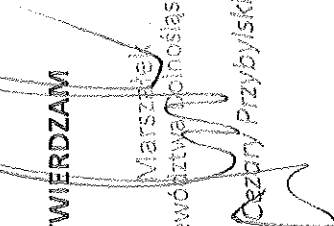


**MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**  
Cezary Przybylski

**ZATWIERDZAM**

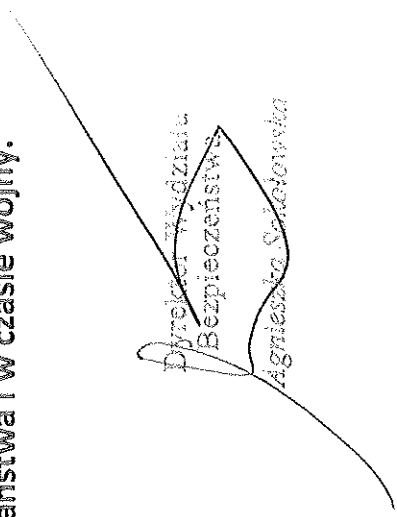
  
Marszałek  
Województwa Dolnośląskiego  
Cezary Przybylski

## **WYTYCZNE MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

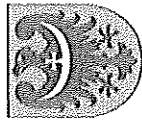
(opracowane na podstawie Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego)

Dotyczące zasad przygotowań obronnych ochrony zdrowia do działań w roku 2018 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

Wrocław 2018 r.

  
Dyrektor Wydziału  
Bezpieczeństwa

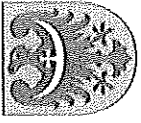
Agnieszka Szałowska



WYTYCZNE  
MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

*dotyczące zasad przygotowań ochrony zdrowia w roku 2018 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny wraz z terminarzem realizacji.*

Niniejsze wytyczne wydane zostały, w celu wykonania spoczywających na organach administracji publicznej w województwie, zadań związanych z obronnością państwa oraz z zarządzaniem kryzysowym, które powinny być zrealizowane w ochronie zdrowia w 2018 roku. 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.



## REALIZUJĄC ZADANIA OBRONNE ORAZ ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO W 2018 ROKU NALEŻY:

### 1. W zakresie przedsięwzięć dokumentacyjnych – planistycznych:

1. W związku z opracowaniem w 2012 i 2013 roku planów przez jednostki organizacyjne ochrony zdrowia, o których mowa w nowym 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 741), należy prace planistyczne kontynuować.
2. Dokonując aktualizacji obowiązujących planów pamiętać należy o ustaleniach i zaleceniach dotyczących opracowywania planów, przywołanych w Zarządzeniu 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 wraz z instrukcją opracowania Planów Podmiotów Leczniczych na Potrzeby Obronne Państwa stanowiącą załącznik do ww. zarządzenia.
3. W korygowanym i aktualizowanym załączniku do planu, przedstawiającym rozwinięcie łóżek szpitalnych, wyszczególnić obok łóżek zabiegowych i wewnętrznych, także łóżka psychiatryczne, rehabilitacyjne, zakażne i obserwacyjne – zakażne. Wyszczególnienie łóżek psychiatrycznych i rehabilitacyjnych jest niezbędne z uwagi na wydzielenie tego typu łóżek również dla służb mundurowych, a w przypadku łóżek zakażnych i obserwacyjnych – zakażnych z uwagi na najbardziej prawdopodobne w obecnym okresie, spośród innych zagrożeń, zagrożenie epidemiczne (pandemiczne), w załączniku do planu określającym bazę łóżkową podmiotu leczniczego.
4. W sporządzanym bilansie personelu medycznego należy uwzględnić wszystkie osoby uprawnione do wykonywania zawodu w danej grupie medycznej. Sporządzany bilans ma być informacją o liczbie personelu medycznego możliwego do wykorzystania, w chwili zagrożenia bezpieczeństwa państwa.

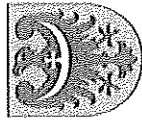


5. Ewentualne, konieczne zmiany dotyczące zaplanowanych do wydziałenia łózek szpitalnych dla służb mundurowych mogą być dokonywane wyłącznie za wiedzą i w uzgodnieniu z Wydziałem Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego (WBZK) Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu (DUW). Powyższą informację należy również wystać do wiadomości do Wydziału Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego (UMWD).

