ze zm.);

19. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 2004 r. w sprawie świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz obrony w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny (Dz. U. z 2004 r. Nr 203, poz. 2081, ze zm.);
20. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 stycznia 2004 r. w sprawie kontroli wykonywania zadań obronnych (Dz. U. z 2004 r. Nr 16, poz. 151, ze 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 nr 134 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 15 maja 2017 r. w sprawie planowania i realizacji w województwie dolnośląskim zadań na potrzeby obronne państwa przez podmioty lecznicze oraz jednostki samorządu terytorialnego;
24. zarządzenie nr 559 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 6 grudnia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie planowania i realizacji w województwie dolnośląskim zadań na potrzeby obronne państwa przez podmioty lecznicze oraz jednostki samorządu terytorialnego;
25. instrukcja opracowania planów przygotowań podmiotów leczniczych i jednostek samorządu terytorialnego na potrzeby obronne państwa.
26. instrukcja dotycząca planowania, organizacji i funkcjonowania Zastępczych Miejsc Szpitalnych (ZMSz);
27. instrukcja opracowania planu wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych;

**NACZELNIK WZZKiPK**



**WITOLD MICHAŁOWSKI**



**STAROSTA OLEŚNICKI**

**JAN DŻUGAJ**