



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 czerwca 2012 r.

Poz. 741

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

Na podstawie art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 461) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Warunki i sposób przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa dotyczą:

- 1) planowania i realizacji zadań w zakresie:
 - a) zwiększenia liczby łóżek bazy szpitalnej i zmiany jej profilu,
 - b) tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych,
 - c) wykonywania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
 - d) określenia sposobu zabezpieczenia potrzeb kadrowych oraz wskaźników zatrudnienia w podmiotach leczniczych,
 - e) wykorzystania jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi,
 - f) określenia sposobu zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego,
 - g) określenia sposobu postępowania w przypadku wystąpienia zdarzenia radiacyjnego,
 - h) określenia sposobu realizacji świadczeń na potrzeby jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz na potrzeby Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,
 - i) określenia sposobu i zakresu prowadzenia ewidencji i sprawozdawczości medycznej w warunkach masowego napływu poszkodowanych, rannych i chorych,
 - j) określenia sposobu realizacji świadczeń na rzecz podmiotów leczniczych realizujących zadania obronne;
- 2) koordynowania planowania i realizacji zadań, o których mowa w pkt 1;
- 3) współdziałania organów administracji publicznej, podmiotów leczniczych i innych jednostek organizacyjnych w planowaniu i realizacji zadań na potrzeby obronne państwa.

2. Przepisów rozporządzenia, z wyłączeniem § 17 i § 18, nie stosuje się do podmiotów leczniczych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej szpital, ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Przepisów rozporządzenia nie stosuje się do podmiotów leczniczych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Sprawiedliwości i Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadających w strukturze organizacyjnej szpital, ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) przedstawiciel resortowy – osoba wskazana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, upoważniona do reprezentowania tych organów w sprawach udzielania świadczeń zdrowotnych na potrzeby służb mundurowych;
- 2) służby mundurowe – jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

§ 3. 1. Organami właściwymi do organizowania, nakładania, nadzorowania i uruchamiania realizacji zadań, o których mowa w § 1 ust. 1, są:

- 1) wojewoda – w odniesieniu do właściwych terytorialnie:
 - a) jednostek samorządu terytorialnego,
 - b) podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dla których podmiotem tworzącym nie jest jednostka samorządu terytorialnego, w uzgodnieniu z podmiotem tworzącym,
 - c) podmiotów leczniczych innych niż niebędących przedsiębiorcami, na wniosek właściwego miejscowo starosty;
- 2) wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa – w odniesieniu do podmiotów leczniczych utworzonych przez daną jednostkę samorządu terytorialnego.

2. Tworzenie warunków organizacyjnych i technicznych realizacji zadań na potrzeby obronne państwa następuje w formie planów:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – zbiorczo za dział administracji rządowej zdrowie;
- 2) wojewodów;
- 3) organów jednostek samorządu terytorialnego;
- 4) podmiotów leczniczych.

3. Plany, o których mowa w ust. 2 pkt 2, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia w uzgodnieniu odpowiednio z Ministrem Obrony Narodowej, ministrem właściwym do spraw wewnętrznych oraz Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, którzy zgłosili potrzeby, o których mowa w § 20 ust. 1.

4. Plany, o których mowa w ust. 2 pkt 3, zatwierdza wojewoda.

5. Plany, o których mowa w ust. 2 pkt 4, zatwierdzają odpowiednio:

- 1) wojewoda, w uzgodnieniu z podmiotem tworzącym – podmiotom leczniczym, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b;
- 2) wojewoda, w uzgodnieniu z właściwym miejscowo starostą – podmiotom leczniczym, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c;
- 3) podmiot tworzący – podmiotom leczniczym, o których mowa w ust. 1 pkt 2.

6. Plany, o których mowa w ust. 2, podlegają corocznej aktualizacji.

§ 4. 1. Planowana liczba łóżek bazy szpitalnej w województwie powinna wynosić nie mniej niż 75 łóżek szpitalnych na 10 tysięcy mieszkańców, przy czym 50% powinny stanowić łóżka zabiegowe, w tym łóżka przewidziane na potrzeby służb mundurowych.

2. Planowana liczba łóżek bazy szpitalnej może zostać zwiększona przez wojewodę, jeżeli wynika to z przeprowadzonych analiz zagrożeń.

§ 5. 1. W procesie planowania zwiększenia liczby łóżek bazy szpitalnej uwzględnia się zwiększenie liczby łóżek w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych. W tym celu przewiduje się dodatkową liczbę łóżek w salach chorych oraz wykorzystanie innych pomieszczeń, w których możliwe jest tworzenie sal chorych.

2. Zwiększenie liczby łóżek bazy szpitalnej, o którym mowa w ust. 1, planują podmioty, na które nałożono obowiązek realizacji zadań obronnych.

