

## 1555

## ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 3 listopada 2009 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystywania publicznej i niepublicznej służby zdrowia 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 2004 r. Nr 241, poz. 2416, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu 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) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w pkt 1:

a) lit. c i d otrzymują brzmienie:

- „c) działania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
- d) określenia norm i wskaźników zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej,”

b) lit. h otrzymuje brzmienie:

- „h) określenia sposobu realizacji świadczeń na rzecz jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej i Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,”

c) dodaje się lit. j—l w brzmieniu:

- „j) określenia sposobów zabezpieczenia potrzeb kadrowych,
- k) szkolenia w zakresie realizacji zadań wynikających z planów, o których mowa w § 2 ust. 1,
- l) określenia sposobu realizacji świadczeń na rzecz jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia realizujących zadania obronne;”

2) po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„§ 1a. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) jednostka organizacyjna publicznej służby zdrowia — zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14,

poz. 89, z późn. zm.<sup>2)</sup>), z wyłączeniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, ambulatoriów lub ambulatoriów z izbą chorych Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej Straży Granicznej i zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności;

2) jednostka organizacyjna niepublicznej służby zdrowia — zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, oraz:

a) osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

b) grupową praktykę lekarską i grupową praktykę pielęgniarek, położnych prowadzącą działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych,

c) osobę posiadającą kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej;

3) ambulatoryjna opieka zdrowotna — udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;

4) świadczenia zdrowotne — świadczenia, o których mowa w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

5) właściwy miejscowo organ administracji zasobów kadrowych — Wojskową Komendę Uzupelnień, która administruje na terenie, na którym położona jest dana jednostka organizacyjna publicznej i niepublicznej służby zdrowia;

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 277, poz. 2742, z 2005 r. Nr 180, poz. 1496, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 107, poz. 732 i Nr 176, poz. 1242, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056, Nr 180, poz. 1109, Nr 206, poz. 1288, Nr 208, poz. 1308 i Nr 223, poz. 1458 oraz z 2009 r. Nr 22, poz. 120, Nr 97, poz. 801, Nr 161, poz. 1278 i Nr 190, poz. 1474.

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817 i Nr 157, poz. 1241.