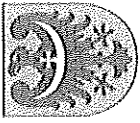
6. W związku z tym, że obowiązujące od dnia 5 lutego 2011 r. przepisy ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1846) nie przewidują dedykowania wybranym organom czy też podmiotom określonych konkretnych rezerw strategicznych, należy zadbać o to aby informacja o poszerzeniu bazy szpitalnej o zestawy ze składnicy Agencji Rezerw Materiałowych (ARM) dotarła do WBZK DUW oraz została przesłana do wiadomości Wydziału Bezpieczeństwa UMWD.

7. Zgodnie z zapisami art. 19 ust. 2 ustawy o rezerwach strategicznych (t.j. Dz. U. z 2017, poz. 1846) podmiot, któremu udostępnione rezerwy strategiczne zostały wydane:

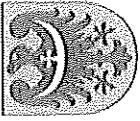
- dokonuje ich odbioru i zapewnia ich ochronę,
- zapewnia przetransportowanie udostępnionych rezerw strategicznych, z zachowaniem odpowiednich warunków, jeżeli są wymagane,
- dystrybuuje udostępnione rezerwy strategiczne do odbiorców ostatecznych,
- zapewnia przetrzymanie udostępnionych rezerw strategicznych,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



8. W 2015 roku ARM przystąpiła do przeformowania 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 50 – łożkowy, zestaw 100 – łożkowy, zestaw kwaterunkowy 100 – łożkowy oraz zestaw chirurgiczny. W nowych zestawach nie utrzymuje się łożek polowych, które stanowią oddzielną pozycję asortymentową.
9. Realizacja przedsięwzięć przygotowawczych dotyczących działania administracji rządowej „zdrowie”, zapewniających gotowość naszego kraju do realizacji zadań wynikających z obowiązków państwa – gospodarza (HNS – wsparcie dla wojsk sojuszniczych) zarówno w czasie pokoju, jak i w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa oraz w czasie wojny.
10. Dostosowując wielkość planowej bazy szpitalnej (85/10000) i planowaną liczbę zastępczych miejsc szpitalnych (ZMSz) (50/10000) należy brać przede wszystkim pod uwagę możliwość rozwinięcia dodatkowych łożek w obiektach własnych szpitali, liczbę posiadanych odpowiednich obiektów do rozwinięcia ZMSz 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 poszerzenie własnej bazy szpitalnej, a w drugiej dla ewentualnych tworzonych ZMSz. Jednocześnie należy przeanalizować możliwość wykluczenia z dotychczasowych planów zamierzeń wątpliwych do zrealizowania, ze względu na brak dostatecznego zabezpieczenia lokalowego, kadrowego i materiałowego.
11. Pełne zabezpieczenie kadrowe tworzonej bazy szpitalnej i zespołów ZMSz, 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, Nr 210, poz. 2136 ze zm.)*).



12. 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.
13. Włączyć do planu, ze względu na niezbędne potrzeby informacyjne, aktualny załącznik o nazwie „Wykaz wybranej specjalistycznej aparatury medycznej w powiecie/mieście”, zawierający liczbę sprzętu wykazywanego przez szpitale ogólne w sprawozdaniach „MZ-29” i dodatkowo: respiratory, kardiomonitor, pompy infuzyjne i ssaki elektryczne.



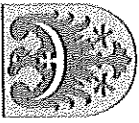
## II. W zakresie przedsięwzięć organizacyjnych:

- 1) Należy posiadać aktualne plany działania jednostek ochrony zdrowia na wypadek katastrof i klęsk żywiołowych, gdzie należy zwrócić uwagę na:
  - a) aktualność instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i planów ewakuacji,
  - b) ustalenie zasad współdziałania służb ratowniczych, porządkowych i Obrony Cywilnej,
  - c) zabezpieczenie logistyczne potrzeb szpitala na poziomie zapewniającym właściwe funkcjonowanie placówki.
- 2) Należy również 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)*.
- 3) Należy zwracać uwagę, aby przy każdorazowej zmianie statutu lub regulaminu organizacyjnego jednostki znalazł się zapis o realizacji zadań obronnych.