§ 6. Rozmieszczenie łóżek zabiegowych należy planować w głównych obiektach istniejących przedsiębiorstw podmiotów leczniczych.

§ 7. W przypadku planowania dodatkowych łóżek w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych udzielających świadczeń osobom, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), łóżka te mogą mieć inny niż psychiatryczny profil leczniczy.

§ 8. 1. Przy zwiększeniu liczby łóżek bazy szpitalnej, o której mowa w § 4 ust. 1, równocześnie planuje się zwiększenie wykorzystania zasobów produktów leczniczych i wyrobów medycznych posiadanych przez podmioty lecznicze oraz rezerw strategicznych.

2. Udostępnianie rezerw strategicznych, o których mowa w ust. 1, następuje na podstawie przepisów o rezerwach strategicznych.

§ 9. 1. W celu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾), zwanych dalej „świadczeniami zdrowotnymi”, poszkodowanym, rannym i chorym oraz umożliwienia szybkiego zwolnienia łóżek szpitalnych, w wyznaczonych budynkach przygotowuje się i wyposaża miejsca do leżenia, zwane dalej „zastępczymi miejscami szpitalnymi”, stanowiące uzupełnienie łóżkowej bazy szpitalnej kraju w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

2. Liczbę i lokalizację zastępczych miejsc szpitalnych na terenie województwa określa wojewoda w uzgodnieniu z właściwym miejscowo starostą.

3. Liczba zastępczych miejsc szpitalnych powinna wynosić nie mniej niż 50 na 10 tysięcy mieszkańców.

4. Zastępcze miejsca szpitalne funkcjonują w zespołach zastępczych miejsc szpitalnych nie większych niż 200 łóżek.

5. Zespoły zastępczych miejsc szpitalnych powinny posiadać co najmniej izbę przyjęć, punkt zabiegów sanitarnych i specjalnych, pomieszczenia dla chorych oraz pomieszczenia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

6. Zastępcze miejsca szpitalne przewidziane są do:

1) udzielania świadczeń zdrowotnych poszkodowanym, rannym i chorym:

a) niewymagającym przyjęcia do szpitala,

b) oczekującym na przyjęcie do szpitala lub transport zgodnie ze wskazaniami medycznymi,

c) po zabiegach operacyjnych, niewymagającym pobytu w szpitalu oraz pacjentom, u których proces leczenia, rekonwalescencji i rehabilitacji może być kontynuowany w trybie innym niż pobyt w szpitalu;

2) zapewnienia leczenia objawowego oraz pielęgnacji pacjentów w stanach terminalnych.

7. Zespoły zastępczych miejsc szpitalnych rozpoczynają funkcjonowanie na podstawie decyzji wojewody.

8. Wskazany przez wojewodę organ jednostki samorządu terytorialnego, właściwy ze względu na lokalizację tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych, jest właściwy w sprawach przygotowania, organizacji i zapewnienia ich funkcjonowania.

9. Wojewoda koordynuje i nadzoruje tworzenie oraz funkcjonowanie zastępczych miejsc szpitalnych na terenie województwa.

§ 10. 1. Organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 9 ust. 8, we współpracy z kierownikiem podmiotu leczniczego właściwym ze względu na lokalizację tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych, opracowuje plan organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123.

2. Plan, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) wskazanie podstawy prawnej do przygotowania planu;
- 2) nazwę organu jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialnego za przygotowanie, organizację i funkcjonowanie zastępczych miejsc szpitalnych;
- 3) nazwy i adresy podmiotów leczniczych oraz ich przedsiębiorstw wyznaczonych do zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w zastępczych miejscach szpitalnych;
- 4) plan sytuacyjny obiektów z zaznaczeniem dróg dojazdowych i ewakuacyjnych, uwzględniający rozmieszczenie elementów struktury zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
- 5) regulamin porządkowy zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
- 6) wskazanie kierownika, określenie obsady kadrowej, w tym personelu medycznego, zespołu zastępczych miejsc szpitalnych oraz ich obowiązków;
- 7) wskazanie zasad organizacji zabezpieczenia logistycznego zespołu zastępczych miejsc szpitalnych dotyczących:
 - a) zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne, wraz z określeniem jakościowo-ilościowym oraz sposobu ich pozyskiwania i uzupełniania,
 - b) zaopatrzenia w pozostałe wyposażenie niezbędne do funkcjonowania zespołu zastępczych miejsc szpitalnych oraz sposobu jego pozyskiwania,
 - c) zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną, w tym zapewnienie zasilania awaryjnego,
 - d) organizacji żywienia,
 - e) postępowania z odpadami medycznymi,
 - f) zabezpieczenia usług pralniczych oraz środków czystości i higieny osobistej,
 - g) organizacji i zabezpieczenia systemu łączności,
 - h) realizacji świadczeń osobistych i rzeczowych, o których mowa w przepisach o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) wskazanie dokumentacji medycznej prowadzonej w działaniu zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
- 9) wskazanie sposobu postępowania ze zwłokami.