- 6) przedstawiciel resortowy — wskazaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego osobę, upoważnioną do reprezentowania danego organu administracji w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych dla potrzeb służb mundurowych.”;
- 3) w § 2:
- a) w ust. 1 dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:
- „4) jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia;
- 5) jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”,
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 5, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu odpowiednio z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, z Ministrem Obrony Narodowej oraz Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, którzy zgłosili potrzeby, o których mowa w § 17 ust. 1.”,
- c) dodaje się ust. 3—7 w brzmieniu:
- „3. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 3, zatwierdza wojewoda.
4. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 4, zatwierdza właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa. Plany przedstawia się do zatwierdzenia po uzgodnieniu z podmiotami, które utworzyły jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia.
5. Organami właściwymi do organizowania, nakładania, nadzorowania i uruchamiania realizacji zadań wynikających z § 1, realizowanych przez podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 2—5, są:
- 1) minister właściwy do spraw zdrowia — w odniesieniu do jednostek mu podległych lub przez niego nadzorowanych;
- 2) wojewoda — w odniesieniu do właściwych terytorialnie:
- a) jednostek samorządu terytorialnego,
- b) jednostek organizacyjnych niepublicznej służby zdrowia, na wniosek właściwego miejscowo wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starosty, marszałka województwa,
- c) jednostek organizacyjnych publicznej służby zdrowia, innych niż utworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego, w uzgodnieniu z podmiotami, które utworzyły te jednostki;
- 3) wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa — w odniesieniu do jednostek organizacyjnych publicznej służby zdrowia, utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego.
6. Plany, o których mowa w ust. 1, podlegają corocznej aktualizacji.
7. Koszty związane z działaniami, o których mowa w ust. 5 pkt 2, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie w ramach programowania obronnego (dział obrona narodowa).”;
- 4) w § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „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 Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, wojsk sojuszniczych, organów i jednostek organizacyjnych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.”;
- 5) w § 4 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:
- „3. W procesie planowania zwiększenia łóżkowej bazy szpitalnej oraz tworzenia zastępczych miejsc szpitalnych, o których mowa w § 8 ust. 1, dopuszcza się odstępstwa od wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.”;
- 6) § 8 otrzymuje brzmienie:
- „§ 8. 1. W celu udzielania świadczeń zdrowotnych 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 obszarze województwa określa wojewoda w porozumieniu z właściwym miejscowo wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta), starostą, marszałkiem województwa.
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. Zespoły zastępczych miejsc szpitalnych przewidziane są do:
    - 1) udzielania świadczeń zdrowotnych uszkodowanym, 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 działanie na podstawie decyzji wojewody.
  8. Wskazany przez wojewodę wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa, 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 zespołów zastępczych miejsc szpitalnych na terenie województwa.”;
- 7) po § 8 dodaje się § 8a w brzmieniu:
- „§ 8a. 1. Organy jednostek samorządu terytorialnego, o których mowa w § 8 ust. 8, we współpracy z jednostkami organizacyjnymi publicznej i niepublicznej służby zdrowia właściwymi ze względu na lokalizację tworzonych zastępczych miejsc szpitalnych, są właściwe w sprawach opracowywania planów organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych.
2. Plany, o których mowa w ust. 1, zawierają:
    - 1) wskazanie podstawy prawnej do przygotowania planu;
    - 2) nazwę organu jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialnego za przygotowanie, organizację i funkcjonowanie zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
    - 3) nazwy i adresy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia wyznaczonych do zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach zastępczych miejsc szpitalnych;
  3. Plany, o których mowa w ust. 1, są opracowywane według instrukcji dotyczących planowania, organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych przygotowanych przez wojewodę.
  4. Plany, o których mowa w ust. 1, są tworzone w dwóch egzemplarzach i przechowywane przez:
    - 1) organy jednostek samorządu terytorialnego, o których mowa w § 8 ust. 8;
    - 2) jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1.
- 4) plan sytuacyjny obiektów z zaznaczeniem dróg dojazdowych i ewakuacyjnych uwzględniający rozmieszczenie komórek organizacyjnych zespołu zastępczych miejsc szpitalnych, o których mowa w § 8 ust. 5;
  - 5) regulamin porządkowy zawierający opis struktury organizacyjnej i zadań komórek organizacyjnych zespołu zastępczych miejsc szpitalnych, o których mowa w § 8 ust. 5;
  - 6) wskazania kierownika, określenie obsady kadrowej oraz obowiązków personelu zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
  - 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 (zasilanie awaryjne),
    - 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) określenie dokumentacji medycznej wykorzystywanej w działaniu zespołu zastępczych miejsc szpitalnych;
  - 9) sposób postępowania ze zwłokami.

