

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Cezary Przybylski

ZATWIERDZAM

Marszałek

Województwa Dolnośląskiego

Cezary Przybylski

WYTYCZNE MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

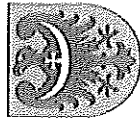
(opracowane na podstawie Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego)

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

Wrocław 2019 r.

*Dyrektor Wydziału
Bezpieczeństwa*

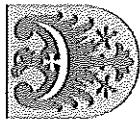
Agnieszka Sokółowska



WYTYCZNE MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

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

Niniejsze Wytyczne zostały opracowane na podstawie „Wytycznych Wojewody Dolnośląskiego dotyczących zasad przygotowań ochrony zdrowia do działań w roku 2019 w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny” i wydane w celu doprecyzowania/wskazania sposobu realizacji zadań obronnych spoczywających na podmiotach leczniczych, dla których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Dolnośląskiego Województwie Dolnośląskim (zadania związane z obronnością państwa oraz z zarządzaniem kryzysowym, które powinny być zrealizowane w ochronie zdrowia w 2019 roku). Wytyczne te mogą być pomocne przy opracowywaniu własnych dokumentów o tematyce obronnej, zarządzeń i planów przedsięwzięć obronnych, przez podmioty lecznicze 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 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 2019 ROKU NALEŻY:

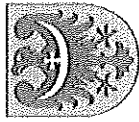
I. W zakresie przedsięwzięć dokumentacyjnych – planistycznych:

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 ujednoczenia danych przekazywanych przez wszystkie podmioty lecznicze na terenie województwa i całego kraju, na potrzeby sporządzenia załącznika do planu dotyczącego szpitalnej 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 anestezyjologii 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 znajdujące się na oddziałach 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 łożka pielęgniacyjne należy zakwalifikować łożka znajdujące się w zakładach opiekuńczo – leczniczych, zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych, hospicjach itp.;
 - f. jako łożka zakaźne i obserwacyjno – zakaźne należy zakwalifikować łożka szpitalne znajdujące się na oddziałach zakaźnych i obserwacyjno – zakaźnych;
 - g. jako łożka inne należy zakwalifikować łożka szpitalne znajdujące się w izbach przyjęć szpitala, szpitalnym oddziale ratunkowym, stacjach dializ itp., a także łożka noworodkowe i niemowlęce;
 - h. nie należy zaliczać do łożek bazy szpitalnej: inkubatorów, stołów operacyjnych, łożek porodowych, kozetek lekarskich itp. sprzętu stanowiącego wyposażenie podmiotu leczniczego.
4. W przypadku braku sal operacyjnych w podmiocie leczniczym, nie jest możliwe rozwinięcie łożek zabiegowych ani ich wydzielenie dla służb mundurowych.
5. Wydzielenie łożek zabiegowych, niezabiegowych, rehabilitacyjnych i psychiatrycznych dla służb mundurowych należy planować w podmiotach leczniczych, które rozwijają na potrzeby obronne wystarczającą liczbę każdego rodzaju łożek.
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 możliwość rozwinięcia dodatkowych łożek 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.



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 obowiązków 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 przez podmioty lecznicze realizacji ww. zadań, należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość samodzielnego działania pod względem administracyjno-gospodarczym i technicznym (kuchnie, pralnie, sterylizatornie, agregaty prądowórcze 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 fóżek szpitalnych i tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych w powiecie/mieście powinny być spójne ze sporządzanym wykazem zestawów medycznych rezerw strategicznych przewidzianych do wykorzystania na poszerzenie bazy szpitalnej powiatu/miasta.

II. 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, fóżek, sanitariatów, zaplecza żywieniowego, zachowania odpowiednich warunków sanitarno-epidemiologicznych itp.



2. Brakujące wyposażenie zaplanować w oparciu o wcześniejszej uzgodnione rezerwy strategiczne, pamiętając o konieczności pobrania ich ze składnicy Agencji Rezerw Materiałowych i dowieszenia we własnym zakresie.

III. 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 personelu medycznym możliwym do wykorzystania przez wojewodę w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

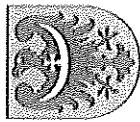
2. W celu ujednoczenia sposobu planowania zatrudnienia personelu medycznego według wskaźników zatrudnienia na potrzeby zwiększanej bazy szpitalnej, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia jako podstawę do obliczeń minimalnego wskaźnika zatrudnienia lekarzy i pielęgniarzek:

- dla oddziałów, na których znajdują się łóżka zakwalifikowane jako zabiegowe – przyjęć wskaźnik zatrudnienia określony w rozporządzeniu dla oddziałów chirurgicznych i innych oddziałów zabiegowych (1 lekarz na 25 łóżek, 1 pielęgniarka na 8 łóżek),
- dla oddziałów, na których znajdują się łóżka zakwalifikowane jako niezabiegowe, psychiatryczne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne, zakaźne i obserwacyjno – zakaźne oraz inne (zgodnie z przedstawioną wyżej kwalifikacją) – przyjęć wskaźnik zatrudnienia określony w rozporządzeniu dla oddziałów wewnętrznych (1 lekarz na 30 łóżek, 1 pielęgniarka na 10 łóżek).