3. Plan, o którym mowa w ust. 1, jest opracowywany według instrukcji dotyczącej planowania, organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych przygotowanej przez wojewodę.

4. Plan, o którym mowa w ust. 1, jest tworzony w dwóch egzemplarzach i przechowywany przez:

- 1) organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 9 ust. 8;
- 2) kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1.

5. Plan, o którym mowa w ust. 1, jest zatwierdzany przez wojewodę i podlega corocznej aktualizacji.

6. Plan, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik do planów, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 3 i 4.

§ 11. 1. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 10 ust. 1, zapewnia obsadę stanowisk personelu medycznego w zespole zastępczych miejsc szpitalnych zgodnie z planem, o którym mowa w § 10 ust. 1.

2. W przypadku braku możliwości zapewnienia obsady personelu medycznego dla zespołu zastępczych miejsc szpitalnych przez skierowanie do pracy w tym zespole osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 10 ust. 1, kierownik tego podmiotu informuje organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 9 ust. 8, o braku możliwości zapewnienia obsady personelu medycznego.

§ 12. Do obowiązków kierownika zespołu zastępczych miejsc szpitalnych, o którym mowa w § 10 ust. 2 pkt 6, należy:

- 1) zapewnienie sprawnego wykonywania zadań zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;

- 2) współdziałanie w zakresie bieżącej działalności zespołu zastępczych miejsc szpitalnych z:
 - a) podmiotami świadczącymi usługi dla zespołu zastępczych miejsc szpitalnych,
 - b) organem jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 9 ust. 8, oraz kierownikiem podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 10 ust. 1;
- 3) bieżące ustalanie jakościowo-ilościowej listy produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz pozostałego wyposażenia niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
- 4) składanie sprawozdań organowi jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 9 ust. 8, w trybie określonym przez ten organ.

§ 13. 1. Wyposażenie zespołów zastępczych miejsc szpitalnych stanowią:

- 1) rezerwy produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w przepisach o rezerwach strategicznych;
- 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne będące w dyspozycji podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 10 ust. 1;
- 3) sprzęt gospodarczy, środki transportowe, łóżka, materace, bielizna pościelowa, środki spożywcze i inne pozyskane w oparciu o świadczenia rzeczowe, o których mowa w przepisach o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 9 ust. 8, jest właściwy do zapewnienia wyposażenia, o którym mowa w ust. 1.

§ 14. 1. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych na potrzeby obronne państwa udziela się w takim samym zakresie jak w czasie pokoju.

2. Niezbędnych przeniesień personelu medycznego do podmiotów leczniczych stanowiących bazę szpitalną dokonuje się na podstawie potrzeb wynikających ze sporządzonych bilansów personelu medycznego i planów przeniesień personelu medycznego, o których mowa w § 15 i § 16.

§ 15. 1. Personel medyczny na potrzeby zwiększanej bazy szpitalnej, w tym zastępczych miejsc szpitalnych, planuje się według wskaźników zatrudnienia, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta i marszałek województwa są właściwi w sprawie sporządzania, na podstawie wskaźników, o których mowa w ust. 1, corocznego bilansu personelu medycznego za rok ubiegły i przesyłania go wojewodzie w terminie do dnia 28 lutego bieżącego roku.

3. Bilansem, o którym mowa w ust. 2, obejmuje się uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych, uwzględniając miejsce pracy oraz przynależność do właściwego terytorialnie samorządu zawodu medycznego.

4. Bilansem, o którym mowa w ust. 2, nie obejmuje się pracowników wykonujących zawód medyczny posiadających przydziały mobilizacyjne oraz zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości.

5. Wojewoda sporządza bilans personelu medycznego na terenie województwa i opracowuje wojewódzki plan przeniesień personelu medycznego na podstawie bilansów, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem wskaźników, o których mowa w ust. 1, oraz z uwzględnieniem planu, o którym mowa w § 16 ust. 1, w przypadku jego opracowania.

6. Wojewoda corocznie, w terminie do dnia 31 marca, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia bilans personelu medycznego, o którym mowa w ust. 5, oraz dane za rok ubiegły dotyczące planowania i realizacji zadań, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 lit. a i b.

§ 16. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie bilansów personelu medycznego zgłoszonych przez wojewodów, w razie konieczności opracowuje plan międzywojewódzkich przeniesień personelu medycznego.

2. Plan, o którym mowa w ust. 1, przekazuje się właściwym wojewodom.

3. Plan, o którym mowa w ust. 1, realizują kierownicy podmiotów leczniczych, którzy na podstawie decyzji, o których mowa w ust. 4, kierują wskazanymi imiennie personel medyczny do wyznaczonych podmiotów leczniczych.