5. Plany, o których mowa w ust. 1, są zatwierdzane przez wojewodę i podlegają corocznej aktualizacji.
  6. Plany, o których mowa w ust. 1, stanowią załączniki do planów, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 i 4.”;
- 8) § 9 i 10 otrzymują brzmienie:
- „§ 9. 1. Kierownik jednostki organizacyjnej, o której mowa w § 8a ust. 1, zapewnia obsadę stanowisk personelu medycznego w zespole zastępczych miejsc szpitalnych zgodnie z planem, o którym mowa w § 8a.
2. W przypadku braku możliwości zapewnienia obsady personelu medycznego dla zespołu zastępczych miejsc szpitalnych poprzez skierowanie do pracy w tym zespole osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej, o której mowa w § 8a ust. 1, kierownik tej jednostki informuje organ jednostki samorządu terytorialnego, o którym mowa w § 8 ust. 8, o braku możliwości zabezpieczenia potrzeb kadrowych.
- § 10. Do obowiązków kierownika zespołu zastępczych miejsc szpitalnych 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 § 8 ust. 8, oraz kierownikami jednostek organizacyjnych, o których mowa w § 8a ust. 1;
  - 3) bieżące ustalanie ilościowo-jakościowej 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 § 8 ust. 8, określonych przez ten organ, stosownie do zaistniałych potrzeb.”;
- 9) po § 10 dodaje się § 10a w brzmieniu:
- „§ 10a. 1. Wyposażenie zespołów zastępczych miejsc szpitalnych stanowią w szczególności:
- 1) rezerwy państwowe produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w przepisach o rezerwach państwowych;
  - 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne będące w dyspozycji jednostek organizacyjnych, o których mowa w § 8a 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 § 8 ust. 8, jest właściwy do zapewnienia wyposażenia, o którym mowa w ust. 1.”;
- 10) w § 11 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. Wojewoda dokonuje przeniesień, o których mowa w ust. 2, kierując się potrzebą zapewnienia prawidłowego funkcjonowania bazy szpitalnej na obszarze województwa oraz wojewódzkim planem przeniesień kadrowych, o którym mowa w § 12 ust. 5.”;
- 11) § 12 otrzymuje brzmienie:
- „§ 12. 1. Potrzeby kadrowe zwiększonej na potrzeby obronne państwa bazy szpitalnej, w tym zastępczych miejsc szpitalnych, planuje się według norm i wskaźników zatrudnienia, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
2. Wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, marszałek województwa są właściwi w sprawie sporządzania, na podstawie norm i wskaźników, o których mowa w ust. 1, corocznego bilansu personelu medycznego za rok ubiegły i przesyłania go wojewodzie w terminie do dnia 28 lutego następnego roku.
  3. Bilansem, o którym mowa w ust. 2, obejmuje się:
    - 1) uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych, uwzględniając miejsce pracy, przynależność do właściwego terytorialnie samorządu zawodu medycznego;
    - 2) studentów ostatniego roku studiów medycznych.
  4. Bilansem, o którym mowa w ust. 2, nie obejmuje się personelu medycznego posiadającego przydziały mobilizacyjne oraz zatrudnionego w jednostkach organizacyjnych, utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej i Szefa Agencji Wywiadu.
  5. Wojewoda sporządza bilans personelu medycznego na obszarze województwa i opracowuje wojewódzki plan przeniesień personelu medycznego na podstawie bilansów, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem norm i wskaźników, o których mowa w ust. 1, oraz z uwzględnieniem planu, o którym mowa w § 13 ust. 1.

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

12) w § 13:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Plany, o których mowa w ust. 1, realizują kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia, kierując wskazanym imiennie personelem medycznym do wyznaczonych jednostek organizacyjnych.”,

b) dodaje się ust. 4—6 w brzmieniu:

„4. Skierowanie personelu medycznego do jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 3, następuje w drodze nadania przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych do służby w obronie cywilnej.

5. Organem właściwym w sprawie wydania decyzji o skierowaniu personelu medycznego do jednostek organizacyjnych, 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 obszar innego województwa niż to, o którym mowa w pkt 1 — minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek zainteresowanego wojewody.

6. Koszty skierowania personelu medycznego do jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 3, finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie, o których mowa w ust. 5.”;

13) § 14 otrzymuje brzmienie:

„§ 14. 1. Przygotowanie jednostek organizacyjnych służby krwi do wykonywania zadań na potrzeby obronne państwa realizują w formie planów:

1) Narodowe Centrum Krwi, utworzone na podstawie odrębnych przepisów — zbiorczo za całą 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.<sup>3)</sup>);

3) regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa;

4) Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa;

5) Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, uwzględniają w szczególności:

1) przygotowanie do zwiększonego co najmniej o 100 % poboru, przetwarzania, przechowywania i wydawania krwi oraz preparatów krwiopochodnych;

2) zabezpieczenie odpowiedniej ilości zapasów pojemników, odczynników chemicznych i innych materiałów niezbędnych do pobierania, przechowywania i preparatyki krwi;

3) zabezpieczenie odpowiednich zapasów surowic wzorcowych oraz testów do badania krwiodawców w kierunku HIV, WZW, kiły i innych — w zależności od potrzeb;

4) zwiększenie liczby punktów poboru krwi.

3. Plan, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia, w uzgodnieniu odpowiednio z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

4. Plany, o których mowa w ust. 1 pkt 2—5, zatwierdza Narodowe Centrum Krwi.

5. Realizację zadań wynikających z planów, o których mowa w ust. 1, koordynuje, uzgadnia i nadzoruje Narodowe Centrum Krwi.”;

14) w § 15:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Zadania, o których mowa w ust. 2, realizuje, w uzgodnieniu z właściwym wójtem (burmistrzem, prezydentem miasta), starostą, marszałkiem województwa, Państwowa Inspekcja Sanitarna i Państwowa Inspekcja Sanitarna Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji na zasadach, o których mowa w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.<sup>4)</sup>.”;

15) § 17 otrzymuje brzmienie:

„§ 17. 1. W planach, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2—4, ujmuje się świadczenia planowane do realizacji na potrzeby jednostek

<sup>3)</sup> 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 oraz z 2007 r. Nr 166, poz. 1172.