3. Dażyć 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 nierealizujących zadań obronnych, wydając stosowne decyzje w tej sprawie.

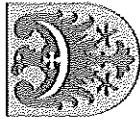


IV. W zakresie wykorzystania rezerw strategicznych:

1. Rezerwy strategiczne stanowią zasób, możliwy do uruchomienia wyłącznie w przypadku braku dostępności danego asortymentu z innych źródeł.
2. Zabezpieczenie potrzeb wynikających z procesu poszerzenia 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.

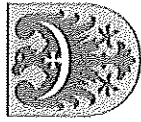
V. W zakresie przedsięwzięć organizacyjnych:

1. W statutach i regulaminach organizacyjnych podmiotów leczniczych, wykonujących zadania obronne, należy 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. Należy posiadać aktualne plany działania podmiotu leczniczego 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 podmiocie leczniczym;
 - 4) zabezpieczenie logistyczne potrzeb szpitala na poziomie zapewniającym właściwe funkcjonowanie placówki.
3. Należy 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 (Wojewoda, właściwy Starosta, właściwy Wójt/Burmistrz/ Prezydent Miasta).
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) 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 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 (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 podmiotów leczniczego), planowanych do wykorzystania przy realizacji

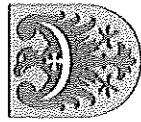


przedsięwzięć określonych w planie.

5. Realizację zadań w zakresie uczestnictwa podmiotów leczniczych w reagowaniu na sytuacje 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) organizacje 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



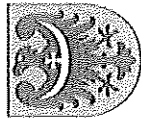
województwa” oraz art. 14 ust. 2 pkt 1) ustawy o zarządzaniu kryzysowym „kierowanie monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie województwa” należy do jednego z zadań wojewody. Uwzględniając powyższe należy dążyć do spowodowania opracowania Szpitalnych Planów Zarządzania 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 działań 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 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:

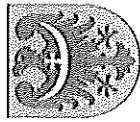
- 1) opracowanie i aktualizowanie instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i planów ewakuacji osób – z uwzględnieniem miejsc ewakuacji i środków transportu;
- 2) prowadzenie analizy możliwości transportowych na terenie powiatu, w celu zapewnienia właściwego transportu osobom wymagającym ciągłej opieki medycznej;
- 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:
 - 4) zapasowych źródeł energii (agregaty prądotwórcze);



- 5) awaryjnych (zapasowych) ujęć wody;
- 6) alternatywnych źródeł ciepła (własne kotłownie).
6. Zapewnienie systemu łączności, również w relacji podmiot lecniczy – właściwe struktury realizujące zadania 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. Kontynuację działań zmierzających do zabezpieczenia przeciwepidemicznego ludności, ochrony przed skażeniami i zakażeniami oraz ich wykrywania przy współdziałaniu ze służbami sanitarno – epidemiologicznymi miasta/powiatu. 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. W zakresie dystrybucji preparatów stabilnego jodu (tabletek jodku potasu) w ramach działań interwencyjnych na wypadek nadzwyczajnego zdarzenia radiacyjnego:

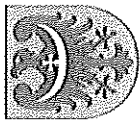
1. Ilość preparatów stabilnego jodu oraz miejsca ich przechowywania i dystrybucji na terenie województwa określa Wojewoda Dolnośląski, w porozumieniu z właściwymi organami jednostek samorządu terytorialnego, uwzględniając liczbę mieszkańców należących do grup ryzyka, które powinny zostać w pierwszej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

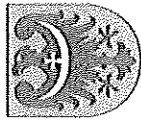
- 1) noworodki i niemowlęta do 3 miesiąca życia otrzymują jednorazowo 12,5 mg jodu (1/2 tabletki = 12,5 mg jodu);
 - 2) niemowlęta powyżej 3 miesiąca życia i do dzieci do 2 roku życia otrzymują jednorazowo 25 mg jodu (1 tabletką = 25 mg jodu);
 - 3) dzieci powyżej 2 roku życia do 6 lat otrzymują jednorazowo 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 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 – „naktadka”.
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.