4. Skierowanie personelu medycznego do wyznaczonych podmiotów leczniczych, o których mowa w ust. 3, następuje w drodze decyzji.

5. Organem właściwym w sprawie skierowania personelu medycznego do wyznaczonych podmiotów leczniczych, o których mowa w ust. 3, jest:

- 1) w razie skierowania do pracy na terenie województwa, w którym osoba skierowana zamieszkuje lub jest zatrudniona – właściwy wojewoda;
- 2) w razie skierowania do pracy na terenie innego województwa niż to, o którym mowa w pkt 1 – minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek zainteresowanego wojewody.

§ 17. 1. Tworzenie warunków organizacyjnych i technicznych realizacji zadań na potrzeby obronne państwa przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi następuje w formie planów zawierających dane dotyczące:

- 1) przygotowania do zwiększonego co najmniej o 100% poboru, przetwarzania, przechowywania i wydawania krwi oraz preparatów krwiopochodnych;
- 2) zabezpieczenia odpowiedniej ilości zapasów pojemników, odczynników chemicznych i innych materiałów niezbędnych do pobierania, przechowywania i preparatyki krwi;
- 3) zabezpieczenia odpowiednich zapasów surowic wzorcowych oraz testów do badania krwiodawców w kierunku HIV, WZW, kiły i innych chorób zakaźnych i zakażeń – w zależności od potrzeb;
- 4) zwiększenia liczby punktów poboru krwi.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, opracowują:

- 1) Narodowe Centrum Krwi, utworzone na podstawie odrębnych przepisów – plan zbiorczy za służbę krwi;
- 2) Instytut w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.²⁾);
- 3) regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- 4) Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;
- 5) Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

3. Plan, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Plany, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, zatwierdza Narodowe Centrum Krwi.

5. Plany, o których mowa w ust. 2 pkt 3, przedstawia się do zatwierdzenia po uzgodnieniu z właściwym wojewodą.

6. Plan, o którym mowa w ust. 2 pkt 4, zatwierdza Minister Obrony Narodowej.

7. Plan, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, zatwierdza minister właściwy do spraw wewnętrznych.

8. Plany, o których mowa w ust. 2 pkt 4 i 5, przedstawia się do zatwierdzenia po uzgodnieniu z Narodowym Centrum Krwi.

9. Kierownicy jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 2 pkt 4 i 5, przekazują, w terminie do dnia 28 lutego każdego roku, określone przez Narodowe Centrum Krwi dane do planu zbiorczego.

10. Plany, o których mowa w ust. 2, podlegają corocznej aktualizacji.

11. Realizację zadań, o których mowa w ust. 1, koordynuje, uzgadnia i nadzoruje Narodowe Centrum Krwi.

§ 18. 1. Planowanie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego polega na przygotowaniu dokumentów wchodzących w skład planów, o których mowa w § 3 ust. 2.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756, z 2001 r. Nr 126, poz. 1382, z 2003 r. Nr 223, poz. 2215, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2010 r. Nr 96, poz. 620 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, uwzględniają:

- 1) utrzymywanie stałej gotowości do wykrywania skażeń biologicznych;
- 2) stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej kraju oraz dokonywanie stosownych analiz i ocen w tym zakresie;
- 3) działania zmierzające do likwidacji ognisk epidemiologicznych chorób zakaźnych i zakażeń;
- 4) prowadzenie nadzoru nad stanem sanitarno-epidemiologicznym w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania z odpadami medycznymi;
- 5) prowadzenie monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia;
- 6) prowadzenie monitoringu i badania żywności w ramach krajowego systemu bezpieczeństwa żywności;
- 7) wykonywanie zabiegów sanitarnych (dekontaminacyjnych) po użyciu broni masowego rażenia.

3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, w zakresie zadań wymienionych w ust. 2 pkt 1–6, opracowują właściwy państwowy inspektor sanitarny, Państwowa Inspekcja Sanitarna Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Wojskowa Inspekcja Sanitarna, we współpracy z właściwym wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta), starostą i marszałkiem województwa.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, w zakresie zadań wymienionych w ust. 2 pkt 7, opracowują jednostki organizacyjne prowadzące działania interwencyjne w sytuacji wystąpienia skażeń, podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych przy współdziałaniu jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, w uzgodnieniu z właściwym starostą i wojewodą.

§ 19. 1. W przypadku zdarzenia radiacyjnego powstałego w razie wystąpienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny stosuje się odpowiednie plany postępowania awaryjnego określone w przepisach ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r. poz. 264).

2. Liczebność grup osób zagrożonych, które w sytuacji, o której mowa w ust. 1, powinny przyjąć preparaty stabilnego jodu, zgromadzone w rezerwach strategicznych, oraz sposób dystrybucji tych preparatów na terenie województwa określa wojewoda w uzgodnieniu z właściwymi organami jednostek samorządu terytorialnego.