<sup>4)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1032, Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 20, poz. 106, Nr 92, poz. 753 i Nr 157, poz. 1241.

podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej i Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizują podmioty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 i 4.
3. W ramach potrzeb zgłoszonych przez Ministra Obrony Narodowej planuje się świadczenia dla wojsk sojusznicznych.”;

16) po § 17 dodaje się § 17a—17c w brzmieniu:

„§ 17a. 1. Świadczenia, o których mowa w § 17 ust. 1, są realizowane w szczególności poprzez wydzielanie łózek przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia dla potrzeb służb mundurowych.

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

3. Kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia na podstawie decyzji organu, o którym mowa w § 2 ust. 5, w sprawie liczby i profilu wydzielanych łózek dla potrzeb służb mundurowych, opracowują dokumenty, które powinny zawierać w szczególności:

- 1) szkice sytuacyjne obiektów, uwzględniające rozmieszczenie łózek w poszczególnych budynkach (pomieszczeniach) oraz funkcjonalne powiązanie tych łózek z zapleczem diagnostyczno-leczniczym i techniczno-gospodarczym jednostki;
- 2) zestawienie wyposażenia pomieszczeń wydzielonych do rozwinięcia bazy łózkowej dla potrzeb służb mundurowych ze wskazaniem źródeł uzupełnienia wyposażenia;
- 3) wykaz prac adaptacyjnych, niezbędnych do wykonania w związku z wydzieleniem bazy łózkowej, 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 wydzielonych łózek dla potrzeb służb mundurowych; do kalkulacji sporządza się wykazy obsady personalnej wydzielanej bazy łózkowej 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 z odpadami medycznymi;

6) sposób przekazania informacji o obowiązkach wydzielenia łózek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych oraz powiadamiania podległego personelu;

7) wykaz osób odpowiedzialnych za kierowanie oraz terminowe wykonanie prac związanych z wydzieleniem łózek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, stanowią załącznik do planów, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4.

5. Kierownicy jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia 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 łózek szpitalnych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia dla potrzeb służb mundurowych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 17b. 1. Przedstawiciel resortowy jest właściwy w sprawach:

- 1) współpracy z kierownikami jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia przy opracowywaniu planów, o których mowa w § 2 ust. 1, w zakresie, o którym mowa w § 17a ust. 3;

2) przechowywania wyposażenia i uzbrojenia indywidualnego żołnierzy i funkcjonariuszy przyjętych na leczenie i rehabilitację w jednostkach organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia.

2. Przedstawiciel resortowy w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5, sprawuje nadzór nad:

- 1) wykorzystaniem wydzielonych łózek 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.

§ 17c. Jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia 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.”;

17) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia;

18) dodaje się załącznik nr 4 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

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

- 1) pkt 1—3 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, sporządzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, dostosowuje się do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia;

2) pkt 4 i 5 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Instrukcje, o których mowa w § 8a ust. 3 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 4. Plany, o których mowa w § 8a ust. 1 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 5. Plany przeniesień, o których mowa w § 12 ust. 5 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, sporządzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, dostosowuje się do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 6. Plany, o których mowa w § 14 ust. 1:

1) pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, sporządzone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, dostosowuje się do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia;

2) pkt 1 i 3—5 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, opracowuje się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*

Załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów  
z dnia 3 listopada 2009 r. (poz. 1555)

**Załącznik nr 1**

**WSKAŹNIKI I NORMY ZATRUDNIENIA KADR MEDYCZNYCH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W SYTUACJACH ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA I WOJNY<sup>1)</sup>**

Na potrzeby obronne państwa ustala się wskaźniki zatrudnienia dla szpitali, oddziałów szpitalnych, zastępczych miejsc szpitalnych oraz regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa (RCKiK):