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

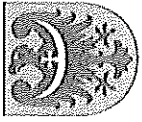
1. Należy zapewnić racjonalne planowanie wykorzystania rezerw strategicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu zabezpieczenia procesu poszerzania bazy szpitalnej oraz tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych.
2. Należy aktualizować na bieżąco, jednak nie rzadziej niż 1 raz na 6 miesięcy, dane dotyczące miejsc, liczby i rodzaju zestawów medycznych przechowywanych w magazynach ARM – przeznaczonych dla wskazanych w planach jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia.
3. 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.
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. Wskazaniem 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 umożliwiający usprawnienie ich uzyskania przekazane zostały w Wytocznych 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.



X. 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. 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.
4. Dokonać aktualizacji i przeglądu dokumentacji SD w jednostce, sprawdzenie aktualności wykazu osób i numerów telefonów obsady SD.
5. Przeprowadzić szkolenie dla obsady SD w jednostce o tematyce zasad funkcjonowania i organizacji SD.
6. Informować Wydział Bezpieczeństwa UMWD o wszelkiego rodzaju ćwiczeniach, próbną ewakuacji i innych przedsięwzięciach związanych z bezpieczeństwem i obronnością realizowanych przez podmiot leczniczy.
7. Informować Wydział 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 przekazania do DUW.
8. 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.
9. Uczestniczyć w Wojewódzkim Samorządowym Ćwiczeniu Obronnym realizowanym przez Wydział Bezpieczeństwa UMWD (wytypowany pracownik realizujący zadania obronne w podmiocie leczniczym).

W 2018 roku w podmiotach leczniczych, dla których Marszałek Województwa Dolnośląskiego jest organem założycielskim zostały przeprowadzone kontrole problemowe z zakresu realizacji zadań obronnych. W roku bieżącym nie planuje się przeprowadzenia kontroli problemowych.

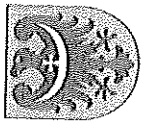


XI. W zakresie zapewnienia bezpieczeństwa podopiecznych przebywających na terenie jednostek ochrony zdrowia należy:

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.

XII. 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.).
3. Informacje niejawne w podmiocie leczniczym należy przetwarzać przy użyciu akredytowanego systemu teleinformatycznego przeznaczanego do przetwarzania informacji niejawnych zgodnie z zapisami 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.
4. Kierownik jednostki organizacyjnej, w której są przetwarzane informacje niejawne, odpowiada za ich ochronę, w szczególności za zorganizowanie i zapewnienie funkcjonowania tej ochrony. Zgodnie z Art. 14 ust. 2. Ustawy o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 412 z późn. zm.), kierownikowi jednostki organizacyjnej bezpośrednio podlega zatrudniony przez niego pełnomocnik do spraw ochrony informacji niejawnych. Zgodnie z art. 52 ust. 1 Ustawy, kierownik jednostki organizacyjnej wyznacza:
 - 1) pracownika lub pracowników pionu ochrony pełniących funkcję inspektora bezpieczeństwa teleinformatycznego, odpowiedzialnych za weryfikację i bieżącą kontrolę zgodności funkcjonowania systemu teleinformatycznego ze szczególnymi wymaganiami bezpieczeństwa oraz przestrzegania procedur bezpiecznej eksploatacji;
 - 2) osobę lub zespół osób, niepełniących funkcji inspektora bezpieczeństwa teleinformatycznego, odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego oraz za przestrzeganie zasad i wymagań bezpieczeństwa przewidzianych dla systemu teleinformatycznego, zwanych dalej „administratorem systemu”.



5. Zgodnie z art. 21 ust. 4 pkt Ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 412 z późn. zm.), dopuszczenie do prac związanych z dostępem danej osoby do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” może nastąpić po:

- 1) pisemnym upoważnieniu przez kierownika jednostki organizacyjnej, jeżeli nie posiada ona poświadczenia bezpieczeństwa;
- 2) odbyciu szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych.

XIII. Aktualizacja dokumentacji dot. realizacji zadań obronnych przez podmiot leczniczy:

Należy aktualizować na bieżąco (co najmniej raz w roku) następujące dokumenty:

- a) plan rozwinięcia łóżek szpitalnych w powiecie/mieście;
- b) wykaz zestawów medycznych rezerw strategicznych przewidzianych do wykorzystania na poszerzenie bazy szpitalnej;
- c) wykaz tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych w formie planu;
- d) bilans personelu medycznego.

Opracował:

Rafał Cetnarowski – Inspektor w Wydziale Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

**DOLNY
ŚLĄSK**