§ 20. 1. W planach, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2–4, ujmuje się potrzeby jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz na potrzeby Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego w zakresie świadczeń, w razie wystąpienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizują organy i podmioty, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 3 i 4.

3. W ramach potrzeb zgłoszonych przez Ministra Obrony Narodowej planuje się świadczenia dla wojsk sojuszniczych.

§ 21. 1. Świadczenia, o których mowa w § 20 ust. 1, są realizowane przez wydzielanie przez podmioty lecznicze łóżek na potrzeby służb mundurowych.

2. Wydzielenie łóżek na potrzeby służb mundurowych polega na przygotowaniu i utrzymywaniu w gotowości i dyspozycji określonej liczby łóżek wraz z urządzeniami, wyposażeniem i zabezpieczeniem materiałowym, w tym produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych na potrzeby służb mundurowych.

3. Kierownicy podmiotów leczniczych na podstawie decyzji organu, o którym mowa w § 3 ust. 1, w sprawie liczby i profilu wydzielanych łóżek na potrzeby służb mundurowych, opracowują dokumenty, które powinny zawierać:

- 1) szkice sytuacyjne obiektów, uwzględniające rozmieszczenie łóżek w poszczególnych budynkach (pomieszczeniach) oraz funkcjonalne powiązanie tych łóżek z zapleczem diagnostyczno-leczniczym i techniczno-gospodarczym jednostki;
- 2) zestawienie wyposażenia pomieszczeń wydzielonych do rozwinięcia bazy łóżkowej na potrzeby służb mundurowych ze wskazaniem źródeł uzupełnienia wyposażenia;
- 3) wykaz prac adaptacyjnych, niezbędnych do wykonania w związku z wydzieleniem bazy łóżkowej, ze wskazaniem niezbędnych środków materiałowych, urządzeń, źródeł zaopatrzenia oraz osób niezbędnych do wykonania tych prac; w przypadkach wymagających większego zaangażowania sił i środków należy sporządzić dokumentację techniczną prac adaptacyjnych;

- 4) kalkulację w zakresie personelu medycznego i pomocniczego niezbędnego do zabezpieczenia funkcjonowania wydzielanych łóżek na potrzeby służb mundurowych; do kalkulacji sporządza się wykazy obsady personalnej wydzielanej bazy łóżkowej, uwzględniające zarówno osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej, jak również personel pozyskiwany w ramach planów przeniesień personelu medycznego;
- 5) zasady organizacji zabezpieczenia logistycznego w zakresie:
 - a) zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
 - b) zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną (zasilania awaryjne),
 - c) organizacji żywienia,
 - d) zakwaterowania personelu medycznego i pomocniczego, o którym mowa w pkt 4,
 - e) postępowania ze zwłokami,
 - f) postępowania z odpadami medycznymi;
- 6) sposób przekazania informacji o obowiązku wydzielenia łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych oraz powiadamiania podległego personelu;
- 7) wykaz osób odpowiedzialnych za kierowanie oraz terminowe wykonanie prac związanych z wydzieleniem łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, stanowią załącznik do planów, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 4.

5. Kierownicy podmiotów leczniczych planują i organizują szkolenia kadry i personelu medycznego biorących udział w opracowywaniu dokumentów, o których mowa w ust. 3, w oparciu o przepisy dotyczące szkolenia obronnego.

6. Sposób wydzielania łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych przez podmioty lecznicze realizujące zadania obronne oraz współdziałania organów w tym zakresie określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 22. 1. Przedstawiciel resortowy jest właściwy w sprawach:

- 1) współpracy z kierownikami podmiotów leczniczych przy opracowywaniu planów, o których mowa w § 3 ust. 2, w zakresie, o którym mowa w § 21 ust. 3;
- 2) przechowywania wyposażenia i uzbrojenia indywidualnego żołnierzy i funkcjonariuszy przyjętych na leczenie i rehabilitację w podmiotach leczniczych.

2. Przedstawiciel resortowy w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 3 ust. 1, sprawuje nadzór nad:

- 1) wykorzystaniem wydzielonych łóżek oraz udzielaniem świadczeń zdrowotnych żołnierzom i funkcjonariuszom;
- 2) leczeniem i rehabilitacją żołnierzy i funkcjonariuszy;
- 3) zaopatrzeniem wydzielonej bazy łóżkowej w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 4) kierowaniem żołnierzy i funkcjonariuszy kończących leczenie do resortowych komisji lekarskich.