## III. W zakresie zarządzania kryzysowego

Zgodnie z art. 21 *ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U z 2017 r. poz. 209 z późn. zm.)* obowiązek podjęcia działań w zakresie zarządzania kryzysowego spoczywa na organie właściwym w sprawach zarządzania kryzysowego. Zgodnie z art. 15 *ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U z 2017 r. poz. 209 z późn. zm.)* zarząd województwa uczestniczy w realizacji zadań z zakresu realizacji zadań z zakresu zarządzania kryzysowego, w tym planowania cywilnego wynikających z jego kompetencji.

Finansowanie zadań samorządu województwa odbywa się na podstawie art. 26 *ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U z 2017 r. poz. 209 z późn. zm.)*, w budżecie jednostki samorządu terytorialnego tworzy się rezerwę celową na realizację zadań własnych z zakresu zarządzania kryzysowego w wysokości nie mniejszej niż 0,5% wydatków budżetu jednostki

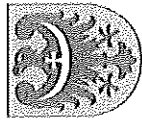


samorządu terytorialnego, pomniejszych o wydatki inwestycyjne, wydatki na wynagrodzenia i pochodne oraz wydatki na obsługę długu.

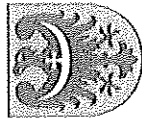
Zadania w zakresie ochrony zdrowia realizowane są przez organy samorządowe oraz organy administracji terenowej w województwie na podstawie:

- 1) *ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 z późn. zm.)* 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 995 z późn. zm.)* w 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2234 z późn. zm.)*, 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) *ustawy z dnia 15 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 913 z późn. zm.)*, w art. 14 ust. 1 pkt. 2 stanowi, iż „Samorząd Województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia”,
- 5) mając na uwadze zapisy ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (*Dz. U. z 2017 r. poz. 209 z późn. zm.*), (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. 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 (kierownikami podmiotu leczniczego), planowanych do wykorzystania przy realizacji przedsięwzięć określonych w planie.





- 6) realizację zadań w zakresie uczestnictwa podmiotów leczniczych w reagowaniu na sytuacje kryzysowe należy prowadzić zgodnie z zapisami ustawy o zarządzaniu kryzysowym w części obejmującej:
- a) zadania i obowiązki uczestników zarządzania kryzysowego,
  - b) zestawienia sił i środków planowanych do wykorzystania w sytuacjach kryzysowych oraz zasad ich współdziałania,
  - c) tryb uruchamiania niezbędnych sił i środków, uczestniczących w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej,
  - d) organizację ratownictwa, opieki medycznej, pomocy społecznej oraz pomocy psychologicznej,
  - e) 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 zespolonych 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).
- 7) 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.
- 8) zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.), „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 (Dz. U z 2017 r. poz. 209 z późn. zm.) „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.

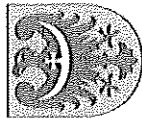
#### **IV. W zakresie zarządzania kryzysowego proces planistyczny podmiotów leczniczych powinien obejmować:**

- 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 741), oraz innych planów podmiotu leczniczego.
- 2) Zasady współpracy i współdziałania z właściwymi miejscowo strukturami zarządzania kryzysowego (np. organami obrony cywilnej) oraz służbami (straż pożarna, policja, inspekcja sanitarna i inne) w zakresie zapewnienia pomocy medycznej poszkodowanej ludności w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych.
- 3) Opracowanie karty zadań dla wszystkich zaangażowanych osób funkcyjnych oraz wszystkich członków personelu. (Dokonanie wyciągu z analizy zagrożeń i rozpisanie procedury na wypadek sytuacji kryzysowej na terenie podmiotu leczniczego np. powódź, pożar etc., wskazanie w procedurze kierowników komórek zaangażowanych w likwidację skutków oraz osób funkcyjnych, które będą uczestniczyć w neutralizacji sytuacji kryzysowej) – wzór karty jest umieszczony na stronie [www.umwd.pl/bezpieczenstwo](http://www.umwd.pl/bezpieczenstwo).

#### 4) Dokonanie kontroli posiadanych:

- zasobowych źródeł energii (agregaty prądotwórcze),
- awaryjnych (zapasowych) ujęć wody,
- alternatywnych źródeł ciepła (własne kotłownie),

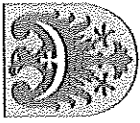
również w kontekście możliwości i konieczności poszerzenia lub rozwijania bazy łózkowej, oraz ewentualnego wsparcia elementów logistycznych rozwijanych ZMSz.