**1. Wskaźniki zatrudnienia dla szpitali:**

**1) lekarze**

Lp.	Oddział szpitalny	Liczba personelu
1	Oddział chirurgiczny i inne oddziały zabiegowe	1 lekarz na 25 łóżek 1 anesteziolog na 60 łóżek
2	Oddział wewnętrzny	1 lekarz na 20 łóżek
3	Oddział intensywnej opieki medycznej	1 lekarz na 10 łóżek
4	Oddział zakaźny	1 lekarz na 30 łóżek
5	Oddział dziecięcy	1 lekarz na 25 łóżek
6	Oddział psychiatryczny	1 lekarz na 40 łóżek
7	Oddział położniczo-ginekologiczny	1 lekarz na 25 łóżek
8	Pracownia radiologiczna	1 lekarz na szpital
9	Pracownia diagnostyki laboratoryjnej	1 lekarz na szpital
10	Oddział rehabilitacji leczniczej	1 lekarz na szpital
11	Sala operacyjna	1 lekarz na salę
12	Izba przyjęć – szpitalny oddział ratunkowy	2 lekarzy na izbę

**2) pielęgniarki i położne**

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	Oddział intensywnej opieki medycznej	1 pielęgniarka na 5 łóżek
4	Oddział zakaźny	1 pielęgniarka na 10 łóżek
5	Oddział dziecięcy	1 pielęgniarka na 6 łóżek
6	Oddział psychiatryczny	1 pielęgniarka na 10 łóżek
7	Oddział położniczo-ginekologiczny	1 położna na 8 łóżek
8	Sala operacyjna	2 pielęgniarki-instrumentariuszki 2 pielęgniarki na salę
9	Sala opatrunkowa	3 pielęgniarki na salę
10	Izba przyjęć – szpitalny oddział ratunkowy	6 pielęgniarek na izbę
11	Punkt krwiodawstwa RCKiK	3 pielęgniarki na punkt



**3) inne osoby wykonujące zawody medyczne**

Lp.	Pracownia	Liczba personelu
1	Pracownia radiologiczna	2 techników elektroradiologii / licencjatów na kierunku lub w specjalności elektroradiologia
2	Pracownia diagnostyki laboratoryjnej	3 techników analityki medycznej / licencjatów analityki medycznej / diagnostów laboratoryjnych
3	Dział rehabilitacji leczniczej	1 fizjoterapeuta (technik / licencjat / magister fizjoterapii) na 40 łóżek
4	Punkt krwiodawstwa RCKiK	5 techników analityki medycznej / licencjatów analityki medycznej / diagnostów laboratoryjnych

**4) 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 do 250 łóżek	2 magistrów farmacji 1 technik farmaceutyczny
3	W szpitalach do 350 łóżek	2 magistrów farmacji 2 techników farmaceutycznych
4	W szpitalach do 500 łóżek	3 magistrów farmacji 3 techników farmaceutycznych
5	Powyżej 500 łóżek	3 magistrów farmacji 3 techników farmaceutycznych

**2. Wykaz specjalności lekarskich przewidzianych do obsady oddziałów zabiegowych:**

- 1) anestezjologia i intensywne terapię;
- 2) chirurgia ogólna;
- 3) chirurgia ortopedyczna i traumatologia narządu ruchu;
- 4) chirurgia klatki piersiowej;
- 5) chirurgia dziecięca;
- 6) chirurgia stomatologiczna;
- 7) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 8) chirurgia plastyczna;
- 9) urologia;
- 10) otolaryngologia;
- 11) okulistyka;
- 12) położnictwo i ginekologia;
- 13) chirurgia onkologiczna;
- 14) neurochirurgia.

**3. Wskaźniki zatrudnienia dla zastępczych miejsc szpitalnych**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba personelu/200 miejsc
1	Lekarz medycyny	2
2	Lekarz dentysta	1
3	Pielęgniarki	10 (do opieki pielęgniarskiej należy również wykorzystać osoby przeszkolone na kursach PCK)

**4. Wskaźniki zatrudnienia dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa<sup>2)</sup>**

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba			
		roczna produkcja krwi konserwowanej w tysiącach litrów			
		do 10	do 20	do 30	do 40
1	Lekarze medycyny	5	6	7	8
2	Farmaceuci	4	4	5	6
3	Diagności laboratoryjni	7	7	7	7
4	Biolodzy i mikrobiolodzy	5	5	6	7
5	Technicy analityki medycznej i licencjaci analityki medycznej	18	20	21	22
6	Pielęgniarki, położne	16	17	20	24

<sup>1)</sup> Podane wskaźniki są wielkościami minimalnymi i mogą ulegać zwiększeniu stosownie do potrzeb.