§ 23. Podmioty lecznicze realizujące zadania na potrzeby obronne państwa mogą wnioskować o świadczenia osobiste i rzeczowe, przewidziane dla jednostek organizacyjnych wykonujących zadania obronne w rozumieniu przepisów o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 24. 1. W przypadku wystąpienia masowego napływu rannych i chorych planuje się prowadzenie skróconej dokumentacji medycznej, niezbędnej na potrzeby przeprowadzenia właściwej klasyfikacji poszkodowanych oraz zachowania ciągłości leczniczo-ewakuacyjnej.

2. Skróconą dokumentację medyczną, o której mowa w ust. 1, stanowią następujące dokumenty:

- 1) karta ewakuacyjna rannego lub chorego wraz z krótką historią choroby oraz z wkładką do krótkiej historii choroby i listą poszkodowanych w zdarzeniu masowym, których wzory określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 2) sprawozdanie o przemieszczeniu rannych i chorych w podmiotach leczniczych, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia;

- 3) księga główna punktu przyjęć i klasyfikacji rannych i chorych wraz ze skorowidzem, która jest prowadzona tak jak księga izby przyjęć szpitala;
- 4) raport do jednostki nadzorującej, w którym odnotowuje się każde nadzwyczajne zdarzenie, w tym szczególnie niebezpieczną chorobę zakaźną lub zniszczenie podmiotu leczniczego, uniemożliwiająca dalszą działalność;
- 5) dokumentacja materiałowa, w szczególności receptariusz szpitalny oraz inne dokumenty umożliwiające ewidencjonowanie i rozliczanie zużytych materiałów i sprzętu.

3. Skróconą dokumentację medyczną, o której mowa w ust. 1, prowadzi się na wszystkich etapach leczenia.

4. W razie wystąpienia masowego napływu rannych i chorych, poza skróconą dokumentacją medyczną, o której mowa w ust. 1, prowadzi się oznakowanie poszkodowanych za pomocą znaków klasyfikacji rannych i chorych określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 25. Plany, o których mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. Nr 143, poz. 1515 oraz z 2009 r. Nr 202, poz. 1555), obowiązujące w dniu 30 czerwca 2012 r., zachowują ważność i mogą podlegać zmianom do dnia przyjęcia planów, o których mowa w § 3 ust. 2 niniejszego rozporządzenia, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 26. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 r.³⁾

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 maja 2004 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. Nr 143, poz. 1515 oraz z 2009 r. Nr 202, poz. 1555), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

Wskaźniki zatrudnienia personelu medycznego¹⁾**1. Wskaźniki zatrudnienia dla szpitala:****1) lekarze**

Lp.	Oddział szpitalny	Liczba personelu
1	Oddział chirurgiczny i inne oddziały zabiegowe	1 lekarz na 25 łóżek
2	Oddział wewnętrzny	1 lekarz na 30 łóżek

2) pielęgniarki

Lp.	Oddział szpitalny	Liczba personelu
1	Oddział chirurgiczny i inne oddziały zabiegowe	1 pielęgniarka na 8 łóżek
2	Oddział wewnętrzny	1 pielęgniarka na 10 łóżek

3) farmaceuci i technicy farmaceutyczni w aptekach szpitalnych

Lp.	Szpital/łóżko	Liczba magistrów i techników farmacji
1	W szpitalach do 150 łóżek	1 magister farmacji 1 technik farmaceutyczny
2	W szpitalach od 151 do 250 łóżek	2 magistrów farmacji 1 technik farmaceutyczny
3	W szpitalach od 251 do 350 łóżek	2 magistrów farmacji 2 techników farmaceutycznych
4	W szpitalach od 351 łóżek	3 magistrów farmacji 3 techników farmaceutycznych

2. Wykaz specjalności lekarskich przewidzianych do obsady oddziałów zabiegowych:

- 1) anestezjologia i intensywne terapie;
- 2) chirurgia dziecięca;
- 3) chirurgia klatki piersiowej;
- 4) chirurgia naczyniowa;

- 5) chirurgia ogólna;
- 6) chirurgia onkologiczna;
- 7) chirurgia plastyczna;
- 8) chirurgia stomatologiczna;
- 9) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 10) ginekologia onkologiczna;
- 11) kardiochirurgia;
- 12) neurochirurgia;
- 13) okulistyka;
- 14) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 15) otolaryngologia;
- 16) położnictwo i ginekologia;
- 17) transplantologia kliniczna;
- 18) urologia.

3. Wskaźniki zatrudnienia dla zastępczych miejsc szpitalnych

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba personelu/200 miejsc
1	Lekarz medycyny	2
2	Lekarz stomatolog	1
3	Pielęgniarki/ratownicy medyczni*	10

*W przypadku braku możliwości zabezpieczenia potrzeb przez personel pielęgniarski należy w tym celu planować wykorzystanie ratowników medycznych, o ile taka możliwość istnieje.

¹⁾ Podane wskaźniki są wielkościami minimalnymi i mogą ulegać zwiększeniu stosownie do potrzeb i możliwości.