- 5) Zapewnienie systemu łączności, również w relacji podmiot leczniczy – właściwe struktury realizujące zadania zarządzania kryzysowego gmin (miast). Niezbędnym jest wypracowanie mechanizmu, który pozwoli w sytuacjach kryzysowych na niezwłoczne przekazywanie informacji do właściwych podmiotów zarządzania kryzysowego.
- 6) Zapewnienie odpowiednich szkoleń i przygotowanie wszelkich komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, biorących udział w usuwaniu skutków zdarzenia.
- 7) We współdziałaniu ze służbami sanitarno – epidemiologicznymi powiatu/miasta kontynuować działania zmierzające do zabezpieczenia przeciwepidemicznego ludności, ochrony przed skażeniami i zakażeniami oraz ich wykrywania.
- 8) Art. 12a ust. 3b. *ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1261 z późn. zm.)* 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 oraz art. 5 *ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 151)* 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.

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

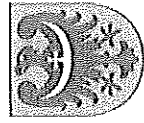
1. Ilość preparatów stabilnego jodu oraz miejsca ich przechowywania i dystrybucji na terenie województwa określa wojewoda, w porozumieniu z właściwymi organami jednostek samorządu terytorialnego, uwzględniając liczbę mieszkańców należących do grup ryzyka, które powinny zostać w pierwszej kolejności objęte 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



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 działań interwencyjnego, o którym mowa w art. 90 pkt 3 *ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (j.t. Dz. U. z 2018 poz. 792)*. Decyzja powyższa podlega natychmiastowemu wykonaniu przez ARM.

Grupy ryzyka i dawkowanie preparatu jodowego w poszczególnych grupach:

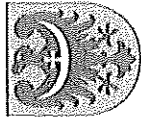
- a) noworodki i niemowlęta do 3 miesiąca życia otrzymują jednorazowo 12,5 mg jodu (1/2 tabletki = 12,5 mg jodu);
  - b) niemowlęta powyżej 3 miesiąca życia i dzieci do 2 roku życia otrzymują jednorazowo 25 mg jodu (1 tabletki = 25 mg jodu);
  - c) dzieci powyżej 2 roku życia do 6 lat otrzymują jednorazowo 50 mg jodu (2 tabletki = 50 mg jodu);
  - d) dzieci powyżej 6 roku życia i młodzież do 16 lat otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki = 100 mg jodu);
  - e) kobiety ciężarne otrzymują jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki = 100 mg jodu);
  - f) 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 zaleceniem powstrzymania się przez 48 godz. od karmienia piersią oraz przejście na żywienie dziecka preparatami mleka w proszku;
  - g) młodzież powyżej 16 roku życia do 18 roku życia i dorośli, którym ze wskazań lekarskich należy podać profilaktykę jodową;
  - h) w przypadku skażenia radiacyjnego – jednorazowo 100 mg jodu (4 tabletki = 100 mg jodu), ~5% tej populacji – „naktadka”.
2. 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 (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 792)*, w Wojewódzkim Planie Postępowania Awaryjnego
- w części dotyczącej działań interwencyjnych podejmowanych w przypadku zdarzenia radiacyjnego.
3. Podstawowymi miejscami dystrybucji preparatów jodowych powinny być: jednostki służby zdrowia, apteki, stacje sanitarno
- epidemiologiczne, a także szkoły i przedszkola.
4. Bezpośrednie wydawanie preparatów jodowych, w ramach działań interwencyjnych, powinien nadzorować pracownik służby zdrowia (np. lekarz, farmaceuta, pielęgniarka, ratownik medyczny).
5. Jeden punkt wydawania preparatów jodowych powinien przypadać na nie więcej niż 5000 mieszkańców.
6. Sposób transportu tabletek jodowych do punktów dystrybucji na terenie województwa określa wojewoda.



7. Zgromadzone na wypadek zdarzenia radiacyjnego, preparaty jodowe w postaci tabletkowej należą do rezerw strategicznych produktów leczniczych.
8. 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 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1846).

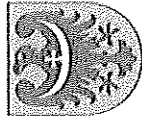
#### VI. W zakresie gospodarki rezerwami strategicznymi produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

1. Należy zapewnić racjonalne planowanie wykorzystania rezerw strategicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu zabezpieczenia procesu poszerzenia bazy szpitalnej oraz tworzenia ewentualnych ZMSz.
2. Należy 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 741.).
3. 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.