<sup>2)</sup> W regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w których produkcja krwi konserwowanej przekracza rocznie 40 tysięcy litrów, obsadę zwiększa się proporcjonalnie na każde 10 tysięcy litrów krwi o 1 lekarza, 1 farmaceutę, 1 biologa, 1 diagnostę laboratoryjnego, 2 techników i/lub licencjantów analityki medycznej, 4 pielęgniarki.



KARTA EWAKUACYJNA I ZNAKI KLASYFIKACJI RANNYCH I CHORYCH (REWERS)

Rzeczywisty rozmiar to: szer. (388 mm) x wys. (111 mm)  
Składowe szerokości – 4 (strony) x 97 mm = 388 mm

**OTWIERANIE OCZU:**

4 Nie patrzeć  
3 Nie patrzeć  
2 Nie mówić  
1 Nie mówić

**OPROWIDZ NA SŁOWA:**

4 Wyrażenie bólu  
3 Wyrażenie bólu, zaryzykuj lub ryzykuj  
2 Niezrozumiała odpowiedź  
1 Brak

**ODPOWIEDZ RUCHOWA:**

5 Wyrażenie bólu  
4 Wyrażenie bólu  
3 Reakcja zgrozowa na ból  
2 Reakcja wyprzedzona na ból  
1 Brak reakcji

Suma punktów wg skali GLASSOW:

**Punktacja skala GLASSOW**

10 - 25 ponad 25  
9 - 12 1  
6 - 8 2  
4 - 5 3  
0 4

**Częstość oddechu / min**

10 - 25 ponad 25  
6 - 9 1  
1 - 5 2  
0 3

**Cisnienie Skurczowe [mmHg]**

ponad 80 1  
60 2  
50 - 75 3  
1 - 49 4  
0 5

Segregacja poszkodowanych według punktacji:

12 = **niezranik** (green)  
11 = **niezranik** (yellow)  
10 i mniej = **niezranik** (red)

**CZAS**

10 min =

**DIAGRAM OBRAZŃ**

Opisany poszkodowany posiada następujące obrażenia:

Przebieg choroby	1
Przebieg urazu	2
Przebieg choroby	3
Przebieg choroby	4
Przebieg choroby	5
Przebieg choroby	6
Przebieg choroby	7
Przebieg choroby	8
Przebieg choroby	9
Przebieg choroby	10
Przebieg choroby	11
Przebieg choroby	12
Przebieg choroby	13
Przebieg choroby	14
Przebieg choroby	15
Przebieg choroby	16
Przebieg choroby	17
Przebieg choroby	18
Przebieg choroby	19
Przebieg choroby	20
Przebieg choroby	21
Przebieg choroby	22
Przebieg choroby	23
Przebieg choroby	24
Przebieg choroby	25
Przebieg choroby	26
Przebieg choroby	27
Przebieg choroby	28
Przebieg choroby	29
Przebieg choroby	30
Przebieg choroby	31
Przebieg choroby	32
Przebieg choroby	33
Przebieg choroby	34
Przebieg choroby	35
Przebieg choroby	36
Przebieg choroby	37
Przebieg choroby	38
Przebieg choroby	39
Przebieg choroby	40

**PODANE LEKI** | **DAWKI** | **CZAS** | **DROGA**

**PODPIS:** Lekarzy | Ratowników | Nr zespołu

PODPIS: \_\_\_\_\_

**2 POMOC 2**

**PILNA**

+					
+					
=					

+					
+					
=					

## LISTA OSÓB POSZKODOWANYCH W ZDARZENIU MNOGIM/MASOWYM

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

Nazwisko i imię	Nr karty	Kod segregacji	Miejsce transportu	Kryptonim Zespołu
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

**Krótką historia choroby**

Rozpoznanie .....

Pieczęć jednostki organizacyjnej publicznej lub niepublicznej służby zdrowia	Data	Przebieg leczenia	Wyniki badań dodatkowych	Zastosowane leczenie

Leczenie zakończono rozpoznaniem .....

Wynik leczenia .....