**Sposób wydzielania łóżek szpitalnych
na potrzeby służb mundurowych przez podmioty lecznicze realizujące zadania obronne
oraz współdziałania organów w tym zakresie**

I. Wydzielanie łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych

1. Komórki właściwe do spraw zdrowia urzędu obsługującego Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego wnoskują o wydzielenie łóżek szpitalnych na swoje potrzeby do organów określonych w § 3 ust. 1 rozporządzenia.
2. Organy, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia, przekazują kierownikom podmiotów leczniczych informację w sprawie wydzielania łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych.
3. Organy, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia, ustalą z kierownikami podmiotów leczniczych sposoby przekazywania informacji w sprawie wydzielania łóżek na potrzeby służb mundurowych.

II. Czynności realizowane po zarządzeniu wydzielenia łóżek na potrzeby służb mundurowych

4. Kierownik podmiotu leczniczego może zostać zobowiązany do zrealizowania kolejno:
 - 1) przedsięwzięć przygotowawczych w zakresie wydzielenia łóżek szpitalnych;
 - 2) wydzielenia łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych.
5. W przypadku otrzymania informacji o obowiązku realizacji przedsięwzięć przygotowawczych w zakresie wydzielenia łóżek szpitalnych, kierownik podmiotu leczniczego:
 - 1) wzywa osoby odpowiedzialne za opracowanie planu wydzielenia łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych oraz tych pracowników, którzy przewidziani są do zabezpieczenia obsługi wydzielanych łóżek, celem sprawdzenia stawiennictwa;
 - 2) poleca dokonanie sprawdzenia i uaktualnienia dokumentacji;
 - 3) poleca dokonanie sprawdzenia aktualności nałożonych świadczeń rzeczowych i osobistych oraz możliwości ich realizacji przez świadczeniodawców;
 - 4) poleca wypisać ze szpitala chorych, których stan zdrowia na to pozwala, lub przenieść ich do innych sal (pomieszczeń, obiektów itp. zapewniających elementarne warunki opieki medycznej i pielęgnacji poszkodowanych, rannych i chorych), jeżeli

zajmowane przez nich łóżka i pomieszczenia planowane są do rozwinięcia łóżek wydzielanych na potrzeby służb mundurowych;

5) zarządza gotowość własnych magazynów do wydawania przechowywanego sprzętu lub pozyskiwania dodatkowego wyposażenia z innych źródeł oraz przygotowania do rozmieszczenia (zainstalowania, ustawienia);

6) ustala odpowiedni tok pracy personelu.

6. Z chwilą otrzymania informacji o obowiązku wydzielenia łóżek szpitalnych kierownik podmiotu leczniczego:

1) potwierdza zwrotnie wiarygodność otrzymanej informacji;

2) niezwłocznie wzywa cały personel przewidziany do wykonania otrzymanego zadania;

3) poleca wykonanie prac związanych z rozwinięciem i wydzieleniem łóżek zgodnie z posiadanym planem;

4) poleca podjęcie działań mających na celu realizację świadczeń rzeczowych i osobistych na rzecz kierowanego przez niego podmiotu leczniczego;

5) organizuje urządzenie rozwijanej bazy łóżkowej w miarę napływu osób wezwanych do wykonania świadczeń osobistych i personelu medycznego oraz pomocniczego powołanego spoza jednostki macierzystej;

6) powiadamia podmiot, który utworzył podmiot leczniczy, zarządzający wydzielenie łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych, i właściwego przedstawiciela resortowego o przebiegu i zakończeniu procesu wydzielania lub rozwijania łóżek szpitalnych.

7. Kierownik podmiotu leczniczego może otrzymać informację o obowiązku wydzielenia łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych bez uprzedniego przygotowania się do tego procesu.

8. Przedstawiciel resortowy właściwy miejscowo dla danego podmiotu leczniczego ustala z jego kierownikiem sposób i harmonogram informowania o przebiegu wydzielania łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych oraz przebiegu i zakończeniu leczenia rannych żołnierzy i funkcjonariuszy.

III. System sprawozdawczo-meldunkowy

9. Kierownik podmiotu leczniczego w zakresie wydzielania łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych jest obowiązany do informowania o ruchu pacjentów (żołnierzy i funkcjonariuszy) przyjętych na leczenie do placówki oraz o liczbie i wykorzystaniu wydzielonych łóżek w trybie i na zasadach określonych przez przedstawiciela resortowego w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia.

10. Przedstawiciel resortowy, stosownie do zaistniałych potrzeb realizacji zadań związanych z wydzielaniem łóżek szpitalnych na potrzeby służb mundurowych przez podmioty lecznicze, może żądać nałożenia dodatkowych obowiązków informacyjnych oraz prowadzenia ewidencji rannych i poszkodowanych żołnierzy oraz funkcjonariuszy, przyjętych na leczenie w wydzielonej bazie łóżkowej na potrzeby służb mundurowych, ustalając wzory dokumentów i terminy ich składania wyłącznie w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia.