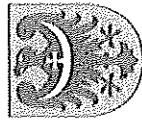
**VIII. W zakresie realizacji zadań publicznej służby krwi na potrzeby obronne państwa, wykonywane przez Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) we Wrocławiu i Wałbrzychu:**

Zgodnie z opracowaną koncepcją realizacji zadań służby krwi w procesie realizacji zadań obronnych na potrzeby państwa realizowanych 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 Krwi opracowało wzór Planu przygotowań jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (RCKiK) na potrzeby obronne państwa. RCKiK na podstawie przesłanego wzoru opracowały przedmiotowe plany, które zostały uzgodnione z właściwym miejscowo wojewodą. Opracowane plany są 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 inne sytuacje kryzysowe. W związku z powyższym wszystkie RCKiK utworzyły zasady 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 utrzymywaniem przedmiotowych zapasów w cywilnych jednostkach służby krwi z ramienia Ministra Zdrowia sprawuje Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z Narodowym Centrum Krwi, a z upoważnienia Ministra Obrony Narodowej Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, a w jego imieniu Dyrektor Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie.



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

- 1) W 2018 roku w podmiotach leczniczych, dla których Marszałek Województwa Dolnośląskiego jest organem zażycielskim zostaną przeprowadzone kontrole problemowe z zakresu realizacji zadań obronnych. Podmiot leczniczy o kontroli zostanie powiadomiony z zachowaniem ustawowych terminów.
- 2) Dnia 7 listopada 2018 roku zostanie uruchomiony Stały Dyżur (SD) w UMWD i jednostkach organizacyjnych województwa zgodnie z *Zarządzeniem nr 7/2018 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 33 lutego 2018 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania stałego dyżuru w UMWD. i jednostek organizacyjnych województwa – podmiotach leczniczych i instytucjach kultury.*
- 3) Zobowiązują podmioty lecznicze do aktualizacji i przeglądu dokumentacji SD w jednostce, sprawdzenie aktualności wykazu osób i numerów telefonów obsady SD.
- 4) Zobowiązują do przeprowadzenia szkolenia dla obsady SD w jednostce o tematyce zasad funkcjonowania i organizacji SD.
- 5) Zobowiązują podmioty lecznicze do informowania Wydziału Bezpieczeństwa UMWD o wszelkiego rodzaju ćwiczeniach, próbniej ewakuacji etc.
- 6) Na stronie DUW – WBZK są zamieszczone dokumenty pn. Szpitalny plan postępowania podczas wypadków masowych oraz Lista kontrolna działań podczas reagowania, zobowiązują podmioty lecznicze do zapoznania się z ww. dokumentami.
- 7) Zobowiązują podmioty lecznicze do informowania Wydziału Bezpieczeństwa UMWD o wszelkich zmianach dotyczących rozbudowy bazy szpitalnej, oddawania do użytku nowych obiektów szpitala, masowych zwolnień personelu etc. Informacja taka jest niezbędna z uwagi na konieczność przekazywania tych danych do DUW.
- 8) Należy realizować szkolenia specjalistyczne z personelem medycznym, przygotowując go do działań w sytuacjach kryzysowych oraz zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny.



9) Należy prowadzić systematyczne szkolenia 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.

10) Należy prowadzić procedurę reklamacyjną dla personelu szpitala, którego obecność jest niezbędna do funkcjonowania podmiotu leczniczego w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

#### IX. W zakresie zapewnienia bezpieczeństwa podopiecznych przebywających na terenie jednostek ochrony zdrowia:

1. Spowodować opracowanie lub aktualizację instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i planów ewakuacji osób – ze szczególnym uwzględnieniem miejsc ewakuacji i środków transportu – z podmiotów leczniczych na wypadek wystąpienia zagrożeń terrorystycznych.
2. Kontynuować działania na rzecz zapewnienia bezpiecznych warunków ewakuacji ludzi z obiektów jednostek ochrony zdrowia.

#### X. 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 2018 r. poz. 412 z późn. zm.) oraz aktów prawnych wydanych na jej podstawie.
2. Należy rozważyć przegląd dokumentacji niejawnej w Szpitalu, w celu sprawdzenia czy spełnia ona ustawowe przesłanki ochrony, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 412 z późn. zm.)