Zmarł dnia ..... o godz. .... Przewódnik zgonu .....

Miejsce pochowania .....

Numer w księdze głównej .....

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

.....  
(podpis i pieczęć)

**Wkładka do krótkiej historii choroby**

strona nr .....

Nazwisko ..... imię ..... imię ojca ..... rok urodzenia .....

Rozpoznanie .....

Pieczęć jednostki organizacyjnej publicznej lub niepublicznej służby zdrowia	Data	Przebieg leczenia	Wyniki badań dodatkowych	Zastosowane leczenie

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

.....  
(podpis i pieczęć)

SPOSÓB WYDZIELANIA ŁÓŻEK SZPITALNYCH DLA POTRZEB SŁUŻB MUNDUROWYCH PRZEZ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE PUBLICZNEJ I NIEPUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA REALIZUJĄCE ZADANIA OBRONNE, W CZASIE WYSTĄPIENIA SYTUACJI KRYZYSOWYCH, ZAISTNIENIA ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA PAŃSTWA I W CZASIE WOJNY, ORAZ WSPÓŁDZIAŁANIA ORGANÓW W TYM ZAKRESIE, A TAKŻE PROWADZENIA KONTROLI W ZAKRESIE REALIZOWANYCH ZADAŃ

#### **I. Wydzielanie łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych**

1. Organy, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia, przekazują kierownikom jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia informację w sprawie wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych.
2. Komórki właściwe do spraw zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego wnioskuje o wydzielenie łóżek szpitalnych dla swoich potrzeb do organów określonych w § 2 ust. 5 rozporządzenia.
3. Organy, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia, ustalą z kierownikami jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia sposoby przekazywania informacji w sprawie wydzielania łóżek dla potrzeb służb mundurowych.

#### **II. Czynności realizowane po zarządzeniu wydzielenia łóżek dla potrzeb służb mundurowych**

4. Kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia może zostać obowiązany do zrealizowania kolejno:
  - 1) przedsięwzięć przygotowawczych w zakresie wydzielenia łóżek szpitalnych;
  - 2) wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych.
5. W przypadku otrzymania informacji o obowiązku realizacji przedsięwzięć przygotowawczych w zakresie wydzielenia łóżek szpitalnych kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia:
  - 1) wzywa osoby odpowiedzialne za opracowanie planu wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb 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 dla potrzeb 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 jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia:
    - 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 kierowanej przez niego jednostki organizacyjnej;
    - 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 jednostkę organizacyjną publicznej lub niepublicznej służby zdrowia, zarządzający wydzielenie łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych, i właściwego przedstawiciela resortowego o przebiegu i zakończeniu procesu wydzielania/rozwijania łóżek szpitalnych.
  7. Kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia może otrzymać informację o obowiązku wydzielenia łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych bez uprzedniego przygotowania się do tego procesu.
  8. Przedstawiciel resortowy właściwy miejscowo dla danej jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia ustala z jej kierownikiem sposób i harmonogram informowania o przebiegu wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych oraz przebiegu i zakończeniu leczenia rannych żołnierzy i funkcjonariuszy.
- III. System sprawozdawczo-meldunkowy**
9. Kierownik jednostki organizacyjnej publicznej i niepublicznej służby zdrowia w zakresie wydzielania łóżek szpitalnych dla potrzeb 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 § 2 ust. 5 rozporządzenia.
  10. Przedstawiciel resortowy, stosownie do zaistniałych potrzeb realizacji zadań związanych z wydzieleniem łóżek szpitalnych dla potrzeb służb mundurowych przez jednostki organizacyjne publicznej i niepublicznej służby zdrowia, może żądać nałożenia dodatkowych obowiązków informacyjnych oraz prowadzenia ewidencji rannych i poszkodowanych żołnierzy oraz funkcjonariuszy, przyjętych na leczenie w wydzielonej bazie łóżkowej dla potrzeb służb mundurowych ustalając wzory dokumentów i terminy ich składania wyłącznie w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia.
  11. Przedstawiciel resortowy w uzgodnieniu z organami, o których mowa w § 2 ust. 5 rozporządzenia, oraz kierownikami jednostek organizacyjnych publicznej i niepublicznej służby zdrowia ustala terminy i sposób przesyłania informacji o stanie wykorzystania łóżek.