11. Przedstawiciel resortowy w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia, oraz kierownikami podmiotów leczniczych ustala terminy i sposób przesyłania informacji o stanie wykorzystania łóżek.

WZÓR

KARTA EWAKUACYJNA I ZNAKI KLASYFIKACJI RANNYCH I CHORYCH (REWERS)

Rzeczywisty rozmiar to: szer.(388mm) x wys.(111mm)

Składowe szerokości – 4(strony) x 97mm x 97mm = 388mm

OTWIERANIE OCZU:

4	Splintery
3	Nis polecanie
2	Na ból
1	Nie otwiera

ODPOWIEDZ NA SŁOWA:

5	Łożeczka
4	Mowa czyniwa
3	Wyowiedzi bez zwięzku lub krzyk
2	Nierozumnie dzwięki
1	Brak

ODPOWIEDZ RUCHOWA:

6	Wykonuje porożenie
5	Localizuje bodziec bólowy
4	Odsuniecie od źródeła bólu
3	Reakcja zgięciowa na ból
2	Reakcja wyprostna na ból
1	Brak reakcji

Suma punktów wg skali GLASGOW:

13 - 15	4
9 - 12	3
6 - 8	2
4 - 5	1
3	0

Punktacja skala GLASGOW

Częstość oddechu / min

ponad 20	4
10 - 20	3
8 - 9	2
1 - 5	1
0	0

Ciężnienie Skurczowe [mmHg]

ponad 90	4
70 - 80	3
50 - 75	2
1 - 49	1
0	0

Segregacja poszkodowanych według punktacji:

12 = 1 **POMOC** **CIĘŻKA**

11 = 2 **POMOC** **PILNA**

10 i mniej = 3 **POMOC** **NA TRWAŁĄ SIŁKĘ**

CZAS:

Godz.	Min.

DIAGRAM OBRAŻEN

Znaczyć na diagramie skalek ciała odpowiednim symbolem.

Nrwołok (www.)	K (W)
Angulacja	A
Zmęczenie	ZM
Rana	R
Złamnie (Skęcnie)	ZS (S)
Złamnie otwarte	ZO
Zwichnięcie	ZW
Stręczenie	ST
Cieło obce	CO
Opuszenie skóry I, II, III stopnia	PO
inne	IO

PODANE LEKI **DAWKA** **CZAS** **DROGA**

PODPIS: **Leżarza** **Ratownika** **Nr zespołu**

PODPIS:

2 POMOC 2 PILNA

WZÓR

LISTA POSZKODOWANYCH W ZDARZENIU MASOWYM

MIEJSCE ZDARZENIA:	DATA:
---------------------------	--------------

Nazwisko i imię	Nr karty	Kod segregacji				Miejsce transportu	Kod zespołu
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

.....
Podpis wykonawcy

WZÓR

Krótką historia choroby

Numer w księdze głównej

.....
Nazwisko *Imię* *Imię ojca* *Nr PESEL**

Rozpoznanie wstępne

Pieczęć podmiotu leczniczego	Data	Przebieg leczenia	Wyniki badań dodatkowych	Zastosowane leczenie

Leczenie zakończono w dniu godz.

Rozpoznanie:

Wynik leczenia:

- wypisany ze szpitala w dniu godz.
- przeniesiony do (nazwa podmiotu leczniczego).....
- zmarł w dniu godz.
- przyczyna zgonu

* W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia, a w przypadku cudzoziemca – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

.....
Podpis i pieczęć lekarza

WZÓR

Wkładka do krótkiej historii choroby

strona nr

.....
Nazwisko *Imię* *Imię ojca* *Nr PESEL**

Rozpoznanie

Pieczęć podmiotu leczniczego	Data	Przebieg leczenia	Wyniki badań dodatkowych	Zastosowane leczenie

* W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę urodzenia, a w przypadku cudzoziemca – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Załącznik nr 4

WZÓR

Sprawozdanie o przemieszczeniu rannych i chorych w podmiotach leczniczych

Lp.	Poszkodowani	Stan z dnia poprzedniego	Przybyło	Razem	Ubyło				Oczekuje na ewakuację lub leczenie	Uwagi	
					do szpitala	zastępcze miejsca szpitalne	wypisano	zmarło			razem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Ranni										
2	Oparzenia										
3	Urazy zamknięte										
4	Odmrożenia										
5	Czynniki chemiczne										
6	Czynniki biologiczne										
7	Czynniki radiacyjne										
8	Psychozy reaktywne										
9	Inne										

.....

Podpis i pieczęć lekarza